

СЛУЖБА
ИСТОРИЈИ

4
2002

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МАЛЯРИИ VIVAX

ГУСЕЙНОВ ЭЛЬЧИН, КОРЧИНСКИЙ Н.Ч.

Азербайджанский медицинский университет, Республика Азербайджан

ключевые слова:

*малярия vivax,
клинико-лабораторные особенности*

Эпидемии трехдневной малярии, возникшие в середине 90-х годов прошлого века во многих странах Европы и Азии, в которых она, казалось бы, была давно уничтожена, поставила множество вопросов перед медициной. Эпидемия возникла в качественно новой ситуации, которая еще не отмечалась в медицинских публикациях стран СНГ последних десятилетий. До сих пор преобладают описания течения завозной из различных регионов мира малярии у неиммунных лиц у небольшого количества случаев [3, 5, 6, 7, 9] или же у иммунных больных в постоянных эпидемических очагах [8]. Именно поэтому во многих известных пособиях, описывающих клинические проявления малярии *vivax*, авторы ссылаются на источники 40-60-летней давности [2, 4]. Между тем, сообщения об особенностях клинического течения малярии в наших условиях достаточно противоречивы. Одни исследователи считают, что течение заболевания совершенно типичное, поэтому не должно вызывать затруднений [5], другие свидетельствуют о наличии определенных особенностей [1, 3, 7]. Однако обычно оцениваются в своем подавляющем большинстве случаи завозной малярии различных видов из разных регионов.

В Азербайджане сложилась достаточно уникальная ситуация: эпидемическая вспышка в неиммунной популяции. Оценка клинического течения в современных условиях позволит в какой-то степени прогнозировать возможное течение при возникновении эпидемических вспышек в других странах нашего региона.

Объектом исследования были 275 больных первичной малярией *vivax* различной степени тяжести, которые находились на лечении в инфекционном стационаре городской клинической больницы №1 г. Баку в 1994-2000 гг. Степень тяжести заболевания устанавливалась в соответствии с критериями, приведенными К.М. Лобан и Е.С. Полозок в монографии "Малярия" (1983).

Среди исследуемых больных с легким течением было 60 (21,8%), со среднетяжелым — 180 (65,5%), с тяжелым — 35 (22,7%) пациентов.

Продромальный период у больных с легким течением малярии отмечался у 49 (81,7%), при среднетяжелом течении — у 163 (90,6%), при тяжелом — у 33 (94,3%) больных. Длительность продрома при легком течении составляла $3,9 \pm 0,91$ дня, среднетяжелом течении — $2,96 \pm 0,92$ дня, при тяжелом — $1,7 \pm 0,33$ дня (рис. 1).

Таким образом, длительность продрома была достоверно короче при тяжелом течении, чем при легком течении ($P \leq 0,05$), меньше, чем при среднетяжелом течении, но в этом случае разница недостоверна ($P > 0,05$).

Частота основных клинических симптомов в зависимости от тяжести течения малярии представлена в таблице 1.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что выраженность симптомов продрома и его длительность коррелирует с тяжестью течения заболевания. Чем

более выраженный и короткий продром, разнообразнее его клиническая симптоматика, тем тяжелее будет течение малярии.

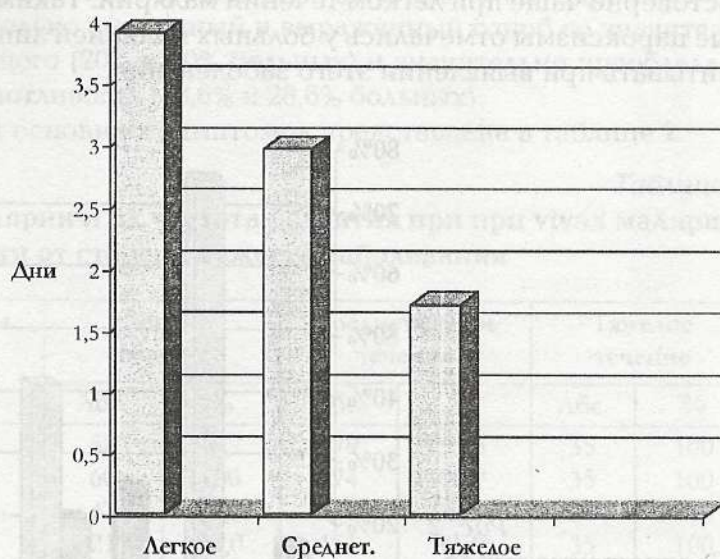


Рис. 1

Длительность продрома при малярии различной степени тяжести

Таблица 1

Частота основных клинических симптомов в продроме малярии

№ п/п	Клинические симптомы	Легкое течение		Средней тяжести		Тяжелое течение	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Субфебрилитет	49	100	163	90,6	33	94,3
2.	Общая слабость	37	75,5	156	86,7	33	100,0*
3.	Головная боль	31	63,3	143	79,4*	33	100,0*
4.	Ломота в пояснице	26	53,1	113	62,8	30	90,9*
5.	Миалгии			19	10,6*	19	57,8*
6.	Познабливание	28	57,1	141	78,3*	33	100,0*
7.	Снижение аппетита	19	38,8	101	56,1*	33	100,0*
8.	Тошнота	9	18,4	127	70,6 *	32	97,0 *
	Послабление стула			1	0,6		

