Случай завозной тропической малярии у жителя Астрахани

Черенова Л.П.,
Аракельян Р.С.,
Галимзянов Х.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 414000, г. Астрахань, Российская Федерация

Малярия – одно из наиболее распространенных в мире паразитарных заболеваний с трансмиссивным механизмом передачи. В 2018 г. малярией во всем мире заболели 228 млн человек. В материалах доклада Всемирной организации здравоохранения по малярии за 2019 г. сообщается, что более чем в 80 странах мира зарегистрированы случаи малярии у человека. В том же году от малярии, по расчетам экспертов, умерли 405 тыс. человек. Почти 93% заболевших малярией были жителями Африканского континента.

Цель исследования – описание клинического случая тропической малярии, зарегистрированной у жителя Астраханской области в 2020 г.

Материал и методы. Описана эпидемическая ситуация по малярии в Астраханском регионе, начиная с момента ее официальной регистрации. Приводится пример завозного случая тропической малярии у жителя Астрахани. С 1996 по 2020 г. в Астраханском регионе зарегистрировано 164 случая малярии, большинство из них составили завозные случаи (142 человека, 86,6%). Доля вторичных от завозной малярии и рецидивов заболевания – 6,7% ($n=11$).

Результаты и обсуждение. Описан клинический случай тропической малярии у жителя Астрахани. Больной Ш., 34 лет, заболел 31.08.2020. У мужчины появился потрясающий озноб, температура тела повысилась до 39 °С. После приема жаропонижающих средств обильно потел. В последующие дни отмечал ознобы, ощущение жара, потливость. Больного беспокоили резкая слабость, головная боль, тошнота, рвота. Температуру тела не измерял. С 20.02.2020 по 24.08.2020 находился в Западной Гвинее. В Астрахань прилетел 25.08.2020. 29.08.2020 выехал на отдых в Ялту (Республика Крым). В Астрахань вернулся 4.09.2020. 5.09.2020 в связи с ухудшением самочувствия и высокой температурой вызвал врача скорой медицинской помощи и был доставлен в приемное отделение ГБУЗ АО «ОИКБ им. А.М. Ничоги» с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция». После осмотра больного дежурным врачом был выставлен диагноз «малярия, среднетяжелое течение». Диагноз подтвержден лабораторно – в крови больного обнаружен *P. falciparum*. В связи с ухудшением состояния и развитием инфекционно-токсического шока больной находился на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации. В результате проведенного лечения наступило выздоровление. Данный случай представлен в связи с тем, что завозные случаи малярии периодически регистрируются в Астраханской области и в других регионах России. Нередко больным выставляются ошибочные диагнозы. Прежде всего это связано с тем, что в ряде случаев у медицинских работников нет настороженности в отношении малярии, не выявляются данные эпидемиологического анамнеза. Тропическая малярия имеет, как правило, тяжелое течение, при поздней постановке диагноза и несвоевременной терапии может наступить летальный исход. Кроме того, больные малярией в регионах с жарким климатом и наличием комаров представляют угрозу в эпидемиологическом плане, так как являются потенциальными источниками инфекции.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция и дизайн исследования – Галимзянов Х.М.; сбор и обработка материала – Черенова Л.П.; написание текста – Аракельян Р.С.; микрофотосъемка – Аракельян Р.С.; редактирование – Галимзянов Х.М.

Для цитирования: Черенова Л.П., Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М. Случай завозной тропической малярии у жителя Астрахани // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2021. Т. 10, № 2. С. 124–129. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2021-10-2-124-129>

Статья поступила в редакцию 17.12.2020. Принята в печать 31.03.2021.

Ключевые слова:
тропическая малярия, *P. falciparum*, плазмодии, комары рода *Anopheles*, толстая капля, тонкий мазок

A case of imported tropical malaria in a resident of Astrakhan

Cherenova L.P., Arakelyan R.S.,
Galimzyanov Kh.M.

