

УДК 616.936(476.6):614.7

## ЭКОЛОГО–МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.И. Богуцкий, доцент, к.м.н., А.Н. Васильева, доцент, к.м.н., А.Р.

Хутко

Гродненский государственный медицинский университет,  
Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии  
и общественного здоровья

*Анализируется ситуация по заболеваемости малярией в мире, Европе и Гродненской области. Отмечена важность своевременной диагностики завозной малярии для профилактики формирования местных очагов данной инфекции.*

**Ключевые слова:** малярия, трехдневная, тропическая, профилактика.

*The malaria morbidity in the world, European region and Grodno region is analysed. The importance of timely diagnosis of imported malaria for the prophylaxis of forming local infection foci is noted.*

**Key words:** malaria: vivax, falciparum, tropic malaria; prophylaxis of malaria.

Малярия продолжает оставаться одной из серьезных проблем здравоохранения для многих регионов мира. Более 2 млрд. человек живут в странах тропического и субтропического климата, где риск заражения высок. По данным ВОЗ, ежегодно в мире заболевают малярией около 110 млн. человек, и от 1 до 2 млн. человек, преимущественно дети до 5 лет, ежегодно умирают от малярии [4].

Глобальная программа ликвидации малярии, проводившаяся в конце 50-х годов, привела к искоренению малярии во всех странах Европы, за исключением азиатской части Турции и остаточных очагов в Азербайджане и Таджикистане. В 80-х годах малярия являлась практически «забытой» болезнью в Европейском регионе ВОЗ [3].

Проводимые в Гродненской области профилактические мероприятия также привели к ликвидации малярии как массовой инфекции. Последним неблагоприятным периодом по заболеваемости малярией был 1947 год, когда было зарегистрировано 1602 случая 3-х дневной малярии. По мере дальнейшего снижения заболеваемости малярией стал увеличиваться удельный вес завозных случаев. Так, в 1955 году из 11 зарегистрированных случаев малярии завозная малярия диагностирована в 10. С 1957 года малярия в области не регистрировалась, что послужило поводом для закрытия в 1958 г. существовавших ранее противомалья-

рийных станций.

Однако в последние годы наблюдается возврат малярии в Европу в связи с ростом миграции и осуществлением широкомасштабных ирригационных проектов. В 1992 г. ВОЗ созвала в Амстердаме специальное совещание министров здравоохранения и политиков из 107 стран для согласования глобальной стратегии борьбы с этой болезнью. К сожалению, полная ликвидация малярии, провозглашенная в 60-е годы, в настоящее время недостижима. Вместе с тем, определена новая цель – содействие максимально ранней диагностике и лечению больных, борьба с эпидемиями и проведение дифференцированной, с учетом местных условий, борьбы с переносчиками [4].

В Гродненской области ситуация изменилась с 1971 года, когда регулярно начали регистрироваться завозные случаи малярии (10 случаев в течение 10 лет). С 1983 по 1991 год было выявлено 23 больных трехдневной малярией среди лиц, проходивших военную службу на территории Афганистана.

С 1998 по 2002 год ситуация в Гродненской области по завозной малярии остается напряженной. За этот период трехдневная малярия обнаружена у 10 иммигрантов из Республики Азербайджан, 1 студента из Пакистана и у 3-х жителей Гродненской области, прибывших в 2001 году из очага трехдневной малярии в Московской области Российс-

кой Федерации. Тропическая малярия была диагностирована за этот период времени у 2 жителей г. Гродно, прибывших из Нигерии и Шри-Ланки. Следует отметить, что диагностика 3-х дневной малярии не вызвала больших трудностей у врачей поликлинического звена, и все больные были госпитализированы в стационар своевременно. Больше трудностей для диагностики в условиях поликлиники представляли случаи тропической малярии, для которой характерны нетипичное течение и тяжелые осложнения [2].

Приводим одно из наблюдений. Больной К., 40 лет, житель г. Гродно. Заболел через 6 дней после возвращения из Нигерии самолетом, где находился в командировке в течение 8 месяцев. За время пребывания там ничем не болел. Химиофилактику против малярии не получал.

Заболевание началось остро с появления озноба, общей слабости, ноющих болей в поясничной области и повышения температуры тела до 38°C. На следующий день температура тела достигла 40°C, был потрясающий озноб, вводились жаропонижающие средства, но лихорадка сохранялась, ознобы в течение суток повторялись до 3-5 раз, сопровождалась повышенным потоотделением. Обратился к участковому врачу на 4-ый день болезни, был назначен доксицилин. При лабораторном обследовании в крови эритроциты составляли  $4,9 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 154 г/л, лейкоциты –  $3,4 \cdot 10^9/л$ , п – 8%, с – 53%, э – 3%, м – 2%, л – 34%; СОЭ – 16 мм/час. В моче обнаружен белок 0,33 г/л, лейкоциты до 10 в п/зрения, единичные цилиндры зернистые и гиалиновые. При биохимическом исследовании крови – билирубин (общий) 33,5 мкмоль/л, мочевины – 9,2 ммоль, АлАТ – 1,54 ммоль/л/ч, АсАТ – 1,42 ммоль/л/ч.

На фоне лечения состояние оставалось тяжелым, продолжало высоко лихорадить, появились боли в животе. На 8-ой день болезни появился жидкий стул темного цвета. Поскольку у больного в анамнезе зафиксирована язвенная болезнь 12-перстной кишки, участковым врачом выставлен диагноз «Острое кишечное кровотечение? Хронический пиелонефрит в стадии обострения», и больной был направлен в дежурную больницу. Больному выполнена ФГДС, обнаружен эрозивный гаст-

рит, дуоденит. Диагноз кишечного кровотечения исключен, и больной с подозрением на малярию был переведен в инфекционную больницу.

