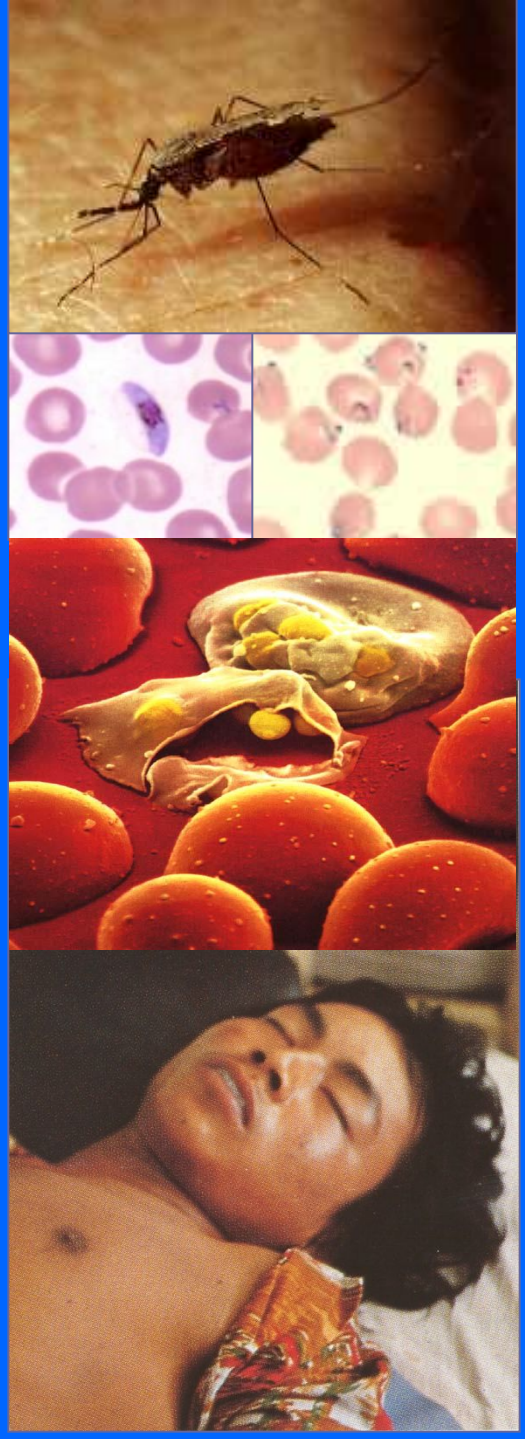
Частная образовательная организация высшего образования Медицинский Университет «Реавиз»

«Особенности профилактических и противоэпидемических мероприятий при угрозе распространения малярии при ЧС»

Ординатор 1 курса СОП 3 Вязьмина ГА

2021г



рия — острая антропонозная, протозойная, ая, природно-эндемичная болезнь, вызываемая несколькими видами плазмодиев, передаваемая через укусы самок комара рода Anopheles. Характеризуется первичным поражением фагоцитов и эритроцитов, проявляется приступами лихорадки, увеличением печени и селезенки, анемией, а при тяжелом течении - поражением нервной системы, почек и других органов. Характерным для малярии является возникновение ранних и поздних рецидивов заболевания.

Актуальность проблемы малярии

► Малярия включена Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в число 10 наиболее значимых инфекций наряду с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией

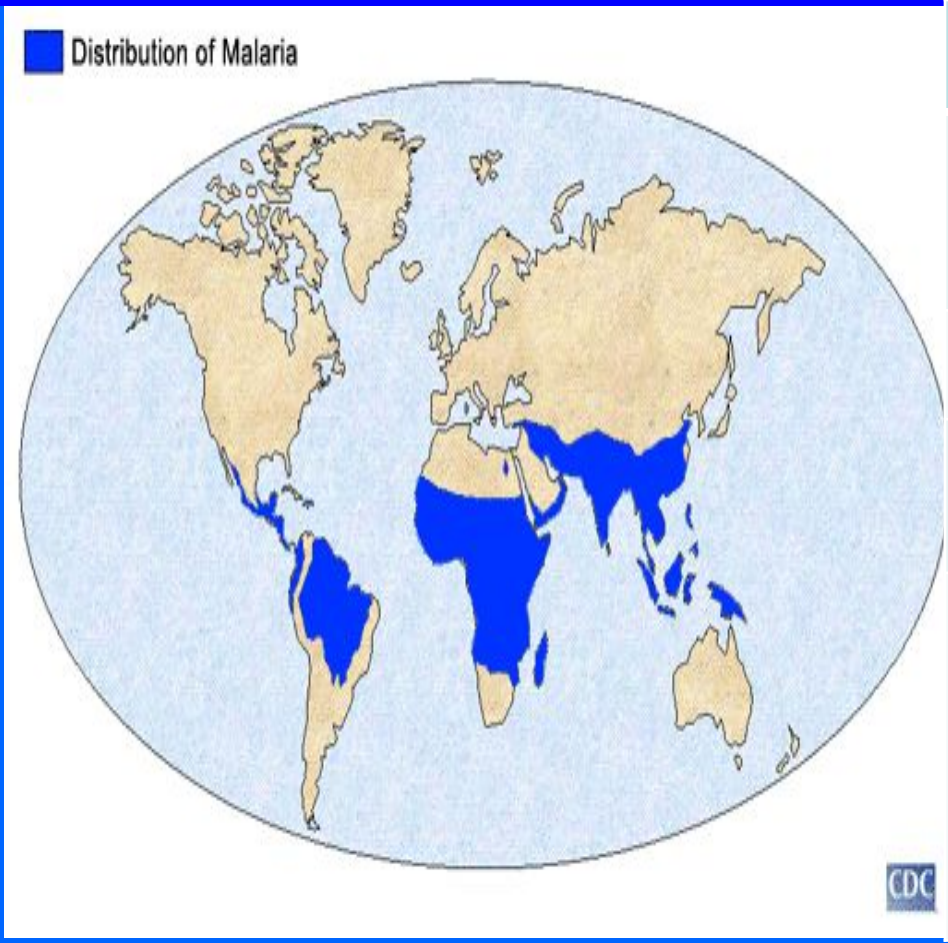
► Малярия эндемична в 101 стране и территории, где инфицированы 41% популяции и ежегодно регистрируют от 350 до 500 млн свежих случаев болезни, из которых 2 – 3 млн, в основном среди детей младше 5 лет, заканчиваются летально

► Широко распространяются лекарственная устойчивость плазмодиев и резистентность комаров к основным инсектицидам

► Возрастает интенсивность завоза малярии в свободные от неё регионы мира и угроза формирования новых активных очагов инфекции

► Отсутствуют надёжные методы контроля эффективности лечения больных и средства специфической профилактики инфекции

ГЕОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ МАЛЯРИИ



Регион	Страна
Страны СНГ	Азербайджан, Армения, Туркменистан, Таджикистан, Грузия, Узбекистан , Украина и Россия
Азия и Океания	Афганистан, Индия, Индонезия, Иран, Сирия ,Турция
Африка	Замбия, Зимбабве, Мали, Марокко, Уганда, ЮАР, Эфиопия и др.
Центральная и Южная Америка	Аргентина, Белиз, Бразилия, Венесуэла, Гаити, Мексика, Перу, Панама, Сальвадор, Эквадор

Источник заболевания: человек-больной и паразитоноситель
Механизм передачи- трансмиссивный

Комар рода Anopheles – окончательный хозяин малярийных плазмодиев

Путь передачи- трансмиссивный (укус самки комара)

Меньшее эпидемическое значение имеет:

1)вертикальный пути передачи от матери к плоду в родах

2)трансфузионный- при переливании крови от донора

3)парентеральный- при мед. манипуляциях

Иммунитет при малярии

- нестерильный
- видо- и штаммоспецифический
- нестойкий
- непродолжительный

Для поддержания защитного уровня антител необходима постоянная антигенная стимуляция в виде повторных заражений малярией

Лица, покинувшие зоны эндемичные по малярии полностью теряют иммунитет против всех типов малярии через 1 -1,5 года

При возвращении в эндемичные зоны заболевают вновь и заболевание у них протекает, как правило, тяжело с высокой летальностью (до 12%) как и среди лиц европейского происхождения впервые прибывших в эндемичные районы

Выделяют 4 вида малярии у человека, и каждую из них вызывают разные плазмодии.

1. **Трёхдневная — возбудитель Plasmodium vivax.**
2. **Четырёхдневная — Plasmodium malariae.**
3. **Овале-малярия — Plasmodium ovale.**
4. **Тропическая — Plasmodium falciparum.**
5. **В последние годы установлено, что малярию у человека в Юго Восточной Азии вызывает также пятый вид — Plasmodium knowlesi (плазмодий обезьян). Тяжёлые случаи малярии у людей этого вида стали регистрироваться с 2004 г. среди туристов в Юго-Восточной Азии.**

Каждая форма имеет особенности течения, но лихорадка, анемия, увеличение печени и селезёнки в разной степени выраженности характерны для всех видов малярии.

Стадии развития малярии делятся на следующие:

1. латентная или стадия инкубации;
2. первичных острых симптомов;
3. вторичная;
4. рецидивов.

