

никване както на остри инфекциозни, така и на хронични заболявания сред тази част от българското население.

Създадените контакти и активна работа в секциите на ЕУРНА по Етика на общественото здраве, Социална защита, работа и здраве и Общественоздравна практика и по-

литика създават нови възможности за научни инициативи за колектива на Факултет „Обществено здраве“ – Плевен, който е високо мотивиран и вече обмисля представянето си в Юбилейната X-та европейска конференция по общественото здраве в Стокхолм през 2017 г.

#### Автори

Проф. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, дмн; доц. д-р Мариела Камбурова, дм; доц. д-р Стела Георгиева, дм; д-р Дима Цанова, факултет „Обществено здраве“, Медицински университет – Плевен

## КЛИНИКО-ЕПИДЕМИОЛОГИЧНИ АСПЕКТИ НА ВНАСЯНИ ОТ МИГРАНТИ ТРАНСМИСИВНИ И ДРУГИ ПАРАЗИТОЗИ

Д. Вучев, Г. Попова

## CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF IMPORTED FROM MIGRANTS TRANSMISSIVE AND OTHER PARASITIC DISEASES

D. Vuchev, G. Popova

**Резюме.** Внасяните паразитни болести в страната от ендемични тропически и субтропически региони представляват проблем в клинично-терапевтичен и епидемиологичен аспект. През последните години не стихва потокът от мигранти, идващи от Близкия Изток и Африка. Паразитните болести, които те носят са характерни за страните, от където пристигат. Също български граждани все по-често посещават ендемичните зони в Средиземноморието и Африка. Сред тези контингенти сме диагностицирали клинични случаи и асимптомни паразитоносители на чревни паразитози (аскаридоза, тениаринхоза, амебиаза и др.), както и трансмисивни (малария, висцерална и кожна лайшманиоза). За недопускане на местно разпространение на внасяните паразитози, е необходимо стриктно поддържане на организацията за своевременно диагностициране, специфично лечение и контрол на ефективността им от съответните медицински паразитологични структури в страната.

**Summary.** Imported from endemic tropical and subtropical regions parasitic diseases in the country constitute a problem in the therapeutic clinical and epidemiological aspects. In recent years an enormous flow of migrants arriving from the Middle East and Africa was observed. Parasitic diseases that come from them are typical for countries from which they arrive. Also, Bulgarian citizens are increasingly visiting endemic areas in the Mediterranean and Africa. Among these groups of people clinical cases and asymptomatic carriers of intestinal parasitosis (ascaridosis, taeniarhynchosis, amebiasis, etc.) and transmissible diseases (malaria, visceral and cutaneous leishmaniasis) were diagnosed. To avoid local distribution of imported parasitic diseases are required to maintain strict organization of timely diagnosis, specific treatment and control of its effectiveness from the relevant parasitological sections in the country.

**Key words:** tropical diseases, imported parasitoses, clinic and prophylaxis

### Въведение

Географското разположение на България в Балканския полуостров, близостта ѝ със Средиземно море, Азия и Африка и глобалното затопляне на климата, наред с интензивната миграция на бежанци към нашата страна предоставят реални условия и възможности за пренасяне и риск от местно разпространение на някои ендемични тропически и други паразитни болести [1, 4]. Перспективата паразитните болести да изчезват при по-добро жизнено равнище и битова култура на населението е теоретична и понастоящем нереалистична [2].

Наред с местните паразитни болести, някои от които са значително разпространени (ентеробиоза, гиардиоза, ехинококоза, трихинелоза), относителният дял на внасяните от чужбина паразитози нараства (малария, лайшманиози, чревни паразитози) [5]. Понастоящем те представляват проблем за нас в две основни направления: клинично-терапевтични последиствия за болните и безсимптомни паразитоносители и епидемиологични последиствия за населението в страната [3].

Целта ни е с настоящия материал да покажем обективно сериозността на проблема като се спрем накратко на динамиката на преноса на трансмисивни и други паразитози

през последната декада. Ползвахме публикувани и обобщени за страната данни, както и локални – от контингент на Университетската клиника по инфекциозни болести – Пловдив, УМБАЛ „Св. Георги“.

