

ют. Выпот односторонний, массивный, неиссякаем, нередко с примесью крови, типичен лимфоцитарный состав экссудата. По рентгенологическим данным в половине случаев легкие интактны, а наиболее частые симптомы легочного поражения — ателектаз, круглая тень. Основными методами верификации раковых плевритов являются торакоцентез с цитологическим исследованием экссудата, ФБС, ПБ. Чувствительность цитологического исследования экссудата — 51,9% при специфичности 98%. Чувствительность ПБ — 60,8% при специфичности 100%.

2. Среди пациентов плеврального Центра опухолевые плевриты составляют 23,3%. Структура злокачественных плевритов представлена следующим образом: 90,2% — метастатическое поражение плевры при раке различных локализаций, 8,9% — первичная злокачественная мезотелиома плевры, 0,9% — лимфогранулематоз.

3. Наиболее значимыми для эффективной диагностики плевритов, в том числе злокачественных, оказались структурные перемены: создание специализированного Центра с концентрацией здесь больных с плевральной патологией; оптимально алгоритмизированная организация врачебной деятельности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Варин, А.А.* Заболевания плевры / А.А. Варин, А.К. Стрелис, А.Л. Ханин. — Томск: Красное знамя, 2003. — 150 с.
2. *Варин, А.А.* Алгоритм действий врача при заболеваниях плевры / А.А. Варин, А.Л. Ханин. — Новосибирск: Издатель, 2000. — 112 с.
3. *Линденбратен, А.В.* Учебник по рентгенологии / А.В. Линденбратен. — М.: Медицина, 1984.
4. *Порханов, В.А.* Видеоторакоскопические операции в диагностике и лечении заболеваний органов дыхания / В.А. Порханов // Проблемы туберкулеза. — 1997. — № 6. — С. 27—32.
5. *Тюхтин, Н.С.* Болезни плевры / Н.С. Тюхтин, С.Д. Полетаев // Болезни органов дыхания / под ред. Н.П. Палеева. — М.: Медицина, 2000. — С. 325—353.
6. *Ханин, А.Л.* Врачебные ошибки в ведении больных с заболеваниями плевры / А.Л. Ханин, А.А. Варин // Клиническая медицина. — 1999. — № 3. — С. 20—22.
7. *Light, R.W.* Diagnostic principles in pleural disease / R.W. Light // Eur. Respir. J. — 1997. — Vol.10. — P. 476—481.
8. *Loddenkemper, R.* Prospective evaluation of biopsy methods in the diagnosis of malignant pleural effusions. Inpatient comparison between pleural fluid cytology, blind needle biopsy and thoracoscopy / R. Loddenkemper, H. Grosser, A. Gabler [et al.] // Am. Rev. Respir. Dis. — 1983. — Vol. 127, suppl. 4. — P. 114.
9. *Loddenkemper, R.* Thoracoscopy: present diagnostic and therapeutic indications / R. Loddenkemper, C. Boutin // Eur. Respir. J. — 1993. — Vol.6. — P. 1544—1555.

© В.С. Мороков, 2009

УДК 616.936.1-07-084+614:374

## ЗНАЧЕНИЕ «ШКОЛЫ МАЛЯРИИ» — ЦЕЛЕВОГО САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НЕИММУННЫХ ЛИЦ — ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ

**Всеволод Сергеевич Мороков**

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,  
кафедра общей врачебной практики

**Реферат.** Регулярное проведение «школы малярии» — целевого санитарно-гигиенического воспитания (обучения) европейцев, постоянно проживающих в эндемичном районе, и организация круглосуточного доступа к медицинской помощи делают возможным диагностику и лечение тропической малярии в ранние сроки болезни при нормальной температуре тела и низкой интенсивности паразитемии. Появление одного из симптомов (головной боли, болей в мышцах и суставах, затрудненного дыхания или жидкого стула) на фоне нормальной температуры тела у неиммунных лиц, является безусловным показанием для обращения за медицинской помощью и проведения лабораторного обследования на малярию. Лечение артемизинином и лумефантрином больных легкими и среднетяжелыми формами тропической малярии было эффективно.

