

## НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАВОЗНОЙ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

Аннамырат Таджимович Абашов<sup>1</sup>, Виктор Александрович Борисов<sup>1</sup>, Евгений Дмитриевич Савилов<sup>2</sup>, Курбан Аитович Аитов<sup>1</sup>, Анатолий Кириллович Тарбеев<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов; <sup>2</sup>Научный центр медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, директор — д.м.н., проф., член-корр. РАМН Л.И. Колесникова)

**Резюме.** В последние годы накоплен значительный объём материала по эпидемиологии, клинике и профилактике завозной малярии. Расширились представления о распространении очагов малярии в различных регионах мира. Интерес к этой инвазии обусловлен выявлением завозных случаев малярии на территории Восточной Сибири. Ухудшение ситуации по завозной малярии подчеркивает необходимость усиления всего комплекса противомаларийных мероприятий в регионе.

**Ключевые слова:** малярия, завозные случаи, пароксизм, профилактика.

### SOME EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF IMPORTED BENIGN TERTIAN MALARIA IN EASTERN SIBERIA

A.T. Abashov<sup>1</sup>, V.A. Borisov<sup>1</sup>, E.D. Savilov<sup>2</sup>, K.A. Aitov<sup>1</sup>, A.K. Tarbeev<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Irkutsk State Medical University, <sup>2</sup>Scientific Center of Medical Ecology ESCS RAMS» Irkutsk, Russia)

**Summary.** Last years the considerable volume of the material on epidemiology, clinic picture and preventive measures of imported malaria has been accumulated. The conception about prevalence of malaria foci in various regions of the world has been extended. The interest to this invasion is caused by revealing the imported cases of a malaria on the territory of Eastern Siberia. The situation deterioration on imported malaria requires to reinforce the complex of antimalarial measures in the region.

**Key words:** malaria, epidemiology, imported cases, paroxysm, preventive measures.

Борьба с малярией была и остаётся глобальной проблемой человечества из-за огромного ущерба здоровью населения и экономике разных стран. В мире ежегодно болеют малярией от 300 до 500 млн. человек, а число смертельных исходов от тропической малярии среди детей до 5 лет превышает 1 млн. В настоящее время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) осуществляет борьбу с малярией в мире в рамках Программы «Обратить малярию вспять», принятой в 1998 году. Для Европейского региона ВОЗ поставлена цель: ликвидировать трёхдневную малярию (*Plasmodium vivax*) к 2010 году, а тропическую — к 2015 г. [2, 3, 5, 6, 13].

В начале 1990-х годов эпидемиологическая ситуация по малярии значительно ухудшилась вследствие произошедших политических, экономических и социальных изменений [4, 13].

В частности, в 1994 году число завозных случаев малярии в Россию из стран СНГ (Азербайджан, Таджикистан и др.) составляло 134, а в 2000 г. оно достигло уже 675 человек. В ряде регионов появилась реальная угроза возобновления местной передачи трёхдневной малярии от завозных случаев [13]. За последние 10 лет зарегистрировано возобновление передачи трёхдневной малярии на территории 21 административной области России. В том числе и на территорию Восточной Сибири [1, 5, 6, 11].

Среди завозных случаев малярии в настоящее время отмечено преобладание *vivax*-малярии [3, 4, 7, 12]. Особенностью *vivax*-малярии являются эпидемиологические последствия завоза инвазии, так как при неадекватной диагностической и лечебной тактике может существенно ухудшиться эпидемическая ситуация с возникновением новых очагов болезни, в том числе и в районах с умеренным климатом [8, 9, 10].

**Цель работы:** дать комплексную клинико-эпидемиологическую характеристику завозной трёхдневной малярии в Восточной Сибири и на основании полученных результатов предложить мероприятия по предупреждению завозных случаев, раннему выявлению и лечению заболевания.

