

ГОРЬКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ГИГИЕНЫ ТРУДА И ПРОФБОЛЕЗНЕЙ

Лечение и химиопрофилактика малярий у промышленных рабочих

ДОЦЕНТ С. И. АШБЕЛЬ

I. Малярия является одним из самых распространенных заболеваний.

Ежегодно ею заболевают в Горьковской области десятки тысяч рабочих, теряя на более или менее длительный срок свою трудоспособность.

Поэтому борьба с малярией должна являться одной из основных задач медсанчастей и здравпунктов промышленных предприятий.

II. Малярия вызывается внедрением в организм человека, при укусе его зараженным комаром рода Анофелес, микроскопических паразитов—малярийных плазмодиев.

В условиях Горьковской области первый выплод и вылет комаров происходит в течение июня месяца.

Самки комаров, напившись крови малярика, могут сами заражать через 2—3 недели. У человека, укушенного зараженным комаром, первые пароксизмы малярии начинают появляться через 10—16 дней инкубационного (скрытого) периода—случаи малярии с короткой инкубацией.

Но в условиях Горьковской области инкубационный период очень часто является длительным, достигая 6—8—11 месяцев—случаи с длительной инкубацией.

Например, человек может заразиться осенью, а только весной следующего года появляются первые приступы малярии.

III. Малярийное заболевание протекает по следующей схеме. По окончании инкубационного периода развивается серия первичных малярийных приступов, число которых при отсутствии лечения может достигать 10—12 и более, особенно при четырехдневной малярии. Затем наступает безлихорадочный (латентный) период, который через несколько недель может прерваться новой серией лихорадочных пароксизмов, протекающих аналогично первичным пароксизмам—ранние рецидивы малярии.

По окончании последних устанавливается длительный латентный период, продолжающийся несколько месяцев. Осенью нередко вновь появляются пароксизмы малярии—поздние рецидивы.

В течение поздней осени и всей зимы заболевание обычно протекает латентно, без ясных клинических проявлений. Весной количество малярийных заболеваний резко нарастает: в апреле—июне месяцах за счет весенних рецидивов и свежих случаев заболеваний с длительной инкубацией (осенние заражения), а в июне присоединяются

41814
56025
1
ГОРЬКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ГИГИЕНЫ ТРУДА И ПРОФБОЛЕЗНЕЙ
1

свежие заболевания с короткой инкубацией (заражения данного года).

Общая длительность течения заболевания, при однократном заражении, для тропической малярии составляет около одного года, для трехдневной малярии 18—20 месяцев и только четырехдневная малярия может протекать свыше 3-х лет.

IV. Лечение малярии, согласно приведенной схемы течения этого заболевания, должно слагаться из: 1) быстрого купирования первичных малярийных пароксизмов и восстановления трудоспособности, 2) предотвращения появления ранних рецидивов и 3) предупреждения появления поздних и весенних рецидивов — противорецидивное лечение.

V. Основным препаратом для лечения малярии является акрихин, курс лечения которым слагается из 3-х циклов и проводится по одному из трех следующих вариантов, рекомендованных Ученым Советом Наркомздрава СССР:

Первый вариант

	Продолжительность в днях	Суточная доза в гр		Порядок приема медикаментов
		акрихин	плазмокцид	
Первый цикл	5	0,3	0,06	Суточная доза может быть дана в один—два приема
Перерыв	7—10	—	—	
Второй цикл	3	0,3	0,06	
Перерыв	7—10	—	—	
Третий цикл	3	0,3	0,06	

Второй вариант

Первый цикл	1	0,6	0,06	За один прием 0,3 акрихина и 0,04 плазмочида. Через 6 часов прием 0,3 акрихина и 0,02 плазмочида. В один—два приема
Перерыв	3	0,3	0,06	
Второй цикл	7—10	—	—	В один—два приема
Перерыв	3	0,3	0,06	В один—два приема
Третий цикл	7—10	—	—	В один—два приема
Перерыв	3	0,3	0,06	В один—два приема

Третий вариант

Первый цикл	1	0,6	0,04	Подкожно или внутримышечно вводится 7,5 см ³ 4% раствора акрихина и одновременно внутрь дается 0,3 акрихина и 0,04 плазмочида. В один—два приема
Перерыв	3	0,3	0,04	
Второй цикл	7—10	—	—	В один—два приема
Перерыв	3	0,3	0,06	В один—два приема
Третий цикл	7—10	—	—	В один—два приема
Перерыв	3	0,3	0,06	В один—два приема

Второй и третий варианты особо показаны для лечения тяжелых случаев малярии.

Первый цикл назначается для купирования острых пароксизмов малярии. Уже через 3—4 дня приступы малярии прекращаются и паразиты в циркулирующей крови исчезают.

У несомненных маляриков (имеющих плазмодии в крови), при отсутствии эффекта от первого цикла акрихинотерапии, он должен быть продолжен еще на 2—3 дня.

