

Д-р Николай Ватев¹, д-р Моника Троянчева²,
д-р Андрей Петров³, проф. Марияна Стойчева³

¹Катедра по епидемиология и МБС, Медицински университет, Пловдив

²РЗИ – Пловдив

³Катедра по инфекциозни болести, паразитология и тропическа медицина, Медицински университет, Пловдив

Малария, лайшманиоза, бруцелоза и Кримска-Конго хеморагична треска в Пловдивска област, 2002–2012 г.

Резюме

Целта на работата е да се заостри вниманието на медицинските кадри върху тези заболявания (малария, лайшманиоза, бруцелоза и Кримска-Конго хеморагична треска), някои от които са екзотични, а други – с автохтонно разпространение. Причините да се спираме на тях са: 1. Повечето се срещат сравнително рядко и обикновено не се мисли за тях при проява на началните симптоми. 2. Някои от тях (бруцелоза) протичат с много разнообразна симптоматика, което допълнително затруднява поставянето на диагнозата не само в началния, но и в по-късните етапи от развитието на заболяването. 3. Поради интензивните миграционни процеси през последните две десетилетия, рискът от появата на внесени инфекции все повече нараства. Посочени са възникналите случаи на тези заболявания в Пловдивски регион за периода 2002–2012 г. За сравнение са дадени и данни от Европейския център за контрол на болестите за разпространението на тези инфекции в някои европейски страни през 2010 г. В заключение се посочва, че макар и рядко срещани, тези заболявания се регистрират почти ежегодно и не трябва да се изключват от диференциално-диагностичния план на заразните болести.

Ключови думи: малария, лайшманиоза, бруцелоза, Кримска-Конго хеморагична треска

Malaria, Leishmaniasis, Brucellosis and Crimean-Congo hemorrhagic fever in Plovdiv region, 2002–2012

Nikolay Vatev¹, Monika Troyancheva², Andrei Petrov³, Mariana Stoycheva³

¹Department of Epidemiology, Medical University of Plovdiv

²Regional Health Inspection-Plovdiv

³Department of Infectious Diseases, Parasitology and Tropical Medicine, Medical University of Plovdiv

Abstract

The purpose of this work is to draw the attention of health-care workers to these diseases (malaria, leishmaniasis, brucellosis and Crimean-Congo hemorrhagic fever), some of which are exotic, and other with autochthonic distribution. The reasons to consider these diseases are: 1. Most of them are relatively rare and they are normally not considered upon the onset of the initial symptoms. 2. Some of these diseases (brucellosis) are characterized by many diverse symptoms, which further impede diagnosis not only in the initial stage but also in the later stages of the disease. 3. Due to the increased migration processes in Bulgaria during the last twenty years, the risk of imported infections is constantly increasing. The occurrence of these diseases in Plovdiv region during the period 2002–2012 is indicated. For comparison, data from the European Centre for Disease Control on the prevalence of these infections in some European countries in 2010 are also provided. In conclusion: it is indicated that although these diseases are rare, they are registered almost annually, and they should not be excluded from the differential diagnostic plan of the infectious diseases.

Key words: Malaria, Leishmaniasis, Brucellosis, Crimean-Congo hemorrhagic fever

Резултати

От 2002 до 2012 г. в Пловдивски регион са регистрирани общо 5 случая с **малария**. По години те са разпределени както следва:

- 2003, 2004, 2005 г. – 0
- 2006 г. – 1 случай на внесена malaria ovale от Нигерия
- 2007 г. – 1 случай на внесена malaria tropica от Мали
- 2008, 2009 г. – 0
- 2010 г. – 1 случай на внесена malaria tropica от Сиера Лионе
- 2011 г. – 1 случай на внесена malaria tropica от Мали
- 2012 г. – 1 случай на внесена malaria tropica от Централна Африканска Република.

Регистрираните случаи от малария през 2010 г. в някои европейски страни са дадени на табл. 1¹.

