

12. Celis H., Yodfat Y., Thijs L. et al. Antihypertensive therapy in older patients with isolated systolic hypertension: the Syst-Euc experience in general practice // *Fam. Pract.* – 1996. – № 13. – P. 138-143.

13. Staessen J.A., Fagard Thijs L. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension // *Lancet.* – 1998. – № 351. – P. 1755-1762.

МАЛЯРИЯ, ВЛИЯНИЕ ЕЁ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОФИЛАКТИКА

© Давлетшин Ф.А.*

Городская поликлиника № 8, г. Казань

В статье дано представление об одной из тропической инфекции, в частности, малярии. Пути её распространения, истории, борьбы с ней. Также отражены эндемичные очаги данного заболевания в сравнительной характеристике по странам и годам. Приведены ряд мероприятий для обеспечения эпидемиологического благополучия по малярии на территории РФ.

В настоящее время в Российской Федерации и сопредельных странах наблюдается распространение многих трансмиссивных инфекций, которые никогда ранее не регистрировалась в Европейском регионе. Эффект глобального потепления может привести к возврату ряда и возникновению новых заболеваний на континенте. Тропические инфекции постоянно завозятся в Европу возвращающимися из поездок туристами или иммигрантами, что способствует их местной передаче, как это произошло с малярией.

Вплоть до двадцатого века малярия являлась причиной ряда самых значительных проблем для европейского общественного здравоохранения. С окончанием I-ой мировой войны площадь распределения малярии в Европе была максимальной. Эпидемии малярии представляли серьёзную угрозу для здоровья европейцев. Сезонная передача малярии простиралась до Северной Европы, где вспышки малярии были зарегистрированы в 1944 г. [3, 4].

Северная граница малярии проходила от Центральной Англии до Южной Норвегии, Центральной Швеции, Центральной Финляндии и северных областей европейской части России вдоль 64 °с.ш. Организация борьбы с малярией в СССР является примером того, как можно было ликвидировать заболевание на такой огромной территории, так как была включена в число первоочередных государственных задач. Если в 1913 г. в России было отмечено 3521213 случаев малярии, в 1941 г. – 2538543, то в 1952 г. малярия была ликвидирована как массовое заболевание, в 1956 г. ликви-

* Главный врач, кандидат медицинских наук.

дирована тропическая малярия, а в 1960 г. было объявлено о практической ликвидации этой инфекции [2].

В результате интенсивных мероприятий по борьбе с малярией к 1970 г. в Европе её передача была практически прервана, что было огромным достижением, способствовавшим экономическому развитию некоторых наиболее поражённых территорий на юго-востоке континента. В 1974 г. в Македонии были зарегистрированы последние местные случаи малярии и в 1975 г. Всемирная Организация Здравоохранения объявила об окончательной ликвидации малярии на европейском континенте [5].

Во второй половине XX в. после прекращения массовых дезинсекционных мероприятий плотность популяций потенциальных переносчиков малярии, комаров *Anopheles*, восстановилась и в настоящее время остаётся высокой, в результате чего возникает угроза возобновления передачи при наличии инфицированного человеческого хозяина. В некоторых странах и областях Европы, особенно в Италии и Греции, расширенная культивация риса привела к высокому росту плотности популяций потенциальных переносчиков малярии. Так, в окрестностях г. Гроссето (Италия) число посадок комаров *Anopheles* на человека может достигать более 200 раз за ночь [10].

В настоящее время, возобновление малярии в Европе происходит в государствах, где она была прежде ликвидирована. Наиболее серьёзные проблемы, связанные с возобновлением аутохтонной малярии, испытывают страны Новых Независимых Государств и Турция. Несмотря на значительные усилия по сдерживанию передачи этой инфекции методами борьбы с переносчиками, частота местных случаев малярии в ряде стран за период с 1996 г. по 2000 г. оставалась высокой (табл. 1).