* обозначена достоверная разница $P \leq 0,05$

Пароксизм при легком течении малярии начинался у 53 (88,3%) больных от 14 до 19 часов дня, у остальных больных пароксизм развивался в утренние или поздние вечерние часы. При среднетяжелом течении малярии пароксизмы также начинались преимущественно от 14 до 19 часов у 154 (85,6%) больных. У остальных больных этой группы малярийный пароксизм развивался после 19 часов или ранее 14 часов дня.

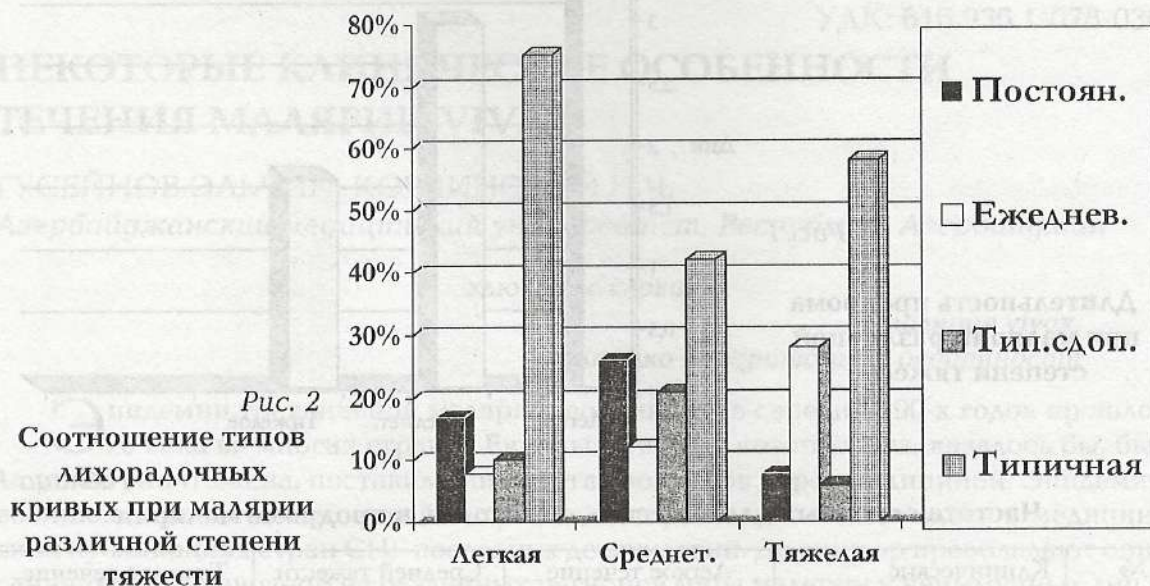
Пароксизмы лихорадки при тяжелом течении малярии у 32 (91,4%) больных начинались во второй половине дня и лишь в одном случае начиналась до 12 часов дня, в 2 — после 21 часа дня.

Таким образом, начало пароксизма после полудня являлось характерным для подавляющего большинства больных во всех группах (разница недостоверна, $P > 0,05$).

С развитием заболевания у больных малярией регистрировалось несколько типов лихорадочных кривых. Их соотношение в зависимости от степени тяжести представлено на рисунке 2.

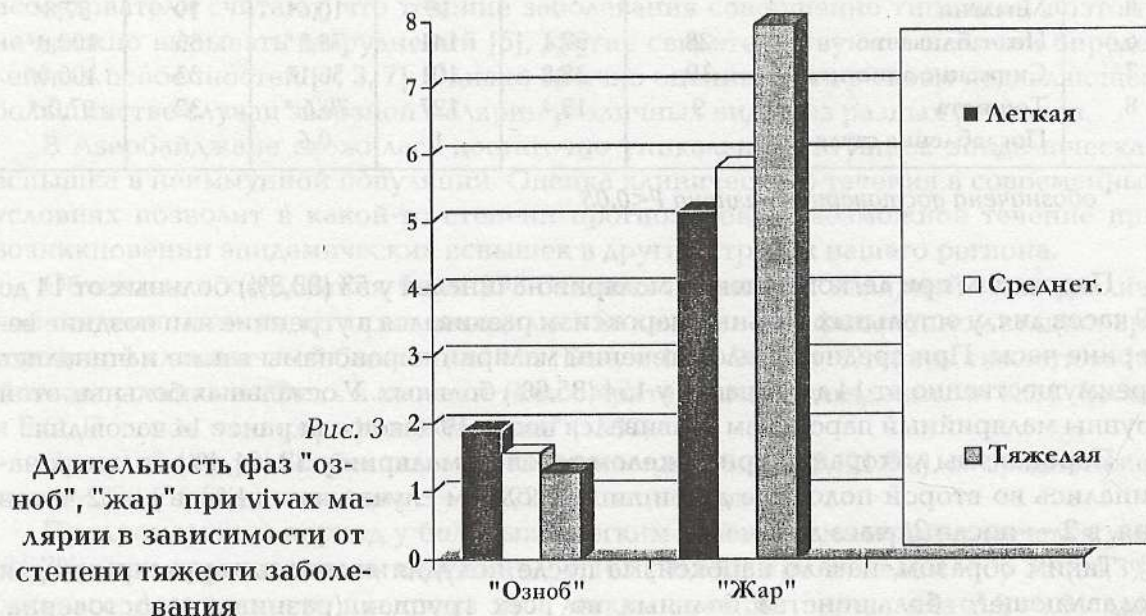
Постоянная лихорадка на начальном этапе заболевания отмечалась достоверно чаще при среднетяжелом течении ($P < 0,05$), чем при легком и тяжелом ($P \leq 0,01$) — у 46 (25,6%) больных. Ежедневные (удвоенные) лихорадочные пароксизмы отмечались достоверно чаще при тяжелом течении по сравнению с легким и среднетяже-

