**ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ**

**Эпидемиологический Надзор при протозоозах**

**План:**

1. Протозоозы: общая характеристика
2. Амебиаз, эпидемиология и профилактика, эпид.надзор
3. Балантидиз, эпидемиология и профилактика, эпид.надзор
4. Токсоплазмоз эпидемиология и профилактика, эпид.надзор

ПРОТОЗООЗЫ

 *Общая характеристика.* По сложившейся практике к паразитарным болезням относят протозоозы, вызываемые патогенными простей­шими (амебиаз, токсоплазмоз, малярия и др.), и гельминтозы, называемые также глистными инвазиями. На про­тяжении многих лет все проблемы паразитарных болезней в России ассоциировали с малярией, чему имелись объек­тивные причины. По массовости распространения, вы­раженности воздействия на здоровье населения, тяжести социальных последствий малярия в первой половине XX века для большинства регионов страны являлась одним из серьёзных препятствий экономического развития.

По оценкам ВОЗ, каждый четвёртый житель Земли по­ражён кишечными паразитами. К сожалению, официаль­ные данные не позволяют чётко судить о размере пробле­мы в Российской Федерации. По экспертным оценкам, истинное число больных паразитарными болезнями в стра­не превышает 20 млн человек.

Особенность большинства паразитарных болезней - длительное, многолетнее присутствие возбудителя в орга­низме больного (при отсутствии специфического лече­ния), что определяется продолжительностью жизни мно­гих гельминтов или частыми повторными заражениями. Многолетнее хроническое течение многих паразитарных болезней вызывает задержку физического и психическо­го развития детей, ухудшение успеваемости школьни­ков, снижает трудоспособность и социальную активность взрослого населения.

Для паразитарных болезней характерна высокая часто­та различных специфических клинических проявлений, часто не ассоциированных с присутствием паразитов и недостаточно известных врачам в качестве симптомов па­разитарного заболевания. В результате гематогенного за­носа яиц кишечных трематод развиваются миокардит и хроническая сердечная недостаточность. Кроме прямого патологического воздействия широкая поражённость населения паразитозами приводит к более частому возникновению и более тяжёлому течению у инвазированных других заболеваний. У больных описторхозом значи­тельно чаще формируется хроническое брюшнотифозное носительство, увели­чивается риск возникновения рака печени, поджелудочной железы и жёлчных протоков. Наиболее общим патологическим воздействием практически всех возбудителей паразитарных болезней человека являются аллергизация и подавле­ние иммунологической реактивности организма. Аллергизация при лямблиозе и кишечных гельминтозах поддерживает или инициирует хронические аллергичес­кие дерматозы (нейродермиты, экземы), атопическую бронхиальную астму. Усга новлено, что паразитарные болезни приводят к развитию разнообразных форм при­обретённого иммунодефицита, связанных с полным подавлением ответа Т-системы иммунитета на любые Аг (включая Аг паразитов) и поликлональной активацией В-системы (малярия, висцеральный лейшманиоз, эхинококкозы, трихинеллёз и др.) или менее выраженными дефектами клеточных и гуморальных иммунных ре­акций. Наличие гельминтоза снижает эффективность вакцинопрофилактики. Некоторые тяжёлые паразитозы (эхинококкозы) вызывают хронические пораже­ния иммунной системы. В развивающихся странах высокую смертность детей от обычных вирусных и бактериальных инфекций связывают с наличием вторич­ных паразитарных иммунодефицитов и распространённой в этих странах бел­ковой недостаточностью. Распространённые кишечные паразитозы даже без выраженных клинических проявлений могут приводить к развитию вторичных иммунодефицитных состояний, усугубляя неблагополучную ситуацию по кишеч­ным бактериозам и вирусным респираторным заболеваниям. Многочисленные научные наблюдения свидетельствуют, что на фоне кишечных паразитозов в 2­5 раз чаще возникают острые кишечные заболевания. Помимо косвенного участия в возникновении острых кишечных бактериальных инфекций многие паразиты являются причиной острых и хронических диарей. Кишечные простейшие (лям­блии, криптоспоридии, изоспоры и микроспоридии) вызывают острую водяни­стую диарею. Нередко острые кишечные заболевания, вызванные указанными од­ноклеточными паразитами, возникают у путешественников и туристов. Принято считать, что от 5 до 35% всех диарей в мире, связанных с путешествиями, вызыва­ют кишечные простейшие.