Заболеваемостта в Европа от доказаните случаи с **малария** остава сравнително стабилна през периода 2006–2010 г. и е около 1/100 000. Повечето случаи с малария в Европа са били внесени. Заболяванията са били съобщени от европейски страни, които имат постоянна връзка с ендемичните региони. **Гърция прави изключение – около 18% от случаите в страната са автохтонни.** Локалното предаване на заболяването в ЕС изглежда е възможно. Това обуславя необходимостта от мониторинг и подготвеност за предприемането на необходимите мерки за превенция, а също и от възможността за достъп до здравните органи на сезонните работници.

По данни на Филипov Г. и сътр. (2003) от 1988 г. **лайшманиозата** се завръща отново у нас, като до 2002 г. са регистрирани 67 болни². Тази тенденция продължава и до днес – ежегодно се регистрират заболявания сред хората. Заболеваемостта е неравномерна, като съобщаваните случаи са от фактически ендемични за заболяването региони³. Понякога има проблем с липсата на някои лечебни препарати, които не са регистрирани в страната, поради малкия брой пациенти в България (Курдова Р. и кол., 2007–2010).

Държава	Брой	Заболеваемост
Австрия	48	0.57
Белгия	166	1.53
България	5	0.07
Франция	2439	3.74
Германия	615	0.75
Гърция	45	0.40
Ирландия	82	1.84
Италия	662	1.10
Холандия	247	1.49
Румъния	19	0.09
Швеция	115	1.23
Великобритания	1761	2.84
ЕС общо	6722	0.99

Табл. 1. Брой случаи и заболеваемост (на 100 000) от малария, 2010 г.

Държава	Брой	Заболеваемост
Португалия	22	0.07–0.17
Испания	100	0.18–0.29
Франция	24	0.02–0.19
Италия	200	0.15–0.38
Гърция	21	0.06–0.49
Кипър	5	0.25–0.47
Турция	37 (ВЛ)	1.6–8.53

Табл. 2. Средна годишна заболеваемост (на 100 000) от лайшманиоза в някои европейски страни, 2000–2006 г.

В Пловдивска област за периода 2002–2012 г. са регистрирани 2 случая с **лайшманиоза** – 2003 и 2010 г., по 1 случай от Първомай.

Броят на случаите от лайшманиоза и средногодишната заболеваемост в някои европейски страни за периода 2000–2006 г. са посочени на табл. 2⁴.

Лайшманиозата е ендемична за 88 страни и е единственото тропическо заболяване, което е ендемично за Южна Европа от десетилетия. В Южна Европа повечето от съобщените случаи се дължат на зоонозна висцерална лайшманиоза (ВЛ), която е най-опасна и завършва летално, когато не се лекува. Кожната лайшманиоза (КЛ), която е по-доброкачествена, също се регистрира. Заболеваемостта от лайшманиоза е относително ниска, варираща от 0.02 до 0.49/100 000 (8.53/100 000, ако се включи Турция).

Това прави около 700 нови случая за една година в страните от Южна Европа (или 3950, ако се включи Турция). **Сега вече автохтонната лайшманиоза не е ограничена само в страните от Средиземноморието. Тя се разпространи на север и вече се съобщават случаи от Северна Италия и Южна Германия.**

Регистрираните случаи от бруцелоза в Пловдивска област за периода на проучването са:

- 2003, 2004 г. – 0
- 2005 г. – 6 случая, като от тях трима са работили в Гърция (двама са баща и син и една жена), други трима работят в мандра в с. Домлян, Карловско

Държава	Брой	Заболеваемост
България	2	0.03
Франция	20	0.03
Германия	22	0.03
Гърция	97	0.86
Италия	10	0.02
Португалия	88	0.83
Испания	103	0.17
Европа	381	0.07

Табл. 3. Заболеваемост от бруцелоза в някои европейски страни през 2010 г. (на 100 000)

■ 2006 г. – 3 случая, като от тях 2 са от Раковски (Пловдивска област) и са работили в Гърция като животновъди и 1 от Брезово – животновъд

■ 2007 г. – 2 случая, като единият е мъж, работил в Турция – животновъд, една жена с животновъдно стопанство в Хасковска област

■ 2009 г. – 1 случай, жена от Пловдив, консумирала прясно мляко, закупено от пазара в „Столипиново“. Заболеваемостта от бруцелоза в някои европейски страни е дадена на табл. 3¹.

