

М. Н. Марамзина

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА МАЛЯРИЕЙ В Г. КИРОВЕ

ГУ «Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора в г. Кирове»

Проблема профилактики малярии в России остается актуальной. Социально-экономические изменения на территории бывшего СССР, миграция населения, нехватка эффективных инсектицидов и противомалярийных препаратов, в ряде случаев недостаточный объем противоэпидемических мероприятий из-за экономических проблем – все это влияет на современную маляриологическую ситуацию в России.

В г. Кирове в период с 1990 по 1993 гг. случаев малярии не было. Начиная с 1994 г. по 2003 г. зарегистрировано 13 завозных случаев малярии. Трехдневная малярия составила 77% (10 случаев), тропическая малярия – 23% (3 случая).

Трехдневная малярия была завезена из стран Африки (Нигерия, Габон, Демократическая Республика Конго).

Завоз трехдневной малярии произошел из Республик: Азербайджана (5), Таджикистана (4), Узбекистана (1).

Среднепогодный показатель заболеваемости малярией в г. Кирове составил 0,25 на 100 тыс. населения и превысил среднепогодные показатели заболеваемости в Кировской области в 2,6 раз, России в 1,9 раз.

При анализе возрастной структуры заболели: до 20 лет – 2 (15,4%), в том числе один ребенок 9 лет, 20-29 лет – 5 (38,5%), 30-39 лет – 3 (23,0%), 40-49 лет – 2 (15,4%) и самый старший по возрасту – больной 64 года (7,7%).

Мужчины составили 85% (11), женщины – 15% (2).

В первые три дня от начала заболевания за медицинской помощью обратилось 5 больных (38%), на 4-й день болезни – 3 (23%), на 6-й день – 1 (8%), на 11 – 19 дни болезни – 4 (31%).

Ошибочный первоначальный диагноз был поставлен в 77% случаев (у 10 больных): пневмония – 2, ОРЗ, грипп – 5, сахарный диабет – 1, энтеровирусная инфекция – 1, лихорадка неясного генеза – 1.

Своевременная диагностика малярии (в первые три дня обращения за медицинской помощью) составила всего – 15% (у двух больных).

Диагноз малярии был поставлен: на 4-13 дни обращения – 62% (8), на 41 – 54 дни – 15% (2).

В одном случае (8%) жительница Азербайджана с клиническими проявлениями трехдневной малярии, возникшими через 9 месяцев после приезда в г. Киров, была выявлена активно при исследовании крови у неё на малярийный плазмодий по «контакту» с больным трехдневной малярией девятилетним сыном. Сама больная за медицинской помощью не обращалась.

Большая часть больных (69%) зарегистрирована с мая по август. 30% больных трехдневной малярией заболели в летний период в сезоне передачи малярии. Вторичных случаев от завозной малярии (*P.vivax*) не зарегистрировано.

62% заболевших малярией составили жители эндемичных по малярии мест, прибывшие в г. Киров из Азербайджана, Таджикистана к родственникам (8), 15% – уволенные из армии военнослужащие, служившие по контракту в Таджикистане (2), 23% – специалисты по частным контрактам (экипажи судов, самолетов), работавшие в странах Африки (3).

Клинические проявления тропической малярии (3 случая) начинались через 6-8 дней после возвращения из тропиков.

Проявления трехдневной малярии (10 случаев): в первые 5 дней со дня прибытия из эндемичных мест

– 4 (40%), через 1 мес. – 3,5 мес. – 4 (40%), через 8 мес. – 2 (20%).

Следует отметить о хорошей осведомленности о тропической малярии и необходимости срочного обращения за медицинской помощью при первых признаках инфекции у двух сотрудников Кировского авиапредприятия, работавших по контрактам в странах Африки, у которых противомалярийные лекарственные препараты были «на руках».

Остальной контингент больных имел весьма слабые представления о малярии и мерах профилактики.

Из 10 случаев трехдневной малярии радикальное лечение больных проведено только у 2 (20%) из-за отсутствия примахина, что могло иметь эпидемические последствия.

Эпидемиологический надзор за малярией в г. Кирове осуществляется согласно требований СП 3.1./3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», Сан-Пин 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ», СП 3.4.1328-03 «Санитарная охрана территории РФ».

Проводится активное выявление больных малярией среди населения, особенно в «группах риска». Ежегодно более 800 человек обследуются на малярию, что в среднем составляет только 76% от всех регистрируемых больных с длительной лихорадкой и неясным диагнозом.

На территории областного центра расположено 45 анофелогенных водоемов, в которых в летнее время происходит выплод малярийных комаров вида *An. messeae* с ежегодным развитием 1-2 генераций.

В эпидемический сезон регулярно осуществляется энтомологический надзор за местами их выплода, проводится учет численности окрыленных форм на контрольных днях, определяется видовой состав комаров.

В период с 1994 по 2003 гг. обработаны от личинок малярийных комаров водоемы общей площадью 25,3 га с применением экологически безопасных средств. При необходимости организуются гидротехнические мероприятия (механическая расчистка, спуск водоемов со снятием илового слоя, осушение водоемов, не имеющих хозяйственного значения).

Во всех лечебно-профилактических учреждениях города Кирова ежегодно организуется подготовка медицинских кадров по эпидемиологии, клинике, диагностике, лечению и профилактике малярии. Проведено 4 городских семинара, 6 инфекционных комиссий.

Применяются административные меры (1 предупредительный протокол о санитарном правонарушении, 7 наказующих приказов, 5 объяснительных записок по ошибкам в тактике ведения больных, 5 санэпидсоветов).

Проводятся информационно-методические мероприятия (совещания с различными организациями и ведомствами, в том числе с руководителями турфирм, готовятся информационные письма).

В целях недопущения возникновения местных

случаев малярии вопросы профилактики этой инфекции включены в «Программу санитарно-эпидемиологического благополучия населения города Кирова на период 2004–2007 гг.» с соответствующим финансированием из средств городского бюджета.

Выводы

За наблюдаемый период не было зарегистрировано вторичных от завозных и местных случаев малярии.

В целях дальнейшего повышения эффективности комплекса мероприятий по борьбе с малярией и её профилактике необходимо:

1. Повышать уровень знаний врачей независимо от профиля по эпидемиологии, диагностике, лечению и профилактике малярии.

2. Усилить меры по своевременному выявлению источников малярии среди прибывших из эндемичных местностей.

3. Ежегодно финансировать необходимый объем химических обработок анофелогенных водоемов в целях профилактики выплода личинок малярийных комаров.

4. Активизировать санитарное просвещение по малярии среди населения, особенно среди граждан, выезжающих в жаркие страны.

Своевременное выявление больных малярией и эпидемиологический надзор поддержит благополучие на территории г. Кирова.

Список литературы

1. Сыслова Т. Г. // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2004 г. – № 1. – С. 3-5.
2. Руководство по эпидемиологическому надзору за малярией в РФ. Институт МП и ТМ МЗ РФ, Москва, 2000.