#### Материалы и методы

Исследования были проведены в течение 1997-2010 гг. на территории Восточной Сибири. Изучение структу-

ры заболеваемости малярией проводилось по отчётным данным, архивным материалам, амбулаторным и эпидемиологическим картам имеющимся в Территориальном Управлении (ТУ) Роспотребнадзора по Иркутской области, по данным Красноярского края и Республике Бурятия.

Лабораторную диагностику малярии проводили стандартным микроскопическим методом: исследовали препараты крови — тонкие мазки и толстые капли. Для эпидемиологических исследований использовали картографические и статистические методы, демографические данные, отчёты лечебно-профилактических учреждений и ТУ Роспотребнадзора.

#### Результаты и обсуждение

С 1997 по 2010 гг. в Иркутской области было зарегистрировано 126 (91,3%) случаев трёхдневной завозной и рецидивной малярии. Из общего числа больных с завозной малярией из Таджикистана прибыли 81 (64,3 %) человек, из Азербайджана — 34 (27,0 %), из Узбекистана — 6 (4,7 %), из Северной Кореи — 4 (3,2 %), Лаоса — 1 (0,8 %).

Наибольшее число случаев малярии было за счёт завоза из Таджикистана (64,3 %) и Азербайджана (27,0%), наименьшее — из Лаоса (0,8 %) и Кореи (3,2%).

Возраст больных варьировал от 2-х до 58 лет, составил в среднем 38,2±5,2 года. Из них от 2 лет до 15 было 8 (6,3 %) человек, от 16 лет до 25-33 (26,2 %), от 26 лет до 35-49 (38,9 %) больных, от 36 до 45-21 (16,7%), от 46 до 55-14 (11,1%) и старше 58-1 (0,8%) человек. Из них мужчин было 112 (88,9%), женщин — 14 (11,1%).

Анализ профессиональной принадлежности показал, что среди больных малярией рабочих было 49 (38,9%) человек, служащих — 20 (15,9%), не работающих — 40 (31,8%), пенсионеров — 2 (1,6%), учащиеся — 5 (3,9%) и дети — 10 (7,9 %) человек.

Частота регистрации случаев завозной трёхдневной малярии на территорию Иркутской области в 1997-2010 гг. представлена на рис. 1.

При анализе рисунка нами установлено, что наибольшее число больных завозной малярией в Иркутскую область отмечено в 2000 и 2001 годах (25 и 26 человек соответственно). Начиная с 2002 года, наблюдается явная тенденция к снижению случаев завозной малярии.

Это, по всей видимости, связано с одной стороны ужесточением санэпидконтроля за въезжающими лицами и уменьшением числа студентов, приезжающих из Африканского и Азиатского континента.

По месту выявления больных г Иркутск занимает первое место — 90 (71,7%) человек. Затем по частоте выявления завозной малярии идут гг.

Братск — 15 (12,3 %) человек, Ангарск — 8 (5,8 %), Шелехов — 2 (1,4 %), Усть-Илимск — 4 (2,9 %), Бодайбо — 3 (2,3 %), Усолье — 2 (1,4 %), Усть-Кут — 1 (0,7%) и Вихоревка — 1 (0,7%) человек. Таким образом, город Иркутск является одним из неблагоприятных регионов по завозной малярии на территории Восточной Сибири.

Анализ клинической картины наблюдаемых больных показал, что клиническая картина первичной завозной трехдневной малярии в 9,2 % случаях начиналась с короткой (3-4 дня) продромы (познабливание, недомогание, слабость, головная боль, ломота в суставах, в спине и конечностях). У большинства больных заболевание протекало в среднетяжелой форме.

Малярийные пароксизмы протекали типично. Начинаясь с озноба (61,8%), чувства жара (100%), обильной потливости (54,6%). Продолжительность озноба составляла в среднем  $39,8 \pm 3,6$  мин, жара — от 2 до 4 часов. Ежедневные подъёмы температуры до  $38-39^{\circ}\text{C}$  отмечены у 16,4% больных (16 чел.), через день — у 37,2% (36 чел.) и через два дня у 46,4% (45чел.) пациентов.