Таблица 1

**Случаи местной малярии, зарегистрированные в странах
Восточной Европы в 1996-2000 гг. [5]**

Страна	1996	1997	1998	1999	2000
Армения	149	567	542	329	56
Азербайджан	13135	9911	5 175	2311	1526
Грузия	3	0	14	15	244
Российская Федерация	10	33	63	77	48
Таджикистан	16561	29794	19351	13493	19064
Турция	60634	35376	36780	20908	11381
Туркменистан	3	4	115	10	18

Причинами этого служит ряд факторов, в том числе трудности в осуществлении эпидемиологического надзора за малярией и проведением противомаларийных мероприятий, отсутствие мероприятий по борьбе с переносчиками, приток беженцев из эндемичных по малярии зон и упадок служб здравоохранения в большинстве этих государств. Доминируют случаи малярии, вызванные *P. vivax*, хотя растёт и число случаев малярии с *P. falciparum*. Принимая во внимание интенсивные перемещения населения,

возросшее число завозных случаев малярии не может не представлять реальной угрозы для стран, на территории которых ранее встречались эндемичные очаги данного заболевания.

В 2000 г. Европейское региональное бюро ВОЗ сообщало о 15528 случаях завозной малярии на континент. Результаты исследования надежности отчётных данных обнаружили вопиющее занижение, а также выраженную неоднородность национальных данных и даже, в некоторых случаях, их отсутствие [8]. Так, в трёх странах – Финляндии, Франции и Королевстве Нидерландов – уровень занижения данных оценивался соответственно на 20 %, 55 % и 59 % [6]. Встречаемость завозной малярии в регионе достаточно велика, чтобы представлять проблему не только для экономики, но и для общественного здравоохранения тех стран, в которые она завозится. Так, общие затраты, связанные с более чем 8000 завозных случаев малярии во Францию в 2000 г., достигали 20 млн. евро [6]. Согласно P. Schlagenhauf с соавторами, средняя стоимость лечения случая малярии в Швейцарии составляла 44000 швейцарских франков, что эквивалентно 32000 долл. США [11].

В настоящее время в мире зарегистрировано около 90 случаев так называемой «аэропортной малярии», большая часть которых относится к Европе. Большинство европейских случаев аэропортной малярии встречается в странах с максимальным числом воздушных сообщений с Африкой. Многие случаи аэропортной малярии в зонах, где её передача давно была прервана, могут оставаться нераспознанными. Аэропортная малярия представляет собой совершенно особую угрозу для здоровья населения, так как она затрагивает людей, живущих или работающих около международных аэропортов и ранее никогда не подвергались риску заражения малярией. В связи с этим, часто диагноз заболевания ставится с задержкой, что может привести к длительному заболеванию или даже смерти [5]. Завоз инфицированных переносчиков может осуществляться и другими транспортными средствами. Так, несмотря на то, что в Бельгии малярия исчезла в 1938 г., местный случай был выявлен в 2000 г. у пациента, жившего в Генте в 3,5 км от городского порта, то есть вполне в пределах досягаемости для инфицированного комара, завезённого в багажном отделении одного из прибывших судов [9].

В Российской Федерации малярия была эндемичной на значительной части территории, где более 30 дней в году среднесуточная температура воздуха превышала 15 °С. Начиная с 1966 г., возросло число завозных случаев малярии, что привело к возобновлению местной передачи сначала в южных районах страны, а в 2000-х гг. – в средней полосе. В настоящее время, число местных случаев малярии в европейской части Российской Федерации превышает количество завозных случаев.

Местная передача часто происходит в форме так называемой «аэропортной малярии», то есть малярии, возникающей в результате нечаянной транспортировки самолетами живых инфицированных комаров из тропических эндемичных по малярии стран. В 2000 г. в стране было зарегист-

рировано 763 случаев малярии, в том числе 47 случаев местной передачи *P. vivax* в Московской области. Среди населения области отмечалось увеличение число случаев местной малярии с 112 в 1997 г. до 214 в 2001 г. [12]. В результате, несмотря на то, что источником передачи могли служить завозные случаи малярии, теперь она стала эндемичной на ограниченной территории Московской области. Это свидетельствует о необходимости разработки интенсивной программы по борьбе с переносчиками.

В последние (2000-2009) годы в Республике Татарстан было зарегистрировано 68 случаев малярии, из них 9 случаев местной передачи *P. vivax* (г. Казань, г. Набережные Челны, пос. Васильево Зеленодольского района и другие). В 4-х случаях инфицирование заболевших произошло в эпидемиологический сезон 2004 г., а клинические симптомы проявились после длительной (более 9-ти месяцев) инкубации в летние время 2005 г. Из 59-ти завозных случаев малярии (Либерия, Новая Гвинея, Малави, Танзания, Мозамбик, Иран, Пакистан) 57 – были представлены тропической малярией (*P. falciparum*). В 2-х случаях (2009 г.) была зарегистрирована трёхдневная малярия (*P. vivax*). Один случай (2007 г.) закончился летальным исходом в результате несвоевременной диагностики заболевания и отсутствия необходимых лекарственных препаратов для лечения осложнённой тропической малярии [1].