### Материал и обсъждане

До сега в страната са диагностицирани към 30 различни вида внесени паразитози по хората. С най-голямо здравно и стопанско значение е маларията. След обявяване на ликвидацията ѝ (1965 г.), у нас са регистрирани общо над 3000 маларични случаи. В миналото преваляраше вносът на *Malaria tertiana* – от Югоизточна Азия, а през последните 2 декади – *Malaria tropica*, пренасяна предимно от Централна и Западна Африка.

В миналото преобладаваше вносът от чужденци, но понастоящем – от български граждани, както и мигранти от Близкия Изток и Африка. Закъсняла диагностика и неадекватно лечение са причинили смъртта на 17 болни от тропическа малария.

Забавянето на етиологичната диагноза и специфичното лечение през потенциалния малариен сезон в България (м. IV – м. X) води до епидемиологичен риск за трансмисия от местните маларийни комари от род *Anopheles*. През 1995/96 г. в четири села от района на гр. Сандански за първи път

след ликвидацията са регистрирани 18 случая на *Malaria tertiana*, резултат на трансмисия от мигранти от Африка. Така се потвърди и реалната опасност от възникване отново на фактическа ендемичност на малария у нас.

В Университетската клиника по инфекциозни болести, УМБАЛ „Св. Георги“ през последната декада сме консултирали по клинични показания, диагностицирали и лекували редица български и чуждестранни граждани за внасяни от чужбина паразитози. Сред тях с *малария терциана* – 8 случая (от Афганистан и Екваториална Гвинея) и *малария тропика* – 12 случая (от Мали, Гана, Нигерия и Екваториална Гвинея); *кожна лайшманиоза* – консултирали сме няколко десетки мигранти, от които лекувани стационарно 5 болни (от Сирия и Афганистан), както и двама български граждани, лекувани амбулаторно (пребивавали в Гърция); *висцерална лайшманиоза* – трима български граждани, завърнали се от респ. Турция, Гърция и Португалия. Не са редки и *чревните инвазии* – амебиаза (2 случая сред българи, пребивавали в Индия), тениаринхоза (говежда тения в чужденец от Египет), амбулаторни случаи с *геохелминтози* – аскаридоза и трихоцефалоза (мигранти от Сирия и Афганистан).

Като отчитаме, че много паразитози протичат безсимптомно или атипично, вероятно част от заразените остават продължително време недиагностицирани източници на паразитни инвазии (олигосимптомни случаи или безсимптомни паразитиносители).

С вносни хранителни продукти също е възможно пренасянето на паразитози – геохелминтози, зооантропонози (от сурови храни тип „суши“) и др.

### Мотивации по отношение на риска от внесени паразитози

Към случаите на суспектни и доказани внесени паразитози е необходимо да се отнасяме с насочено внимание, отчитайки сериозността на проблема в двете основни направления:

1. Клинична насоченост, включваща своевременна лабораторно-паразитологична диагностика и етиологично лечение, последвани от диспансерно наблюдение;

2. Епидемиологична насоченост, изискваща определени профилактични мероприятия за недопускане на възникването на местно предаване и спорадични, епидемични и ендемични прояви на „вносни“ паразитози.

При отчитане на тези две направления, внесените паразитози в зависимост от риска се групират така:

а) *местни ендемични* – които имат местно разпространение – напр. аскаридоза, трихоцефалоза, ламблиоза;

б) *потенциално-ендемични* – разпространени в миналото, но ликвидирани – малария, тениоза;

в) *потенциално-ендемични* – нерегистрирани досега, с наличие на климато-фаунистични условия за разпространение – кожна лайшманиоза, анкилостомидози;

г) *неендемични* – без условие за местно разпространение, клиничен проблем – шистозомози, трипанозомози.

Необходимо е да се изясни всяка диагностицирана внесена паразитоза към коя от тези групи се отнася. Това се налага, тъй като поведението към случаите от последната група е само клинично, докато в останалите три групи клиничните мерки се придружават и от противоепидемични мероприятия в паразитното огнище – фамилията, социалната общност, селището и района.

От внесените тропически трансмисивни паразитни болести с основно здравно значение е *маларията* – една от най-масовите ендемични болести в света. Независимо, че е ликвидирана у нас, не трябва да се приема за отминала грижа, тъй като и днес е важен проблем за здравеопазването – в локален и глобален аспект. Тъй като вносът представлява

нерегулиран, както и неконтролиран процес, по отношение на маларията, лайшманиозите и другите тропически паразитози, той следва да бъде обект на непрекъснато здравно-медицинско внимание.