У здоровых лиц диареи протозойной природы обычно непродолжитель­ны (от нескольких дней до 2 нед) и заканчиваются самопроизвольным выздо­ровлением. Однако у лиц с иммунодефицитами, особенно у больных СПИДом, диареи, вызванные вышеперечисленными возбудителями, могут продолжать­ся несколько месяцев и даже более года, сопровождаться выраженной поте­рей массы тела, нарушениями кишечного всасывания и приводить к гибели па­циентов.

***Амебиаз***

Амебиаз (amoebiasis) (амёбная дизентерия, амебизм) — протозойное антропонозное забо­левание, проявляющееся в инвазивной кишечной форме с язвенным поражени­ем толстой кишки и внекишечной форме с развитием абсцессов в различных орга­ нах и системах.

Этиология. Возбудитель - простейшее *Entamoeba histolytica* рода *Entamoeba* класса *Sarcodina.* Существует в виде цист и вегетативных форм — предцистной, просветной, большой вегетативной и тканевой. Зрелые цисты четырёхъядерные, вегетатив­ные формы имеют одно ядро. Различают патогенные и непатогенные штаммы. В последнее время непатогенные штаммы, морфологически неотличимые от патогенных амёб, выделены в отдельный вид *Е. dispar.* Просветная форма раз­мером 10-20 мкм обитает в просвете толстой кишки, не причиняя вреда хозя­ину. Предцистная форма отличается от просветной малой подвижностью и гомогенностью цитоплазмы. По мере продвижения амёб по толстой кишке про­исходит инцистирование. Вегетативные формы вне организма человека быст­ро погибают, тогда как цисты во внешней среде достаточно устойчивы: в ис­пражнениях они могут сохраняться до 4 нед, в воде - до 8 мес, что имеет существенное эпидемиологическое значение. Высушивание на них действу­ет губительно.

Эпидемиология. *Резервуар и источник инвазии* - человек, больной острой или хронической формой амебиаза, реконвалесцент и цистоноситель. В эндемических очагах носительство распространено, оно может быть продолжительным и длиться несколь­ко лет.

*Механизм передачи* - фекально-оральный, ***путь передачи*** - обычно водный. Возможны пищевой, а также бытовой пути передачи через загрязнённые циста­ми руки.

***Естественная восприимчивость людей*** высокая, индекс контагиозности состав­ляет 20%. Перенесённое заболевание оставляет относительный и кратковремен­ный иммунитет.

***Основные эпидемиологические признаки.*** Амебиаз широко распространён во многих странах, особенно в тропических и субтропических регионах. В некото­рых из них поражённость населения амёбами достигает 50-80%. По данным ВОЗ, амебиаз является причиной около 100 000 смертей в год в мире, что ставит его по уровню смертности среди паразитарных заболеваний на второе место после ма­лярии. В некоторых странах к группам риска относят гомосексуалистов, паци­ентов психиатрических лечебных учреждений. Чаще заболевают лица среднего возраста, среди детей до 5 лет заболевание встречают редко. Преобладают бес­симптомные формы. Абсцессы печени возникают, как правило, среди мужчин. Возможны водные вспышки. В летний период заболеваемость выше, чем в дру­гие периоды года.

Эпидемиологический надзор. Мероприятия аналогичны проводимым при других кишечных инфекциях (ин­вазиях). Профилактические мероприятия. Как и при других кишечных инфекциях, основу профилактики составляют общие санитарные мероприятия, направленные на рациональную очистку, кана­лизацию населённых мест и повышение санитарной грамотности населения. Об­следуют работников пищевых и приравненных к ним предприятий на наличие цист амёб и при обнаружении их проводят химиосанацию ятреном (0,5 г 2-3 раза в день курсом 7 сут). Меры специфической профилактики не разработаны.

***Балантидиз*** [balantidiasis)

Балантидиаз (инфузорная дизентерия) - острое зоонозное протозойное забо­левание, характеризующееся язвенным поражением толстой кишки.

Этиология. Возбудитель - инфузория *Balantidium coli* рода *Balantidium* класса *Infusoria.* Микроорганизм существует в виде вегетативных и цистных форм. Во внешней среде вегетативные формы сохраняют жизнеспособ­ность несколько часов, цисты 3-4 нед. Высыхание губительно действует на обе формы.

Эпидемиология. *Резервуар и источник инвазии -* свиньи. Иногда балантидии колонизируют кишечник крыс, собак, обезьян, а также человека, которые могут быть дополни­тельными источниками инфекции. Период контагиозности может продолжаться в течение длительного времени (всей жизни у свиней).