През 2010 г. заболеваемостта от съобщените доказани случаи с **бруцелоза** в Европа е била 0.07/100 000. Съобщените случаи от бруцелоза при хората показва понижаваша се тенденция в ЕС и цяла Европа за периода 2006–2010 г. През 2010 г. заболяването беше съобщавано най-често при мъже над 25 години (79% от всички доказани случаи).

Възникналите случаи от **ККХТ** в Пловдивска област през периода 2002–2012 г. са както следва:

2001 г. – 1 случай, 74-годишен мъж от Първомай, ухапан от кърлеж;

2002 г. – 2 случая: мъж на 73 години от Смолянско и мъж на 53 години от Хисар, пастир, ухапан от кърлеж;

2004 г. – 2 случая: мъж на 38 години от Калюфер, чистил и размачквал кърлежи (екзитус) и жена на 44 години от Кърджалийско село, с данни за ухапване от кърлеж;

2005 г. – 1 случай, мъж на 66 години от с. Устина (след ухапване от кърлеж);

2006 г. – 1 случай, мъж на 74 години от Пещера, след ухапване от кърлеж.

Вирусът на ККХТ е широко разпространен в Африка, Азия, Средния Изток, Източна Европа и Югозападна Европа. В тези региони е доказано наличието на вируса в кърлежи. В Европа случаи със заразяване на хора са съобщени от Албания, Армения, България, Казахстан, Косово, Русия, Сърбия, Таджикистан, Турция, Туркменистан, Украйна и Узбекистан. В рамките на ЕС ККХТ е ендемична за Балканския регион.

Разпространението на вируса на ККХТ включва основно кърлежи от род *Nyalot* и голям брой гостоприемници, при които не се проявяват никакви клинични симптоми. Идентифицирането на генома на вируса на ККХТ в някои кърлежи, събрани от Южна Испания, показва, че вирусът е разпространен и в други региони на Европа, освен считаните досега за ендемични. Необходими са допълнителни данни, за да се установи актуалното разпространение на вируса на ККХТ в Южна Европа. Междувременно трябва да се завиши надзора над векторите, източниците и случаите при хората, поради тежкото протичане на заболяването и леталитет при епидемични взривове до 40%⁵.

Изводи

1. Разгледаните случаи с малария, лайшманиоза, бруцелоза и ККХТ показват, че тези заболявания се срещат много по-рядко в сравнение с някои други инфекциозни и паразитни болести.

2. Въпреки това, те са част от съвременната медицинска практика и епидемиологичната и клиничната мисъл трябва да бъде насочена и към тях.

Литература

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <p>1. ECDC. Annual Epidemiological Report on Infectious Diseases, 2012.</p> <p>2. Филипов, Г. Лайшманиоза.</p> | <p>Нарче.bg, 2011.</p> <p>3. Харизанов, Р. Природо-огнищни, епидемиологични, клинично-диагностични и терапевтични аспекти на висцералната</p> | <p>лайшманиоза в България. Автореферат. София; 2012.</p> <p>4. WHO consultative meeting. Report on Post-Kala-Azar Dermal Leishmaniasis: a manual for</p> | <p>case management and control. Kolkata, India, 2–3 July 2012.</p> <p>5. WHO. Crimean-Congo hemorrhagic fever. Media centre. Fact sheet N:208. January 2013.</p> |
|--|---|--|--|