Векторите на маларията – анофелийните комари, както и сезонно благоприятните денонощни температури са постоянно действащи фактори, потенциално заплашващи възстановяване на ендемията при наличието на неконтролирани маларийни източници (маларийно болни и паразитиносители). Най-висок е рискът от автохтонно разпространение на *Plasmodium vivax*, който е най-адаптивен към местните популации маларийни комари – от род *Anopheles*. Сравнително по-малка опасност в това отношение представляват *Plasmodium falciparum* и *Plasmodium malariae*.

Лечението на внасяните малария, кожна лайшманиоза и други тропически паразитози е отговорна задача и следва да се провежда след консултация със специалист-паразитолог. Пропуските в това отношение водят до реална опасност от влошаване при неадекватна терапия, вкл. до клинични усложнения и летален изход при тропическа малария, както и епидемиологичен риск от местно разпространение през сезона от април до октомври.

При завръщане от ендемични тропически страни следва без отлагане лицата да се изследват паразитологично по епидемиологични показания, и обезателно при наличието на клинични показания. Най-подходящо е своевременно да се снесе географско-епидемиологична анамнеза и се проведе паразитологично изследване на кръв за малария и на фекал за чревни паразити.

По клинични показания изследването се разширява с изследване на кръв за филарии, пълна кръвна картина, обезателно ДКК, както и СУЕ, урина (вкл. паразитологично за шистозомни яйца) и микробиологично изследване на фекал.

Поради естеството на внесените паразитни болести, които в повечето случаи са предимно тропически и методите за лабораторна диагностика не са рутинни за клиничните и микробиологичните диагностични лаборатории, а се извършват професионално само в специализираните паразитологични лаборатории и отдели по паразитология при РЗИ. За това биологичните материали за изследвания трябва да се изпращат насочено към специализираните лаборатории по паразитология в областните РЗИ, както и в МУ и НЦЗПБ.

### Заклучение

Във връзка с характерните клинични и епидемиологични особености на внесените паразитози и тяхната диагностика е необходимо поддържане на сътрудничество с паразитолозите от специализираната мрежа, респ. РЗИ и МУ. Лекарите от паразитологичните звена са единствено компетентните консултанти по клиника, етиологична диагностика и терапия, профилактика и контрол на внесените паразитози. Досегашната практика и резултатите от изследванията на рискови контингенти – наши и чужди граждани за вносна паразитна патология ни дават основание да направим следните обобщения:

1. Вносни тропически и други паразитози се регистрират у нас при лица, идващи от всички региони, където се срещат като ендемични и масови заболявания. Тенденцията към увеличаване на вноса, вкл. от мигранти се разширява и това налага адекватни мерки в клиникотерапевтичен, епидемиологичен и образователен аспект.

2. Усложнените случаи на тропическа малария (от Африка) не са редки, а смъртните случаи са поради късна етиологична диагноза и неадекватно лечение. Късната диагностика на малария терциана (от Афганистан) предоставя висок риск за местно разпространение.

3. Вносът на кожна лайшманиоза (от Сирия, Афганистан и Гърция) буди реална тревога. При наличието на трансмисивен вектор (папатаגיעви мушички) в Горнотракийската низина и благоприятните сезонни температури (април/октомври) потенциалната ендемичност може да премине във фактическа за тази непозната до сега у нас паразитна инвазия, характерна за много от страните в Средиземноморския регион.

### Библиография

1. Вучев Д., Проучвания върху анкилостомидозите и възможностите за местното им разпространение в България. Авт. дис. за к.м.н., С., НЦЗПБ, МА. 1984, 36 с.
2. Вучев Д., Наръчник по паразитни болести. София, 5 плюс, 2001, 77 с.
3. Клинична паразитология и тропическа медицина, ред. П. Петров, Р. Курдова. София, Изток, Запад, 2016, 548 с.
4. Петров П., Малария, София, МФ, 1990, 125 с.
5. Петров П., Р. Курдова, Д. Вучев, Д. Йорданова, Епидемиологична характеристика на внесени паразитни болести в България през 1991-1999 г. В: Сб. научни докл. мед. география, С., НДМГ, 2001, 115-120.