При поступлении отмечались жалобы на головную боль, слабость, боли в правом подреберье. Общее состояние средней тяжести. Больной пониженного питания, кожа бледная, температура тела 37,2°C. В легких дыхание везикулярное, ЧДД – 20 в минуту, тоны сердца приглушены, ЧСС – 90 в минуту, АД – 85/60 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в области правого подреберья. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

В анализе крови при поступлении плазмодии не обнаружены, эритроциты –  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 114 г/л, лейкоциты –  $5,5 \cdot 10^9/л$ , э – 5%, п – 10%, с – 55%, л – 19%, м – 8%, токсическая зернистость нейтрофилов ++, СОЭ – 8 мм/час. В моче обнаружен белок 0,13 г/л, лейкоциты, эритроциты единичные, зернистые и гиалиновые цилиндры до 4-6 в п/зрения. Билирубин крови – 15,12 мкмоль/л, АлАТ – 3,3 ммоль/л/ч, мочевины – 8,5 ммоль, общий белок – 50,5 г/л.

В течение первых 4 дней пребывания в стационаре у больного сохранялась субфебрильная температура тела (37,2°-37,5°C) без ознобов, беспокоила умеренная головная боль. Продолжалось многократное исследование крови на малярию, и на 3-ий день пребывания в стационаре в толстой капле обнаружен *Pl. falciparum*. С 4-го дня назначен делагил внутривенно капельно 1000 мг и через 6 часов по 500 мг в/м. Делагил назначался парентерально из-за отсутствия таблетированного препарата. После отмены делагила больному назначен примахин 0,15 в течение 10 дней. Температура у больного стойко нормализовалась на 2 день после назначения делагила. После отмены делагила в крови обнаруживались только половые формы плазмодия. После лечения примахином паразитоскопическое исследование крови дало отрицательный результат. Биохимические показатели крови нормализовались.

Выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение инфекциониста кабинета инфекционных заболеваний поликлиники.

Особенностью данного случая является то, что приступы лихорадки у больного были ежедневны-

ми и даже до 3-5 раз в день, беспокоили боли в поясничной области и животе, наблюдались изменения со стороны мочи с первых дней болезни, жидкий стул. Подобная клиническая картина характерна для тропической малярии, но, к сожалению, незнание этих особенностей, недооценка эпиданамнеза не позволили участковому врачу поставить своевременно правильный диагноз. Поздняя диагностика в данном случае не привела к злокачественному течению болезни, вероятнее всего, в связи с назначением доксициклина, который смягчил течение болезни.

Природно-климатические условия Гродненской области обеспечивают активную деятельность переносчика малярии и полный сезонный оборот паразита на всей территории. Основными переносчиками малярии в области являются комары рода *Anopheles*, которые встречаются повсеместно. Их численность в анофелогенных водоемах колеблется в пределах 8-11 личинок на квадратный метр поверхности водоема (1991-2001 гг.). Однако степень риска возобновления передачи малярии на каждой административной территории области различна и определяется: наличием потенциальных источников инфекции из числа мигрирующего населения; численностью переносчика; наличием анофелогенных водоемов; продолжительностью сезона передачи; числом оборотов циклов малярийного паразита за сезон; уровнем зообарьера.

С учетом изучения энтомологической и паразитологической обстановки за последние годы, Гродненскую область по степени потенциальной опасности возникновения местных случаев малярии можно разделить на три зоны:

I зона - характеризуется наибольшим риском возникновения местных случаев малярии в связи с большой площадью водоемов, высокой численностью переносчика, незначительным уровнем зообарьера и постоянным присутствием потенциальных источников инфекции (г. Гродно, Гродненский, Слонимский и Щучинский районы);

II зона - характеризуется достаточной площадью водоемов, значительной численностью переносчика, присутствием потенциальных источников инфекции, но надежным зообарьером (14 районов);

III зона - с малой вероятностью реализации трансмиссивного механизма передачи малярии и характеризуется небольшими площадями анафелогенных водоемов, низкой численностью переносчиков, надежным зообарьером (Берестовицкий район).

Вызывает тревогу формирование местных очагов 3-х дневной малярии в России, в частности, Московской области, отмеченное в 2001 г. (Е.Г. Белова и соавт., 2002). В 2001 г. среди жителей Гродненской области было зарегистрировано 3 случая завозной 3-х дневной малярии из этого очага.

В летние месяцы 2002 г. по данным гидрометеослужбы Гродненской области было 92 дня со среднесуточной температурой выше 14,5°C, что создавало необходимые условия для развития *P. vivax* в организме комара при наличии источника инфекции, и только своевременная диагностика завозных случаев 3-х дневной малярии предотвратила формирование местных очагов этой протозойной инфекции.

Неблагоприятная эпидемическая ситуация по малярии в ряде стран СНГ (Азербайджан, Таджикистан, Россия), интенсивная миграция населения из этих стран, дефицит лекарственных препаратов для лечения и профилактики малярии, снижение уровня знаний в области малярии среди врачей общей практики требуют пристального внимания к проблеме малярии в современных условиях.

#### *Литература*

1. Белова Е.Г., Астафьева Н.В., Потекаева С.А. и др. В Москве снова малярия // Леч. врач. – 2002. - № 4. – С. 70-73.
2. Лобак К.М., Полозок Е.С. Малярия. М., 1995.
3. Сабатинелли Г. Ситуация по малярии в Европейском регионе ВОЗ // Мед. паразитол. и паразит. болезни. – 2000. - № 2. – С. 4-7.
4. Malaria. In: Tropical Disease Research. Progress 1995-1996. WHO, TDR, Geneva, 1997; 41-61.