**Ключевые слова:** тропическая малярия, вторичная профилактика, диагностика, лечение, артемизинин, лумефантрин.

## SIGNIFICANCE OF «MALARIA SCHOOL» — SPECIAL PURPOSE SANITARY-AND-HYGIENIC EDUCATION OF PERSONS WITHOUT IMMUNITY — FOR EARLY DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TROPICAL MALARIA

**V.S. Morokov**

Kasan State Medical University, Department of General Medical Practice

**Abstract.** Holding «Malaria school» at regular intervals — special purpose sanitary-and-hygienic education of europeans permanently living in endemic region, and organization of 24-hour access to medical care make the diagnostics and treatment of tropical malaria at the early stages of the disease with normal body temperature and low parasitemia intensity possible. Emergence of one of the symptoms (headache, pains in muscles and joints, laboured breathing or liquid stool) on the background of normal body temperature in persons without immunity is undoubtedly an indication for appealing for medical aid and carrying out laboratory investigation for malaria. Artemether and lumefantrine therapy of patients with tropical malaria of light and mean severity was effective.

**Key words:** tropical malaria, secondary prophylaxis, diagnostics, treatment, artemether, lumefantrine.

**В**ведение. В настоящее время малярия является одной из серьезнейших проблем здравоохранения почти для 100 стран Азии, Африки и Южной Америки. Более 2 млрд человек или около половины населения Земли живут в условиях риска заражения малярией. Ежегодно в мире заболевают малярией от 300 до 500 млн человек и более одного миллиона умирают [6].

Несмотря на ликвидацию малярии на территории бывшего СССР, угроза ее возобновления в России постоянно возрастает. Это связано с нарушением системы контроля над местами вылова комаров рода *Anopheles* и постоянным завозом малярии из стран Юго-Восточной Азии, Африки и Латинской Америки. Люди, выезжающие в эндемичные по малярии страны, часто не осведомлены о причинах заболевания малярией и путях ее профилактики. Основным требованием профилактики неблагоприятных клинических и эпидемиологических последствий завоза малярии в страны «благополучия» из эндемических очагов является раннее выявление и лечение больных [2].

Тропическая малярия — это наиболее тяжелая форма малярии. На ее долю приходится 50% заболеваемости в мире и 98% всех летальных исходов. Размножение *P. falciparum* происходит с удивительной быстротой, и уже через 1—2 цикла эритроцитарной шизогонии паразитемия достигает высокого уровня и может поражать 20—30% всех эритроцитов. Для тропической малярии характерна шизогония в капиллярах внутренних органов, что сопровождается развитием васкулита, нарушением микроциркуляции с аноксией тканей и полиорганностью поражения. Только при тропической малярии отмечаются такие тяжелые осложнения, как кома (отек мозга), алгид (токсико-инфекционный шок), гемоглобинуричная лихорадка (острая почечная недостаточность) и острый респираторный дистресс-синдром [4]. Поздно начатое лечение тропической малярии ассоциируется с развитием осложнений и летальным исходом, и чем раньше поставлен диагноз и начато лечение, тем лучше исход заболевания.

Особенностью тропической малярии у неиммунных лиц является наличие продромальных симптомов за 2—3 дня до повышения температуры. У больного появляются головная боль, артралгии, миалгии, дискомфорт или боли в поясничной области, диарея, легкий озноб, депрессия. В отсутствие лихорадки, больные, как правило, не связывают эти симптомы с малярией и объясняют их возникновение другими причинами: переутомлением, простудой или нарушением диеты. Поэтому для ранней диагностики малярии человек, проживающий в эндемичном районе, должен знать продромальные, возникающие до повышения температуры признаки заболевания и иметь возможность немедленно обратиться за медицинской помощью.

**Целью** работы является изучение влияния «школы малярии» — целевого санитарно-гигиенического воспитания неиммунных лиц — на сроки диагностики и эффективность лечения тропической малярии.

**Материал и методы.** Работа проводилась в 2006—2008 гг. на глиноземном заводе в городе Фрия (Республика Гвинея). Гвинея — страна с влажным тропическим климатом, где передача малярии происходит круглогодично и отмечается высокая резистентность *P. falciparum* к хлорокину. На заводе работают африканцы и экспаты — приезжие специалисты из России и стран СНГ. В составе предприятия есть госпиталь с поликлиникой

и расположенный на территории завода фельдшерский пункт, работающий круглосуточно. Кабинет семейного врача экспатов располагался на территории госпиталя, что позволяло оперативно проводить лабораторные исследования, обеспечивать больных медикаментами из госпитальной аптеки, курировать госпитализированных пациентов.

Под наблюдением находились экспаты и члены их семей, всего 220 человек в возрасте от 3 до 66 лет. Средний срок проживания приезжего специалиста в Гвинею — 2—3 года.

Для повышения медицинской грамотности экспатов и членов их семей проводили целевое санитарно-гигиеническое воспитание (обучение) — «школы малярии». На занятиях люди знакомились с путями заражения малярией, методами профилактики, ранними признаками заболевания. Индивидуальная химиопрофилактика малярии нашим пациентам не была показана вследствие длительного (более 6 мес) проживания в эндемичном районе, поэтому основной акцент в обучении делался на немедленном обращении к врачу при появлении ранних признаков заболевания.

«Школы малярии» проводились индивидуальным и групповым методами. Индивидуальные занятия организовывались не менее 3 раз: в день приезда сотрудника в Гвинею на работу, при поездке в отпуск и отбытии из страны по окончании контракта. Групповые беседы проходили 1 раз в 3 мес на общих собраниях экспатов. Всего за два года проведено 603 «школы малярии».

Круглосуточный доступ заболевших сотрудников к медицинской помощи обеспечивался семейным врачом экспатов. В будние дни консультации больных проходили в офисе врача в часы работы. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни — круглосуточно «по требованию», связь с врачом осуществлялась по мобильному телефону. В случае отсутствия семейного врача (командировка, болезнь, отпуск и т.д.) пациенты обращались к дежурному врачу госпиталя или фельдшеру медицинского пункта на заводе. Анализ крови на малярию проводился круглосуточно в клинической лаборатории госпиталя или медицинском пункте завода.

Для обнаружения малярийных паразитов применяли световую микроскопию толстой капли крови, окрашенной по Романовскому—Гимзе, или экспресс-метод, основанный на качественном обнаружении малярийного антигена с помощью хроматографической реакции. Исследования проводили до начала лечения и на 3, 7, 14, 21, 28-й дни лечения. Интенсивность паразитемии оценивали полуколичественным методом «в крестах» (табл. 1) [4]. Для экспресс-диагностики малярии использовали поливалентный тест NOW® ICT Malaria Pf/Pv (Binax Inc., Portland, ME).

Всем больным исследовали кровь на количество эритроцитов, лейкоцитов, гематокрит, формулу крови, проводили общий анализ мочи. По клиническим показаниям определяли количество билирубина в крови, активность ферментов АЛТ, АСТ, ГГТП.

Диагноз малярии ставился на основании клинических признаков и обязательно подтверждался лабораторно. После установления диагноза пациенты получали на руки противомаларийные препараты и первую дозу принимали в присутствии семейного врача. Амбулаторное лечение больных тропической малярией проводилось фиксированными противомаларийными препаратами Coartem® 20/120 (NOVARTIS, Швейцария)

Оценка интенсивности паразитемии

Интенсивность паразитемии	Количество паразитов в 1 мкл крови	Результат просмотра 100 полей зрения препарата крови «толстая капля» (объектив×90, окуляр×7)
++++	5000 и более	В каждом поле зрения содержится 10 и более паразитов
+++	500—5000	В каждом поле зрения содержится от 1 до 10 паразитов
++	50—500	В 100 полях зрения обнаруживают от 10 до 100 паразитов
+	5—50	В 100 полях зрения обнаруживают от 1 до 10 паразитов

или Solaciparugum (Pharma Care, Индия), содержащими артемизинин 20 мг и лумефантрин 120 мг в одной таблетке. Пациенты получали интенсивный курс — 24 таблетки на 3 дня.

Показаниями для госпитализации были гипертермия (температура >39°C), нарушения сознания и гемодинамики, тошнота и рвота. Госпитализированным больным противомаларийное лечение начинали хинолом гидрохлоридом в разовой дозе 10 мг/кг массы тела больного внутривенно медленно капельно в 5% растворе глюкозы (500 мл), повторяя разовую дозу каждые 8 ч. После улучшения состояния пациенты переводились на оральный прием артемизинина с лумефантрином [3, 5]. Эффективность лечения малярии оценивали по трем градациям: ранняя неэффективность, поздняя неэффективность и эффективное лечение.

**Результаты и их обсуждение.** За время наблюдения было выявлено 54 больных тропической малярией в возрасте от 23 до 61 года, из них женщин — 7, мужчин — 47. У 45 (83,3%) больных отмечалась легкая форма малярии, у 9 — средней тяжести. Тяжелая форма болезни и осложнения не отмечались.

Больные обращались за медицинской помощью с 1-го по 4-й дни болезни (в среднем 1,9). Пациенты, обратившиеся на 4-й день болезни, не имели возможности получить медицинскую помощь в более ранние сроки: один заболел в дороге при возвращении из отпуска, а трое — во время работы в отдаленной сельской местности, где не было врача. В первые два дня болезни обратились 77,8% больных (табл. 2). Таким образом, большинство наших пациентов обратились к врачу в ранние сроки заболевания, что позволило своевременно установить диагноз и назначить противомаларийное лечение.

Таблица 2

Сроки обращения больных малярией за медицинской помощью

День болезни	Количество обратившихся больных	%
1-й	21	38,9
2-й	21	38,9
3-й	8	14,8
4-й	4	7,4

Причины обращения к врачу больных тропической малярией и их частота представлены в табл. 3. На головную боль жаловались 49 (90,7%) больных, повышение температуры тела отмечалось только у 36 (66,7%) больных, у каждого третьего пациента — боли в мышцах и суставах, у каждого четвертого — затрудненное дыхание, у каждого седьмого — жидкий стул. Важно отметить, что 18 (33,3%) пациентов совсем не отмечали повышения температуры тела в течение заболевания.

Таблица 3

Причины обращения к врачу больных тропической малярией

Причина обращения	Абсолютное количество (n=54)	%
Головная боль	49	90,7
Повышение температуры	36	66,7
Боли в мышцах и суставах	18	33,3
Затрудненное дыхание	13	24,1
Жидкий стул	8	14,8

Анализ причин обращения к врачу пациентов с нормальной температурой тела представлен в табл. 4. У больных тропической малярией с нормальной температурой тела основной причиной обращения к врачу также была головная боль, затем по мере убывания: боли в мышцах и суставах, затрудненное дыхание и жидкий стул. Таким образом, головная боль является самым значимым клиническим признаком тропической малярии на ранних сроках заболевания. Появление головной боли, болей в мышцах и суставах, затрудненного дыхания или жидкого стула на фоне нормальной температуры тела у неиммунных лиц, проживающих в эндемичном районе, является показанием для обращения за медицинской помощью и проведения обследования на малярию.

Таблица 4

Причины обращения к врачу больных тропической малярией с нормальной температурой тела

Причина обращения	Абсолютное количество (n=18)	%
Головная боль	15	83,3
Боли в мышцах и суставах	6	33,3
Затрудненное дыхание	3	16,7
Жидкий стул	2	11,1

У 39 (76,5%) пациентов определялась низкая (+и++) интенсивность паразитемии и у 12 (23,5%) человек — высокая (++++и++) (табл. 5). Известно, что чем выше паразитемия, тем неблагоприятнее прогноз [1]. Таким образом, большинство наших пациентов обратились за медицинской помощью, когда уровень паразитемии у них был невысоким.

Таблица 5

Распределение больных тропической малярией по интенсивности паразитемии

Уровень паразитемии	Количество больных (n=51)	%
+	31	60,8
++	8	15,7
+++	8	15,7
++++	4	7,8

Другие исследуемые лабораторные показатели (количество эритроцитов, лейкоцитов, гематокрит, формула крови, общий анализ мочи, количество билирубина в крови, активность ферментов АЛТ, АСТ, ГГТП) не отличались от здоровых, что можно объяснить ранним обращением больных за медицинской помощью, когда эти изменения еще не успевают развиться.

Большинство больных (83,3%) лечились амбулаторно. В госпитализации нуждались 9 (16,7%) пациентов, средний срок пребывания их в стационаре составил 1,4 дня. У всех больных тропической малярией отмечалась хорошая переносимость и эффективность лечения артемизоном и лумефантрином.

