

Малярия

- Антропонозная протозойная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи.
- Характеризуется циклическим течением: сменой лихорадочных приступов и межприступных состояний, спленомегалией, анемией.

Страны, эндемичные по малярии

Континент, регион	Страна
Азия и Океания	Азербайджан, Афганистан, Бангладеш, Бутан, Вануату, Вьетнам, Индия, Индонезия, Иран, Ирак, Йемен, Камбоджа, КНР, Лаос, Малайзия, Мьянма, Непал, ОАЭ, Оман, Пакистан, Папуа-Новая Гвинея, Саудовская Аравия, Соломоновы Острова, Сирия, Таджикистан, Таиланд, Филиппины, Шри Ланка
Африка	Алжир, Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Джибути, Египет, Заир, Замбия, Зимбабве, Камерун, Капо-Верде, Кения, Конго, Кот-д'Ивуар, Коморские острова, Либерия, Маврикий, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Марокко, Мозамбик, Намибия, Нигер, Нигерия, Сан-Томе и Принсипи, Свазиленд, Сенегал, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Танзания, Того, Уганда, ЦАР, Чад, Экваториальная Гвинея, Эфиопия + Эритрея, ЮАР
Центральная и Южная Америка	Аргентина, Белиз, Боливия, Бразилия, Венесуэла, Гаити, Гайана, Гватемала, Гвиана Французская, Гондурас, Доминиканская Республика, Колумбия, Коста-Рика, Мексика, Никарагуа, Панама, Парагвай, Перу, Сальвадор, Суринам, Эквадор

Опасность состоит также в том, что в тех странах, где малярия отсутствует, врачи могут не распознать ее симптомы, не провести обследование и не назначить специфическую химиотерапию, и это в ряде случаев при соответствующей эпидемиологической ситуации может способствовать распространению малярии, а при тропической малярии создает угрозу жизни больного.

Опасность распространения малярии стоит настолько остро, что в 1992 г. ВОЗ созвала в Амстердаме специальное совещание министров здравоохранения и политиков из 107 стран для согласования глобальной стратегии борьбы с этой болезнью. До этого подобный мировой форум собирался только один раз - для обсуждения проблемы СПИДа.

Ликвидация малярии, провозглашенная в 60-е годы, сейчас недостижима. Вместо этого определена новая цель - содействие максимально ранней диагностике и лечению больных, борьба с эпидемиями и проведение дифференцированной, с учетом местных условий, борьбы .





Возбудители:

Малярию у человека вызывают четыре вида возбудителя:

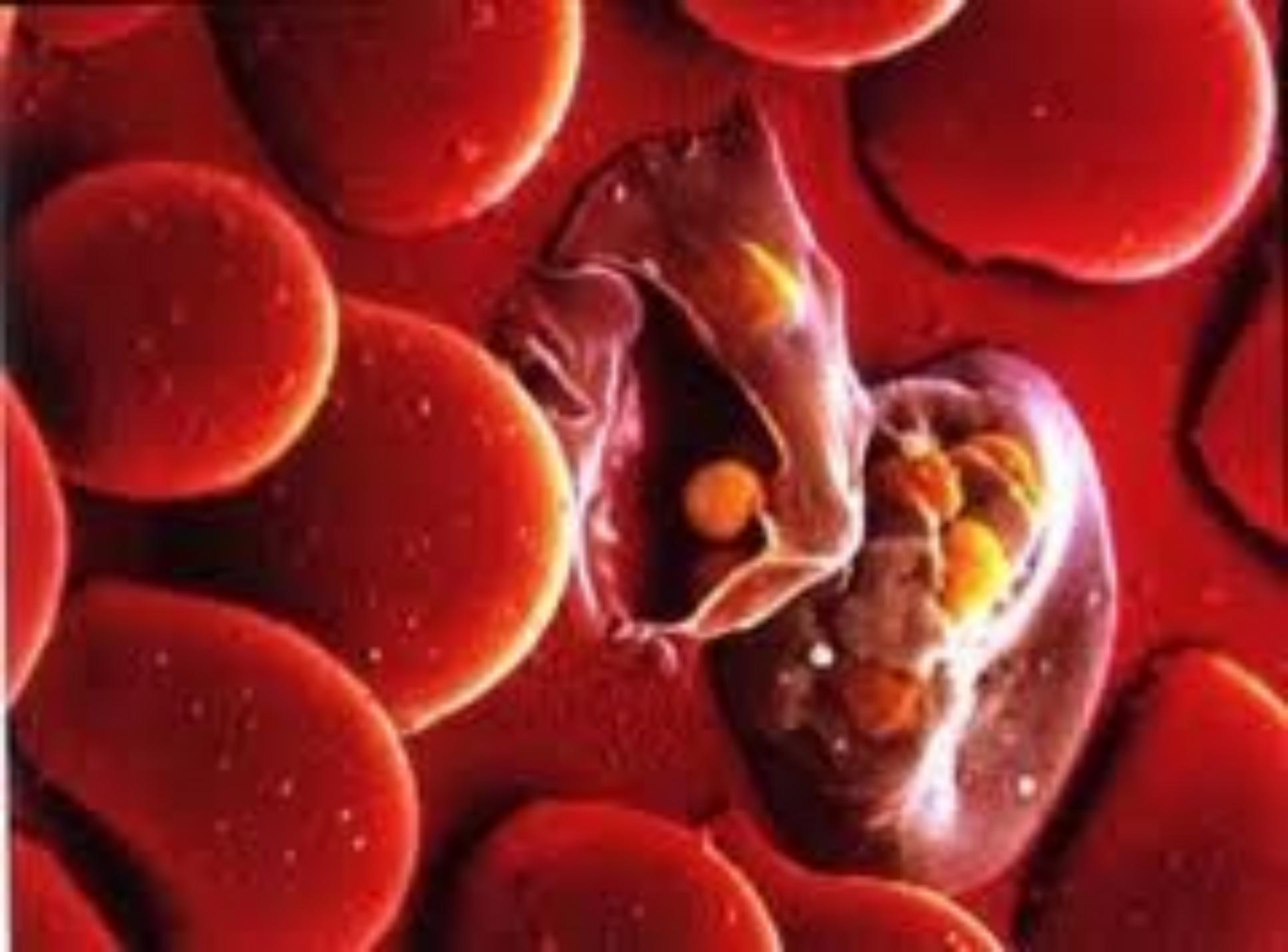
Plasmodium vivax - возбудитель трехдневной малярии, широко распространенный в странах Азии, Океании, Южной и Центральной Америки;