лым — у 10 (27,8%) больных. Типичные пароксизмы с дополнительными слабыми пароксизмами достоверно чаще, чем при легком течении, были при среднетяжелом течении — у 37 (20,5%) больных. Типичные лихорадочные пароксизмы отмечались достоверно чаще при легком течении малярии. Таким образом, типичные малярийные пароксизмы отмечались у больных малярией лишь у 48,7% больных, что нужно учитывать при выявлении этого заболевания.



Были выявлены определенные особенности течения основных фаз малярийного пароксизма.

Длительность фаз "озноб" и "жар" у больных малярией различной степени тяжести представлена на рисунке 3.



Отмечается тенденция укорочения фазы "озноб" и удлинения фазы "жар" по мере утяжеления течения заболевания. Длительность фазы озноб составляла при легком течении — $1,92 \pm 0,22$ часа, при среднетяжелом — $1,56 \pm 0,38$ часа, а при тяжелом — $1,27 \pm 0,23$ часа, что достоверно короче, чем при легком течении ($P \leq 0,05$). Длительность фазы "жар" при легком течении была достоверно дольше ($P \leq 0,01$) при легком течении ($5,15 \pm 1,08$ дня) и среднетяжелом ($5,8 \pm 0,69$ дня, $P \leq 0,05$) по сравнению с тяжелым течением ($7,94 \pm 0,81$).

Выраженность симптомов "озноб", "пот" была различной. При легком течении малярии значительно преобладали незначительные (соответственно 26,7% и 35% больных) и умеренные (58,3% и 45% больных) озноб и пот, при среднетяжелом — умеренные и выраженные (соответственно 32,2%, 33,3% и 62,8%, 52,5%). При тяжелом течении малярии встречался только умеренный и выраженный озноб со значительным преобладанием выраженного (20% и 80% больных) и значительно преобладала незначительная и умеренная потливость (48,6% и 28,6% больных).

Частота выявления других основных симптомов представлена в таблице 2.

Таблица 2

Клинические симптомы малярии и их частота развития при различных формах малярии в зависимости от степени тяжести заболевания

№ п/п	Клинические симптомы	Легкое течение		Среднетяжелое течение		Тяжелое течение	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Общая слабость	58	96,7	179	99,4	35	100
2.	Головная боль	60	100	174	96,7	35	100
3.	Тошнота	47	78,3	172	95,6*	35	100
4.	Рвота	21	35,0	161	89,4*	35	100
5.	Кашель	4	6,7	11	6,1	8	22,9*
6.	Ломота в пояснице	49	81,7	165	91,7	35	100
7.	Боль в мышцах	49	81,7	180	100,0*	35	100
8.	Боль в суставах	7	11,7	28	15,6	14	40,0*
9.	Сердцебиение	19	31,7	120	66,7*	30	85,7*
10.	Гипотония	45	75,0	169	93,9*	35	100
11.	Гиперемия лица	23	38,3	151	83,9*	35	100*
12.	Одышка	22	36,7	160	88,9*	35	100
13.	Тахикардия	15	25,0	68	37,8*	25	71,4*
14.	Гепатомегалия	59	98,3	175	97,2	33	94,3
15.	Спленомегалия	58	96,7	178	98,9	33	94,3
16.	Послабление стула			6	3,3	10	28,6*
17.	Боль в правом подреб.			39	21,7	20	57,1*
18.	Боль в грудной клетке			26	14,4	19	54,3*
19.	Психические расстройства					3	8,6
20.	Менингеальный синдром					3	8,6
21.	Судороги					1	2,9