Astrakhan State Medical University of the Ministry of Healthcare
of the Russian Federation, 414000, Astrakhan, Russian Federation

Malaria is one of the world's most common parasitic diseases with a vector-borne transmission mechanism. According to the WHO World Malaria Report 2019, human cases of malaria have been reported in more than 80 countries around the world. According to experts, 228 million people worldwide fell ill with malaria in 2018. In the same year, 405 000 people died from malaria, according to experts. Almost 93% of the cases were from the African population.

The aim of the study – description of a clinical case of tropical malaria registered in a resident of the Astrakhan region in 2020.

Material and methods. During the period from 1996 to 2020, 164 cases of malaria were registered in the Astrakhan region, the majority of which were imported cases of 142 (86.6%). The share of secondary cases of imported malaria and relapses of the disease was 6.7% ($n=11$).

Results and discussion. The authors describe a case of falciparum malaria from a resident of the city of Astrakhan. Patient Sh. fell ill on 31.08.2020, when there was a stunning chill, the body temperature rose to 39.0°C. After taking antipyretics, he sweated profusely. In the following days, I noted chills, fever in the body, sweating. I didn't measure the temperature. The patient was disturbed by sharp weakness, headache, nausea, vomiting. From 20.02.2020 to 24.08.2020, he was in Western Guinea. I arrived in Astrakhan on 25.08.2020. On 29.08.2020 I went on vacation to Yalta (Republic of Crimea). I returned to Astrakhan on 4.09.2020. 5.09.2020, due to the deterioration of health and high fever, he called an emergency doctor and was taken to the emergency department of the State Medical Institution of Regional Infectious Clinical Hospital named after A.M. Nichogi with a diagnosis of SARS. After examining the patient, the doctor on duty was diagnosed with moderate malaria. The diagnosis was confirmed by laboratory detection of *P. falciparum* in the patient's blood. Due to the deterioration of the condition and the development of infectious and toxic shock, the patient was treated in the intensive care unit. As a result of the treatment, recovery occurred. This case is presented by us due to the fact that imported cases of malaria are periodically registered in the Astrakhan region and other regions of Russia. Often patients are exposed to erroneous diagnoses. This is primarily due to the fact that in some cases, health workers do not have alertness about malaria, and no epidemiological history is detected. Tropical malaria is usually severe, and with late diagnosis and untimely therapy, a fatal outcome can occur. In addition, malaria patients in regions with hot climates and the presence of mosquitoes pose an epidemiological threat, as they are potential sources of infection.

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interest. The authors declare that there is no conflict of interest.

Contributions. Research concept and design – Galimzyanov Kh.M.; material collection and processing – Cherenova L.P.; text writing – Arakelyan R.S.; microphotography – Arakelyan R.S.; editing – Galimzyanov Kh.M.

For citation: Cherenova L.P., Arakelyan R.S., Galimzyanov Kh.M. A case of imported tropical malaria in a resident of Astrakhan. *Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie* [Infectious Diseases: News, Opinions, Training]. 2021; 10 (1): 124–9. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2021-10-2-124-129> (in Russian)

Received 17.12.2020. **Accepted** 31.03.2021.

Keywords:

tropical malaria,
P. falciparum,
Plasmodia,
Anopheles
mosquitoes, thick
drop, thin smear

Особое географическое положение Астраханского региона (нахождение на границе между Европой и Азией) и историческая роль Астрахани (пересечение торговых путей и др.) стали факторами, из-за которых различные инфекционные болезни, в том числе особо опасные, выявляли здесь не раз.

Уже длительное время ежегодно в Астраханской области регистрируется более 100 тыс. случаев инфекционных и паразитарных заболеваний человека. Особое место среди разнообразных инфекций занимает малярия.

