

СИТУАЦИЯ ПО МАЛЯРИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Б.Н. Кошерева, А.К. Дуйсенова, Т.К. Утаганова, Н.Е. Сарсекеева

*Карагандинский Государственный медицинский университет (Казахстан);**Казахский национальный университет им. С.Д.Асфендиярова (Казахстан);**Городская больница им. И.С. Жекеновой (Казахстан)*

Малярия является тропической болезнью №1 с трансмиссивным механизмом передачи и распространена более чем в 90 странах мира, половина из которых находятся в Африке. Передача малярии осуществляется при наличии источников инфекции, переносчиков и восприимчивого населения в благоприятных природно-климатических условиях для жизненного цикла возбудителя. Учитывая длительный период отсутствия передачи малярии и национальные усилия, предпринимаемые для сохранения этого успеха, Республика Казахстан включена в список стран, официально признанных ВОЗ свободными от малярии.

Вместе с тем, расширение международных связей, интенсивная миграция населения, развитие туризма, транспорта и торговли способствуют риску завоза тропических болезней, в том числе и малярии. Наибольшему риску возобновления передачи малярии подвержены ряд районов южных, западных и восточных областей Казахстана, а также города Алматы, Астана и Караганда. Следует иметь в виду, что в Казахстан и г. Алматы (в частности) приезжают жители из эндемичных стран, которые могут быть «холодными» паразитонасителями с субпатентным уровнем паразитов в крови (т.е. с нормальной температурой). В маляриогенный сезон они представляют собой скрытый источник и резервуар инфекции. *An. Messeae* - один из переносчиков малярии, присутствует в Казахстане практически повсеместно. Источниками инвазии могут быть больные острыми формами заболевания и лица, находящиеся в инкубационном периоде (иностранцы и граждане нашей страны, вернувшиеся из эндемичных по малярии стран Африки, Азии и Южной Америки). И эпидемиологическая цепь (источник инфекции, переносчик и восприимчивый человек) может замкнуться. Жители Республики Казахстан являются неиммунными, т.е. высоко чувствительными к заболеванию, так как в стране нет иммунологической прослойки.

С 1990-2014 гг. в ГКИБ имени И.С. Жекеновой (г. Алматы) было пролечено 116 больных малярией и 1 случай в г. Темиртау (Карагандинская область), из них завозной характер заболевания был установлен у 96,5%. У 4 больных (3,5%) эпидемиологический анамнез не был установлен. Диагноз был подтвержден методом микроскопии толстой капли и тонкого мазка. Преобладала малярия, вызванная *Pl. vivax* (71,4%), *Pl. falciparum* (10%), микст-малярия *Pl. vivax* + *Pl. Malaria* (10%). Остальные виды малярии в структуре заболевших диагностированы не более 1-4%. При этом отмечается поздняя госпитализация больных на 4-й (45,8%), на 7-й дни болезни и в более поздние сроки (46,6%). На догоспитальном этапе ошибочные диагнозы были выставлены у 49% больных (ОРВИ, вирусные гепатиты, пищевые токсикоинфекции, лихорадка Ку, острая кишечная инфекция, пиелонефрит, гепатоз беременных и др.). Все пациенты получили специфическую терапию в условиях стационара. Для лечения малярии использованы препараты хинина из расчета 10 мг/кг в сутки, при внутривенном введении разовая доза составила 2 мл 50% раствора, а также применялся артемизин из расчета 25 мг/кг. Все пациенты выписаны с выздоровлением. Поздняя клиническая диагностика инвазии была обусловлена неспецифичностью проявлений на первых стадиях заболевания, отсутствием патогномичных симптомов и синдромов, а самое главное, отсутствием у практикующих врачей настороженности по малярии.

В Республике разработан алгоритм эпидемиологического надзора за малярией, который успешно реализуется на всех уровнях практического здравоохранения. Целью данного алгоритма является сбор необходимой и доступной информации для анализа эпидемиологической ситуации, выбора эффективных противомалярийных мероприятий и предупреждения распространения паразитоза, последствий завоза из эндемичных зон, укоренения местных случаев малярии.