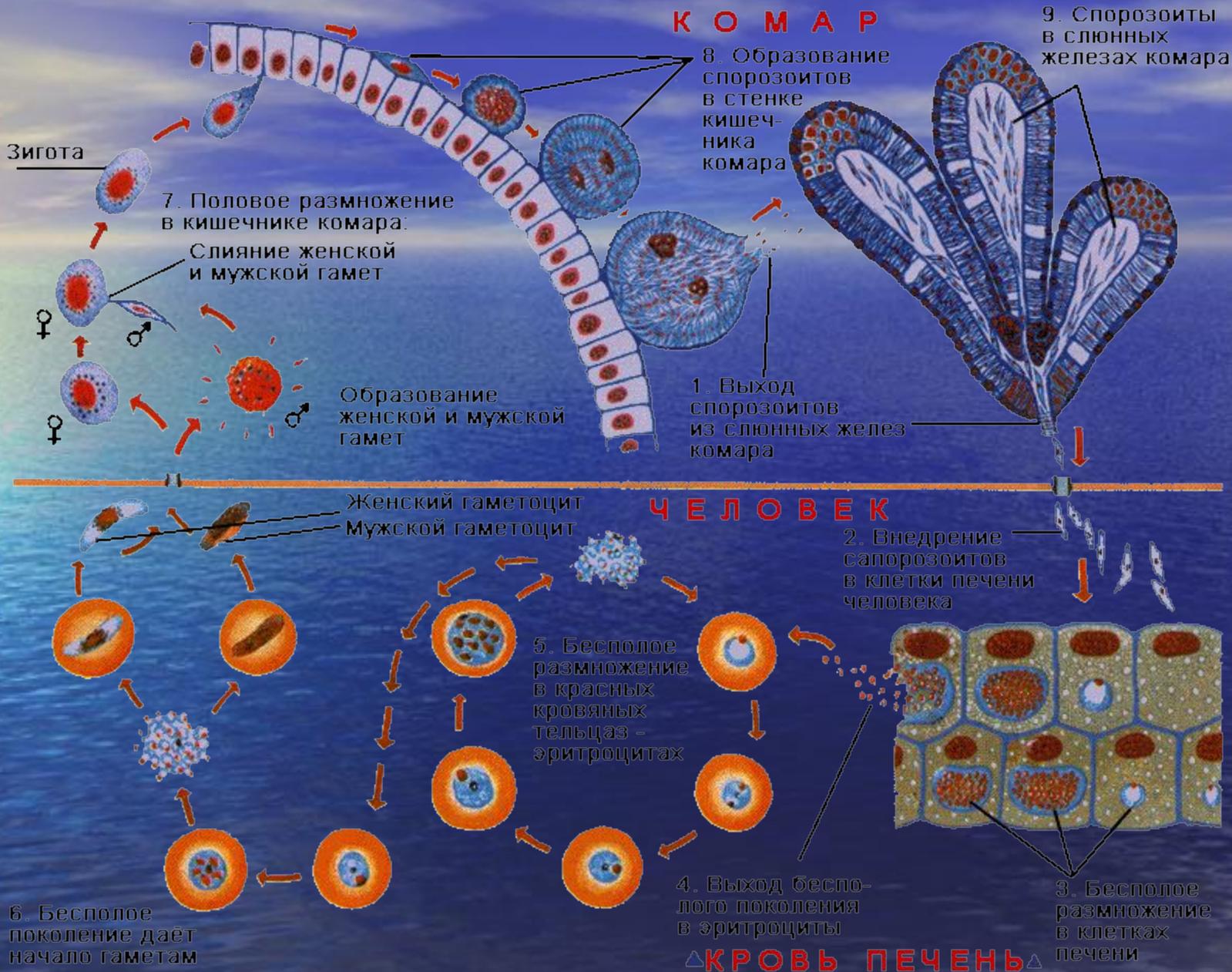
P. ovale (овале-малярия) - возбудитель малярии типа трехдневной, ареал в основном ограничен Экваториальной Африкой, отдельные случаи зарегистрированы на островах Океании и в Таиланде;

P. malariae - возбудитель четырехдневной малярии;

P. falciparum - возбудитель тропической малярии, основной вид возбудителя в Экваториальной Африке, широко распространен в некоторых странах Азии, Океании, Южной и Центральной Америки.

В организме человека спорозоиты проходят два бесполого цикла развития: в клетках печени - цикл экзоэритроцитарной (тканевой) шизогонии, в эритроцитах - цикл эритроцитарной шизогонии. В результате многократного деления из одного спорозоида в печени образуются десятки тысяч тканевых мерозоитов. Продолжительность тканевой шизогонии составляет у *P. Falciparum* 8 сут, у *P. malariae* -15 сут. у *P. ovale* - 8 сут, у *P. vivaх* – 6 сут.





Прогностически неблагоприятными признаками, указывающими на возможность развития злокачественной малярии, являются ежедневная лихорадка, особенно при отсутствии апирексии между приступами, сильная головная боль, судороги. Из лабораторных показателей - высокая паразитемия (более 100 000 паразитов в 1 мкл крови), наличие гаметоцитов* в периферической крови и нарастающий лейкоцитоз.

