

Проблемы диагностики малярии в Российской Федерации

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире заболевают малярией примерно 200–300 млн человек. Неточная статистика в гиперэндемичных странах связана с лабораторным подтверждением диагноза только у стационарных больных, остальным заболевшим диагноз устанавливают по клиническим симптомам. Наибольший уровень заболеваемости тропической малярией отмечен в странах Экваториальной Африки и Юго-Восточной Азии, где распространена резистентность к противомалярийным препаратам (хлорохин, артемизинины). Вакцины, о готовности и эффективности которых ВОЗ неоднократно сообщала в последние 10 лет, до сих пор не нашли массового применения.

Смертельные исходы от завозных случаев тропической малярии ежегодно регистрируются ВОЗ в странах Европейского региона. За 2001–2010 гг. выявлено 429 таких случаев (от 20 до 75 в год), а в 2013–2015 гг. – 60 (неполные данные), среди которых наибольшее число умерших зарегистрировано в Великобритании, Франции, Португалии и России.

По данным Федеральной службы Роспотребнадзора, завоз малярии из эндемичных стран мира в Российскую Федерацию составил в 2013–2016 гг. 395 случаев в 34 административных территориях. Из общего числа случаев в 2015 г. (всего 99): 57 – тропическая (*Plasmodium falciparum*), 39 – трехдневная (36 – *P. vivax*, 3 – *P. ovale*), 2 – четырехдневная (*P. malariae*), 1 – смешанная (*P. falciparum* + *P. ovale*). **Большинство случаев тропической малярии** (51) завезены из 25 стран Экваториальной Африки. Наибольшее число случаев малярии выявлено в Москве (25) и в Санкт-Петербурге (14).

В 2015–2016 гг. клиническая диагностика осталась на низком уровне: первичный диагноз «малярия» установлен только у 48% среди обратившихся больных, в остальных случаях выявлены ошибки клинической и лабораторной диагностики.

Указанная статистика свидетельствует о недостаточных знаниях отечественных врачей в вопросах диагностики и лечения малярии.

Все заболевшие тропической малярией и умершие в РФ в 2013–2017 гг. заразились за рубежом в жарких странах: 6 – в странах Экваториальной Африки, 3 – в Индии. У всех умерших больных (кроме одного) развилась осложненная церебральная форма вследствие позднего обращения за медицинской помощью. В 8 случаях из 9 установлена вина медицинских работников: отсутствие эпидемиологического анамнеза, поздняя и ошибочная диагностика. Все россияне были недостаточно информированы о риске заражения и мерах профилактики тропических болезней, а у пациентов-иностранцев, прибывших из стран Африки, тропическая малярия была выявлена несвоевременно.

Основными актуальными проблемами в настоящее время являются:

- систематическое обучение медицинских работников диагностике и лечению малярии;
- информация граждан РФ, выезжающих в эндемичные регионы, о мерах профилактики;
- регистрация и закупка эффективных противомалярийных препаратов для лечения больных малярией и химиопрофилактики.

Клинические примеры: смертельные исходы у граждан РФ, находившихся на отдыхе в Индии (Гоа)

Смертельный исход у жительницы Ульяновской области 39 лет от завозной тропической малярии, которая находилась с 13.12 по 23.12.2016 в Гоа (Индия). Заболела 05.01.2017, жалобы на высокую температуру, озноб, головную боль, сухость во рту. Обратилась к участковому терапевту только 09.01, установлен диагноз: «ОРВИ, ГЛПС (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом)». Обследование на малярию не назначено, эпидемиологический анамнез не собран. Больная госпитализирована 10.01 в ЦРБ с тем же диагнозом. Препараторы крови на

дения, которая находилась на отдыхе в Гоа (Индия) с 18 по 28 января, отмечала укусы комаров. Заболела 04.02, симптомы: высокая температура, головная боль, озноб, насморк. За медицинской помощью обратилась 06.02 в поликлинику поселка Смышляевка Волжского района. Установлен диагноз: «ОРВИ», назначено симптоматическое лечение. Повторно больная обратилась в Городскую поликлинику №4 г. Самары с незначительным улучшением состояния здоровья. Даны направления на анализы, в том числе на малярию. Назначение больная не выполнила. С 09.02 состояние ухудшилось, появились боли в животе, рвота, жидкий стул. Со слов

В случаях злокачественного течения тропической малярии развивается инфекционно-токсический шок, который при отсутствии адекватной интенсивной терапии ведет к полиорганной недостаточности, что неминуемо приводит к летальному исходу, даже после исчезновения паразитов в крови в результате этиотропной терапии.

малярию взяты 11.01, возбудители не обнаружены. Больная переведена 14.01 в Ульяновскую клиническую больницу с диагнозом «ГЛПС». В крови 15.01 обнаружены возбудители тропической малярии (на седьмой день после обращения). Результат подтвержден в контрольной лаборатории. Назначено этиотропное лечение, состояние больной прогрессивно ухудшалось, развилась токсическая энцефалопатия с отеком головного мозга. Смерть наступила 26.01 от тропической малярии, анемии тяжелой степени, острой почечной недостаточности.

В Самаре 12.02.2017 умерла от тропической малярии местная жительница 1991 года рож-

родственников, 11.02 больная стала неадекватной, вызвана скорая помощь. С диагнозом «острый панкреатит» госпитализирована в больницу №5, затем в Городскую больницу №2 с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения», где поставлен другой диагноз: «Грипп? Вирусный энцефалит? Лихорадка неясного генеза». Больная переведена в реанимационное отделение Самарского медицинского университета в 0:50 12.02. В 12:30 взята кровь на малярию, обнаружен *P. falciparum*, а в 14:50 наступила смерть больной от церебральной формы тропической малярии.

ТЕСТ

Тестовые задания, используемые для проведения первого этапа первичной аккредитации выпускников по специальностям «Лечебное дело» (<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/19/stranitsa-840/testy>)



При малярии из форменных элементов крови чаще поражаются: а) эритроциты; б) тромбоциты; в) эозинофилы; г) нейтрофилы.

Характерной триадой симптомов малярийного приступа являются: а) озноб, лихорадка, потоотделение; б) головная боль, лихорадка, рвота; в) миалгия, озноб, лихорадка; г) рвота, лихорадка, потоотделение.

Малярийный пароксизм проявляется клиническими фазами: а) озноб – жар – пот; б) судороги – бред – кома; в) сомноленция – спор – кома; г) жар – пот – сон.

При трехдневной малярии лихорадочные пароксизмы возникают через: а) 48 ч; б) 24 ч; в) 72 ч; г) 36 ч.

Для лабораторного подтверждения диагноза «малярия» исследуется: а) кровь; б) кал; в) моча; г) желчь.

Методом лабораторной диагностики для выявления возбудителя малярии в материале от больного является: а) микроскопия

мазка крови; б) серологический; в) паразито-воскопический; г) биологический.

Диагноз «малярия» подтверждает: а) исследование толстой капли крови и мазка крови на наличие паразита; б) исследование ликвора; в) бактериологическое исследование крови; г) реакция связывания комплемента, реакция непрямой гемагглютинации, реакция торможения гемагглютинации.

Осложнением тропической малярии является: а) кома; б) инфекционно-токсический шок; в) кровотечение; г) перитонит.

В обязательный минимум лабораторных исследований длительно лихорадящих больных входят: а) определение в мазке малярийных плазмодиев, бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3–6 раз, общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы; б) определение в мазке малярийных плазмодиев; в) бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3–6 раз; г) общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы.