

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă

A G E N D Ă

MALARIA SI PROFILAXIA EI
(pentru persoanele ce pleacă în țări endemice)



Chișinău 2009

MALARIA SI PROFILAXIA EI

Informație generală

Malaria rămâne o preocupare majoră de sănătate publică în multe regiuni ale lumii. Mai mult de 2 miliarde de oameni trăiesc în țări cu climă tropicală și subtropicală, în care riscul de infestare e mare. Anual, la nivel mondial, malaria afectează mai bine de 110 milioane de persoane, fiind responsabilă de circa 2 mln decese, preponderent la copii sub vârsta de 5 ani. În țările unde malaria anterior a fost eradicată, actualmente se înregistrează malarie de import.

Persoanele ce migreză în țările tropicale, endemice la malarie, sunt supuse riscului de îmbolnăvire.

Agentul etiologic în paludism este un protozoar – Plasmodiul malaric. La om, malaria este provocată de 4 specii de plasmodii, care provoacă respectiv următoarele forme clinice de boală: *P.vivax* (malaria terță), *P.falciparum* (malaria tropicală), *P.ovale* (ovale – malaria) și *P.malariae* (malaria cuartă). Mai frecvent se importează malaria tropicală, la care europenii sunt foarte receptivi și la care boala are un debut grav, uneori – fatal.

Transmiterea infecției

Boala se transmite prin înțepătura țânțarului de genul *Anopheles*, care atacă oamenii, în mod activ, de la asfințitul soarelui până în zorii zilei. În zonele cu clima temperată, molipsirea are loc în perioada caldă a anului, când insectele sunt active. În zonele tropicale acest pericol persistă anul în jur. Molipsirea se poate înfăptui nu numai în caz de stabilire pe o perioadă mai îndelungată în aceste zone ci și la o vizită scurtă.

Populația țărilor unde malaria a fost eradicată, cum este și Republica Moldova, nu posedă rezistență specifică la această infecție, de aceea fac forme grave de boală. Cea mai periculoasă este malaria tropicală, larg răspândită în Africa, Asia și America Latină.

Principalele simptome ale bolii

Manifestări clinice de boală sunt observate după o perioadă de incubație de la 8-10 zile la 3-6 săptămâni în funcție de forma clinică a malariei.

Începutul bolii are aspectul unei viroze obișnuite, discomfort, slăbiciune, febră, frison, mialgii.

Sindromul de bază în malaria este accesul febril, care se începe cu un frison (senzație de frig) pronunțat. Temperatura corpului crește rapid până la 39-41°C, bolnavul acuză slăbiciune, febră, mialgii, cefalee, uneori asociată de vomă. Tegumentele sunt uscate, fierbinți, sclerele hiperemiate, bolnavul își chină setea. Peste 2-3 ore temperatura corpului brusc începe să cadă, fapt însoțit de o transpirație

abundentă. La finele accesului, de obicei, bolnavul adoarme, trezindu-se într-o stare satisfăcătoare. Atacul de malaric se repetă sincron la intervale de 12,24 sau 48 ore, în funcție de forma clinică. Boala se asociază cu hepato-splenomegalie, anemie. Formele tratate au un prognostic favorabil, cele netratate, mai cu seamă de malarie tropicală se pot finaliza dramatic.

Măsuri de prevenire a malariei

Malaria poate fi preîntâmpinată în 2 aspecte ce au efect în comun:

I. Chimioprofilaxia - administrarea remediilor antimalarice cu scop de a preveni multiplicarea parazitului în organismul uman.

II. Protejarea de înțepături de țânțar.

Rolul primordial îi revine chimioprofilaxiei.

1. Chimioprofilaxia individuală este menită să preîntâmpine manifestarea clinică a malariei. Efectul se obține în rezultatul folosirii remediilor care împiedică pătrunderea și multiplicarea parazitului în eritrocite. Eficacitatea acestui procedeu necesită o condiție obligatorie: administrarea regulată a medicamentului, pentru a menține o concentrație stabilă a acestuia în sânge, fapt necesar pentru realizarea rolului protector.

La moment se cunosc mai multe preparate cu acțiune antimalarică. Alegerea lor este dirijată de medicul infecționist sau de medicul de familie. Pentru a preveni declanșarea malariei este obligatorie respectarea următoarelor momente (reguli):

- preparatul antimalaric prescris se va administra - 1 pastilă/săptămână cu 2 săptămâni înainte de plecare în focar, pe toată perioada aflării în zona de risc și 4-6 săptămâni după părăsirea zonei endemice, fără întreruperi;
- preparatul se administrează, în una și aceeași zi a săptămânii, după masă cu 0,5 litri de apă fiartă;
- după reîntoarcere în țară - fiecare persoană va informa medicul de familie pentru a fi luat la evidență;
- după reîntoarcerea în țară, timp de 2 ani, în caz de febră, trebuie imediat să vă adresați după asistență medicală și să informați personalul medical că ați călătorit în zone endemice la malarie;

2. Protejarea de înțepăturile dipterelor hematofage (țânțari):

- echiparea ferestrelor și ușilor cu plase anti-moschit, pentru prevenirea pătrunderii țânțarilor în încăperi;
- utilizarea plaselor impregnate cu insecticide, a spray-urilor și a electrofume-gatorilor speciali ;
- evitarea primblărilor în plus în timpul nocturn.

Rețineți ! Manifestările clinice a malariei pot să apară în termen de o săptămână de la sosirea în țara endemică și în termen de până la 2 ani de la plecare. O chimioprofilaxie corectă vă asigură prevenirea complicațiilor malariei ce prezintă pericol pentru viață. În caz de suspecție a primelor semne de boală – solicitați asistență medicală. Comportamentul corect vă va proteja sănătatea și vă va asigura numai amintiri plăcute din timpul călătoriei.

Autori: medic epidemiolog Alexandru Colofițchi CNȘPMP,
Vera Lungu, șef secție Parazitologie Medicală CNȘPMP

MALARIA IN ROMANIA

CE ESTE MALARIA ?

Boala infectioasa determinata de protozoarul Plasmodium sp. si transmisa la om de specii de tantari vectori din genul Anopheles.

Descriere clinica:

Semnele si simptomele clinice sunt variate: accese paroxistice repetate de frison, urmate de febra si

transpirație, la care se pot asocia cefalee, dureri de spate, mialgii, greata, varsături, diaree, tuse. Formele severe de infecție cu *Pl. falciparum* pot duce la malarie cerebrală, insuficiența renală, edem pulmonar, coma, moarte.

Diagnostic de laborator:

Confirmarea prezentei protozoarului *Plasmodium* sp. la examenul hematologic microscopic (frotiu și picatura groasă).

Manifestări clinice - sentiment de stare generală de rău și de oboseală, dureri de cap, amețeli, dureri în piept, spate, articulații și oase, pierderea poftei de mâncare, greață, senzație de febră răcire, de febră înaltă (în platou 39-40), frisoane, cefalee și vertij, transpirații, slăbiciune, sentiment de neliniște și oboseală generală, uvelichenie splină și sânge davleniya. prostratsiya pecheni. anemie, padenie –.

În malariei tropicale, fără a lua în timp util un tratament specific este posibil fatală într-o perioadă foarte scurtă de timp de la debut. Ca de prevenire ar trebui să ia în mod regulat anti-medicamente malarie. Agenții Primirea ar trebui să înceapă 1 săptămâni înainte de plecare, la tropice, pentru a continua întreaga perioadă de ședere și de 1 lună după întoarcerea. Alegerea de droguri depinde de gazdă, doza este determinată de către medicul dumneavoastră. În timpul șederii sale în zonele de malarie ar trebui să se protejeze de înțepături de țânțar. Pentru a preveni zbor ale țânțarilor în cameră, ferestrele și ușile ar trebui să fie zasetcheny. Pentru a proteja împotriva repelente țânțar sunt recomandate (Tori mijloace), elektrofumigatory. Este recomandabil să se folosească în timpul somnului ușor.

Nu trebuie să uităm că, în timpul șederii sale în țară predispuse la malarie, și în termen de 3 ani, după o stea acasă cu o creștere a temperaturii trebuie să contacteze imediat instalația și să informeze medicul dumneavoastră că ați fost la tropice ".

Situația de malarie în lume nu se îmbunătățește, iar în unele zone sa deteriorat. Malaria rămâne o preocupare majoră de sănătate publică în multe regiuni ale lumii.

Malaria poate fi preîntâmpinată în 2 aspecte ce au efect în comun:

- chimioprofilaxia - administrarea remediilor antimalarice cu scop de a preveni multiplicarea parazitului în organismul uman;
 - protejarea de înțepături de țânțar.
- Rolul primordial îi revine chimioprofilaxiei.

- în mod regulat a administrați-medicamente malarie. Agenții Primirea ar trebui să înceapă 1 săptămâni înainte de plecare, la tropice, pentru a continua întreaga perioadă de ședere și de 1 lună după întoarcerea. Alegerea de droguri depinde de gazdă, doza este determinată de către medicul dumneavoastră. În timpul șederii sale în zonele de malarie ar trebui să se proteje de înțepături de țânțar. Pentru a preveni zbor ale țânțarilor în cameră, ferestrele și ușile ar trebui să fie zasetcheny. Pentru a proteja împotriva repelente țânțar sunt recomandate (Tori mijloace), elektrofumigatory. Este recomandabil să se folosească în timpul somnului ușor.

Nu trebuie să uităm că, în timpul șederii sale în țară predispuse la malarie, și în termen de 3 ani, după o stea acasă cu o creștere a temperaturii trebuie să contacteze imediat instalația și să informeze medicul dumneavoastră că ați fost la tropice "."

, trebuie remarcat faptul că în prezent nu există nici o chimioterapie, care ar garanta protecția împotriva malariei.

Nu trebuie să uităm că, în timpul șederii sale în țară predispuse la malarie, și în termen de 3 ani, după o stea acasă cu o creștere a temperaturii trebuie să contacteze imediat instalația și să informeze medicul dumneavoastră că ați fost la tropice "."

Situația de malarie în lume nu se îmbunătățește, iar în unele zone sa deteriorat. Malaria rămâne o preocupare majoră de sănătate publică în multe regiuni ale lumii.

Malaria - o boală infecțioasă grava, larg răspândită în țărilele tropicale și subtropicale. Infecția se produce atunci când omul este înțepat de țânțar. În present

sunt cunoscute 4 forme de malarie, dintre care cea mai larg răspândită în Africa este malaria tropicală.

Perioada de incubație de 7 zile la 1 lună, în malariei tropicale și de pana la 3 ani in alte forme.

Simptome - febră, frisoane, transpirații Severa, Cap de dureri, slăbiciune. În malariei tropicale, fără o Lua în timp util a ONU tratament posibil este specifice fatală într-o perioada foarte Scurtă de timp de la debut.

Ca de prevenire ar trebui sa ia în mod regulat anti-malarie medicamente.

Agenții Primirea ar trebui sa inceapa 1 săptămâni Înainte de plecare, la tropice, pentru o continua întreaga perioada de ședere și de 1 lună după Întoarcerea.

Alegerea de droguri depinde de Gazda, doza este determinata DE CĂTRE Medicul dumneavoastra.

În Sale timpul șederii în zonele de malarie ar trebui sa se proteja de înțepături de țânțar.

Pentru un preveni zbor ale țânțarilor cu ușile închise, ferestrele și Usile zasetcheny ar trebui sa fie.

Pentru o proteja împotriva repellente țânțar sunt recomandate (Tori mijloace), elektrofumigatory.

Este recomandabil sa se folosească în timpul somnului usor.

Intrăm în țările afectate de malarie, aveți nevoie pentru a primi sfaturi de la medicul lor despre medicamente preventive și metodele de aplicare a acestora.

Malaria - o boală infecțioasă gravă, larg răspândită în climatele tropicale și subtropicale. Infecția se produce atunci când intepaturi de tantari. Cunoscut 4 forme de malarie, dintre care cele mai severe - tropicale, larg răspândită în Africa. Perioada de incubație de 7 zile la 1 lună, în malariei tropicale și de până la 3 ani în alte forme. Simptome - febră, frisoane, transpirații severă, dureri de cap, slăbiciune. În malariei tropicale, fără a lua în timp util un tratament specific este posibil fatală într-o perioadă foarte scurtă de timp de la debut. Ca de prevenire ar trebui să ia în mod regulat anti-medicamente malarie. Agenții Primirea ar trebui să înceapă 1 săptămâni înainte de plecare, la tropice, pentru a continua întreaga perioadă de ședere și de 1 lună după întoarcerea. Alegerea de droguri depinde de gazdă, doza este determinată de către medicul dumneavoastră. În timpul șederii sale în zonele de malarie ar trebui să se proteja de înțepături de țânțar. Pentru a preveni zbor ale țânțarilor în cameră, ferestrele și ușile ar trebui să fie zasetcheny. Pentru a proteja împotriva repellente țânțar sunt recomandate (Tori mijloace), elektrofumigatory. Este recomandabil să se folosească în timpul somnului ușor.

Nu trebuie să uităm că, în timpul șederii sale în țară predispuse la malarie, și în termen de 3 ani, după o stea acasă cu o creștere a temperaturii trebuie să contacteze

imediat instalația și să informeze medicul dumneavoastră că ați fost la tropice ".
Situția de malarie în lume nu se îmbunătățește, iar în unele zone sa deteriorat.
Malaria rămâne o preocupare majoră de sănătate publică în multe regiuni ale lumii.

Mai mult de 2 miliarde de oameni trăiesc în 100 de țări în climatele tropicale și subtropicale, în cazul în care riscul de infecție este mare. În fiecare an, la nivel mondial de cazuri de malarie, circa 110 de milioane de persoane, și de la 1 la 2 milioane de persoane, cea mai mare parte copii sub 5 ani mor anual din cauza malariei în aceste țări. În acele state în care a fost eliminat anterior, creșterea numărului de "importuri" de cazuri de malarie și a cazurilor secundare de importuri în continuare pentru a marca decese de malarie tropicale.

În prima jumătate a secolului al douăzecilea, malarie a fost cele mai grave boli tropicale. În primii 50 de ani de OMS a lansat Programul de Eradicare Globală a malariei. Ca rezultat al anti ample-activități de malarie în unele zone reușit să elimine boala, în altele, a fost adus sub control. Malarie Cu toate acestea, în prezent, - cele mai răspândite boli tropicale din lume - este o problemă majoră de sănătate în aproape 100 de țări din Asia, Africa, America de Sud (tabelul 1).

Mai mult de 2 miliarde de oameni, sau aproximativ jumătate din populația lumii trăiește în condiții de risc de malarie contractante. În fiecare an, 110 milioane din lume, oamenii devin bolnav, din care 90 milioane - în Africa, în zonele situate la sud de Sahara, în cazul în care abundența de malarie tropicale - forma cea mai grava de infecție. Potrivit OMS, în fiecare malariei ani omoară între 1 și 2 milioane de oameni, mai ales copiii sub vârsta de 5 ani. Situația generală a malariei în lume nu se îmbunătățește, iar în unele locuri în ultimii 10 ani a deteriorat. În multe părți ale lumii, în cazul în care nu există război, în zonele de conflict social sau colectarea masiv de refugiați din zonele de dezvoltare intensivă economice în legătură cu situația sa deteriorat în mod dramatic de irigare. Bolii, în masă a cucerit, în 50 de ani, sa întors, și milioane de oameni suferă și mor [1 - 3].