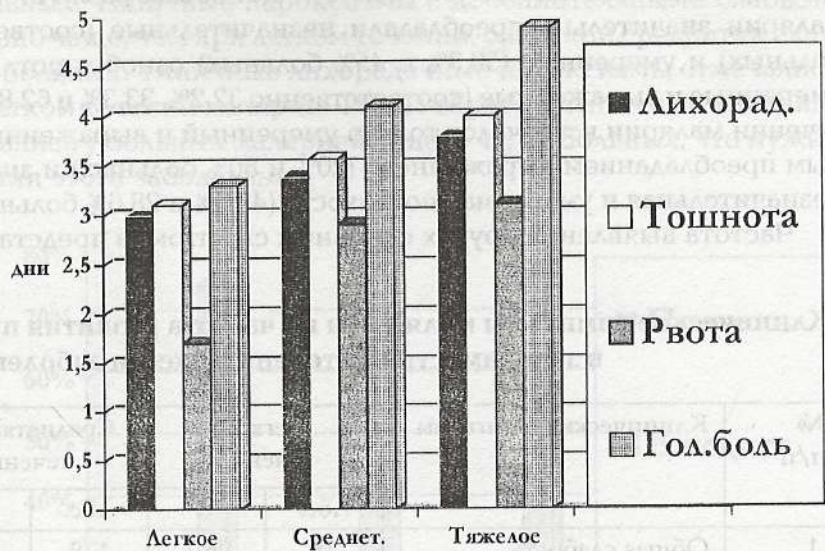
* обозначена достоверная разница $P \leq 0,05$

Таким образом, при среднетяжелом течении малярии достоверно чаще, чем при легком течении, встречались такие симптомы, как тошнота, рвота, боль в мышцах, гипотония, гиперемия лица, одышка, тахикардия. При тяжелом течении отмечалось появление психических расстройств, менингеального синдрома, судорог, чего не встречалось при более легких формах. Достоверно чаще, чем при среднетяжелом и легком встречались кашель, боль в суставах, гиперемия лица, тахикардия, послабление стула, боль в правом подреберьи, боль в грудной клетке.

На фоне лечения у всех больных настало выздоровление. Однако длительность сохранения основных симптомов, характеризующих интоксикацию при малярии, была различной (рис. 4).

Из рисунка видно, что по мере нарастания степени тяжести заболевания удлиняется срок сохранения клинических симптомов, однако достоверной эта разница является лишь для симптомов "рвота" ($P \leq 0,05$) между легкой и среднетяжелой формами, "головная боль" между легкой и тяжелой формами ($P \leq 0,05$).

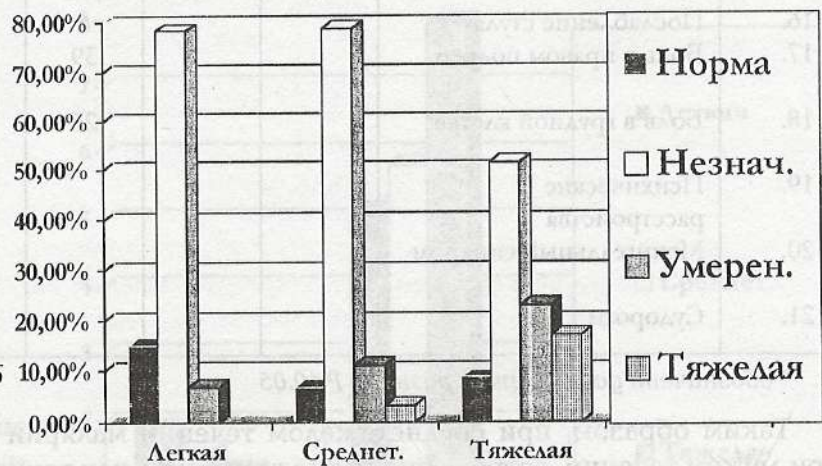
Рис. 4.
Длительность сохранения основных клинических симптомов, характеризующих интоксикацию, при различных формах тяжести малярии



Длительный период сохранялась астения: при легком течении ($9,4 \pm 0,27$ дня) сохранялась достоверно меньше, чем при среднетяжелом ($13,0 \pm 0,63$ дня, $P \leq 0,05$), а при среднетяжелом меньше, чем при тяжелом ($17,2 \pm 0,49$ дня, $P \leq 0,05$). Отмечалось также удлинение сроков госпитализации: при легком течении ($11,0 \pm 1,7$ дня) она была достоверно короче, чем при тяжелом ($18,3 \pm 1,39$ дня, $P \leq 0,05$) и недостоверно короче ($P > 0,05$), чем при среднетяжелом ($14,4 \pm 1,2$ дня), а также достоверно короче ($P \leq 0,05$) при среднетяжелом течении, чем при тяжелом.

Анемия, в зависимости от степени тяжести, встречалась при легком течении у 51 (85%) больного, при среднетяжелом — у 168 (93,3%) больных, при тяжелом — у 31 (88,3%) больного (разница статистически недостоверна, $P > 0,05$). Тяжесть ее была различной (рис. 5).

