

Морозов Н.А., Кручинин Е.В., Набиева Л.В., Шпаковская Я.А.,
Алекберов Р.И., Козлов М.В., Мокин. Е.А., Яниева Ю.С.

Завозные случаи тропической малярии г. Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский Государственный Медицинский Университет, г. Тюмень

Morozov N.A., Kruchinin E.V., Nabiyeva L.V., Shpakovskaya Y.A., Alekberov R.I., Kozlov M.V.,
Mokin E.A., Yanieva Yu.S.

Imported cases of tropical malaria Tyumen

Резюме

В данной работе представлен обзор литературы и проведен ретроспективный анализ медицинской документации больных находящихся на лечении в ГБУЗ ТО "Тюменская областная инфекционная клиническая больница". Малярия - опасное для жизни инфекционное заболевание, возбудителями которого являются малярийные плазмодии. Заражение людей происходит в результате укуса инфицированных самок комаров рода *Anopheles*. В РФ малярия носит завозной характер, на территорию юга Тюменской области из эндемичных районов завозится сотрудниками компании «ЮТэйр». Так, за последние восемь лет на территории юга области и города зарегистрировано всего 33 случая малярии, из них: трехдневной 15% (n-4); овале малярия 1% (n-1); тропической 84% (n-28). При этом, все случаи тропической малярии на территорию юга Тюменской области и города завозятся с африканского континента, наиболее часто с Конго и Судана.

Ключевые слова: инфекционные болезни, малярия, тропическая малярия

Summary

This paper presents a review of the literature and conducted a retrospective analysis of the medical records of patients undergoing treatment at the Tyumen Regional Infectious Clinical Hospital. Malaria is a life-threatening infectious disease, the causative agents of which are malarial plasmodia. Infection of people occurs as a result of the bite of infected female mosquitoes of the genus *Anopheles*. In Russia, malaria is of an import nature; it is imported from endemic areas to the territory of the south of the Tyumen Region by employees of UTair. Thus, for the last eight years, only 33 cases of malaria have been registered in the south of the region and the city, of which: three-day 15% (n-4); oval malaria 1% (n-1); tropical 84% (n-28). At the same time, all cases of tropical malaria in the south of the Tyumen region and the city are imported from the African continent, most often from the Congo and Sudan.

Keywords: infectious diseases, malaria, tropical malaria

Введение

Малярия – это угрожающее жизни заболевание, вызываемое малярийными плазмодиями и передаваемое людям в результате укусов инфицированных самок комаров рода *Anopheles* [1]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2015 году во всем мире зарегистрировано 212 миллионов случаев малярии, что привело к 429 000 смертей. На африканский регион приходится около 92% всех случаев смерти от малярии. *P. falciparum* и *P. vivax* вносят наибольший вклад в заболеваемость по всему миру. *P. falciparum* является наиболее патогенным возбудителем малярии, имеет наибольшую распространенность в странах Африки к югу от Сахары и чаще всего ассоциирован с тяжелыми заболеваниями и смертью, как правило, среди детей в возрасте до 5 лет [1, 4, 6-8]. В РФ малярия носит завозной характер, на территорию юга Тюменской области из эндемичных районов завозится сотрудниками компании «ЮТэйр». Находясь в командировке, они оказы-

ваются в условиях с различным риском инфицирования. Поэтому профилактика малярии у персонала российских авиакомпаний, совершающих международные авиарейсы в страны, неблагоприятные по малярии, является актуальной проблемой [2, 3, 5, 9, 10].

Цель: Провести оценку клинико-эпидемических данных по тропической малярии в городе Тюмени и юга области.

Материалы и методы

Представлен обзор литературы и проведен ретроспективный анализ медицинской документации больных находящихся на лечении в ГБУЗ ТО "Тюменская областная инфекционная клиническая больница".

Результаты и обсуждение

За последние восемь лет на территории юга области и города зарегистрировано 33 случая малярии, из них:

грехдневной 15% (п-4); овале малярия 1% (п-1); тропической 84% (п-28). Средняя длительность пребывания в эндемичных районах составила 5,5 месяцев. Среди заболевших преобладали граждане РФ 94% (п-26), коренных жи-телей эндемичных по малярии стран составила 6 % (п-2). Все случаи малярии были завезены из стран Африки, из них: Конго - 43%, Ангола - 3 %, Либерии -11%, Судана 43%. Среди за-болевших все мужчины, в возрасте от 24 до 62 лет, средний возраст которых составил 32,5 года. Лечебными учреждениями города и юга области направлено 50% (п-14), из них диа-гноз малярии установлен 29% (п-4). Проводилась дифференциальная диагностика малярии с ОРЗ 28% (п-8), лихорадочной неясного генеза 21% (п-6), острым гастроэнтеритом 3,5% (п-1). У всех малярия протекала в средней степени тяжести. Наиболее частые симптомы при поступлении - озноб 54% (п-15), общая слабость 46% (п-10), потливость 43% (п-12), жар 25% (п-7); реже головные боли 18% (п-5), головокружение 14% (п-4), тошнота 11% (п-3), диарея 14% (п-4), рвота 4% (п-1), боли в суставах 4% (п-1), першение в горле 4% (п-1), темная моча 4% (п-1). В период разгара болезни у всех отмечалась лихорадка неправильного типа, общая слабость. Гиперемия зева, увеличение миндалин 82% (п-27), гепатомегалия, желтуха, увеличение периферических лимфатических узлов встречались 68% (п-22), гепатоспленомегалия 21 % (п-6), жар 25% (п-7), артралгии 18 % (п-5), кашель 7 % (п-2), головокружение 14% (п-4), тошнота 11% (п-3), снижение аппетита 7% (п-2). Длительность симптомов в стационаре составляла от 1,1 до 3,7 дней. При исследовании периферической крови анемия выявлена у 35% (п-10) больных. Нейтрофильный сдвиг до палочкоядерных элементов установлен 28% (п-8), увеличение СОЭ до 25–60 мм/час у 25% (п-7). В лечении больных использовалась этио-тропная, патогенетическая и симптоматическая терапия. Монотерапия проведена 75% (п-21), комплексная терапия 25% (п-7). Наиболее эффективной оказалась монотерапия мефлохином 57% (п-16), снижение паразитемии отмечено на 2-й день от начала лечения. В качестве монотерапии так же использовались доксициклин 4% (п-1), артемизинин 7% (п-2), фансидар 7% (п-2). Комбинированная терапия (мефлохин+артемизинин+доксициклин) 14% (п-4), снижение

пара-зитемии отмечено на 3-й день лечения. Также в качестве комбинированной терапии использовались (мефлохин+артемизинин) 7% (п-2), (мефлохин+доксициклин) 4% (п-1). Химиопрофилактика у 82% (п-23) больных не проводилась, 18% (п-5) получали несоответствующую рекомендациям противомаларийную терапию.

Заключение

Все случаи тропической малярии на территорию юга Тюменской области и города завозятся с африканского континента, наиболее часто с Конго и Судана. Клинические проявления болезни существенно не отличаются от классического течения малярии. Осложненный малярией не отмечено. Заболевание у всех протекало средней степени тяжести, что связано с ранней госпитализацией и своевременным назначением противомаларийной терапии. Существует определенные стандарты применения химиопрофилактики. Летному составу (пилоты, бортинженеры) показано проведение неспецифической профилактики, а остальным сотрудникам проведение химиопрофилактики согласно существующим рекомендациям. Медицинский персонал должен быть настороженным по отношению лиц прибывших из эндемичных районов. ■

Морозов Николай Андреевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсами детских инфекций, дерматовенерологии и косметологии. **Кручинин Евгений Викторович** - доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Тюменского ГМУ. **Набиева Лейла Вугар кызы** - студентка 5 курса лечебного факультета Тюменского ГМУ. **Шпаковская Яна Андреевна** - студентка 5 курса лечебного факультета Тюменского ГМУ. **Алекберов Ровшан Ибиш оглы** - студент 5 курса лечебного факультета Тюменского ГМУ. **Козлов Максим Владиславович** – студент 5 курса лечебного факультета Тюменского ГМУ. **Мокин Егор Алексеевич** – студент 5 курса лечебного факультета Тюменского ГМУ. **Яниева Юлия Сергеевна** - студент 5 курса лечебного факультета Тюменского ГМУ. Автор, ответственный за переписку – **Алекберов Ровшан Ибиш оглы, mentotax@mail.ru 89123939485**

Литература:

1. Литвинов С.К., Бронштейн А.М. Вакцинация против малярии: реальность и перспективы. *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2017; 3(22): 153-156.
2. Морозов Е.Н., Litvinov S.K., Zhirenkina E.N. About concept on eradication of infectious diseases. *Epidemiol. i infekt. bol.* 2016; 2: 68-74.
3. Мищеряков В.Г., Тучков Д.Ю., Каминская М.А. Клинический случай тяжелой формы малярии. *Актуальная инфектология* 2015; 4(9): 108.
4. Антонов В.М., Лобзин Ю.В., Кузнецов Н.И. Случаи поздней диагностики завезенной малярии. *Российский семейный врач* 2008; 12 (4), 45-47.
5. Моренец Т.М., Исаева Е.Б., Городин В.Н., Авдеева М.Г. Клинико-эпидемиологические аспекты малярии в Краснодарском крае. *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2016; 5(21):253-261.
6. Кручинин Е.В., Козлов М.В., Мокин Е.А. Прионные болезни: современные клинико-диагностические аспекты. *Уральский Медицинский журнал* 2018; 12(167): 118-124.
7. Hoffman S. L., Subramanian G. M., Collins F. H., Venter J. C. *Plasmodium, human and Anopheles genomics and malaria. Nature* 2002; 415 (6872):702-

- 9.
8. *Idro R. Clinical manifestations of severe malaria in the Highlands of Southwestern Uganda. J. Trop. Med. Hyg 2005; 5 (72): 561-567.*
9. *Токмолаев А.К., Иванова Т.Н., Кожевникова Г. М., Ходжаева Н.М. Диагностика и лечение малярии. Тер. арх. 2007; 11:17-19.*
10. *Полторацкая Т.Н., Шихин А.В., Лейман С.В. Эпидемиологический надзор за малярией в Томской области. Инфекция и иммунитет 2012; 1-2: 181.*