*Механизм передачи* ***-*** фекально-оральный. Возбудитель попадает в ЖКТ чело­века в виде цист, иногда вегетативных форм, чаще с загрязнённой водой, а также с фруктами и овощами.

Естественная восприимчивость людей, по-видимому, невысокая.

***Основные эпидемиологические признаки.*** Заболевание регистрируют относитель­но редко, однако инвазированность населения может быть довольно высокой. Так, в сельских районах инвазированы балантидиями 4-5% населения. Особенно часто инфицируются лица, контактирующие со свиньями - естественными резервуара­ми возбудителя. В очагах инфекции заражение может происходить контактно-бы­товым путём. Заболеваемость, как правило, отмечают на спорадическом уровне.

*Эпидемиологический надзор.* Аналогичен таковому при других кишечных инфекциях. *Профилактические мероприятия.* Направлены на защиту от загрязнения водоёмов и почвы фекалиями свиней, соблюдение правил личной гигиены, особенно у работающих на свинофермах. Носителей балантидиев не допускают к работе в системе общественного пита­ния. Меры иммунопрофилактики не разработаны.

*Мероприятия в эпидемическом очаге.* Больные подлежат госпитализации и лечению. Выписку из стационара прово­дят после трёх отрицательных результатов анализа фекалий в течение недели. Испражнения больных подвергают дезинфекции, проводимой смешиванием с 2­3-кратным количеством 5% раствора лизола. В отношении контактных лиц ра­зобщение не применяют. Экстренную профилактику не проводят.

Токсоплазмоз (toxoplasmosis)

Токсоплазмоз - паразитарная инфекция, протекающая в латентной или хро­нической форме. Проявления многообразны, но общими являются хориорети-нит и увеит. При пренатальных инфекциях возможны значительные поражения головного мозга и глаз или смертельный исход; может развиться острая форма заболевания, особенно у лиц с иммунодефицитами, приводящая к генерализо­ванной инфекции.

Этиология. Возбудитель - простейшее *Toxoplasma gondii.* Внутриклеточный паразит раз­мером 4-7 мкм, морфологически напоминает дольку апельсина или лук с натя­нутой тетивой (греч. *toxon -* лук). Существует в виде вегетативной формы и цист. При окраске по Романовскому—Гимзе вегетативная форма выглядит как полуме­сяц с голубой цитоплазмой и рубиново-красным ядром. Она неустойчива к воз­действию термических и химических факторов: нагревания, 2% раствора хлора­мина, 1% раствора фенола, 50° спирта и др. Цисты токсоплазм, находящиеся в мясе и мясных продуктах, могут сохранять жизнеспособность при температуре 2-5 °С до месяца, но быстро гибнут при термической обработке и заморажива­нии до - 20°С.

Половой цикл развития токсоплазм происходит в эпителии кишечника пред­ставителей семейства кошачьих, в том числе домашних кошек. Выделяясь с ис­пражнениями животных, паразиты в виде ооцист длительное время сохраняют свою жизнеспособность во внешней среде (1,5-2 года).

Бесполый цикл развития токсоплазм реализуется в организме человека или различных млекопитающих.

Эпидемиология. *Резервуар и источник инвазии* — домашние кошки и некоторые представители семейства кошачьих (рысь, пума, оцелот, бенгальский кот, ягуар и др.), в орга­низме которых возбудитель проходит полный цикл развития (тканевой и кишеч­ный) и в виде ооцист с фекалиями выводится наружу. В почве в течение 1-5 сут в них развиваются инвазионные стадии — спорозоиты. Кошки выделяют возбуди­тель в среднем в течение 3 нед с момента заражения. За это время в окружающую среду поступает до 1,5 млрд токсоплазм. Около 1% домашних кошек с испражне­ниями выделяют ооцисты. Токсоплазмы или следы их присутствия обнаружены более чем у 200 видов млекопитающих и 100 видов птиц. Особенно часто заража­ются мышевидные грызуны и зайцы, среди которых токсоплазмоз приобретает характер эпизоотии. Становясь добычей кошек, грызуны поддерживают жизнен­ный цикл токсоплазм. Заражение животных происходит в результате заглатыва­ния зрелых ооцист, содержащих спорозоиты. Промежуточные хозяева токсоплазм (собаки, сельскохозяйственные животные), в том числе и человек, возбудитель во внешнюю среду не выделяют и эпидемиологической опасности для окружаю­щих не представляют.