Со всей очевидностью, следует прилагать больше усилий, чтобы убедить отправляющихся в эндемичные по малярии страны туристов в необходимости соблюдения правильного профилактического режима. Практически каждый обзор о завозной малярии подчеркивает низкий уровень соблюдения химио-профилактического режима среди туристов, посещающих эндемичные по малярии страны, в особенности среди тех, кто заболевает после возвращения из поездки. Ценой игнорирования профилактического режима становятся не только человеческие страдания, но и финансовые издержки. Учитывая рост проблемы лекарственной резистентности *P. falciparum*, следует обеспечить домашних врачей и персонал медицинских учреждений информацией о наиболее эффективных препаратах для профилактики и лечения малярии.

Для стойкого обеспечения эпидемиологического благополучия по малярии на территориях РФ, где данная инфекция была ликвидирована, необходимо планово проводить комплексные противомарийные мероприятий в очагах малярии с экзотическими популяциями переносчиков и интенсивной миграцией населения, а также вести наблюдения за влиянием антропогенной трансформации ландшафтов и хозяйственной деятельности человека на фауну и численность комаров *Анофелес*. Особенно тщательными эти наблюдения должны быть в районах, где строящиеся ирригационные, инженерные и гидросооружения могут привести к ухудшению энтомологической ситуации. Успешное выполнение программы позволит добиться эпидемиологического благополучия на всей территории Российской Федерации и обеспечит надежную профилактику малярии среди населения.

Список литературы:

1. Государственные доклады «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Татарстан в 2005 г., в 2008 г. в 2009 г.». – Казань.
2. Основы и практика борьбы с малярией / Под ред. акад. Ф.Ф. Сопрунова и А.С. Хромова. – М.: Центр международных проектов ГКНТ, 1988. – 193 с.
3. Bonsdorff M., von. Panorama of diseases in Finland's Army during the Second World War // *Nordisk Medicin*. – 1991. – Vol. 106, № 4. – P. 134-136.
4. Fossmark R. Malaria in Norway – a tropical disease of the track? // *Tidsskrift for den Norske Laegeforen*. – 1994. – Vol. 114, № 30. – P. 3643-3645.
5. Gratz N. Communicable diseases in Europe. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 2005. – 159 p.
6. Legros F., Danis M. Surveillance of malaria in European Union countries // *Eurosurveillance*. – 1988. – Vol. 3. – № 4. – P. 45-47.
7. Legros F., Gay F., Belkaid M., Danis M. Imported malaria in continental France, 1996 // *Eurosurveillance*. – 1998. – Vol. 3. – № 4. – P. 37-38.
8. Muentener P., Schlagenhauf P., Steffen R. Imported malaria (1985-95): trends and perspectives // *Bulletin World Health Organization*. – 1999. – Vol. 77. – № 7. – P. 560-566.
9. Peleman R., Benoit D., Goossens L., Bouttens F., Puydt H.D., Vogelaers D., Colardyn F., Van De Woude K. Indigenous Malaria in a Suburb of Ghent, Belgium // *Travel Medicine*. – 2000. – Vol. 7. – № 1. – P. 48-49.
10. Romi R., Pierdominici G., Severini C., Tamburro A., Cocchi M., Menichetti D., Pili E., Marchi A. Status of malaria vectors in Italy // *J. Medical Entomology*. – 1997. – Vol. 34. – № 3. – P. 263-271.
11. Schlagenhauf P., Steffen R., Tschopp A., Van Damme P., Mittelholzer M.L., Leuenberger H., Reinke C. Behavioural aspects of travellers in their use of malaria presumptive treatment // *Bulletin WHO*. – 1995. – Vol. 73, № 2. – P. 215-221.
12. Sokolova M.I., Snow K. Malaria vectors in European Russia // *European Mosquito Bulletin*. – 2002. – № 12. – P. 1-5.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ-ДОШКОЛЬНИКОВ Г. ШЫМКЕНТА ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

© Ирисметова Ф.Ю.*

Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Ясави,
Республика Казахстан, г. Шымкент

Обследовано 963 детей в возрасте от 3 до 7 лет, всем детям было
проведено ЭКГ. Дана характеристика продолжительности основных

* Ассистент кафедры Детских болезней.