УДК 616.936-036.22-07(471.331)

А.П. Адрианов

МАЛЯРИЯ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии
ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития РФ»

Обследовано 72 больных малярией. Более половины были госпитализированы поздно. Тяжелое течение наблюдалось у больных тропической малярией. При обследовании больных с лихорадкой необходимо учитывать возможность заболевания малярией.

Ключевые слова: *малярия, лихорадка, Тверь.*

MALARIA IN THE TVER PROVINCE

A.P. Adrianov

The 72 patients with malaria were observed. More than half of them were hospitalized late. The severe form of the disease was observed at the patients with tropical malaria. It is necessary to take into account an opportunity of malaria disease when inspection of the patients with a fever.

Key words: *malaria, fever, Tver.*

Малярия до настоящего времени остается наиболее распространенным заболеванием во многих странах мира. Данное заболевание встречается в 101 стране мира, в том числе в 92 странах – тропическая малярия. По данным ВОЗ (2002), 2,3 млрд населения земного шара (41%) живет с риском заражения малярией [1]. Ежегодно число смертельных исходов от малярии составляет 1,0–1,5 млн человек, причем 90% из них погибает в экваториальной Африке, главным образом дети в возрасте до 5 лет. Малярия на этом континенте является одной из основных причин детской смертности. В странах с эпидемическим благополучием по малярии (США, Россия, Европа) постоянно регистрируется завозная малярия, что связано с миграцией населения, увеличением экономических и туристических связей [2].

Завозная малярия для нашей страны имеет два аспекта. Во-первых, клинический. Встречается смерть от тропической малярии в связи с поздним обращением к врачу, а в некоторых случаях – в связи с поздней диагностикой и поздно начинаемой этиотропной терапией. По данным МЗ РФ, в 2005-м, 2007-м и 2008 гг. имелось по 3 летальных исхода от тропической малярии у российских граждан. Во-вторых, эпидемиологический аспект: возможность возобновления передачи малярии в местных условиях и формирования местных очагов (трехдневная и овале-малярия).

Ухудшение малариологической ситуации в России отмечается с 1996 г., когда резко возрос завоз малярии из стран СНГ (685 случаев) и было 9 случаев местной передачи трехдневной малярии. Максимальная заболеваемость малярией в РФ за последние 10 лет наблюдалась в 1998 году (0,74 на 100 тыс. населения). В 1999 г. количество местной передачи малярии возросло до 77 случаев. С 2002 г. наблюдается снижение числа завозов малярии. В 2005 г. заболеваемость малярией на территории Российской Федерации продолжила тенденцию к снижению (по сравнению с 2004 г. на 44%). Всего в 2005 г. был зарегистрирован 201 случай заболевания малярией (0,14 на 100 тыс. населения) против 382 (0,25 на 100 тыс. населения) в 2004 г. [3]. Завоз малярии из Таджикистана в 2010 г. снизился в 99 раз (2 случая) против 199 случаев в 2003 г. Наибольшее количество случаев завоза из дальнего зарубежья зарегистрировано из стран Африки. Число случаев местной передачи трехдневной малярии составило в 2005 г. 40 против 58 в 2004 г. При завозной малярии максимальное число случаев приходится на долю мужчин (76%), а с местной передачей малярии – на долю женщин (52%). По видовому составу возбудители малярии в 2007 распределялись следующим образом: *Pl. vivax* – 57%, *Pl. falciparum* – 46%, *Pl. ovale* – 1%, *Pl. malariae* – 1%. В 2009 году впервые за последние 14 лет не зарегистрировано случаев местной передачи малярии.

Цель исследования – дать клинико-эпидемиологическую характеристику малярии в Тверской области.

Результаты и их обсуждение

На территории Тверской области с 1996-го по 2005 гг. ежегодно регистрировалось от 1 до 12 больных малярией, всего зарегистрировано 64 больных. За счет *Pl. vivax* зарегистрировано 88,1% случая малярии, за счет *Pl. falciparum* – 11,9%. Большинство завозов наблюдалось из стран СНГ (66,7%), главным образом из Таджикистана и Азербайджана. Завозы из стран дальнего зарубежья составили 26,7% (Индия, Судан, Йемен, Танзания и др.). Отмечено 4 случая местной передачи малярии в Конаковском и Спировском районах (2000-й, 2003-й и 2004 гг.) от источников инфекции, прибывших из Средней Азии.

Нами был проведен анализ данных у 72 взрослых больных, находившихся на лечении в инфекционных отделениях больницы № 1 города Твери в 1966–2009 гг. Российских граждан, возвратившихся из эндемичных по малярии зарубежных стран, было 27 человек, иностранцев – 45. Преобладали мужчины – 64 человека.

При направлении в стационар правильный диагноз малярии был поставлен 56 больным (77,8%). Другим 16 больным были поставлены ошибочные диагнозы (22,2%). Наиболее часто ставились диагнозы «грипп», «лихорадка неясной этиологии», «пневмония», «ОРЗ», у двух больных был заподозрен вирусный гепатит в связи с появлением желтухи. В сравнении с данными по РФ (15%), процент ошибочных первичных диагнозов по Тверской области оказался выше.