Если у больного с предположительным диагнозом малярии пятидневная акрихинизация является безрезультатной, следует искать другие причины лихорадочного состояния (туберкулез, эндокардит, другие инфекционные заболевания). 2-й и 3-й циклы акрихинотерапии необходимо проводить в обязательном порядке во всех случаях; задачей их является предотвращение ранних рецидивов малярии.

VI. В эпидемиологически напряженное время, т. е. при наличии биологически активных комаров (в Горьковской области с июня до октября месяца) необходимо лечение акрихином сочетать с назначением плазмоцида (дозировку см. в вариантах лечения акрихином).

Это комбинированное лечение акрихином и плазмоцидом особо необходимо проводить в случаях тропической малярии. Плазмоцид делает малярика незаразным для комара и тем самым препятствует распространению малярии.

VII. Для предупреждения поздних рецидивов, если приступы малярии были весной и летом, следует через 1—1½ месяца после проведенного первого курса акрихинизации провести второй курс по первому варианту, но в пониженных дозировках по $\frac{2}{3}$ суточной дозы.

Массовое противорецидивное лечение больных трехдневной малярией, имевших острые проявления малярии в предыдущем году, необходимо проводить в весенние месяцы данного года. В условиях Горьковской области это лечение должно начинаться с первой половины апреля и проводиться по указанной выше схеме предупреждения поздних рецидивов. Больным, переболевшим тропической малярией в предыдущем году, противорецидивное лечение акрихином в сочетании с плазмоцидом назначается со второй половины июня.

VIII. При тяжелых пароксизмах малярии или при наличии желудочно-кишечных заболеваний показано парэнтеральное введение акрихина (под кожу, внутримышечно) в дозировке 7—7,5 см³ 4% раствора в сутки, переходя затем на лечение акрихином внутрь.

При малярийной коме и других злокачественных формах малярии акрихин вводят в первый день в дозе 0,4—0,6 за сутки внутримышечно, или по 0,2—два-три раза с промежутками в 6—8 часов, или первую дозу в 0,4. Можно вначале ввести 0,1 акрихина внутривенно (2,5 см³ 4% раствора, лучше вместе с 20—40 см³ 40% раствора глюкозы; вводить медленно в течение 3—5 минут—опасность

коллапса) и одновременно 0,2 акрихина внутримышечно, а остальное количество акрихина ввести спустя 8—12 часов.

IX. Акрихин противопоказан при заболеваниях печени и почек с явной недостаточностью функции этих органов (холемия, уремия), а также для лиц, предрасположенных к психическим заболеваниям. Этот препарат не следует применять у рабочих, имеющих на работе контакт с химическими продуктами, неблагоприятно влияющими на нервно-психическую сферу (дихлорэтан, сероуглерод, тетраэтилсвинец и т. д.).

Плазмоцид противопоказан: а) при всяких поражениях зрительного нерва и сетчатки глаза, хотя бы в анамнезе, б) при органических заболеваниях нервной системы, в) при болезнях печени и почек с явной недостаточностью функции их (холемия, уремия), г) при непереносимости плазмоцида в прошлом.

X. При отсутствии акрихина показано лечение хинином. Особо показано применение хинина в случаях: а) упорно рецидивирующей малярии, когда курсы лечения акрихином чередуют с курсом лечения хинином, б) противопоказанных к назначению акрихина, в) коматозной малярии, когда наряду с акрихином применяют хинин в виде подкожных инъекций.

XI. Курс лечения хинином складывается из трехдневных циклов хинизации, чередующихся с четырехдневными паузами:

	Продолжительность в днях	Суточная доза в гр	Число приемов в день
Первый цикл	3—4	1,0—1,2	Два
Перерыв	4		
Второй цикл	3	1,0—1,2	Два
Перерыв	4		
Третий цикл	3	1,0—1,2	Два
Перерыв	4		
Четвертый цикл	3	1,0—1,2	Два

В тяжелых случаях трехдневной малярии и при тропической малярии следует давать внутрь по 1,5 солянокислого хинина (или по 2,0 сернокислого), в сутки два—три приема.

Противорецидивная хинизация проводится по тем же принципам, что и противорецидивное лечение акрихином.

Эта хинизация назначается по той же схеме, что и основной курс лечения хинином, но с уменьшением суточной дозы до двух третей.

XII. При желудочно-кишечных расстройствах, при тяжелых приступах малярии и при коматозной малярии, хинин вводится в растворе подкожно (глубоко в подкожную клетчатку, но не внутримы-

шечно) в течение первых 3—5 дней по 1,0 с переходом в дальнейшем через 4—5 дней паузы на прием хинина внутрь.

Для подкожных инъекций применяется: раствор двусолянокислого хинина (2 см³ 50% раствора или 4 см³ 25% раствора в день) или хинопина (Chinini muratici 3,0; Antipirini 2,0; Aq. destillata 6,0 Ds: 2 см³ глубоко в подкожную клетчатку).