Рис. 5
Анемия при малярии различной степени тяжести



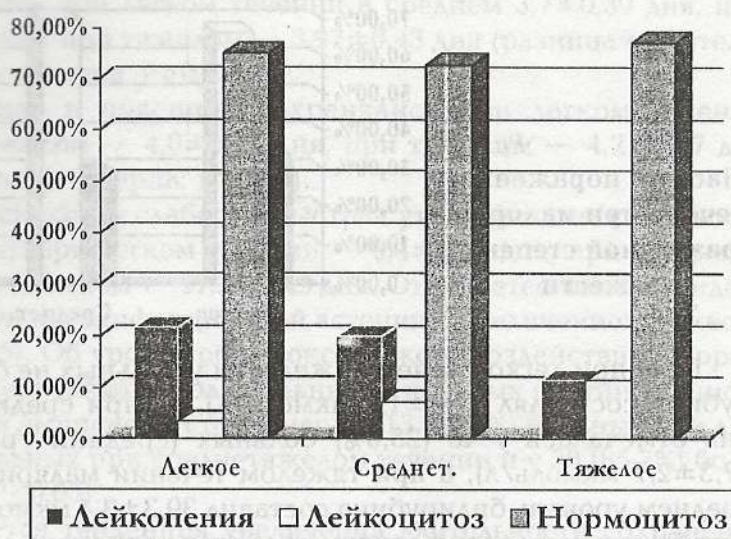
Таким образом, незначительная анемия достоверно чаще встречается при легкой и среднетяжелой малярии, чем при тяжелой (соответственно 78,3%, 78,9% и 51,4%, $P \leq 0,01$). При тяжелой малярии достоверно чаще выявили тяжелую анемию, чем при среднетяжелой (17,1% и 3,3%, $P \leq 0,05$).

Средний уровень гемоглобина и эритроцитов существенно не различался при легком и среднетяжелом течении соответственно $105,2 \pm 7,1$ г/л, $3,19 \pm 0,16 \times 10^{12}$ /л и $103,5 \pm 6,1$ г/л, $3,14 \pm 0,46 \times 10^{12}$ /л. При тяжелом течении уровень гемоглобина и эритроцитов в группе был ниже — $91,3 \pm 5,3$ г/л и $2,9 \pm 0,69 \times 10^{12}$ /л, но и здесь разница недостоверна ($P > 0,05$). Отмечается также четкая тенденция к уменьшению количества тромбоцитов, но ниже нормы они не снижаются и составляют —

$312,5 \pm 15,8 \times 10^9/\text{л}$ при легком течении, $272,1 \pm 9,8 \times 10^9/\text{л}$ при среднетяжелом и $202,1 \pm 11,2 \times 10^9/\text{л}$ при тяжелом.

Лейкопения при малярии выявлялась редко и не зависела от тяжести течения заболевания (рис. 6).

Рис. 6
Частота изменений количества лейкоцитов при vivaх малярии различной степени тяжести



Не имели существенных отличий и среднее количество лейкоцитов, СОЭ. При легком течении среднее количество лейкоцитов составило $5,7 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$, при среднетяжелом — $5,9 \pm 1,1 \times 10^9/\text{л}$, при тяжелом — $6,5 \pm 1,1 \times 10^9/\text{л}$ ($P > 0,05$). СОЭ при легком течении составило $32,5 \pm 5,8$ мм/час, при среднетяжелом — $29,9 \pm 4,9$ мм/час и лишь при тяжелом течении СОЭ было несколько выше — $39,4 \pm 5,2$ мм/час, но и здесь разница недостоверна.

Таким образом, при малярии чаще всего отсутствуют какие-либо характерные изменения (кроме анемии), которые бы свидетельствовали о возможности малярии или ее тяжести.

Поражение почек при малярии отмечалось достаточно редко. У 53 (88,3%) больных изменений в моче не было и лишь у 7 (11,7%) отмечалась лихорадочная протеинурия от 0,099 до 0,165 г/л, так как мочевой осадок у всех больных был в норме. При среднетяжелом течении у такой же части больных (132-73,9%) не выявлялись изменения в моче, а лихорадочная протеинурия обнаружена у 47 (26,1%) больных — достоверно чаще, чем при легком течении ($P \leq 0,05$). Существенные изменения были обнаружены лишь при тяжелом течении. У 15 (42,9%) больных группы в моче не выявлено существенных изменений. У 11 (31,4%) больных белок в моче составлял от 0,099 до 0,33 г/л, что расценивалось как лихорадочная протеинурия. А у 9 (25,7%) в мочевом осадке выявляли эритроциты, лейкоциты, цилиндры, что свидетельствовало о наличии у больных токсической нефропатии.