*Механизм передачи* - фекально- оральный, ***основные пути передачи*** - пище­вой, водный и бытовой. Возможна реализация контактного пути через микро­травмы наружных покровов. Основной фактор передачи - сырое или недоста­точно термически обработанное мясо (мясной фарш) с находящимися в нём цистами токсоплазм. Наиболее часто (от 10 до 25%) цисты токсоплазм содержат баранина и свинина. К дополнительным факторам передачи относят плохо вы­мытую зелень, овощи, фрукты (с земли), грязные руки. Реже заражение токсоплазмами происходит трансплацентарно (не более 1% заболеваний), при перели­вании крови и пересадке органов.

Профилактические мероприятия. Профилактика приобретённого токсоплазмоза включает следующие меро­приятия.

1. Предупреждение возможности заражения от кошек (ограничение контакта с инфицированными домашними кошками, борьбу с беспризорными кошками).

2.Нейтрализацию путей передачи инвазии [употребление в пищу только пра­вильно термически обработанных мясных продуктов, исключение дегустации сырого мясного фарша или сырого мяса, употребление в пищу чисто вымытых овощей, зелени и фруктов (с земли), тщательное мытьё рук после обработки сы­рого мяса, при контакте с землёй, у детей после игры на детской площадке, осо­бенно в песочнице).

Профилактика врождённого токсоплазмоза включает в себя мероприятия по предупреждению инфицирования женщин во время беременности (исключить контакт с кошками и дегустацию сырого мясного фарша, мыть руки после приго­товления блюд из сырого мяса и др.). Специальные мероприятия должны вклю­чать диспансеризацию беременных группы риска (лиц, отрицательно реагирую­щих на токсоплазмоз, т.е. неиммунных). На протяжении всей беременности с интервалом 1-2 мес их обследуют иммунологически. Для этого применяют РСК, РНИФ, ИФА и др. Выявленным первично серонегативным женщинам назнача­ют экстренное превентивное лечение. Дети, родившиеся у этих женщин, подле­жат обязательному клиническому и серологическому обследованию на токсо- плазмоз и при наличии показаний — лечению. За детьми, родившимися от матерей с точно установленным первичным инфицированием во время беременности, устанавливают диспансерное наблюдение до 10-летнего возраста, включающее регулярное клинико-иммунологическое обследование, с целью выявления сим­птомов врождённого токсоплазмоза, который мог при рождении протекать бес­симптомно.

**Профилактика** токсоплазменных поражений у лиц с ВИЧ-инфекцией вклю­чает скрининг ВИЧ-инфицированных на наличие латентной эндогенной инфек­ции и профилактическое лечение инвазированных лиц.

Средства специфической профилактики токсоплазмоза отсутствуют.

Мероприятия в эпидемическом очаге

Не проводят.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 816 с.
2. Покровский В.И. «Руководство по зоонозам». Ленинград, «Медицина», 1983 г.
3. Шляхов Э.Н. «Практическая эпидемиология». Кишинев, 1983 г.
4. Зуева З.Л., Яфаев Р.Х. «Эпидемиология», Санкт-Петербург. 2005

**Малярия**

**План:**

1. Этиология
2. Эпидемиология
3. Эпидемиологический надзор
4. Профилактические мероприятия

Малярия [malaria) - протозойное антропонозное трансмиссивное заболевание с чере­дованием лихорадочных приступов и периодов апирексии, увеличением печени и селезёнки, анемией с возможным развитием гемолитической желтухи.

Этиология. Возбудители - простейшие рода *Plasmodium* класса *Sporozoea.* Род *Plasmodium* разделяют на 2 подрода - *Plasmodium* и *Laverania*. Известно более 100 видов плазмодиев, но лишь четыре из них являются возбудителями малярии че­ловека: *P. vivax* (возбудитель трёхдневной малярии), *P. malariae* (возбудитель че­тырёхдневной малярии), *P.falciparum* (возбудитель тропической малярии) и *P. ovale* (возбудитель трёхдневной овале-малярии). В редких случаях заболевание чело­века может быть связано с заражением зоонозными видами плазмодиев (напри­мер, *P.cynomogli,* вызывающим поражения у обезьян).