Малярия является актуальным заболеванием почти для 100 стран Азии, Африки и Южной Америки [1]. Более 2 млрд человек живут в условиях риска заражения малярией. Еже-

годно в мире заболевают малярией от 300 до 500 млн человек и более 1 млн умирают. Несмотря на ликвидацию малярии на территории бывшего СССР, угроза возникновения ее очагов в России постоянно растет. Это связано с нарушением системы контроля над местами выплода комаров рода *Anopheles* и постоянным завозом случаев малярии из стран Юго-Восточной Азии, Африки и Латинской Америки. Люди, выезжающие в эндемичные по малярии страны, часто не осведомлены о путях заражения малярией и методах ее профилактики. Одним из основных методов профилактики неблагоприятных клинических и эпидемиологических последствий завоза малярии в страны «благополучия» из эндемических очагов является раннее выявление и лечение больных [2, 3].

Малярия – одно из самых распространенных в мире паразитарных заболеваний с трансмиссивным механизмом передачи. По данным доклада по малярии Всемирной организации здравоохранения за 2019 г., более чем в 80 странах мира были зарегистрированы случаи малярии у человека. За 2018 г. малярией во всем мире заболели 228 млн человек. В том же году от малярии, по расчетам экспертов, умерли 405 тыс. человек. Почти 93% заболевших малярией были жителями Африканского континента [1]. Примерно 2 млрд человек, проживающие на этих территориях, подвергаются постоянной опасности заражения малярией, а 1,2 млрд входят в группу риска [4].

Первые статистические данные о заболеваемости малярией в Астраханской области относятся к 1894 г., когда было зарегистрировано 54 952 случая малярии [5]. В первой половине XX в., вплоть до 1954 г., Астраханская область была активным очагом малярии и число зарегистрированных случаев составляло 19 439 в 1935 г. и 15 409 – в 1940 г. В годы Великой Отечественной войны число случаев малярии повысилось и в 1944 г. составило 42 913, постепенно снижаясь в послевоенные годы: в 1948 г. – 13 793; 1949 г. – 6164; 1950 г. – 2799; 1951 г. – 938; 1952 г. – 14; 1953 г. – 3 случая. В 1954 г. не выявлено ни одного случая заболевания малярией, и этот год стал этапным для Астраханской области, так как малярия была признана ликвидированной как эндемичное заболевание [5]. В 1955 и 1956 гг. зарегистрировано по 1 завозному случаю.

В течение 44 лет (с 1954 по 1998 г.) случаи малярии с местной передачей в Астраханской области не регистрировали.

После периода длительного эпидемиологического благополучия (с 1954 г.) при отсутствии регистрации местных случаев малярии, а с 1957 г. – и завозных, только через 17 лет, с 1975 г., вновь в Астраханской области начали регистрировать завозные случаи малярии, которые выявляют до настоящего времени. До середины 1990-х гг. завоз малярии происходил в основном из стран Африканского континента, Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Латинской Америки, а с 2000 г. – из стран СНГ [5].

До 1980 г. большинство завозных случаев было выявлено среди иностранных студентов, обучавшихся в учебных заведениях Астрахани. В период войны в Афганистане (1979–1989) за счет возвращения демобилизованных отмечено увеличение числа случаев малярии. В середине 1990-х гг. с увеличением количества выездов населения в страны с тропическим и субтропическим климатом возросло число больных малярией астраханцев среди командированных и туристов. В конце 1990-х г. структура завозных случаев малярии изменилась в связи с миграцией населения из стран СНГ (Азербайджан, Таджикистан, Узбекистан и Армения) на территорию области. Подъем количества завозных случаев малярии отмечен с 1981 по 1989 г., что было связано с завозом инфекции из Афганистана, и с 2000 по 2004 г. – из стран СНГ (Азербайджан, Таджикистан, Узбекистан, Армения). До 1980 г. завозные случаи тропической малярии составляли 55%. В 1980-е г. больше половины случаев было вызвано *Plasmodium falciparum* – 60%, *P. vivax* (трехдневная малярия) выявлена

в 39,5% случаев, в последующие годы начала преобладать трехдневная малярия, а с 1997 г. ее регистрируют уже в 95,5% случаев [5].

Цель исследования – описание клинического случая тропической малярии, зарегистрированного у жителя Астраханской области в 2020 г.