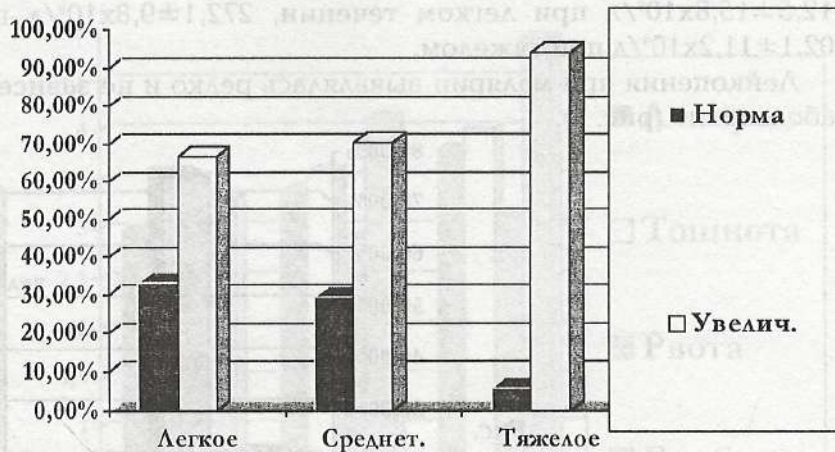
Уровень мочевины и креатинина, который определялся у этих больных, был в пределах нормы.

Таким образом, тяжесть поражения почек коррелировала с тяжестью самого заболевания. Если при легком течении лишь в небольшом количестве случаев отмечалась лихорадочная протеинурия, то при среднетяжелом течении она отмечалась достоверно ($P \leq 0,05$) чаще, а при тяжелом течении развивается достоверно чаще и токсическая нефропатия.

Поражение печени отмечалось при всех формах малярии, но частота ее была разной. Активность АЛАТ была в норме у 20 (33,3%) больных, АсАТ — у 31 (51,7%) больного с легким течением, у 53 (29,4%) и 63 (35%) больных со среднетяжелым течением и 2 (5,7%) и 3 (8,6%) больных (рис. 7).

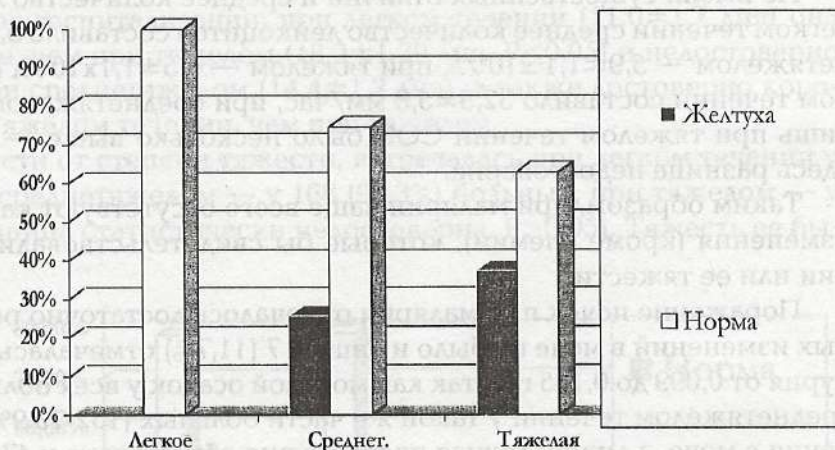
Средний уровень АЛАТ составил $86,1 \pm 6,9$ ед/л, АсАТ — $66,0 \pm 4,7$ ед/л при легком течении, $87,7 \pm 4,9$ ед/л и $76,1 \pm 4,8$ ед/л при среднетяжелом и $108,6 \pm 6,5$ ед/л и $91,1 \pm 4,1$ ед/л при тяжелом течении. Таким образом, лишь при тяжелом течении отмечалось значительно более частое и глубокое поражение печени при малярии ($P \leq 0,05$).

Рис. 7
Частота поражения печени при малярии различной степени тяжести



Если при легком течении желтухи у больных не было (средний уровень билирубина составлял $17,5 \pm 1,7$ мкмоль/л), то при среднетяжелом течении малярии она отмечалась у 46 (25,6%) больных (средний уровень билирубина составил $37,3 \pm 2,7$ мкмоль/л), а при тяжелом течении малярии — у 13 (37,1%) больных, в среднем уровень билирубина составил $39,3 \pm 3,4$ мкмоль/л (рис. 8). Повышение билирубина отмечалось в основном за счет непрямого, что свидетельствовало о ее гемолитическом происхождении.

Рис. 8
Частота гемолитической желтухи при *vivax* малярии различной тяжести



Таким образом, с нарастанием тяжести заболевания увеличивается частота появления гемолитической желтухи, но тяжесть ее даже при тяжелом течении малярии небольшая. Разница в уровне повышения билирубина при среднетяжелом и тяжелом течении малярии небольшая и недостоверная.

Поражение сердца отсутствовало при легком течении, но уже у 19 (10,6%) больных со среднетяжелым течением, у 8 (22,9%) больных с тяжелым течением отмечалось развитие миокардиодистрофии. Эти изменения быстро исчезали на 2-3-й неделе пребывания в стационаре. Таким образом, частота развития осложнений со стороны сердца зависит от тяжести малярии.