În multe regiuni endemice ale lumii au paraziti a malariei, în principal, din Plasmodium falciparum, este înregistrată rezistența la medicamente împotriva malariei, care de multe ori are caracter de rezistență multidrug. Aproximativ 70 de specii de tantari, vectori de malarie s-au dezvoltat rezistență la insecticide. O încercare a eșuat în multe țări, în 50-60-e să-i exterminare țânțarii utilizarea pe scară largă a DDT-ului a provocat daune grave asupra mediului. Suntem desfășoară o activitate activă la crearea unui vaccin împotriva malariei, dar acest lucru ar necesita de cel puțin încă 5 - 10 ani

Aproximativ aproximativ 9000 de cazuri de malarie importate înregistrate pe an în Europa și în America de Nord între oameni se întorc din regiunile în care este

predominantă. Care pleacă în malarie-țări endemice, de multe ori nu sunt conștienți de cauzele de malarie și de moduri de a preveni acest lucru. Un studiu a constatat că doar 30% din turiști din Europa, a știut că a malariei se transmite prin înțepături de țânțar, atacând în mod activ la asfințit și în zori [4].

În plus față de infecție naturală prin înțepături de țânțar o persoană se poate infecta cu malarie atunci când transfuzie de sânge de la un donator infectat. În fiecare an, cazurile de "altoit", a malariei infecție care se produce prin transfuzii de sânge sau utilizării de seringi nesterilizate. Acest lucru contribuie la creșterea de dependența de droguri. Transmitere a malariei pot apărea de la o mama de rău pentru fat, de obicei, în timpul nașterii, mai puțin frecvent - trecerea de paraziți prin placentă. În malariei, care rezultă din introducerii agentului patogen din sânge infectat, nu este format etape ale țesutului parazit.

Pericolul este, de asemenea, că, în țările în care a malariei este absent, medicii nu pot recunoaște simptomele, nu să efectueze o anchetă și nu desemnează o chimioterapie specifice, și că, în unele cazuri cu situația epidemiologică pot facilita răspândirea de malarie, creând în același timp a malariei tropicale amenințare pentru viața pacientului.

În fosta Uniune Sovietică au fost practic eliminate a malariei, a supraviețuit doar câteva buzunare în republicile de sud. Dar acum, din nou, ea a intensificat în Tadjikistan și Azerbaidjan. În domeniile de circulație a refugiaților în întreaga malariei frontieră răspândit mai ales rapid. În special, este extrem de dificil să desfășoare activități de combatere a malariei cu mișcarea de refugiați din Afganistan și Tadjikistan [5]. În fiecare an, în Rusia a înregistrat sute de cazuri de "barge" de malarie, inclusiv la Moscova, în timp ce în unele cazuri de malarie tropicale din cauza diagnosticului tardiv și / sau misdiagnosis de decese înregistrate. În Rusia, în 1991 au existat 106 de cazuri de malarie importate în 1992 - 200, (5 pacienți au decedat), în 1993 la 327 în 1994 - 336 (2 a murit), în 1995 - 413, , în 1996 - 617 (3 a murit), în 1997 la 787 pacienți (4 decedat)

Riscul de malarie a devenit atât de acută că, în 1992, OMS a convocat o reuniune specială de la Amsterdam a miniștrilor de sănătate și de politicieni din 107 de țări să cadă de acord asupra unei strategii globale de combatere a bolii. Înainte de a se că, în astfel de un forum global a convocat o singură dată - pentru a discuta problema de SIDA. Eliminarea de malarie, a anunțat, în '60, este acum de neatins. În schimb, stabilit un nou obiectiv - promovarea cât mai curând posibil, diagnosticul și tratamentul pacienților, controlul epidemiilor și organizarea de diferențiate, ținând cont de condițiile locale, de control a vectorului

De trei zile, patru și de infecții a malariei ovale sunt benigne și aproape niciodată nu

duce la deces, în timp ce un malariei tropicale, cu întârziere și / sau de tratament inadecvat aproape întotdeauna duce la moartea pacientului.

Apariția episoadelor de febră cu malarie cauzate de hemoliza de globule roșii din sânge și de eliberare a merozoites în plasmă. Malariei, de regulă, întotdeauna duce la anemie, în patogeneza, care este setat la o serie de factori: hemoliza intravasculară a eritrocitelor infectate, fagocitoză retikuloendoteliya celule de splină ca celulele sanguine infectate neinfecțati și roșu, și reținerea de eritrocite care conțin paraziți mature în măduva osoasă. Au roluri în care mecanismele de imun. Gradul de anemie depinde de tipul de parazit, precum și intensitatea și durata de infecție. Severitate de malarie în populațiilor indigene din țările în curs de dezvoltare este agravată de lipsa de fier și acid folic din dieta.

Fiziopatologia malariei tropicale și mecanismele care duc la dezvoltarea unor complicații severe în malariei tropicale (un sindrom de "malarie maligne), nu sunt suficient de clare. Conceptul de patogeneza malariei maligne, se bazează pe un "mecanic" și "imune" teorii ale evoluției cu mecanismele patogenetice principale care duc la metabolismul, microcirculația, edem pulmonar, insuficiență renală și a sistemului de coagulare a sângelui [6].

Mecanismul principal de dezvoltare a complicațiilor în malariei tropicale este de acumulare (sechestr) din infestată de celule roșii din sânge în vasele de organe interne, în special creierul, și de rinichi, ficat, intestin, măduva osoasă, placentei, etc sechestr eritrocitelor este însoțit de adeziune lor de a endoteliului vascular, ceea ce duce la tulburări ale microcirculației și, în consecință, pentru a hipoxie tisulară și glycolysis anaerobe cu acumularea de acid lactic [6].

Datele indică faptul că interacțiunea infectate de celule roșii din sânge, limfocite și macrofage promovează eliberarea de interleukina-1 (IL - 1), tumora factor de necroză (TNF), precum și a altor citokine, radicali liberi oxidativ, activarea complementului și formarea de complexe imune care distrug endoteliul vaselor de sânge și aderență cauza eritrocitelor [6].

Manifestările clinice de malarie depinde de statutul imun al pacientului și de tipul de patogen. În non-imun la malarie sau la pacienții cu imunitate slab exprimate (locuitorii din regiunile endemice, femeilor însărcinate, sugarilor, pacienții cu patologie concomitentă severă de organe), atacuri prima poate să apară la parasitemia foarte mici, și, uneori, nu a fost detectat la microscop. Acest lucru necesită, în cazul de posibilitatea de presupusa de malarie la re-un studiu de sânge, după 12 ore, dar nu mai târziu de 24 de ore

La pacienții cu imunitate parțială (băştinași pentru adulți din zonele endemice), infecția poate să apară ca parazitonositelstvo fără manifestări clinice. Cu toate acestea, agravarea posibil de malarie în flux parazitonositeley, ceea ce duce la

dezvoltarea unor manifestări clinice de boală, în condiții care conduc la imunitatea redusă - de gestație, care unește patologii severe de organ asociate cu infecții bacteriene și virale, intervenții chirurgicale, precum și la plecare și o ședere prelungită în afara zonei endemice din cauza pierderii de imunitate.