Материал и методы

Работа проведена на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО Астраханский ГМИ Минздрава России, на базе ГБУЗ АО «ОИКБ им. А.М. Ничоги».

Результаты

С 1996 по 2020 г. в Астраханском регионе зарегистрировано 164 случая малярии, из них 142 (86,6%) – завозные. Доля вторичных от завозной малярии заболеваний и рецидивов составила по 6,7% ($n=11$ соответственно).

Среди завозных случаев: трехдневная малярия выявлена в 91,5% ($n=130$), тропическая – в 6,4% ($n=9$), четырехдневная, овале-малярия и случай микст-инвазии (тропическая малярия + овале-малярия) – по 0,7% ($n=1$ соответственно).

Завоз тропической малярии в Астраханскую область происходил в основном из стран Африки (Гвинея, Мозамбик и Камерун) в 77,8% ($n=9$) и стран СНГ (Азербайджан и Таджикистан) – по 11,2% ($n=1$ соответственно).

В сентябре 2020 г. в Астраханской области зарегистрирован случай завозной тропической малярии у жителя Астрахани.

Клинический случай

Больной Ш., 34 лет, поступил в приемное отделение ГБУЗ АО «ОИКБ им. А.М. Ничоги» 05.09.2020 в 6:30.

Заболел 31.08.2020, когда возник потрясающий озноб, температура тела повысилась до 39 °С. После приема жаропонижающих средств обильно потел. В последующие дни отмечал ознобы, чувство жара, потливость. Температуру тела не измерял. Больного беспокоили резкая слабость, головная боль, тошнота, рвота. В это время Ш. находился на отдыхе на территории Крыма. В связи с продолжающейся лихорадкой 03.09.2020 больной обратился за медицинской помощью в больницу Ялты, где, со слов пациента, был осмотрен дежурным врачом и отпущен без оказания медицинской помощи. Самочувствие ухудшилось 4.09.2020: температура тела повысилась до 38,5 °С, появились выраженная слабость, головная боль, рвота. В тот же день мужчина принял 6 таблеток гидроксихлорохина (4 таблетки сразу и 2 таблетки через 6 ч). Вечером 4.09.2020 вернулся домой в Астрахань. К утру 5.09.2020 самочувствие пациента не улучшилось, вновь повысилась температура тела до 39,8 °С с ознобом. Больной вызвал скорую медицинскую помощь и был доставлен в приемное отделение ГБУЗ АО «ОИКБ им. А.М. Ничоги».

Эпидемиологический анамнез. Больной Ш. проживает в Астрахани. Работает боцманом на судне компании «Пола Райз». Находился в Западной Гвинее с 20.02.2020 по 24.08.2020. С 19.08.2020 по 24.08.2020 проживал в одной из гостиниц столицы Западной Гвинее, где было много

комаров. Химиопрофилактику малярии проводил нерегулярно (название препарата не помнил). 24.08.2020 вылетел самолетом в Стамбул, а оттуда в Москву. В Астрахань приехал самолетом 25.08.2020, а 29.08.2020 вместе с семьей выехал на отдых в Ялту (Республика Крым), где находился до 4.09.2020.

Результаты осмотра в приемном отделении областной инфекционной больницы 5.09.2020 в 6:30 дежурным врачом: состояние больного средней тяжести, температура тела 38,6 °С. Кожные покровы чистые. Лицо гиперемировано. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Число дыхательных движений – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 92 в минуту. Артериальное давление (АД) – 120/80 мм рт.ст. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована. Язык влажный, обложен налетом белого цвета. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень на 2,0 см ниже края реберной дуги, пальпируется нижний полюс селезенки. В сознании.

Выставлен диагноз: малярия, среднетяжелое течение.

Больной был госпитализирован в инфекционное отделение. Взята кровь на толстую каплю и мазок. В толстой капле и в мазке крови больного обнаружен возбудитель тропической малярии *P. falciparum* (+++). Назначено лечение: мефлохин 750 мг, через 6 ч 500 мг и еще через 6 ч – 250 мг внутрь. Больной получил 6 таблеток мефлохина – 1,5 г препарата. Проведена дезинтоксикационная терапия, назначены жаропонижающие средства, гепатопротекторы.

Препараты крови пациента 5.09.2020 в 17:25 были доставлены в лабораторию бактериологических и паразитологических исследований ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области». Обнаружен возбудитель тропической малярии в стадии кольцевидных трофозоитов – цитоплазма в виде комочков в сочетании с ядром напоминают «запятую», «ласточку» (см. рисунок).

Был уточнен диагноз: малярия, вызванная *P. falciparum* (тропическая малярия).

Состояние больного резко ухудшилось 6.09.2020. Повысилась температура тела до 39,4 °С с потрясающим ознобом, появились резкая слабость, головная боль, головокружение. У больного развились симптомы инфекционно-токсического шока. Больной осмотрен реаниматологом. Состояние тяжелое. Температура тела 37,3 °С. Кожные покровы физиологической окраски, цианоза нет. Число дыхательных движений – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное. SpO₂ 97%. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия. Пульс – 110 в минуту, слабого наполнения. АД – 75/45 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпируются печень и селезенка. Мочился. Менингеальных знаков нет. В сознании. Ориентирован в собственной личности, во времени и пространстве. Вялый, адинамичный. Для дальнейшего наблюдения и лечения больной переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Больному проводили следующее лечение: внутривенно инфузионная терапия (5% раствор глюкозы, 0,9% раствор хлорида натрия, реамберин, ремаксол, свежемороженая плазма, альбумин) до 2000,0 мл/сут. Внутрь доксициклин 200 мг/сут, жидкость *per os* 1000–1500 мл/сут.

Тропическая малярия (препарат толстая капля, окраска по Романовскому–Гимзе)

Парентерально назначены: дексаметазон 32 мг/сут внутривенно; преднизолон 180 мг/сут внутривенно; титрование 4% раствора дофамина в дозе 5 мг/кг в минуту; апротинин 20 000 АПЕ 3 раза/сут внутривенно; этамзилат по 2,0 мл 3 раза/сут внутривенно; цефтриаксон по 1,0 г 2 раза/сут внутривенно, адеметионин 800 мг/сут внутривенно.

Клинический диагноз: малярия, вызванная *P. falciparum* (+++), тяжелое течение.

Осложнение: инфекционно-токсический шок II степени.

В динамике состояние больного оставалось тяжелым. Температура тела повышалась до 39,4 °С. Температура нормализовалась 10.09.2020. Больной в сознании. В контакт вступал хорошо. Кожные покровы умеренно желтушные, без сыпи. Склеры субиктеричные. Геморрагические проявления отсутствуют. Число дыхательных движений – 18–20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, SpO₂ 98%. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия. Пульс – 100 в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. (на дофамине). Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот при пальпации безболезненный. Пальпируется печень на 2,0 см ниже реберной дуги по срединно-ключичной линии. В положении на правом боку пальпируется селезенка на 3,0 см ниже реберной дуги. Диурез отрицательный в течение 2 сут.

В связи с тяжелым течением тропической малярии 11.09.2020 проведена телемедицинская консультация с инфекционистом ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России. Заключение консультанта: «с диагнозом и тактикой лечения согласен. Необходимость назначения второго курса противомалярийных препаратов оценить по уровню паразитемии».

При исследовании крови 11.09.2020 возбудители малярии не обнаружены. Необходимости в назначении повторного курса мефлохина не было. Больной консультирован гастроэнтерологом. Заключение – реактивный гепатит.

Интенсивная терапия в ОРИТ проведена в течение 9 дней. Состояние больного стабилизировалось. АД нормализовалось. Переведен в отделение 14.09.2020.