В 14,5% случаев повышение температуры наблюдалось в утренние часы, у 4,1% больных — с 12 часов дня, в 24-х (24,7%) случаях — с 16 часов, а у 55 (56,7%) больных — с 17 часов вечера. При этом у больных отмечали покраснение лица, кожного покрова. Кроме того, больные предъявляли жалобы на головную боль, жажду, тошноту. Продолжительность повышения температура в среднем составила от 3 до 5 часов. Затем температура тела снижалась и достигала нормальных цифр. Приступы завершались потоотделением. На высоте пароксизмов больных беспокоили ломота в костях, боли в крупных суставах и пояснице. Межприступный период продолжался от 24 до 43 часов.

При объективном осмотре определялась тахикардия —  $93,0 \pm 1,8$  уд. в 1 мин., снижение АД до  $106,2 \pm 2,0/68,9 \pm 1,4$  мм ртутного столба. При аускультации в легких прослушивались сухие хрипы.

При объективном осмотре пациентов обложенность языка установлена у 97% больных, снижение аппетита выявлено у 87,6%. Болезненность в области правого подреберья определялась у 20,6% больных. У 10,3 % больных отмечалась тошнота и у 15,6% — рвота. Наблюдалось умеренное вздутие живота, жидкий стул.

Увеличение печени отмечалось практически во всех случаях, но она не достигала больших размеров. При пальпации определялась ее плотность и чувствительность. Малярийных гепатитов с явной желтухой, с повышением в крови уровня билирубина и изменением функциональных проб печени в наших наблюдениях

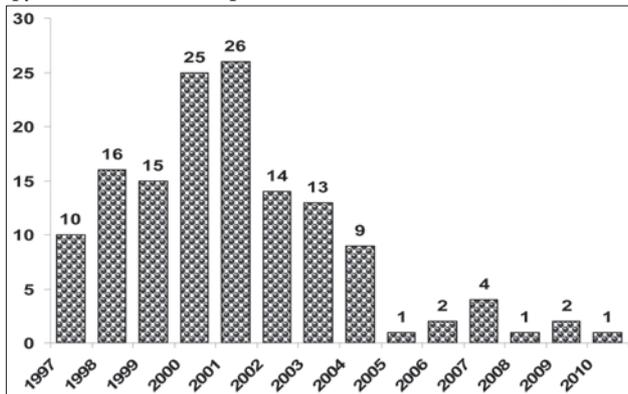


Рис. 1. Годовая динамика заболеваемости завозной малярией в Иркутской области (абс. числа)

мы не отмечали. Увеличение размеров печени было выявлено у 89,7% больных. Сокращение ее размеров наблюдалось на 5-24-й день от момента поступления больных в стационар. Увеличение селезенки определялось в 79 (81,4 %) случаях.

Со стороны периферической крови отмечался умеренный лейкоцитоз (от 8,0 до  $12,0 \times 10^{12}/\text{л}$ ), у 8,2% больных — палочкоядерный сдвиг. У 9,3 % больных наблюдался относительный лимфоцитоз с уменьшением СОЭ.

Симптоматика первичной завозной трехдневной малярии отражена в таблице 1.

Таблица 1  
Симптомы первичной трехдневной малярии (n=97)

Симптомы заболевания	Число больных	В % к общему числу больных
1. Недомогание	45	46,3
2. Озноб	97	100
3. Рвота	14	14,4
4. Слабость	90	92,8
5. Бледность кожи	62	63,9
6. Головные боли	64	65,9
7. Потливость	53	54,6
8. Тошнота	11	11,3
9. Боли в мышцах	8	8,2
10. Боли в суставах	6	6,2
11. Боли в пояснице	4	4,1
12. Темная моча	2	6,6
13. Насморк	1	1,03
14. Боли в глазах	1	1,03
15. Сухость во рту	1	1,03
16. Ломота в костях	1	1,03
17. Герпес	2	2,06
18. Головокружение	8	8,2
19. Жидкий стул	4	4,1
20. Боли в животе	3	3,09
21. Кратковременная потеря сознания	1	1,03
22. Заторможенность	1	1,03
23. Боли в области сердца	1	1,03
23. Боли в области почек	1	1,03
24. Боли в пр. подреберье	1	1,03
25. Снижение аппетита	36	37,1
26. Анорексия	1	1,03