Инкубационный период малярии после укуса составляет от 7 суток до полутора месяцев

Препараты для лечения неосложненной малярии

1.Артеметер в сочетании с лумефантрином (Artemether - 20 mg Lumefantrine - 120 mg)- Riamet
Согласно рекомендациям ВОЗ эта комбинация является комбинацией первого выбора.

2. **Мефлохин** (Lariam, Meflaquine) 25mg основния/kg в два приема дозы – 15mg/kg плюс 10 mg/kg с интервалом через 6-24часов между приемами.

3. **Хинин в сочетании с доксициклином**: Хинин (дигидрохлорид или сульфат) 10 мг/кг + доксициклин 100 мг в сутки в течение 7 дней одновременно или последовательно.

4.Комбинация артесуната и сульфадоксина+пириметамина
Показана ежедневная микроскопия препарата крови.

5.Если после проведенного лечения обнаруживаются **гаметоциты**, следует пролечить **примахином** (0,45 мг основания, 3 табл.) в один день.

В эндемичных районах противомалярийные мероприятия осуществляются в рамках национальных программ, при поддержке ВОЗ, ЮНИСЕФ и других неправительственных организаций

UNESCO
UNITED NATIONS
Educational, Scientific, Cultural Organization

В местностях, где малярия ликвидирована, но сохраняются природные условия ее передачи и при завозе может возобновиться ее распространение, осуществляется ряд профилактических мероприятии

Профилактика малярии. Меры предупреждения малярии проводятся в следующих четырех направлениях.

- I. Проверка достоверности ликвидации малярии:
- 1) исследование крови на малярию у лихорадящих больных;
- 2) проверка быстроты обращаемости населения при лихорадочных заболеваниях;
  3) подворные обходы с целью выявления больных малярией;
- 4) контроль за работой лаборатории по исследованиям крови на малярию;
- 5) массовые обследования населения на малярию (выборочно).
- II. Энтомологические наблюдения и борьба с переносчиком:
- 1) учет численности комаров Anopheles на контрольных пунктах;
- 2) наблюдения за местами выплода комаров и динамикой их площадей;
- 3) предупреждение образования новых анофелогенных водоемов и сокращение площади существующих;
- 4) борьба с переносчиками (в отдельных местностях):
- а) борьба с окрыленной стадией (обработка помещений стойкими контактными инсектицидами);
- б) борьба с личиночной стадией (обра-ка водоемов, гамбузирование).

III. Предупреждение завоза малярии из-за рубежа:

1) предупреждение заражения малярией российских граждан во время пребывания их в жарких странах: а) применение пологов б) одевание в максимально закрытую светлую одежду в) применение репеллентов, г) химиопрофилактика д) радикальное лечение при заболевании малярией е) обработка помещении стойкими контактными инсектицидами:

2) выявление зараженных лиц:

а) диспансерное наблюдение за прибывшими из зарубежных жарких стран (в течение одного года);

б) подворные обходы в местах возможного завоза малярии;

в) массовое обследование населения в местах проживания лиц, возвр-хся из-за рубежа;

г) исследование крови на малярию у приезжих, обратившихся в лечебное учреждение.

IV. Предупреждение распространения малярии в случае ее завоза:

1) госпитализация и лечение (с применением хиноцида или примахина) больных и паразитоносителей;

2) эпидемиологическое обследование каждого выявленного случая заболевания;

3) диспансерное наблюдение за переболевшими малярией в течение 2 лег;

4) обследование населения на малярию в пункте, куда прибыло лицо, зараженное малярией;

5) обработка помещении стойкими контактными инсектицидами;

6) химиопрофнлактика населения;

7) эпидемиологическое наблюдение за очагом.

Выявленные больные малярией и паразитоносители подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар для немедленного лечения.

При выявлении случая малярии, а также лиц, являющихся носителями возбудителей болезни, лечебно-профилактические организации, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой, представляют информацию в территориальные учреждения госсанэпидслужбы и органы управления здравоохранением в течение 2 часов по телефону и затем в течение 12 часов посылают экстренное извещение по установленной форме в территориальные учреждения госсанэпидслужбы.

ЦГЭ в первые сутки после получения экстренного извещения о выявлении больного обязаны провести эпидемиологическое обследование очага.

Цель эпидемиологическое обследование --

1. выявление источника инвазии, причин и условий, способствующих появлению и распространению малярии;
2. определение границ очага
3. проведение рациональных мероприятий по локализации очага и его оздоровлению.

Эпидемиологическое обследование очага включает

- сбор анамнеза,
- оценку данных лабораторных исследований,
- опрос населения,
- подворный обход усадеб в сельской местности или домов в городских кварталах,
- организацию забора препаратов крови у лиц, с подозрением на малярию, -- обследование мест выплода комаров и их дневок.