Лабораторные показатели

Общий анализ крови от 5.09.2020: эритроциты $4,19 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 141 г/л, тромбоциты $73,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $3,7 \times 10^9/л$; скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 5 мм/ч. Общий анализ мочи в пределах нормы (белок, глюкоза отрицательные, лейкоциты 3–4 в поле зрения). Биохимические показатели крови: глюкоза 5,0 ммоль/л; общий белок 56,0 г/л; креатинин 147,95 мкмоль/л; мочевины 9,0 ммоль/л; билирубин 40,99 мкмоль/л; аланинаминотрансфераза (АЛТ) 256,0 МЕ/л; аспартатаминотрансфераза (АСТ) 281,0 МЕ/л. Коагулограмма без патологии.

Коагулограмма от 8.09.2020: толерантность плазмы к гепарину более 15 мин; протромбиновый индекс 78%; фибриноген 1,3 г/л; этаноловый тест отрицательный. Через 2 дня показатели коагулограммы нормализовались.

Общий анализ крови от 8.09.2020: эритроциты $4,47 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 141 г/л; тромбоциты $158,7 \times 10^9/л$; лейкоциты $6,7 \times 10^9/л$; СОЭ 3 мм/ч.

Клинический анализ крови от 15.09.2020: эритроциты $4,08 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 129 г/л; тромбоциты $328,7 \times 10^9/л$; лейкоциты $8,2 \times 10^9/л$; СОЭ 16 мм/ч.

Биохимические показатели крови от 6.09.2020: общий белок 53 г/л; креатинин 127,3 мкмоль/л; мочевины 11,0 ммоль/л; билирубин 31,93 мкмоль/л; АЛТ 230 МЕ/л; АСТ 201 МЕ/л.

Биохимические показатели крови от 8.09.2020: глюкоза 5,0 ммоль/л; общий белок 52,2 г/л; альбумины 31,3 г/л; креатинин 110,2 мкмоль/л; мочевины 13,0 ммоль/л; билирубин 21,3 мкмоль/л; АЛТ 398 МЕ/л; АСТ 325 МЕ/л; С-реактивный белок 12 мг/мл.

Биохимические показатели крови от 15.09.2020: общий белок 76,0 г/л; альбумины 45,7 г/л; креатинин 63,7 мкмоль/л; мочевины 5,3 ммоль/л; билирубин 9,4 мкмоль/л; АЛТ 42,3 МЕ/л; АСТ 23,9 МЕ/л; С-реактивный белок менее 6 мг/мл. Общий анализ мочи без патологии. Иммуноферментный анализ на $HV_{\Delta}Ag$ – отрицательный, на анти-HCV – отрицательный. Мазок из носа и ротоглотки на COVID-19: результат полимеразной цепной реакции отрицательный.

Паразитологическое исследование крови на малярию от 5.09.2020, 8.09.2020 и 9.09.2020 – обнаружены *P. falciparum*. В препаратах крови от 11.09.2020, 14.09.2020 и 15.09.2020 возбудители малярии не обнаружены.

Проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Заключение: гепатомегалия, спленомегалия.

Компьютерная томография: данных за инфильтративные изменения в легких нет.

Электрокардиография: без патологии.

В последующие дни состояние больного было стабильным. Температура тела нормализовалась. Желтуха исчезла. Тоны сердца громкие, ритмичные. Пульс – 78 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Размеры печени и селезенки уменьшились. В крови *P. falciparum* не обнаружены (3 отрицательных результата). Пациент выписан 18.09.2020 в удовлетворительном состоянии. В стационаре он провел 13 койко-дней. Рекомендовано диспансерное наблюдение, прием гепатопротекторов, УЗИ органов брюшной полости.

Заключительный клинический диагноз. Основной: малярия, вызванная *P. falciparum* (+++), тяжелое течение. Осложнения: инфекционно-токсический шок II степени. Реактивный гепатит.