XIII. Хинин противопоказан: при идиосинкразии, при заболеваниях среднего и внутреннего уха и относительно противопоказан при декомпенсации сердца и в последние месяцы беременности.

XIV. Эффективность антималярийного лечения резко увеличивается при применении неспецифической терапии, направленной на улучшение общего состояния организма и мобилизацию его „защитных“ сил.

Особо большое значение имеет постельный режим, который должен строго проводиться во время первого цикла лечения акрихином и хинином и в течение нескольких дней по окончании его.

Большую пользу приносят подкожные инъекции мышьяка с одновременными приемами внутрь препаратов железа. Оба эти медикамента можно назначать только после ликвидации малярийных пароксизмов.

Диета должна быть укрепляющей с содержанием большого количества витаминов.

При упорно рецидивирующей форме малярии следует проводить „раздражающее“ лечение: аутогемотерапию, внутримышечные инъекции молока, переливание крови.

Во время проведения курса антималярийного лечения желателен временный перевод больных с тяжелой физической работы и с работ, связанных с пребыванием в неблагоприятной метеорологической обстановке.

XV. В промышленных предприятиях, расположенных в местностях с большой заболоченностью и с большим количеством комаров, показано охватить химиофилактикой всех лиц, болевших малярией в прошлом году, после проведения противорецидивного курса, а также всех болевших острыми проявлениями малярии в текущем году и всех выявленных паразитозителей после систематического курса лечения.

Всему этому контингенту с момента вылета первой генерации комаров (с 5.VI—15. VI) назначают регулярные приемы акрихина с плазмоцидом по 2 таблетки в день 2 дня подряд с 4—5-дневными перерывами или 1 день приема и 2 дня перерыва—в течение всего эпидемического периода (в Горьковской области до 1 октября).

Систематический прием акрихина с плазмоцидом уничтожает в крови маляриков паразитов и делает их незаразными для других людей.

Химиофилактику особо необходимо проводить у всех лиц, находящихся на торфоразработках, лесозаготовках, водном транс-

порте и рыбных промыслах. Химиопрофилактикой следует охватывать и лиц, не болевших малярией и приехавших в сильно пораженную малярией местность. Химиопрофилактику у них начинают со времени массового появления комаров, но не ранее 1/VII (для прибывших после 1/VII—со дня приезда) и продолжают весь эпидемический период, а в случае выезда—еще в течение месяца после оставления малярийного очага. Химиопрофилактику у здоровых рекомендуется проводить по следующей схеме: каждые 2 дня подряд дают по 0,2 акрихина в один прием с 3—5-дневными перерывами.

XVI. Для максимального снижения заболеваемости малярией рабочих промышленных предприятий медсанчасти и здравпункты должны обеспечить диспансеризацию всех маляриков, работающих на обслуживаемых ими заводах и фабриках, с длительным наблюдением, соответствующим длительности малярийной инфекции (около 1 $\frac{1}{2}$ лет).

В порядке диспансеризации маляриков медсанчасти и здравпункты обязаны:

1. Обеспечить раннее выявление больных малярией.
2. Провести правильный учет всех маляриков по формам, установленным НКЗдравом СССР.
3. На каждого малярика завести специальную карту, в которую занести как результаты динамического наблюдения за ним, так и проведенное антималярийное лечение.
4. При учете маляриков вести отдельный учет свежих заболеваний и рецидивов. Свежими заболеваниями считаются:
 - а) случаи малярии у лиц, никогда ранее не болевших этим заболеванием (первое в жизни);
 - б) новые заболевания малярией после полного отсутствия рецидивов в течение прошлого календарного года (реинфекция).Рецидивами малярии считаются острые проявления малярии у лиц, болевших ею в предыдущие годы и имевших острые приступы в течение последних 1 $\frac{1}{2}$ —2 лет. Случаи малярии, зарегистрированные в межприступном периоде, также следует относить в группу рецидивов.
5. Обеспечить полное систематическое антималярийное лечение всех свежих случаев малярии и рецидивных случаев с острыми клиническими проявлениями.
6. Больных с тяжелым клиническим течением малярии направлять на лечение в больницы.
7. Ежегодно весной (в марте и в начале апреля) проводить поголовное обследование на малярию всех рабочих и служащих со взятием толстой капли крови.
8. При проведении периодических медицинских осмотров рабочих также выявлять маляриков со взятием у обследуемых толстых капель крови.
9. Всех выявленных паразитоносителей и больных с острыми

клиническими явлениями обеспечить систематическим противо-
малярийным лечением.

10. Всех лиц, переболевших малярией в предыдущем сезоне, подвергнуть в обязательном порядке противорецидивному лечению.

11. Массовое лечение и химиопрофилактику организованных групп населения (рабочие, сезонники на торфо-и лесозаготовках и т. д.) рекомендуется проводить через специально подготовленных лиц, т. н. акрихинизаторов, под контролем которых должен проводиться прием больными антималярийных препаратов.