МАЛЯРИЯ:

неотложная помощь

- **При подозрении на малярию** необходимо немедленно вызывать неотложную помощь для проведения срочной госпитализации.
- **Лечении больных малярией** начинают немедленно при подозрении на заболевание, не дожидаясь результатов лабораторного исследования.
- **Потеря времени при тропической малярии** может повлечь развитие тяжелой формы болезни со смертельными осложнениями.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия.
Врач-паразитолог, эпидемиолог совместно с энтомологом планируют комплекс противомалярийных мероприятий

При этом необходимо иметь следующие данные:

1.- демографическую структуру - численность и возрастной состав населения на начало текущего года, число усадеб или домов, квартир;
2.- пространственную структуру, отображенную на карте очага с указанием анофелогенных водоемов, мест проживания больных малярией, дорог;
3.- функциональную структуру очага за последние 3 года - классификацию очага, число больных по месяцам, возрастным группам, полу, контингентам;
4.- лечебно-профилактические мероприятия - охват населения активным и пассивным выявлением, паразитологическим или серологическим обследованием, лечением и химиопрофилактикой;
5.- противокомариные мероприятия, для чего необходимы результаты учета численности комаров (взрослых и личинок), паспорта водоемов, расчет количества инсектицидных и ларвицидных препаратов, автомаксов, транспорта, средств защиты от укусов насекомых.

О проведенных мероприятиях информируют администрацию территории и вышестоящий центр Госсанэпиднадзора.

При регистрации завозных, вторичных от завозных или местных случаев малярии объем противомалярийных мероприятий зависит от

- времени регистрации больных (в сезоне передачи или в межсезонном периоде),
- интенсивности передачи

и должен быть согласован в каждом случае с вышестоящим центром Госсанэпиднадзора.

Период проведения противомалярийных мероприятий в активном очаге трехдневной малярии должен включать 3 года ввиду наличия длительной инкубации (7 - 30 месяцев).

Супрессия популяции комаров достигается :

1.уничтожением анофелогенных водоемов, не имеющих хозяйственного значения

2.применение инсектицидов

Защита от нападения комаров достигается -засетчиванием окон в помещениях,
-блокировкой дверей,
-защитой спящих пологами
- применением мер индивидуальной защиты
(одежды с длинными рукавами, брюки, длинное платье.)
Наиболее эффективным средством воздействия на переносчика малярии является применение в очагах репеллентов в виде мази или спрея.

Должна быть широко развернута санитарно-просветительная работа среди населения, привлечен санитарный актив общества

- **Индивидуальная профилактика (химиопрофилактика) в основном заключается в правильном применении противомалярийных химиопрепаратов с учетом чувствительности к ним возбудителей, распространенных в регионе. В зоне А для химиопрофилактики применяют хлорохина дифосфат 1 -2 раза в неделю.**

- Прием химиопрепаратов для индивидуальной профилактики малярии начинают за 1 день до въезда в эндемичный очаг, проводится в течение всего периода пребывания в нем и на протяжении 4-6 недель после выезда из очага.
- Предварительное лечение лихорадящих больных однократной дозой противомалярийного препарата осуществляется с целью срочного ослабления клинических проявлений или предупреждения дальнейшей передачи инфекции в очаге.
- Лечение проводят бигумалем, бигумалем с плазмоцидом, хлорохином, делагилом, акрихином, примахином и др.

Следует помнить, что во время пребывания в стране, неблагополучной по малярии, и в течение 3–х лет после возвращения на родину при любом повышении температуры следует немедленно обратиться в лечебное учреждение и сообщить врачу, что Вы были в «тропиках».

Чем опасна малярия? На фоне болезни может развиться малярийная кома, отёк лёгких, ДВС-синдром, малярийный инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность, разрыв селезёнки и другие тяжёлые состояния. Они могут привести к инвалидности и летальному исходу.

Экономические последствия. Малярия не только обычно ассоциируется с бедностью, но и представляет собой основную причину бедности и является серьезным препятствием на пути экономического и социального развития из-за уменьшения работоспособности населения, увеличения неработающей части населения, снижение производства, дисбаланс бюджета и др. причины. Болезнь имеет **негативные экономические последствия** для тех регионов, где она широко распространена.

Документы, регламентирующими работу по данной проблеме:

- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 6 октября 2015 г. N 65 "О дополнительных мерах по предупреждению восстановления малярии в РФ«
  (в нем говорится об усилении профилактики; выделении финансовых средств; подготовке специалистов; контроль за диагностикой, госпитализацией; о запасе противомалярийных средств; усилении контроля за вернувшими с эндемических стран и т.д.)

- СанПиН 3.2.3215-14 "Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации"

Спасибо за внимание!