### Автори

Д. Вучев и Г. Попова, Катедра по инфекциозни болести, паразитология и тропическа медицина, МУ – Пловдив

## НЕПРИДЪРЖАНЕТО КЪМ ПРЕДПИСАНАТА ОТ ЛЕКАРЯ ТЕРАПИЯ – ЕВРОПЕЙСКИ И СВЕТОВЕН ПРОБЛЕМ

К. Лазарова, Л. Георгиева

## ADAPTING TO A PHYSICIAN PRESCRIBED THERAPY – EUROPEAN AND GLOBAL PROBLEM

K. Lazarova, L. Georgieva

**Резюме.** Тази статия разглежда отношението на пациента към лекарствената терапия и предписаното от медицински специалист лечение. Направеният анализ на собствени и международни данни повдига много неразрешени въпроси и предполага, че активното сътрудничество на болния в процеса на лечение е от съществено значение за благоприятния краен резултат. Взаимното доверие между лекар и пациент, съчетано със знание и чувство за лична отговорност е основата за успешна терапия. На основата на тези предпоставки проведохме собствено проспективно социологическо проучване през 2015 г., което обхваща 829 лица от цялата територия на Р. България. Развитието на иновативни услуги и високотехнологични методи за диагностика и правилно провеждане на лечение ще доведат не само до значим здравен ефект, но и независимо от първоначалния обем на инвестициите ще намалят разходите за здраве в дългосрочен план.

**Summary.** This article deals with the attitudes of the patient to the treatment prescribed by a medical doctor. The analysis of own and international data raises many unresolved issues and suggests that the active cooperation of the patient in the treatment process is essential for a favorable outcome. Mutual trust between doctor and patient, combined with knowledge and sense of personal responsibility is the needed basis for a successful therapy. Based on these assumptions we held our prospective survey in 2015., covering 829 persons from the entire territory of the Republic of Bulgaria. The development of innovative services and high-tech methods for diagnosis and proper conduct of treatment will not only lead to significant health effect, but regardless of the initial volume of investments will reduce the cost of health in the long run.

**Key words:** medical prescriptions, patients' rights, therapeutic regimen

### Въведение

Лекарят и пациентът трябва да са равнопоставени и да работят като един екип, всеки със своите отговорности, със зачитане на мнението на лекувания се и запознаването му с предлаганите терапии. В ерата на научни открития и авангардни терапии мнението и отношението на пациента придобиват все по-голямо значение и болният става определяща страна в процеса на лечението.

Непридържането към предписаната от лекаря терапия е често срещан проблем, който води до сериозни последици не само за здравословното състояние на пациента, но и за системата на здравеопазване, като цяло.

Пациентите, непридържачи се към терапията си, използват повече здравни ресурси в сравнение с тези, изпълняващи стриктно предписаното лечение.

Съпричастността на пациента към собственото му лечение се описва с термина „комплайънс“, който се отнася до стриктното спазване на предписанията на лекаря и изпълнение на препоръките му. Това предполага пациентът безкритично да приема съветите и лечението, предписани от лекаря.

Оказва се, че съвсем не е просто болните да бъдат мотивирани да приемат всичките си лекарства в дозите и в сроковете, в които са им предписани. Установено е, че това води до сериозни проблеми с контрола на заболяванията.

Напоследък все повече се налага терминът „придържане“ към терапията. Той описва идеалните взаимоотношения между лекар и пациент, базирани на доверие и сътрудничество между тези две страни. Терминът определя степента, до която поведението на едно лице (отнасящо се до прием на медикаменти, спазване на диети, промяна в стила на живот) съвпада с дадения медицински или здравословен съвет [6]. Този термин по-точно отразява активната роля на пациента в одобряването и следването на предписаните лечебни схеми [9]. Пациентът съзнателно се „придържа“ към предписаната терапия, тъй като е осмислил ползата от приемането на медикаментите. Придържането е състояние, което може да бъде изпълнено само ако пациентът приема наличието на болест и проблемите, свързани с препоръчаното лечение [3].

След осъзнаването на мащабността на проблема и негативните последици, които води със себе си, през годините са предлагани множество стратегии, насочени към мотивация на пациента да спазва предписания лечебен режим,