После лечения у всех больных наступило выздоровление. Длительность лихорадки до поступления в стационар достоверно не различалась, хотя была несколько дольше при тяжелом течении. Длительность лихорадки в стационаре при легком течении составила $3,0 \pm 0,52$ дня, при среднетяжелом — $3,39 \pm 0,37$ дня, при тяжелом — $3,8 \pm 0,42$ дня. Отмечается тенденция к удлинению длительности лихорадки в зависимости от тяжести течения малярии, однако эта разница недостоверна ($P > 0,05$). Таким образом длительность лихорадки на фоне лечения не зависела от тяжести течения заболевания.

На фоне этиотропной терапии отмечалось постепенное уменьшение интоксикации. Тошнота сохранялась при легком течении $3,1 \pm 0,43$ дня, $3,57 \pm 0,38$ дня при среднетяжелом течении и $4,0 \pm 0,37$ дня при тяжелом течении (разница недостоверна, $P > 0,05$). Рвота длилась у больных с легким течением в среднем $1,7 \pm 0,37$ дня, при среднетяжелом течении — $3,57 \pm 0,38$ дня, при тяжелом — $3,1 \pm 0,36$ дня. Таким об-

разом, рвота, как симптом интоксикации, сохранялась достоверно дольше при среднетяжелом и тяжелом течении (соответственно $P \leq 0,01$ и $P \leq 0,05$). Между среднетяжелым и тяжелым течением разница недостоверна ($P > 0,05$).

Головная боль сохранялась при легком течении в среднем $3,7 \pm 0,39$ дня, при среднетяжелом — $3,1 \pm 0,25$ дня, при тяжелом — $3,97 \pm 0,43$ дня (разница в длительности между группами недостоверна, $P > 0,05$).

Миалгии, боль в мышцах и пояснице сохранялись при легком течении $3,2 \pm 0,35$ дня, при среднетяжелом — $4,0 \pm 0,46$ дня, при тяжелом — $4,2 \pm 0,47$ дня (разница между группами недостоверна, $P > 0,05$).

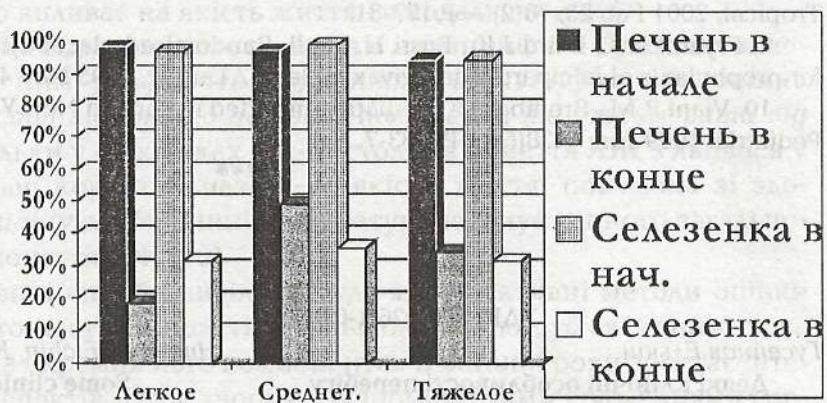
Дольше всего сохранялась общая слабость, быстрая утомляемость, сонливость (постинфекционная астения): при легком течении — $9,4 \pm 0,97$ дня, при среднетяжелом — $13,0 \pm 1,63$ дня, при тяжелом — $17,2 \pm 1,49$ дня. Отмечается четкая тенденция увеличения длительности постинфекционной астении с увеличением тяжести течения заболевания ($P \leq 0,05$). Об уровне общетоксического воздействия на организм больного свидетельствует также и доля больных, у которых постинфекционная астения сохранялась при выписке из стационара: у 13 (21,7%) больных при легком течении, у 92 (51,1%) больных при среднетяжелом течении и у 30 (85,7%) больных при тяжелом течении ($P \leq 0,05$).

Таким образом, отмечается тенденция увеличения длительности сохранения симптомов интоксикации с утяжелением течения заболевания.

Увеличение печени и селезенки при легком течении отмечалось у 59 (98,3%) и 58 (96,7%) больных, при среднетяжелом — у 175 (97,2%) и 178 (98,95) больных, при тяжелом — у 33 (94,3%) больных. К выписке из стационара у всех больных гепатоспленомегалия уменьшилась. При легком течении у 49 (81,7%) больных становилась нормальных размеров печень, селезенку пальпировать не удавалось у 41 (68,3%) больного, при среднетяжелом — соответственно у 92 (51,1%) и (64,4%) больных, при тяжелом течении — у 23 (65,7%) и 24 (68,6%) больных.

Длительность лечения в стационаре при легком течении составила $11,0 \pm 1,7$ дня, при среднетяжелом — $14,4 \pm 1,2$ дня и при тяжелом — $18,3 \pm 1,39$ дня. Достоверно дольше больных лечились в стационаре в зависимости от тяжести течения заболевания ($P \leq 0,05$).