Заключение

Завозные случаи малярии в России регистрируют постоянно, и в ряде случаев тропическая малярия заканчивается летальным исходом. С учетом эпидемиологической обстановки врачам необходимо иметь настороженность на выявление малярии у лихорадящих больных, прибывших из стран, неблагополучных по этому заболеванию. Правильно собранный эпидемиологический анамнез помогает поставить диагноз и провести своевременное лечение. Люди, выезжающие в регионы, неблагополучные по малярии, должны постоянно получать химиопрофилактику. С ними необходимо проводить санитарно-просветительскую работу, направленную на необходимость химиопрофилактики малярии и своевременное обращение за медицинской помощью при повышении температуры тела.

В представленном случае – поздняя госпитализация (на 6-й день болезни) и несвоевременное лечение больного тропической малярии. Заболевание протекало в тяжелой форме с развитием инфекционно-токсического шока и реактивного гепатита. Больному проведена интенсивная терапия в ОРИТ. Заболевание закончилось выздоровлением. С учетом сезонности, пребывания в местах с жарким климатом и наличием комаров (Крым) больной являлся потенциальным источником инфекции.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Черенова Леля Павловна (Lelia P. Cherenova) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

E-mail: cherenovalp@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0001-9354-870X>

Аракельян Рудольф Сергеевич (Rudolf S. Arakelyan) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

E-mail: rudolf_astakhan@rambler.ru

<https://orcid.org/0000-0001-7549-2925>

Галимзянов Халил Мингалиевич (Khalil M. Galimzyanov) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

E-mail: post@astgmu.ru

<https://orcid.org/0000-0002-6263-8814>

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирный доклад по малярии. Женева : ВОЗ, 2019.
2. Галимзянов Х.М., Черенова О.П., Касимова Н.Б., Вишневецкая И.Ф., Мартынова О.В. Ретроспективный анализ эпидемических очагов при малярии // «Комариные» паразитозы: эпидемиология, клиника, диагностика : сборник. Астрахань, 2016. С. 44–48.
3. Голубовская О.А., Добрянская М.А., Минова Л.А., Гудзенко О.А., Шестакова И.В. Случай завозной полирезистентной vivax-малярии у жителя Украины // Клиническая инфектология и паразитология. 2015. № 2 (13). С. 98–103.

4. Мороков, В.С. Значение «школы малярии» – целевого санитарно-гигиенического воспитания неиммунных лиц – для ранней диагностики и лечения тропической малярии // Вестник современной клинической медицины. 2009. Т. 2, № 2. С. 56а-59.

5. Постнова В.Ф., Шендо Г.Л., Олейник И.И., Постнов А.Б. Мониторинг степени восприимчивости территории Астраханской области к малярии // Материалы докладов научной конференции «Теория и практика борьбы с паразитарными болезнями». Москва, 2013. Вып. 14. С. 300–303.

REFERENCES

1. World Report on Malaria. Geneva : WHO, 2019.
2. Galimzyanov Kh.M., Cherenova O.P., Kasimova N.B., Vishnevetskaya I.F., Martynova O.V. Retrospective analysis of epidemic foci in malaria. In: «Mosquito» Parasitosis: Epidemiology, Clinic, Diagnostics. Collection. Astrakhan', 2016: 44–8. (in Russian)
3. Golubovskaya O.A., Dobryanskaya M.A., Minova L.A., Gudzenko O.A., Shestakova I.V. Case of imported multi-resistant vivax malaria in a resident of Ukraine. Klinicheskaya infektologiya i parazitologiya [Clinical Infectology and Parasitology]. 2015: 2 (13): 98–103. (in Russian)

4. Morokov V.S. Significance of the «school of malaria» – targeted sanitary and hygienic education of non-immune persons – for early diagnosis and treatment of tropical malaria. Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny [Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2009; 2 (2): 56a–59. (in Russian)

5. Postnova V.F., Shendo G.L., Oleynik I.I., Postnov A.B. Monitoring of the degree of susceptibility of the territory of the Astrakhan region to malaria. In: Proceedings of the scientific conference «Theory and practice of fighting parasitic diseases». Moscow, 2013; 14: 300–3. (in Russian)