С рецидивами трехдневной завозной малярии, вызванной *P. vivax*, под наблюдением находилось 29 человек. Из них мужчин 25 (86,2%), женщин — 4 (3%). В возрасте 2,6-15 лет было 2 (6,9%) человека, 16-25 лет — 11 (38,0%), 26-35 — 10 (34,5%), 36-45 лет — 3 (10,3%) и свыше 46 лет — 3 (10,3%) больных. Трехдневная рецидивная малярия протекала у большинства больных в состоянии средней тяжести и в одного больного — на фоне сопутствующего описторхоза. В 5 случаях отмечено развитие ранних рецидивов инфекции в сроки  $3,2 \pm 0,5$  месяцев от первичной атаки и у 24 больных наблюдались поздние ( $10,4 \pm 0,5$  месяцев) рецидивы. Рецидивы протекали также как и первичные приступы. Однако при рецидивах наблюдалось более острое начало без продромальных явлений. Инициальная лихорадка при рецидивах отсутствовала, болезнь начиналась с выраженного озноба. При рецидивах селезенка становилась доступной пальпации раньше, чем при первичной малярии. С первых дней появляются герпетические (5 больных) высыпания на губах.

В Республике Бурятия за указанный период с завозной малярией, вызванной *P. vivax*, выявлено лишь 3 больных. В Красноярском крае — 7 человек. Из них у 4 больных обнаружен *P. falciparum*, в 2 случаях — *P. vivax* и у одного больного — *P. ovale*.

На основании проведенного анализа нами сделаны следующие **выводы**: 1) Завоз малярии на территорию Восточной Сибири в большинстве случаев отмечается из Таджикистана и Азербайджана, в единичных случаях — из стран Африки и Юго-Восточной Азии. 2) Среди завозных случаев преобладает трехдневная малярия. 3) Заболевание характеризуется

в большинстве случаев среднетяжелым течением и отсутствием осложнений. 4) Приведенные нами данные по завозу малярии в Восточную Сибирь говорят о необходимости совершенствования системы эпиднадзора по данной инфекции в зависимости от изменения социально-экономических и экологических условий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Айдинов Г.Т., Швагер М.М., Рыжков В.Ю. и др. Профилактика последствий завоза малярии в Ростовской области // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. — М., 2001. — № 4. — С. 49-50.
2. Габарец Е.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика завозной малярии в Молдавской ССР // Здоровоохранение. — Кишинев, 1989. — С. 39-40.
3. Громашевский Л.В. Общая эпидемиология: Рук-во для врачей и студентов. — Изд. 4-е, перераб. — М.: Медицина, 1965. — 290 с.
4. Елкин И.И., Жданов В.М., Алымов А.А. и др. Эпидемиология. / Под ред. И.И. Елкина. — Изд. 2-е, перераб. — М.: Медицина, 1968. — 432 с.
5. Журина Т.А., Чумаченко И.Г., Шихарбаев Б.В. и др. Малярия в Иркутской области // Журнал инфекционной патологии. — Иркутск, 1999. — Т.6. — №1. — С. 32-34.
6. Иванова Т.Н. Малярия в условиях мегаполиса: Авторефер. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 25 с.
7. Постановление от 30 мая 2003 года №105 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 3.2». — М., 2003.
8. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина, А.П. Казанцева. — СПб.: Комета, 1996. — 720 с.
9. Руководство по клинике, диагностике и лечению опасных инфекционных болезней / Под ред. В. И. Покровского, К.С. Иванова. — М.: Медикас, 1994. — 220 с.
10. Срымбетов М.С., Войтешинок Л.В., Жуманбаев К.А., Медведев В.И. Клиника рецидива завозной трехдневной малярии // Здоровоохранение Казахстана. — Алма-Ата, 1986. -№ 5 (481). — С. 61-63.
11. Тарасов В.В. Эпидемиология трансмиссивных болезней. — М.: Изд-во МГУ, 2002. — 334 с.
12. Шувалова Е.П. О диагностике завозной малярии // Российский медицинский журнал. — 1998. — № 1. — С. 12-13.
13. Шурыгина И.А., Боброва Н.К. Малярия: Учебно-методическое пособие. — Иркутск, 2003. — 24 с.

**Информация об авторах:** 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: aitov@mail.ru  
Савилов Евгений Дмитриевич — д.м.н., профессор, заведующий отделом.  
Борисов Виктор Александрович — д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней.  
Тарбеев Анатолий Кириллович — к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней.  
Аитов Курбан Аитович — д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней.  
Абашов Аннамырат Таджимович — заочный аспирант кафедры инфекционных болезней.

© АРУТЮНОВ С.Д., ДИХАНОВА В.Г., КИЦУЛ И.С. — 2011

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОЗИЦИИ ВЫБОРА И СОБЛЮДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Сергей Дарчоевич Арутюнов<sup>1</sup>, Василиса Григорьевна Диханова<sup>1</sup>, Игорь Сергеевич Кицул<sup>2</sup>  
(<sup>1</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет, ректор — д.м.н., проф. О.О. Янушевич;  
<sup>2</sup>Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

**Резюме.** В статье представлены роль и место адекватного выбора и соблюдения медицинских технологий при лечении корневых каналов зубов. Выделены экспертным путем основные факторы, снижающие качество эндодонтического лечения. Разработан экспертный протокол качества эндодонтического лечения.

**Ключевые слова:** качество лечения, оценка качества, медицинская технология, корневые каналы зубов.

#### TECHNICAL APPROACHES TO ESTIMATION OF QUALITY OF TREATMENT OF ROOT CHANNELS OF TEETH FROM A POSITION OF CHOICE AND OBSERVANCE OF MEDICAL TECHNOLOGIES

S.D. Arutyunov<sup>1</sup>, V.G. Dihanova<sup>1</sup>, I.S. Kitsul<sup>2</sup>  
(<sup>1</sup>Moscow State Medical-Stomatological University, <sup>2</sup>Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Studies)

**Summary.** In the paper the role and place of adequate choice and observance of medical technologies in the treatment of root channels of teeth have been presented. The main factors reducing quality of endodontic treatment have been defined by an expert way. The expert report of quality of treatment has been developed.

**Key words:** quality of treatment, quality estimation, medical technology, root channels of teeth.

Лечение корневых каналов зубов является одним из самых распространенных видов деятельности в современной стоматологии. Несмотря на несомненные успехи, достигнутые отечественной терапевтической стоматологией, одна из важнейших проблем — качество эндодонтического лечения, до сегодняшнего дня остается во многом нерешенной.

В последние годы отмечается увеличение числа больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, причиной которых в большинстве случаев являются нелеченные или плохо леченные периодонтиты. Отсюда проблема со-

вершенствования качества лечебно-профилактической помощи больным, страдающим хроническим верхушечным периодонтитом, остается одной из важных задач в стоматологии. Многие авторы в своих работах отмечают огромный масштаб «эндодонтических проблем» у населения нашей страны. Установлено, что у 77,2% обследованных ранее леченных больных выявляются деструктивные изменения у верхушки корня. В среднем на одного пациента приходится 2,85 «эндодонтических» зуба. Только у 37,0% обследованных пациентов все каналы obturированы полностью. При этом потребность в перелечивании каналов зубов в 3 раза