Diagnosticul de laborator

Din cauza simptome nespecifice, tabloul clinic poate asuma numai malarie. Pentru a confirma diagnosticul necesită luarea în considerare a istoriei geografice și a diagnosticului de laborator: studiu de sânge - picături de accidente vasculare cerebrale gros și subțire, la pacienții cu malarie suspectate. Cel mai important dintre acestea ar trebui să includă pacienți din grupurile de risc, care sosesc din toate malarie-zone endemice, febră, care au apărut în perioada de până la 2 ani de la plecarea se concentrează endemice [5, 8]. Astfel, la pacienții cu risc este necesar pentru a investiga sânge, după întoarcerea din regiunile endemice, cu orice creștere a temperaturii corpului.

Având în vedere posibilitatea de decese în malariei tropicale și tranziția rapidă de la benigne la curs maligne, tratamentul trebuie prescris de un caz de urgență. Prin urmare, malarie suspectate, precum și primele simptome (debutul bruscă a febrei, dureri de cap, dureri musculare, diaree, etc), în caz de imposibilitate de cercetare de laborator imediată este necesară de urgență pentru a pregăti frotiuri subțiri și groase picături de sânge, și fără a mai aștepta rezultatele studiilor de laborator un tratament preventiv. În acest scop, desemnarea celei mai potrivite de mefloquine sau halofantrină, pentru că în cele mai multe focare endemice în momentul prezent nu există stabilitate a *P. falciparum* la chloroquine. În cazul în care mefloquine utilizat pentru profilaxia malariei, aceasta nu ar trebui să fie folosite pentru tratamentul preventiv.

La momentul actual, în diferite regiuni ale lumii se înregistrează cazuri de malarie rezistente la frecvent utilizate medicamente împotriva malariei, precum și tendința de a reduce sensibilitatea de malarie a crescut constant. Prin urmare, atunci când se tratează un pacient pentru a controla nivelul de parasitemia, și dacă după 48 de ore de la începerea tratamentului parasitemia nu a redus în mod semnificativ, ar trebui să fie înlocuit cu droguri și de a schimba regimul. Rezistență parțială de recădere a malariei tropicale pot să apară la o dată ulterioară. În această privință, pentru 1 - 1,5 luni de la terminarea chimioterapiei intervale adecvate 1 - 2 săptămâni pentru a studia de droguri și de sânge pentru malarie.

Prevenire

De prevenire a malariei, se bazează pe trei principii: prevenirea infecției, atacuri malariei și complicații severe. Având în vedere faptul că, în vaccin malarie în prezent în curs de dezvoltare, de prevenire a malariei individuale prin intermediul activităților desfășurate de a proteja împotriva înțepături de țânțar și luând anti-medicamente malarie de oameni care calatoresc în zonele în care malaria este răspândită (a se vedea tabelul 1.). Cu plecare a acestor regiuni este necesar să se clarifice dacă riscul de malarie în domeniul specific în cazul în care călătoria planificată, în care sezon este cel mai mare risc și ceea ce este spectrul de rezistență în parazitul malariei la medicamente împotriva malariei.

În timpul șederii sale în locuri unde a malariei este frecventă, ar trebui să ia măsuri de precauție pentru a proteja împotriva înțepături de țânțar, dormind în camerele în care insecticid ferestre și usi plasă de paza, sau un baldachin plasă, de preferință-tratate; From Dusk până în zori la rochie pentru a nu lăsa brațele deschise și picioarelor, zone deschise ale corpului să se ocupe de repelente, mai ales atunci când stau în aer liber în seara și noaptea.

Profilactică administrarea de medicamente împotriva malariei recomandat pentru persoanele care călătoresc în buzunarele de endemicitate de mijloc și de înaltă [2]. Non-femeile imunitar nu ar trebui să merg la zonele endemice de malarie în timpul sarcinii.

Recomandări pentru chemoprophylaxis ar trebui să aibă în vedere factorii complexe:

- Nivelul de endemicitate în vatra și perioada a anului (anotimp ploios, sezon uscat);
- Posibilitatea de a testelor de sânge rapide pentru malarie;
- Tipul de activitate și condițiile de viață în zona de risc (în special, de călătorie spre zonele rurale, munca de noapte, etc);
- Durata de ședere de risc;
- Indicatori ai stării de sănătate (vârsta, sarcinii, de pre-splenectomie, boli cronice concomitente).

În prezent, de droguri de alegere pentru prevenirea malariei în regiunile în care rezistența de agenți patogeni la chloroquine, mefloquine este. Mefloquine se recomandă să luați 1 dată pe săptămână, la 250 mg pe parcursul întregii perioade de ședere în cămin, dar nu mai mult de 6 luni. Datorită unor posibile reacții adverse severe în timpul tratamentului cu halofantrină asociată cu tulburări de ritm cardiac, acest medicament de prevenire a malariei nu se aplică. În cazul în care primesc mefloquine posibilele reacții adverse: greață, palpitații, dureri de cap, bradicardie sinusală. Ocazional observat convulsii, psihoză, amețeli severă.

Contraindicații pentru utilizarea de mefloquine:

- Sarcina;
- Boli mintale;
- Administrarea concomitentă a Grupa B-blocantelor și antagoniștii de calciu.

În ziua de primire a Mefloquine nu trebuie să conducă vehicule.

În aceste centre care s-au menținut sensibilitatea agenților patogeni *P. falciparum* la chloroquine, precum și în centrele de trei malariei zi ar putea fi utilizat și pentru prevenirea chloroquine în asociere cu proguanilom (pentru adulți - 300 mg de bază chloroquine 1 ori pe săptămână și proguanil 200 mg pe zi). Contraindicații pentru utilizarea de chloroquine profilactice:

- Intoleranței;
- Epilepsie;
- Psoriazis.

Preparate ar trebui să înceapă să ia înainte de a pleca în vatra, întreaga perioadă de ședere în vatra în sezonul, atunci când există un risc de infecție, și în termen de 4 săptămâni după plecarea din vatră. Pentru a identifica posibilele reacții adverse de a primi acest mefloquine medicament este recomandat să începeți să luați în 2 - 4 săptămâni înainte de plecare, o chloroquine focar de malarie, - pentru

RECOMANDARI oameni de planificare să călătorească în jurul,

În cazul în care malaria este răspândită [2]

- * Punerea în aplicare a măsurilor de protecție împotriva înțepături de țânțar.
- * Utilizarea de droguri pentru a preveni malariei înainte de a pleca în vatra, întreaga perioadă de ședere în vatra în sezonul, atunci când există un risc de infecție, și în termen de 4 săptămâni după plecare.
- * Pentru a vedea posibilele reacții adverse în timpul tratamentului cu medicamente împotriva malariei, și contraindicații pentru utilizarea lor.
- * Aflați simptome de malarie și să fie pregătiți pentru bolile posibile, în ciuda administrarea de medicamente pentru a preveni malariei. Aflați de la un medic local care are experiență în tratarea malariei. Furnizați un medicament pentru auto de urgență-tratament. Trebuie să aveți trei cursuri de medicamente pentru tratarea malariei atunci când stați în centrul atenției timp de 6 luni.
- * Întotdeauna transporta droguri în cazul în care asistența medicală de urgență imposibil.
- * De două ori pe an, verificate de către un oftalmolog pentru a detecta schimbări în retinei de pacienți care au luat chloroquine profilactică de 300 mg (de bază) pe săptămână, timp de 2 ani. În cazul în care schimbările detectate în retinei, ar trebui să fie înlocuit de un alt chloroquine de droguri.

Ar trebui subliniat faptul că recomandările universal, luând în considerare toți factorii și condițiile în vatra, nu poate fi dezvoltat. Vă dau numai informații de bază care ar

trebuie să fie luate în considerare și aplicate la situații specifice. De asemenea, trebuie remarcat faptul că în prezent nu există nici o chimioterapie, care ar garanta protecția împotriva malariei. Medicamente chimioterapice utilizate pentru prevenirea în zone extrem de endemice nu poate preveni infecția și de a facilita manifestările inițiale mai ușoară a bolii, care pot introduce pacienților de a fi indus în eroare, iar ei nu au prompt solicita asistență medicală. Manifestările clinice de malarie pot să apară în termen de o săptămână de la sosirea în țara de origine și în termen de 2 ani de la plecare. După cum sa menționat mai sus, un tratament eficient este relativ ușor să se asigure la începutul bolii. În cazul în care tratamentul nu este început la timp, atunci malariei tropicale pot dezvolta un sindrom de malarie malign, cu un rezultat relativ rapid fatal după primele simptome.

tantarii isi adulmeca victima de la o distanta ce poate atinge 30 de metri. Ceea ce ii atrage este de fapt mirosul de dioxid de carbon si de acid lactic, eliminati prin respiratie si transpiratie.

Rata acestor substante difera inasa de la un individ la altul, cantitatile cele mai mari fiind eliberate de gravide si de persoanele supraponderale.

Выезжая в страны, неблагополучные по малярии, Вам необходимо получить рекомендации у своего врача о профилактических лекарственных препаратах и способах их применения.

МАЛЯРИЯ

Малярия - тяжелое инфекционное заболевание, широко распространенное в странах с тропическим и субтропическим климатом. Заражение происходит при укусах малярийных комаров. Известны 4 формы малярии, из которых наиболее тяжелая - тропическая, распространенная в странах Африки. Инкубационный период от 7 дней до 1 месяца при тропической малярии и до 3-х лет при других формах. Симптомы - повышение температуры, озноб, сильное потоотделение, головная боль, слабость. При тропической малярии без проведения своевременного специфического лечения возможен смертельный исход в очень короткий срок от начала заболевания. С целью профилактики необходимо регулярно принимать противомаларийные препараты. Прием препаратов надо начинать за 1 неделю до выезда в "тропики", продолжать весь период пребывания и 1 месяц после возвращения. Выбор препарата зависит от

страны пребывания, доза определяется врачом. Во время пребывания в малярийной местности необходимо оберегать себя от укусов комаров. Для предотвращения залета комаров в помещение, окна и двери должны быть засетчены. Для защиты от комаров рекомендуется применять репелленты (отпугивающие средства), электрофумигаторы. Целесообразно пользоваться во время сна пологам.

Необходимо помнить, что во время пребывания в стране неблагополучной по малярии и в течении 3-х лет после пребывания на родину при любом повышении температуры следует немедленно обращаться в лечебное учреждение и сообщить врачу, что вы были в "тропиках".

Ситуация по малярии в мире не улучшается, а в ряде регионов ухудшилась. Малярия продолжает оставаться одной из серьезнейших проблем здравоохранения для многих регионов мира.

Более 2 млрд человек живут в 100 странах тропического и субтропического климата, где риск заражения высок. Ежегодно в мире заболевают малярией около 110 млн человек, и от 1 до 2 млн человек, преимущественно дети до 5 лет, ежегодно умирают от малярии в этих странах. В тех государствах, на территории которых она была ранее ликвидирована, возрастает число "завозных" случаев малярии и вторичных случаев от завозных, продолжают отмечаться летальные исходы тропической малярии.

В первой половине XX века малярия была самой серьезной тропической болезнью. В 50-х годах ВОЗ приступила к выполнению Глобальной программы ликвидации малярии. В результате обширных противомаларийных мероприятий в ряде районов заболевание удалось ликвидировать, в других оно было взято под контроль. Однако и в настоящее время малярия - наиболее широко распространенная в мире тропическая болезнь - является одной из серьезнейших проблем здравоохранения почти для 100 стран Азии, Африки, Южной Америки ([табл. 1](#)).

Более 2 млрд человек, или около половины населения Земли, живут в условиях риска заражения малярией. Ежегодно в мире заболевает 110 млн человек, из которых 90 млн - в Африке, в районах, расположенных к югу от Сахары, где преобладает тропическая малярия - наиболее тяжелая форма инфекции. По данным ВОЗ, каждый год от малярии умирает от 1 до 2 млн человек, причем в основном это дети в возрасте до 5 лет. В целом ситуация по малярии в мире не улучшается, а в ряде мест за последние 10 лет ухудшилась. Во многих районах мира, где происходят войны, в зонах социальных конфликтов или массового скопления беженцев, на территориях интенсивного хозяйственного освоения в связи с орошением ситуация драматически ухудшилась. Болезнь, в массе

побежденная в 50-е годы, вернулась, и миллионы людей страдают и умирают [1 - 3].

Во многих эндемичных регионах мира у малярийных паразитов, преимущественно у Plasmodium falciparum, регистрируется резистентность к противомалярийным препаратам, которая нередко носит характер множественной устойчивости. Около 70 видов комаров, переносчиков малярии, выработали устойчивость к инсектицидам. Не увенчавшаяся успехом попытка во многих странах в 50 - 60-е годы истребить комаров широким применением ДДТ нанесла серьезный ущерб экологии. Сейчас ведутся активные работы по созданию противомалярийной вакцины, однако для этого потребуется как минимум еще 5 - 10 лет

Ориентировочно около 9000 завозных случаев малярии в год регистрируется в странах Европы и Северной Америки среди людей, вернувшихся из регионов, где она распространена. Выезжающие в эндемичные по малярии страны часто не осведомлены о причинах заболевания малярией и путях ее профилактики. В одном из исследований установлено, что только 30% путешественников из Европы знали, что малярия передается через укусы комаров, активно нападающих в сумерках и на рассвете [4].

Помимо естественного заражения через укусы комаров человек может заразиться малярией при гемотрансфузии от зараженного донора. Ежегодно регистрируются случаи "прививной" малярии, заражение которой происходит при переливании крови или использовании нестерильных шприцев. Этому способствует рост наркомании. Передача малярии может произойти от больной матери плоду, чаще во время родов, реже - при прохождении паразитов через плаценту. При малярии, возникающей от введения возбудителя с зараженной кровью, не образуется тканевых стадий паразита.

Опасность состоит также в том, что в тех странах, где малярия отсутствует, врачи могут не распознать ее симптомы, не провести обследование и не назначить специфическую химиотерапию, и это в ряде случаев при соответствующей эпидемиологической ситуации может способствовать распространению малярии, а при тропической малярии создает угрозу жизни больного.

В бывшем Советском Союзе малярию удалось практически ликвидировать, сохранились лишь отдельные очаги в южных республиках. Однако сейчас она вновь активизировалась в Таджикистане и Азербайджане. В районах передвижения беженцев через границы малярия распространяется особенно быстро. В частности, чрезвычайно трудно проводить мероприятия по борьбе с малярией при передвижении беженцев из Афганистана и Таджикистана [5]. Ежегодно в России регистрируются сотни случаев "завозной" малярии, в том числе и в Москве, при этом в некоторых случаях тропической малярии вследствие поздней диагностики и/или неправильного диагноза отмечались

летальные исходы. В России в 1991 г было зарегистрировано 106 случаев завозной малярии, в 1992 г. - 200, (5 больных умерли); в 1993 г. - 327, в 1994 г. - 336 (2 умерли), в 1995 г. - 413, в 1996 г. - 617 (3 умерли), в 1997 г. - 787 больных (4 умерли).

Опасность распространения малярии стоит настолько остро, что в 1992 г. ВОЗ созвала в Амстердаме специальное совещание министров здравоохранения и политиков из 107 стран для согласования глобальной стратегии борьбы с этой болезнью. До этого подобный мировой форум собирался только один раз - для обсуждения проблемы СПИДа. *Ликвидация малярии, провозглашенная в 60-е годы, сейчас недостижима. Вместо этого определена новая цель - содействие максимально ранней диагностике и лечению больных, борьба с эпидемиями и проведение дифференцированной, с учетом местных условий, борьбы с переносчиками*

Трехдневная, четырехдневная и овале-малярия являются доброкачественными инфекциями и почти никогда не приводят к летальному исходу, в то время как **тропическая малярия при позднем и / или неадекватном лечении практически всегда ведет к смерти больного.**

Возникновение лихорадочных приступов при малярии обусловлено гемолизом эритроцитов и выходом мерозоитов в плазму. Малярия, как правило, всегда ведет к анемии, в патогенезе которой имеет значение ряд факторов: внутрисосудистый гемолиз инфицированных эритроцитов, фагоцитоз клетками ретикулоэндотелия селезенки как инфицированных, так и неинфицированных эритроцитов, и секвестрация эритроцитов, содержащих зрелые паразиты, в костном мозге. Имеют значение также иммунные механизмы. Степень анемии зависит от вида паразита, а также от интенсивности и длительности инфекции. Тяжесть малярии у коренных жителей развивающихся стран усугубляется дефицитом железа и фолиевой кислоты в пищевом рационе.

Патофизиология тропической малярии и механизмы, ведущие к развитию тяжелых осложнений при тропической малярии (синдром "злокачественной малярии") , недостаточно ясны. В настоящее время концепция патогенеза злокачественной малярии основана на "механической" и "иммунологической" теориях с выделением основных патогенетических механизмов, ведущих к нарушению метаболизма, микроциркуляции, отеку легких, нарушению функции почек и свертывающей системы крови [6].

Основным механизмом развития осложнений при тропической малярии является скопление (секвестрация) инвазированных эритроцитов в сосудах внутренних органов, преимущественно головного мозга, а также почек, печени, кишечника, костного мозга, плаценты и др. Секвестрация эритроцитов сопровождается их адгезией к эндотелию сосудов, что ведет к нарушению микроциркуляции и, следовательно, к гипоксии тканей и анаэробному гликолизу с накоплением молочной кислоты [6].

Получены данные, свидетельствующие, что взаимодействие инфицированных эритроцитов, лимфоцитов и макрофагов способствует высвобождению ими интерлейкина-1 (IL - 1), фактора некроза опухоли (TNF) и других цитокинов, свободных окислительных радикалов, активации комплемента и образованию иммунных комплексов, повреждающих эндотелий сосудов и вызывающих адгезию эритроцитов [6].

Клинические проявления малярии зависят от иммунного статуса больного и вида возбудителя. *У неиммунных в отношении малярии или больных с недостаточно выраженным иммунитетом (жителей эндемичных регионов, беременных, детей младшего возраста, больных с тяжелой сопутствующей органной патологией) первые приступы могут протекать при очень низкой паразитемии, иногда не выявляемой микроскопически. Это диктует необходимость в случае предполагаемой возможности заражения малярией проводить повторное исследование крови через 12 ч, но не позднее чем через 24 ч.*

У больных, обладающих частичным иммунитетом (взрослые коренные жители эндемичных зон) инфекция может протекать как паразитонительство без клинических проявлений. Однако возможно обострение течения малярии у паразитоносителей, ведущее к развитию клинических проявлений болезни, при состояниях, ведущих к снижению иммунитета, - беременность, присоединение тяжелой органной патологии, сопутствующие бактериальные и вирусные инфекции, хирургические вмешательства, а также при выезде и длительном пребывании вне эндемичной зоны вследствие утраты иммунитета.

Лабораторная диагностика

Вследствие неспецифической симптоматики клиническая картина позволяет лишь предполагать малярию. Для подтверждения диагноза необходимы учет географического анамнеза и лабораторная диагностика: исследование препаратов крови - толстых капель и тонких мазков у больных с подозрением на малярию. В первую очередь к ним следует отнести пациентов из группы риска, каковыми являются все прибывшие из эндемичных по малярии районов, **у которых лихорадка появилась в период до 2 лет после выезда из эндемичного очага [5, 8]. Таким образом, у пациентов группы риска необходимо исследовать кровь после возвращения из эндемичных регионов при любом повышении температуры тела.**

Учитывая возможность летальных исходов при тропической малярии и быстрый переход от доброкачественного течения к злокачественному, лечение следует назначать экстренно. Поэтому при подозрении на малярию и появлении первых симптомов болезни (внезапное повышение температуры, головная боль, боли в мышцах, диарея и др.) в случае невозможности немедленного лабораторного исследования необходимо экстренно приготовить тонкие мазки

и толстые капли крови и, не дожидаясь результатов лабораторного исследования, провести превентивное лечение. С этой целью наиболее целесообразно назначение мефлохина или галофантрина, поскольку в большинстве эндемичных очагов в настоящее время отмечается устойчивость *P. falciparum* к хлорохину. Если мефлохин использовался для профилактики малярии, то его не следует применять для превентивного лечения.

В настоящее время в различных регионах мира регистрируются случаи малярии, резистентные к широко применяемым антималярийным препаратам, и тенденция к снижению чувствительности возбудителей малярии неуклонно возрастает. Поэтому при лечении больного необходимо контролировать уровень паразитемии, и если через 48 ч от начала лечения паразитемия существенно не уменьшается, следует заменить препарат и изменить схему лечения. При частичной резистентности рецидив тропической малярии может наступить и в более поздние сроки. В связи с этим в течение 1 - 1,5 мес после завершения курса химиотерапии целесообразно с интервалом 1 - 2 нед исследовать препараты крови на малярию.

Профилактика

Профилактика малярии основана на трех принципах: профилактика заражения, малярийного приступа и тяжелых осложнений. В связи с тем, что в настоящее время малярийная вакцина находится на стадии разработки, индивидуальная профилактика малярии проводится посредством мероприятий по защите от укуса комаров и приема антималярийных препаратов людьми, выезжающими в зоны, где распространена малярия (см. [табл. 1](#)). При выезде в указанные регионы необходимо выяснить, имеется ли опасность заражения малярией в конкретном районе, куда планируется поездка; на какой сезон приходится наибольший риск заражения и каков спектр резистентности возбудителя малярии к антималярийным препаратам.

Во время пребывания в местах, где распространена малярия, следует принимать меры предосторожности по защите от укусов комаров, спать в комнатах, где окна и двери затянуты сеткой, или под сетчатым пологом, желательно пропитанным инсектицидом; с сумерек до рассвета одеваться так, чтобы не оставлять открытыми руки и ноги; открытые участки тела обрабатывать репеллентом, особенно при пребывании на открытом воздухе в вечернее и ночное время.

Профилактический прием противомаларийных препаратов рекомендуется людям, выезжающим в очаги средней и высокой эндемичности [2].

Неиммунные женщины не должны посещать районы, эндемичные по малярии, в период беременности.

Рекомендации по химиопрофилактике следует давать с учетом комплекса

факторов:

- уровень эндемии в очаге и период года (сезон дождей, сухой сезон);
- возможность быстрого исследования крови на малярию;
- вид деятельности и условия проживания в зоне риска (в частности, поездки в сельские районы, ночная работа и т.д.);
- длительность пребывания в зоне риска;
- показатели, характеризующие состояние здоровья (возраст, беременность, произведенная ранее спленэктомия, сопутствующие хронические заболевания).

В настоящее время препаратом выбора для профилактики малярии в районах, где отмечается резистентность возбудителей к хлорохину, является мефлохин. Мефлохин рекомендуется принимать 1 раз в неделю по 250 мг в течение всего периода пребывания в очаге, но не более 6 мес. В связи с возможными тяжелыми побочными реакциями при приеме галофантрина, связанными с нарушением ритма сердца, этот препарат для профилактики малярии не применяют. При приеме мефлохина возможны побочные реакции: тошнота, сердцебиение, головная боль, синусовая брадикардия. Изредка отмечаются судороги, психозы, сильное головокружение.

Противопоказания к применению мефлохина:

- беременность;
- психические заболевания;
- одновременный прием препаратов из группы b- блокаторов и антагонистов кальция.

В день приема мефлохина не следует водить автотранспортные средства.

В тех очагах, где сохраняется чувствительность возбудителей *P. falciparum* к хлорохину, и в очагах трехдневной малярии можно с целью профилактики использовать хлорохин в комбинации с прогуанилом (для взрослых - 300 мг основания хлорохина 1 раз в неделю и 200 мг прогуанила ежедневно).

Противопоказания к профилактическому применению хлорохина:

- непереносимость;
- эпилепсия;
- псориаз.

Препараты следует начинать принимать до выезда в очаг, весь период пребывания в очаге в сезон, когда существует риск заражения, и в течение 4 нед после выезда из очага. Для выявления возможных побочных реакций на прием мефлохина этот препарат рекомендуется начинать принимать за 2 - 4 нед до выезда в очаг малярии; хлорохин - за 1 нед до выезда [2, 8].

РЕКОМЕНДАЦИИ ЛЮДЯМ, ПЛАНИРУЮЩИМ ВЫЕЗД В РЕГИОН, ГДЕ РАСПРОСТРАНЕНА МАЛЯРИЯ [2]

- Применять меры защиты от укусов комаров.

* Принимать препараты для профилактики малярии до выезда в очаг, весь

период пребывания в очаге в сезон, когда существует риск заражения, и в течение 4 нед после выезда.

* Ознакомиться с возможными побочными реакциями при приеме противомаларийных препаратов и противопоказаниями к их применению.

* Узнать симптомы малярии и быть готовым к возможному заболеванию, несмотря на прием препаратов для профилактики малярии. Узнать кто из местных врачей имеет опыт лечения малярии. Обеспечить себя препаратами для срочного самостоятельного лечения. Необходимо иметь препараты для трех курсов лечения малярии при пребывании в очаге в течение 6 мес.

* Всегда иметь при себе препараты на случай, если оказание срочной медицинской помощи невозможно.

* Дважды в год обследоваться у офтальмолога для выявления изменений в сетчатке пациентам, принимавшим профилактически 300 мг хлорохина (основания) в неделю в течение 2 лет. Если выявляются изменения в сетчатке, следует заменить хлорохин другим препаратом.

Следует подчеркнуть, что универсальные рекомендации, учитывающие все факторы и условия пребывания в очаге, не могут быть разработаны. Приведены лишь основные сведения, которые следует учитывать и применять к конкретным ситуациям. Также необходимо отметить, что в настоящее время нет химиопрепаратов, которые бы гарантировали защиту от заражения малярией. Химиопрепараты, используемые для профилактики, в высокоэндемичных зонах могут не воспрепятствовать заражению и способствовать более легким начальным проявлениям болезни, что может ввести больных в заблуждение, и они своевременно не обратятся к врачу. Клинические проявления малярии могут возникнуть через неделю после приезда в очаг и в течение 2 лет после выезда. Как отмечено выше, эффективное лечение достаточно легко обеспечить в начале болезни. Если же лечение вовремя не начато, то при тропической малярии может развиваться синдром злокачественной малярии с относительно быстрым летальным исходом после появления первых симптомов.

- 11/11/2014
- 12:45:03 PM

MALARIA SI PROFILAXIA EI

(agendă pentru persoanele ce pleacă în țări endemice)

Informație generală

Mai mult de 2 miliarde de oameni trăiesc în 100 de țări cu climă tropicală și subtropicală, în care riscul de infestare prin malarie e mare. La nivel mondial, anual această maladie afectează mai bine de 110 milioane persoane, fiind responsabilă de circa 2mln decese preponderent la copii sub vârsta de 5 ani. În țările unde malarie anterior a fost eradicată, în prezent crește numărul cazurilor de import.

Persoanele ce migreză în țările tropicale, endemice la malarie, sunt supuse riscului de îmbolnăvire.

La om parazitează 4 specii de plasmodiu, care provoacă respectiv următoarele forme clinice de boală: malarie tropicală, malarie terță, ovale – malarie și malarie cuartă.

Transmiterea infecției

Boala se transmite prin înțepătura țânțarului de genul Anopheles, care atacă oamenii în mod activ la asfințitul soarelui și în zori zilei. În zonele cu clima temperată, în condiții naturale, molipsirea are loc în perioada caldă a anului, când insectele sunt active. În zonele tropicale acest pericol persistă anul în jur. Molipsirea se poate înfăptui nu numai în caz de stabilire pe o perioadă mai îndelungată în aceste zone ci și la o vizită foarte scurtă.

Populația țărilor unde malarie a fost eradicată, cum este și Republica Moldova, nu posedă imunitate specifică la această infecție, de aceea fac forme grave de boală. Cea mai severă este malarie tropicală, larg răspândită mai cu seamă în Africa. Perioada de incubație este de la 7 zile până la 1 lună, în unele cazuri și alte forme până la 3 ani. După perioada de incubație vine atacul malaric.

Principalele simptome ale bolii

Atacul de malarie - senzație de un fior ascuțit, creșterea bruscă a temperaturii corpului până la 39-41⁰C, pielea este uscată, fierbinte, tahipnee, posibil vărsături, plângeri de durere de cap, dureri musculare, uneori convulsii, prostrație, apoi - transpirații profuze. Bolnavul sleit de puteri adormite. Se ivesc patologii severe - anemie, extinderea splinei și ficatului, scăderea tensiunii arteriale, etc. Dacă bolnavul

cu malarie tropicală nu primește la timp tratament specific, e posibil o finalizare fatală a bolii într-o perioadă foarte scurtă de timp de la debut.

Măsuri de prevenire a malariei

Malaria poate fi preîntâmpinată în 2 aspecte ce au efect în comun:

- chimioprofilaxia - administrarea remediilor antimalarice cu scop de a preveni multiplicarea parazitului în organismul uman,
- protejarea de înțepături de țânțar.

Rolul primordial îi revine chimioprofilaxiei.

Chimioprofilaxia individuală este menită să preîntâmpine manifestarea clinică a malariei. Efectul se obține în rezultatul folosirii remediilor care împiedică pătrunderea și multiplicarea parazitului în eritrocite. Eficacitatea acestui procedeu necesită o condiție obligatoare: administrarea regulată a medicamentului, pentru a menține o concentrație stabilă a acestuia în sânge, fapt necesar pentru realizarea rolului protector.

La moment se cunosc mai multe preparate cu acțiune antimalarică. Alegerea lor este dirijată de medicul infecționist sau de medicul de familie.