#### **Выводы:**

1. Регулярное проведение «школы малярии» и организация круглосуточного доступа к медицинской помощи делают возможным диагностику и лечение тропической малярии в ранние сроки болезни при нормальной температуре тела и низкой интенсивности паразитемии.

2. Головная боль является самым частым клиническим признаком тропической малярии. Появление одного из симптомов (головной боли, болей в мышцах и суставах, затрудненного дыхания или жидкого стула) на фоне нормальной температуры тела у неиммунных лиц, проживающих в эндемичном районе, является показанием для обращения за медицинской помощью и проведения лабораторного обследования на малярию.

3. Фиксированные противомаларийные препараты Coartem® 20/120 (NOVARTIS, Швейцария) или Solaci-

ragum (Pharma Care, Индия), содержащие артемизинин 20 мг и лумефантрин 120 мг в одной таблетке, в интенсивной курсовой дозе 24 таблетки на 3 дня оказывают эффективное лечение тропической малярии у неиммунных лиц.

4. Ранняя диагностика и эффективное лечение малярии приводят к отсутствию осложнений, что повышает качество лечения. Амбулаторное лечение и короткие сроки госпитализации больных тропической малярией сберегают ресурсы здравоохранения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Рахманова, А.Г. Инфекционные болезни: руководство для врачей общей практики / А.Г. Рахманова, В.К. Пригожина, В.А. Неверов. — М.; СПб., 1995. — С. 200—204.
2. Турьянов, М.Х. Инфекционные болезни / М.Х. Турьянов, А.Д. Царегородцев, Ю.В. Лобзин. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. — С. 147—155.
3. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. — <http://www.antibiotic.ru/ab/proto.shtml>
4. Руководство и атлас по паразитарным болезням человека / под ред. С.С. Козлова, Ю.В. Лобзина. — 2005. — [www.infectology.ru](http://www.infectology.ru)
5. Руководство по рациональному использованию лекарственных средств / под ред. А.Г. Чучалина, Ю.Б. Белоусова, Р.У. Хабриева, Л.Е. Зиганшиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 163—173.
6. Guidelines for the treatment of malaria. — World Health Organization. — 2006.

© И.В. Федоров, Е.И. Сигал, В.В. Одинцов, 2009

УДК 616-072.1:617:378.147

## **ШЕСТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ КРАТКОСРОЧНОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ РОССИИ И СТРАН СНГ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИМ ТЕХНОЛОГИЯМ**

**Игорь Владимирович Федоров, Евгений Иосифович Сигал,  
Виктор Владимирович Одинцов**

*ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»,  
кафедра эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии*

**Реферат.** Представлены результаты краткосрочного интенсивного обучения 2383 врачей хирургических специальностей эндохирургическим технологиям за последние 16 лет. Приведены критерии эффективности обучения, описаны основные принципы, обсуждены отдаленные результаты, проанализированы причины неудач в обучении врачей эндоскопической хирургии.

**Ключевые слова:** эндоскопическая хирургия, обучение, эффективность.

## **SIXTEEN-YEAR EXPERIENCE IN SHORT-TERM TRAINING PHYSICIANS OF RUSSIA AND CIS IN ENDOSURGICAL TECHNOLOGIES**

**I. V. Feodorov, E. I. Sigal, V. V. Odintsov**

*Kazan State Medical Academy, Department of Endoscopy, General and Endoscopic Surgery*

**Abstract.** The article presents results of short-term training 2383 physicians of surgical specialty in endosurgical technologies for the last 16 years. Criteria of teaching efficacy are presented, basic principles are described, long-term results are discussed, reasons of failures in teaching are analysed.

**Key words:** endoscopic surgery, training, efficacy.

Стремительное развитие нашей цивилизации не обошло стороной медицину. В различных областях здравоохранения появляются новые технологии, позволяющие улучшить качество диагностики и лечения заболеваний человека. Внедрение этих знаний в практику требует не только технического

оснащения учреждений здравоохранения современным оборудованием, но и обучения широкого круга врачей инновационным методам. Последнее совершенно необходимо для эффективного и безопасного внедрения новых разработок в практическое здравоохранение.