**Цикл развития.** Биологический цикл малярийного плазмодия включает бесполую (в виде тка­невой и эритроцитарной шизогонии) и половую (спорогонию) фазы развития. Первая проходит в организме человека, вторая - в организме комаpa-переносчика. Спорогония продолжается в среднем 1- 1,5 мес. Её длительности зависит от температуры воздуха, при понижении температуры ниже 15°С спорогония прекращается. После завершения спорогонии зрелые спорозоиты скапляются в слюнных железах самок комаров рода ***Anopheles*** и при укусах ими чело­века попадают в кровь. Паразиты быстро достигают печени и уже через 30-60 мин внедряются в гепатоциты. Тканевая (печёночная) шизогония протекает в гепатоцитах. Воспалительный процесс в ткани печени при этом не развивается, каких-либо уловимых клини­ческих проявлений болезни и иммунологических сдвигов не возникает.

Эпидемиология. *Резервуар и источник инвазии* - человек (больной или паразитоноситель) и самки комаров рода *Anopheles.* Комар заражается после сосания крови человека, содержащей зрелые гаметоциты. Последние наводняют кровь после 2-10 при­ступов трёхдневной или четырёхдневной малярии, а при тропической малярии - с 7-10-го дня болезни. Продолжительность этого периода составляет при тропи­ческой малярии около года, несколько больше при трёхдневной и овале-маля­рии, десятки лет при четырёхдневной малярии. В эндемичных районах основным источником инфекции бывают дети. У взрослых в результате развивающихся им­мунных реакций количество циркулирующих гаметоцитов и продолжительность носительства значительно меньше. Инвазированные комары после завершения спорогонии остаются заразными от нескольких дней до 1,5 мес.

*Механизм передачи* - трансмиссивный. Известно более 400 видов комаров рода ***Anopheles.*** Из них 60 видов - известные переносчики, а 30 видов - основные пе­реносчики возбудителей малярии человека.

Эпидемиологический надзор. Система эпидемиологического надзора выполняет информационную, диагно­стическую, управленческую и контрольную функции.

• Информационная функция включает учёт и регистрацию случаев и очагов, сбор данных о маляриегенности территории, миграции населения, оценку получен­ной информации, выпуск информационных писем для медицинской сети и заинтересованных ведомств (для исполнителей-эпидемиологов или паразито­логов, энтомологов и их помощников).

* Диагностическая функция заключается в оперативной работе лечебно-профи­лактической и санитарно-эпидемиологической служб. Первая проводит вы­явление больных, клиническую и паразитологическую диагностику, вторая - эпидемиологическую диагностику (обследование больного и очага, наблюде­ние за очагом, ретроспективный и оперативный эпидемиологический анали­зы, изучение условий эпидемического процесса на данной территории).
* Контрольная функция, осуществляемая санитарно-эпидемиологической служ­бой, состоит в контроле над выполнением мероприятий и оценке их эффек­тивности, коррекции качества работы.
* Организационно-методическая (управленческая) функция предусматривает планирование мероприятий, срока и объёма их проведения, расстановку ис­полнителей, подготовку кадров по диагностике, клинике, эпидемиологии малярии, выпуск методических указаний, памяток. Эту работу выполняет са­нитарно-эпидемиологическая служба совместно с ЛПУ и научно-исследова­тельскими учреждениями, разрабатывающими и внедряющими новые методы и средства борьбы с малярией.

Профилактические мероприятия. Малярия включена в перечень болезней, на которые распространяются «Пра­вила по санитарной охране территории», действующие на территории Российс­кой Федерации, со всеми вытекающими из этого обстоятельствами. Каждое транспортное средство, уходящее из неблагополучной по малярии местности, должно быть свободно от комаров. Выявление источников инфекции остаётся одной из решающих мер в борьбе с болезнью и её профилактике. К континен­там, подозрительным на заболевание малярией, относят проживающих в энде­мичных местностях или прибывших из таких местностей лиц с повышени­ем температуры тела, ознобом, недомоганием, увеличением печени и селезёнки, желтушностью склер и кожных покровов, герпетическими высыпаниями, ане­мией, а также перенёсших в течение последних 2 нед заболевание с такими сим­птомами. Раннее и полное выявление больных в неблагополучных по малярии регионах возможно при регулярных подворных обходах в населённых пунктах в течение сезона передачи малярии с термометрией, опросом населения и взяти­ем крови у подозрительных на малярию. Эти мероприятия следует сочетать с санитарным просвещением населения, что способствует увеличению обращае­мости и своевременному выявлению больных малярией. Всем больным прово-л дят радикальное лечение.