Осложнения Малярии

- Церебральная малярия
- Острый гемолиз
- Острый отек легких
- Гипогликемия

Для подтверждения диагноза необходимы учет географического анамнеза и лабораторная диагностика: исследование препаратов крови - толстых капель и тонких мазков у больных с подозрением на малярию. В первую очередь к ним следует отнести пациентов из группы риска, каковыми являются все прибывшие из эндемичных по малярии районов, **у которых лихорадка появилась в период до 2 лет после выезда из эндемичного очага. Таким образом, у пациентов группы риска необходимо исследовать кровь после возвращения из эндемичных регионов при любом повышении температуры тела.**

Микроскопирование препаратов крови, окрашенных по Романовскому - Гимзе, до настоящего времени остается основным методом лабораторной диагностики малярии. Однако этот метод имеет определенные ограничения, обусловленные слабой чувствительностью при низкой, близкой к субмикроскопической, паразитемии и необходимостью иметь квалифицированный персонал, который должен регулярно обучаться. Вследствие этого рутинная микроскопическая диагностика во многих лечебно-профилактических учреждениях не всегда осуществляется на достаточно высоком уровне. В связи с этим в последние годы активно изучаются методы диагностики тропической малярии путем выявления малярийного антигена с помощью иммунологических тестов. Из серологических исследований в диагностике малярии применяют РНИФ, ИФА.

Малярийные антитела обнаруживаются в крови после 2-3-го приступа. Их количество достигает максимального уровня на 4-6-й неделе, затем при отсутствии реинфекции титр их снижается и остается на низком уровне в среднем до 2 лет. Серологические методы используют при эпидемиологическом обследовании, для обследования доноров с целью предупреждения трансфузионной малярии.

Лечение малярии

Для лечения острых проявлений малярии назначают гематоциды. При обнаружении у больного *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* назначают препараты группы 4-аминохинолинов (хлорохин, нивахин, амодиахин и др.). Наиболее распространенный препарат хлорохин (делагил) назначают по следующей схеме :
в 1-е сутки 10 мг/кг основания (первая доза) и 5 мг/кг (вторая доза) с интервалом 6 ч,
на 2-е и 3-и сутки - по 5 мг/кг.
Всего на курс 25 мг/кг основания.

С целью радикального излечения (предупреждения отдаленных рецидивов) при малярии, вызванной *P. vivax* или *P. ovale*, по окончании курса хлорохина применяют тканевой шизонтоцид - примахин. Примахин назначают в течение 14 дней в дозе 0,25 мг/кг (основания) в сутки.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ при обнаружении у больного *P. falciparum* в случаях нетяжелого течения и отсутствия прогностически неблагоприятных показателей препаратами выбора являются мефлохин или галофантрин

При лечении тропической малярии "злокачественного течения" (осложненной, тяжелого течения) применяют инъекционные формы хинина путем внутривенных медленных (в течение 4 ч) капельных вливаний. В этих случаях рекомендуется начинать лечение с дозы хинина 20 мг на 1 кг массы тела, в дальнейшем использовать дозу 10 мг/кг. В качестве вводимой жидкости обычно применяют 5% раствор глюкозы. Интервал между внутривенными капельными введениями хинина - 8 ч. Внутривенные вливания хинина проводят до выхода больного из тяжелого состояния, после чего переходят на пероральный прием хинина

Больные с синдромом злокачественной малярии должны госпитализироваться в специализированное отделение, при необходимости - в отделение интенсивной терапии, имеющее оборудование для проведения гемодиализа, и постоянно находиться под наблюдением медицинского персонала.

Учитывая возможность летальных исходов при тропической малярии и быстрый переход от доброкачественного течения к злокачественному, лечение следует назначать экстренно. Поэтому при подозрении на малярию и появлении первых симптомов болезни (внезапное повышение температуры, головная боль, боли в мышцах, диарея и др.) в случае невозможности немедленного лабораторного исследования необходимо экстренно приготовить тонкие мазки и толстые капли крови и, не дожидаясь результатов лабораторного исследования, провести превентивное лечение. С этой целью наиболее целесообразно назначение мефлохина или галофантрина, поскольку в большинстве эндемичных очагов в настоящее время отмечается устойчивость *P. falciparum* к хлорохину. Если мефлохин использовался для профилактики малярии, то его не следует применять для превентивного лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МАЛЯРИИ

Эффективность лечения оценивают по трем градациям: ранняя неэффективность, поздняя неэффективность и эффективное лечение.