Рис. 9
Гепатоспленомегалия при малярии на фоне течения



Таким образом, динамика обратного развития клинической симптоматики в основном не отличается в группах, сходна, независимо от тяжести течения заболевания. Существенно отличается лишь длительность постинфекционной астении, частота и тяжесть которой прямо пропорциональна тяжести заболевания.

Выводы

1. Для первичной малярии vivax характерен продром, длительность и выраженность симптомов которого зависят от степени тяжести заболевания.
2. Пароксизмы лихорадки при первичной малярии vivax развивались в подавляющем большинстве случаев в середине дня и лишь изредка в утренние или поздние вечерние часы.
3. Для первичной малярии vivax характерно наличие таких симптомов интоксикации, как головная боль, тошнота, рвота, различного рода миалгии, причем частота и выраженность их прямо зависят от тяжести течения заболевания.

4. Типичная лихорадочная кривая встречается всего лишь в 48,7% случаев, причем наиболее часто она встречается у больных с легким течением, что существенно осложняет своевременную диагностику заболевания.
5. Для малярии *vivax* характерно развитие токсических нефропатий, дистрофий миокарда и даже поражения ЦНС при тяжелом течении. Все осложнения имеют доброкачественное течение.
6. Гемолитическая желтуха развивается редко, в основном при средне-тяжелом и тяжелом течении.
7. Гепатолиенальный синдром отмечался у подавляющего большинства больных независимо от степени тяжести заболевания.
8. Анемия встречается у подавляющего большинства больных, тяжесть ее коррелирует с тяжестью течения заболевания. Однако лейкопения, которая считается характерной для малярии, встречается редко, частота не зависит от тяжести заболевания.
9. Закономерным исходом первичной малярии *vivax* является астенический синдром, длительность которого коррелирует с тяжестью течения заболевания, что необходимо учитывать при диспансерном наблюдении реконвалесцентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова А.М., Сергиев В.П. Изменение проявлений трехдневной малярии на территории СНГ // Медицинская паразитология.— 1995.—№1.—С.11-13
2. Лобан К.М., Полозок Е.С. Малярия.— М.: Медицина, 1982.— 224 с.
3. Рахманова А.Г., Антонов В.М., Антонов М.М. Завозные случаи трехдневной малярии в Санкт-Петербурге в 1987-1998 гг. // Эпидемиология и инфекционные болезни.— 2001.—№3.—С. 47-49.
4. Руководство по зоонозным и паразитарным заболеваниям/ Под ред. И.К. Мусабаева.— Ташкент: Медицина, 1987.— 544 с.
5. Токмалаев А.К., Малышев Н.А., Попова С.П. и др. Актуальные проблемы диагностики и лечения завозной малярии // Медицинская паразитология.— 1999.—№4.—С. 29-32.
6. Шувалова Е.П., Антонов М.М. О диагностике завозной малярии // Российский медицинский журнал.— 1998.—№1.—С.12-15.
7. Gautret P., Legros F., Koulmann P. et all. Imported Plasmodium vivax malaria in France: geographical origin and report of an atypical cases acquired in Central or Western Africa / Acta Tropical, 2001 Feb 23; 78(2).—P.177-81.
8. Fryauff D.J., Baird J.K., Basri H. et all. Randomised placebo-controlled trial of primaquine for prophylaxis of falciparum and vivax malaria / Lancet, 1995 Nov 4; V.346(8984).—P.1190-3.
10. Viani R.M., Bromberg K. Pediatric imported malaria in New York: delayed diagnosis / Clin. Pediatrics, 1999 Jun; V.38(6).—P. 333-7.

УДК: 616.936.1-078-036

Гусейнов Ельчин

Деякі клінічні особливості перебігу *vivax* малярії

У повідомленні наведені клінічні особливості перебігу *vivax* малярії в неімунній популяції під час епідемічного спалаху в Республіці Азербайджан. Показано, що значно рідше, ніж прийнято вважати, зустрічається типова температурна крива, при важкому перебігові зустрічаються випадки ураження ЦНС, що вважалося раніше притаманним тільки тропічній малярії. Для *vivax* малярії також властивий розвиток ускладнень з боку серця, нирок, невластивою є лейкопенія. Закономірним наслідком є розвиток астеничного синдрому, тяжкість і тривалість якого корелюють з тяжкістю перебігу основного захворювання.

UDC: 616.936.1-078-036

Huseinov Elchin, Korchynskiy N.Ch.

Some clinical features of current *vivax* malaria

In the message some clinical features of current *vivax* malaria in nonimmunity of a population are given during epidemic flare in Republic of Azerbaijan. Is shown, that much less often, than it is accepted to consider(count), there is a typical temperature curve. At heavy current there are cases of a defeat CNS, that was considered characteristic only for tropical malaria earlier. For *vivax* malaria the development of complications is characteristic also on the part of heart and kidneys, it is seldom marked leucopenia. Natural outcome is the development astenic syndrom, weight and which duration correlates with weight of current of the basic disease.