*Химиопрофилактику* малярии разделяют на индивидуальную, сезонную и об­щественную.

* Личная химиопрофилактика включает приём специфических препаратов. Не предотвращая заражения малярией, она направлена на ограничение развития паразита в клетках печени или эритроцитах.
* Сезонную химиопрофилактику тиндурином в очагах проводят с момента обнаружения локальной вспышки трёхдневной малярии до окончания сезона пе­редачи, прежде всего в условиях недостаточной эффективности противокома­риных мероприятий. Она позволяет уменьшить заражаемость комаров.

• В очагах трёхдневной малярии при формировании значительной прослойки за­ражённых лиц, у которых возбудитель находится в латентной стадии, до нача­ла следующего сезона проводят массовое профилактическое лечение примахином (межсезонную профилактику) всего населения.

Для защиты людей, выезжающих на неблагополучные по этой инфекции тер­ритории, применяют индивидуальную химиопрофилактику: делагил (по 0,25 г 2 раза в неделю) курсом на 1 нед до выезда, во время пребывания там и в течение 4-6 нед после возвращения. В очагах тропической малярии рекомендована ин­дивидуальная химиопрофилактика мефлохином по 250 мг 1 раз в неделю. Она служит основным методом персональной защиты.

Снижения численности комаров-переносчиков достигают проведением гид­ротехнических мероприятий, противоличиночными обработками водоёмов (мест выплода), обработкой жилых помещений и помещений для скота инсектицида­ми. Места выплода комаров уничтожают осушением болот, очисткой и углубле­нием водоёмов. Необходимо наблюдать за оросительной системой и предотвра­щать застой воды. Химические методы борьбы с комарами до сих пор остаются ведущими, хотя они и не всегда экологически безопасны, особенно при приме­нении инсектицидов в водоёмах. По объектам применения инсектициды подраз­деляют на имагоциды (против взрослых особей комаров) и ларвициды (против личинок). Для борьбы с комарами применяют фосфорорганические соединения, карбаматы и синтетические пиретроиды. Использование репеллентов, защитной одежды, сеток, пологов - составная часть комплекса профилактических мероп­риятий, направленных на защиту населения от нападения комаров. Защитить помещение от комаров можно с помощью установки сеток на окнах, вентиляци­онных отверстиях, устройства тамбуров, блокировки в дверях. Проведение ме­роприятий по борьбе с переносчиками на эндемичных территориях должно быть осуществлено рационально и экономически обосновано с учётом типа очага. В большинстве случаев очагом малярии бывает населённый пункт с расположен­ными на его территории или около него анофелогенными водоёмами. Очаги име­ют различную пространственную и функциональную структуру, поэтому их под­разделяют, по классификации Комитета экспертов ВОЗ, следующим образом:

* потенциальный очаг (передача возможна, но свежих случаев нет, есть только завозные);
* новый активный очаг (существует передача, появились вторичные случаи от завозных);
* активный остаточный очаг (существуют передача малярии и свежие местные случаи);
* псевдоочаг (передача невозможна по климатическим условиям или из-за от­сутствия переносчика, имеются завозные случаи).

При эффективном проведении противомалярийных мероприятий происходят последовательные превращения очага из нового активного в неактивный. Оздо­ровлённым считают очаг, в котором местные случаи малярии отсутствуют в тече­ние 3 лет и более после регистрации последнего больного.

Мероприятия я эпидемическом очаге. Лечение больного или паразитоносителя проводят в стационаре или на до­му - в помещении, защищенном от залёта комаров. Госпитализации подлежат больные по клиническим показаниям, беременные и дети. Реконвалесцентов выписывают после окончания полного курса этиотропного лечения при наличии 2-3 отрицательных результатов исследования крови на наличие малярийных плаз­модиев. Диспансерное наблюдение за переболевшим и паразитоносителем не регламентировано. В отношении контактных лиц разобщение не осуществляют. Дезинфекцию в очаге не проводят. Выборочную дезинсекцию проводят для унич­тожения комаров в жилых помещениях, где находится больной или паразитоно­ситель, в соседних помещениях и хозяйственных постройках.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 816 с.
2. Покровский В.И. «Руководство по зоонозам». Ленинград, «Медицина», 1983 г.
3. Шляхов Э.Н. «Практическая эпидемиология». Кишинев, 1983 г.
4. Зуева З.Л., Яфаев Р.Х. «Эпидемиология», Санкт-Петербург. 2005/