Cu țel de prevenire a declanșării malariei este obligatoriu efectuarea următoarelor măsuri privind chimioprofilaxia antimalarică individuală precum și alte măsuri, după cum urmează:

- preparatul antimalaric prescris se va administra - 1 pastilă/săptămână - timp de 2 săptămâni înainte de plecare în focar;
- pe toată perioada aflării în zona de risc se va primi câte 1 pastilă/săptămână, fără întreruperi;
- preparatul se administrează, în una și aceeași zi a săptămânii, după masă cu 0,5 litri de apă fiartă;
- pentru prevenirea pătrunderii țânțarilor în cameră, ferestrele și ușile de înzestrare cu plase anti-moschit, și de folosit repelente - spreieri sau electrofumigatori contra țânțarilor;
- utilizarea plaselor pentru țânțari impregnate cu insecticide, a spray-urilor împotriva țânțarilor în camera care locuiți, a electrofumigatorilor speciali ;
- după reîntoarcere în țară-fiecare persoană va informa medicul de familie și va primi acelaș preparat, câte 1 pastilă/săptămână timp de 4-6 săptămâni la rând, fără întreruperi;
- după reîntoarcerea în țară, în termen de 3 ani, la creșterea temperaturii corpului trebuie imediat a vă adresa după asistență medicală și a informa personalul medical că ați „fost în tropice ”

Situația prin malarie în lume nu se îmbunătățește, iar în unele zone s-a deteriorat. Malaria rămâne o preocupare majoră de sănătate publică în multe regiuni ale lumii, precum și în Republica Moldova.

MALARIA ...

Definitie. Malaria este o boala grava infectioasa, raspandita de anumite specii de tantari. Se intalneste cel mai adesea in zonele cu climat tropical si se caracterizeaza prin recurenta simptomelor de frisoane, febra si marirea splinei. Boala poate fi tratata cu medicatie specifica dar, cel mai adesea, reapare. Malaria este o boala endemica (se intalneste adesea in aceleasi locuri) in multe din tarile slab dezvoltate (tarile lumii a 3-a).

Descriere. Intre 300 and 500 milioane de oameni sunt infectati anual in Africa, India, Asia de sud-est, orientul Mijlociu, Oceania si America Centrala si de Sud. Aproape 2 milioane din cei infectati mor anual. Cele mai multe din cazurile de infectare si aproape toate cazurile de deces au loc in africa sub-Sahariana. In prezent, malaria ucide de doua ori mai multe persoane decat SIDA. Aproape 500 de milioane de persoane care au fost infectate au ramas cu anemii cronice in urma bolii. In unele parti ale Africii, oamenii se pot imbolnavi de pana la 40 de ori in decursul vietii. Raspandirea malariei devine o problema tot mai serioasa pe masura ce parazitii care o cauzeaza devin mai rezistenti la medicamentele utilizate pentru tratarea bolii. Din punct de vedere pur medical, malaria poate fi definita ca fiind *o parazitiza tisulara si transmisibila, cauzata de protozoare din genul Plasmodium, caracterizata prin evolutie ciclica, accese febrile care se succed la intervale de timp regulate, splenohepatomegalie, anemie, uneori leziuni grave ale sistemului nervos, ale rinichilor si altor organe, recidive.*

Transmitere si simptome. La om, malaria este produsa de 4 specii diferite ale aceluasi parazit, cunoscut sub numele de plasmodium: *Plasmodium falciparum* (agentul malariei tropicale, se gaseste in Africa Tropicala, Asia si America Latina, dezvoltand cea mai periculoasa forma de malarie, mortala daca nu este tratata), *Plasmodium vivax* (agentul malariei terta, se gaseste in principal in zona tropicala si in unele zone temperate), *Plasmodium malariae* (agentul malariei quarta, se gaseste pe tot globul, avand o distributie neuniforma), and *Plasmodium ovale* (agentul malariei ovale, se gaseste in vestul Africii Tropicale). Ultimele doua specii sunt destul de rare. Orice persoana este infectata cu malaria in momentul in care este intepata de un tantar femela infectat la randul lui cu parazitul. Femela adulta inteapa omul si animalele pentru a se hrani, cu predilectie in zori si in amurg. In momentul intepaturii, parazitul intra in sistemul circulator si ajunge in ficat unde incepe sa se multiplice. Cand se raspandesc din nou in sange, simptomele malariei se fac resimtite. Atunci cand acestea apar, parazitul s-a multiplicat deja intr-un numar mare congestionand vasele de sange si atacand celulele sanguine. Malaria nu poate fi transmisa de la un om infectat la o alta persoana sanatoasa, in mod direct. In schimb, un tantar care a intepat deja o persoana infectata este deja purtator al parazitului. Malaria poate fi transmisa si prin ace infectate sau transfuzii cu sange infectat. In acelasi timp, multe animale pot contacta malaria dar malaria nu se transmite de la oameni la animale si nici invers.

Intervalul de timp dintre momentul intepaturii si momentul aparitiei simptomelor variaza, in functie de specia de parazit. perioada de incubatie este, de regula, intre 8 si 12 zile pentru malaria falciparum si poate ajunge pana la o luna pentru celelalte tipuri. Simptomele in urma infestarii cu *Plasmodium*

vivax pot apărea uneori chiar și după 8-10 luni după întepătura.

Primele simptome la toate tipurile de malarie sunt frisoanele și febra. În mai toate cazurile, febra prezintă 3 etape, începând cu tremurat necontrolat pentru 1-2 ore, continuat de o rapidă creștere a temperaturii (106F) care durează 3-6 ore și finalizată cu transpirație abundentă care duce la scăderea febrei imediat. Alte simptome pot include oboseala, dureri de cap, curgerea nasului și varsături. După ce transpirația încetează, persoana respectivă se simte epuizată și simte nevoia acută de a se odihni. În multe cazuri, acest ciclu tremuraturi-febra-transpirație se repetă zilnic sau la fiecare 3 zile și durează între o săptămână și o lună.

Malaria falciparum este cea mai severă deoarece parazitul ataca toate celulele roșii din sânge, nu doar pe cele tinere sau bătrâne cum fac celelalte specii. Aceasta face ca celulele roșii să devină foarte 'fierbinti'. Un pacient cu acest tip de malarie poate deceda în câteva ore de la primele simptome. Febra este prelungită și, numărul mare de globulele roșii moarte blochează vasele de sânge către organele vitale (în special rinichii) iar splina se mărește considerabil. De asemenea, pot apărea leziuni ale creierului care pot conduce la coma la fel de bine cum poate avea loc un blocaj renal sau al ficatului.

Reinfecția poate apărea în mod repetat conducând posibil la dezvoltarea unei malarii cronice în urma răspunsului imunitar inefficient al organismului față de parazit. În aceste situații, persoanele care au dezvoltat forma cronică, pot avea malarie din nou chiar și după 50 de ani de la prima infecție.

Diagnoza. Malaria este diagnosticată prin analiză sângelui (la microscop). În funcție de tipul infecției, se stabilește medicația adecvată.

Măsuri de prevenire. Principalele măsuri ce pot fi luate pentru reducerea riscului infectării includ

-utilizarea plaselor de țânțari impregnate cu insecticide, a spray-urilor de țânțari în camera în care se locuiește, a spiralelor de țânțari,

-purtarea de cămăși cu maneca lungă/pantaloni lungi etc,

-aplicarea propelantelor de țânțari (spray, stick, lichid) pe zonele descoperite ale corpului,

-evitarea desfășurării de activități în exterior în special dimineața și seara, precum și pe timpul nopții,

-evitarea folosirii lotiunilor after-shave, parfumurilor sau deodorantelor (acestea atrag țânțarii).

-medicația preventivă (mefloquine, malaron, etc). Totuși, trebuie reținut că *medicația preventivă reduce riscul de contactare a malariei, însă nici un medicament nu garantează 100% protecție împotriva malariei.*

Concluzii. Orice stare de boală însoțită de frisoane și febră într-o zonă în care malaria există trebuie raportată la medic. Orice persoană cu simptomele prezentate trebuie să insiste pentru a avea un test de sânge pentru identificarea unei posibile infectări cu malarie. Malaria este adesea diagnosticată greșit în țările în care ea nu este o boală răspândită.

(material pregătit de Adrian GRUJDIN)