Состав больных по нозологическим формам представлен в табл. 1. Как следует из данных таблицы, преобладали больные трехдневной малярией (61,1%), больных тропической малярией было почти в два раза меньше. Острые проявления малярии наступали чаще в первые две недели, а у некоторых больных – в первые дни после приезда в Россию.

Таблица 1

Число больных малярией с учетом нозологической формы, абс. и %

Диагноз	Число больных	%
Трехдневная малярия	44	61,1
Тропическая малярия	23	31,9
Четырехдневная малярия	2	2,8
Овале-малярия	2	2,8
Смешанная форма	1	1,45
Всего	72	100,0

Таблица 2

Сроки госпитализации больных малярией в городе Твери, абс. и %

Сроки госпитализации	Число больных	%
1–4-й день болезни	24	33,3
5–10-й день болезни	32	44,5
11–15-й день болезни	5	6,9
16–20-й день болезни	4	5,6
21-й день болезни и более	7	9,7
Всего больных	72	100,0

Сроки госпитализации больных малярией представлены в табл. 2. Как следует из данных таблицы, в первые 4 дня болезни (или после обнаружения паразитов в крови) в стационар поступила лишь одна треть больных (33,3%). С 5-го по 10-й день болезни было госпитализировано 44,5% больных, т. е. в первые 10 дней болезни поступило в стационар всего 77,8% заболевших малярией. У 14 больных отмечались продромальные явления продолжительностью от одного до нескольких дней.

При поступлении в стационар наиболее часто больные предъявляли жалобы на головную боль, лихорадку, миалгии, слабость, озноб, потливость. Достаточно типичная клиника малярии в виде озноба, головной боли, лихорадки, обильной потливости наблюдалась у 53 больных. Увеличение печени и селезенки отмечено соответственно у 37 и 31 больного; у 13 больных наблюдалась иктеричность кожи и склер.

Наиболее часто малярия протекала в форме средней тяжести (54 больных), у 6 больных – в тяжелой форме. Со стороны периферической крови у 16 больных отмечалась анемия. Резко выраженный нейтрофильный сдвиг до 20–57% палочкоядерных клеток, увеличение СОЭ до 25–73 мм/ч имелись только у больных тяжелым течением малярии.

Наши данные согласуются с наблюдениями других авторов [4] о том, что малярия тяжелее протекает у российских граждан, побывавших за рубежом. Именно в этой группе у трех больных имелось осложненное течение тропической малярии с быстрым нарастанием уровня паразитемии, развитием малярийной прекомы, токсического гепатита; у одного больного, прибывшего из Танзании, тропическая малярия осложнилась развитием острой почечной недостаточности и выраженной гипохромной анемией.

Больные получали противопаразитарное лечение согласно существующим положениям (хлорохин, примахин, фансидар, мефлохин). Трем больным с тяжелым течением тропической малярии в качестве неотложной терапии назначался внутривенно капельно 50% раствор солянокислого хинина из расчета не более 2,0 г в сутки в течение трех-четырех дней, а позднее – фансидар или мефлохин в течение одного дня [5]. Летальных исходов не было. У 70 больных, находившихся на лечении, заболевание закончилось выздоровлением. У двух больных трехдневной малярией возникли рецидивы, что, вероятно, было связано с резистентностью плазмодия к производным 8-аминохинолина.

Заключение

В городе Твери и области ежегодно регистрируются больные малярией, что необходимо учитывать при обследовании пациентов с лихорадкой. Малярия в Тверской области является завозной. Диагноз малярии при направлении в стационар был поставлен

у 77,8% больных. Более половины больных (66,7%) госпитализировались в поздние сроки (на 5-й день болезни и позже). Поздняя госпитализация больных малярией была связана как с поздним обращением больных за медицинской помощью, так и с постановкой ошибочных первичных диагнозов. Тяжелое течение малярии отмечено у 6% больных, главным образом у больных тропической малярией.

Литература

1. *Международное* медицинское сотрудничество и проблемы здравоохранения развивающихся стран [Текст] / Под ред. Ф.Е. Вартаняна. – М., 1993. – 347 с.

2. *Тропические* болезни [Текст] / Под ред. Е.П. Шуваловой. – М.: Медицина, 2004. – 7 с.

3. *Об усилении* мероприятий по предупреждению распространению малярией в Рос. Федерации [Текст]: Постановление Главного санитарного врача Рос. Федерации от 14 июня 2005 г. № 12, Москва.

4. *Лобан К.М.* Малярия [Текст]: монография / К.М. Лобан, Е.С. Полозок. – М.: Медицина, 1983. – 224 с.

5. *Избранные* вопросы терапии инфекционных больных [Текст] / Под ред. Ю.В. Лобзина. – СПб.: Фолиант, 2005. – 910 с.

Адрианов Анатолий Павлович (контактное лицо) – доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии. 170100, Тверь, Советская, д. 4, Тверская медицинская академия, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии. Тел. раб. 42-13-90, тел. дом. 58-53-73, тел. моб. 8-920-160-30-74