Ранняя неэффективность (РН):

- развитие клинических симптомов тяжелой малярии на 1, 2 или 3-й день лечения на фоне паразитемии;
- температура от 37,5⁰С на 2-й день лечения и увеличение уровня паразитемии по сравнению с уровнем до лечения;
- температура от 37,5⁰С на 3-й день лечения при наличии паразитемии;
- паразитемия на 3-й день лечения от 25 % по сравнению с уровнем паразитемии до лечения.

Поздняя неэффективность (ПН):

- развитие клинических симптомов тяжелой малярии при наличии паразитемии с 4-го по 28-й день от начала лечения при отсутствии признаков РН;
- температура от 37,5⁰С при наличии паразитемии с 4-го по 28-й день лечения при отсутствии признаков РН.

Эффективность лечения:

- отсутствие паразитемии и температура ниже 37,5⁰С на 28-й день от начала лечения при отсутствии признаков РН или ПН.

Контроль эффективности лечения проводится путем исследования толстой капли крови с подсчетом паразитемии в 1 мкл крови. Эти исследования выполняют ежедневно с 1-го по 7-й день от начала специфического лечения. В случае исчезновения паразитов в пределах этого периода дальнейшие исследования препаратов крови проводятся на 14, 21 и 28-й день от начала лечения. При выявлении резистентности и соответственно неэффективности лечения противомаларийный препарат заменяют на специфический препарат другой группы и исследование крови вновь повторяют по схеме, указанной выше.

Во время пребывания в местах, где распространена малярия, следует принимать меры предосторожности по защите от укусов комаров, спать в комнатах, где окна и двери затянуты сеткой, или под сетчатым пологом, желательно пропитанным инсектицидом; с сумерек до рассвета одеваться так, чтобы не оставлять открытыми руки и ноги; открытые участки тела обрабатывать репеллентом, особенно при пребывании на открытом воздухе в вечернее и ночное время.

Профилактический прием противомалерийных препаратов рекомендуется людям, выезжающим в очаги средней и высокой эндемичности. ***Неиммунные женщины не должны посещать районы, эндемичные по малярии, в период беременности.***

Рекомендации по химиопрофилактике следует давать с учетом комплекса факторов:

- уровень эндемии в очаге и период года (сезон дождей, сухой сезон);
- возможность быстрого исследования крови на малярию;
- вид деятельности и условия проживания в зоне риска (в частности, поездки в сельские районы, ночная работа и т.д.);
- длительность пребывания в зоне риска;
- показатели, характеризующие состояние здоровья (возраст, беременность, произведенная ранее спленэктомия, сопутствующие хронические заболевания).

В настоящее время препаратом выбора для профилактики малярии в районах, где отмечается резистентность возбудителей к хлорохину, является мефлохин. Мефлохин рекомендуется принимать 1 раз в неделю по 250 мг в течение всего периода пребывания в очаге, но не более 6 мес.

РЕКОМЕНДАЦИИ ЛЮДЯМ, ПЛАНИРУЮЩИМ ВЫЕЗД В РЕГИОН, ГДЕ РАСПРОСТРАНЕНА МАЛЯРИЯ

- * Применять меры защиты от укусов комаров.
- * Принимать препараты для профилактики малярии до выезда в очаг, весь период пребывания в очаге в сезон, когда существует риск заражения, и в течение 4 нед после выезда.
- * Ознакомиться с возможными побочными реакциями при приеме противомаларийных препаратов и противопоказаниями к их применению.
- * Узнать симптомы малярии и быть готовым к возможному заболеванию, несмотря на прием препаратов для профилактики малярии. Узнать кто из местных врачей имеет опыт лечения малярии. Обеспечить себя препаратами для срочного самостоятельного лечения. Необходимо иметь препараты для трех курсов лечения малярии при пребывании в очаге в течение 6 мес.
- * Всегда иметь при себе препараты на случай, если оказание срочной медицинской помощи невозможно.
- * Дважды в год обследоваться у офтальмолога для выявления изменений в сетчатке пациентам, принимавшим профилактически 300 мг хлорохина (основания) в неделю в течение 2 лет. Если выявляются изменения в сетчатке, следует заменить хлорохин другим препаратом

Благодарю за внимание!

