

## XIV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС “СОВРЕМЕННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ”

(Нагасаки, 17—22 ноября 1996 г.)

Малярия является серьезной проблемой для развивающихся стран. В настоящее время смертность от нее варьирует от 1,5 до 2,7 млн. человек в год, а заболеваемость — от 300 до 500 млн. человек ежегодно. Социальные и экономические потери только в Африке оцениваются в 1,8 млрд. долларов США в год (К о н д р а ш и н, Трайг, 1996).

Основная проблема лечения тропической малярии заключается в росте устойчивости *Pl. falciparum* к традиционно используемым химиопрепаратам и их комбинациям, а также в появлении устойчивости к новому поколению антималярийных лекарств. Показано сохранение чувствительности к сочетанию хлорокина с тетрациклином в Кении и к хинину в Камбодже. (А м б р о з - Т о м а, 1996).

Многочисленные работы посвящены механизмам химиорезистентности *Pl. falciparum*. Хлорокиноустойчивые штаммы отличаются малым накоплением хлорокина в пищеварительных вакуолях плазмодия. Некоторые препараты, например верапамил, способны усиливать антипаразитарное действие хлорокина в случаях хлорокиноустойчивой тропической малярии (П а т р и к, 1996). Несмотря на проблему химиорезистентности, некоторые авторы считают, что хлорокин может наряду с хинином использоваться как препарат первой линии. В случае неудачи рекомендуется применять сульфадоксин-пириметамин (М а г н у с с е н, 1996). Однако в ряде сообщений подчеркивалось, что необходимо срочно разработать альтернативные препараты. На роль такого препарата, способного заменить хлорокин и хинин, претендуют qinghaosu и его производные (артемизин). Антималярийные компоненты в экстрактах qinghaosu были открыты китайскими учеными в 1972 г. Многочисленные исследования доказали антипаразитарную активность к *Pl. falciparum* четырех производных: артемизина, артеметера, артезуната и дигидроартемизина. Эффективность всех четырех препаратов примерно одинакова (В о л к - м а н, 1996).

Артезунат в свечах эффективен при лечении тяжелой тропической малярии с последующим приемом мефлокина (К а и н и др., 1996). Ректальный способ применения обеспечивает такое же быстрое действие, как и парентеральный. Использование артемизина ректально в сочетании с мефлокином позволяет спасти жизнь больных, особенно в сельской местности с ограниченными возможностями лечения (Б а т т, 1996). Сравнительное изучение эффективности хинина и артеметера при тяжелых, в том числе церебральных формах тропической малярии, показало предпочтительность последнего, так как он превосходит хинин по скорости устранения паразитемии и нормализации клинического состояния больного.

При лечении тропической малярии рекомендуются следующие дозировки производных

qinghaosu: 1) coartemether — 4 таблетки 4 раза в день в течение 2 суток; 2) dihydroartemisinin — 120 мг per os в 1-й день, затем по 60 мг в сутки в течение 7 дней (общая доза — 480 мг); 3) artesunate — 800 мг на 7-дневный курс лечения; 4) artemeter — 160 мг внутримышечно в 1-й день, затем 4 суток по 80 мг в день; 5) artesininine — 1200 мг один раз в день в течение 5 дней (курс — 6000 мг); 6) В-arteethe (artecef) — в 1-й день 3,2 мг/кг внутримышечно, затем по 1,6 мг/кг в течение 4 дней.

Значительный интерес вызывает применение мефлокина. Он достаточно эффективен для профилактики и лечения малярии и хорошо переносится больными, в том числе беременными. Эффект мефлокина значительно возрастает при сочетании с артеметером (К а и н, 1996).

Продолжается поиск новых антималярийных средств. В частности, предлагается комбинация атовахинола и прогуанила — маларон. Получен надежный лечебный эффект этого сочетания при однократном ежедневном приеме в течение 3 суток. (Х у т ч и н с о н, 1996).

Обнаружено противوماлярийное действие на мультиустойчивые штаммы малярии ряда антигистаминных препаратов — сурроптадина, mebhydroline, terfenadate и CDRI 73/602. Показана антипаразитарная активность тебукина (4-аминохинолина), который оказался значительно активнее, чем амодиакин и хлорокин, *in vitro* и *in vivo*. Приводятся данные о блокировании половых и бесполовых стадий развития возбудителя тропической малярии пиронеридином и 9-анилиноакридином.

Всеобщее распространение хлорокинорезистентных типов возбудителя тропической малярии серьезно осложнило химиопрофилактику. Трудно подобрать препарат, который мог бы представлять альтернативу хлорокину. Мефлокин вызывает определенную настроенность из-за нейротоксичности. Доксисиклин плохо переносится при длительном приеме. Хорошие результаты дают азитромицин и примахин (К а и н, 1996). Примахин используется уже в течение 45 лет, главным образом для лечения малярии *viva* и *ovale*. Он зарекомендовал себя как эффективное средство для профилактики тропической малярии (90%). Среди других эффективных химиопрофилактических средств отмечают фанзидар, доксициклин, мефлокин, однако ни один из указанных препаратов не дает 100% защиты. Вероятно, поэтому надежды связываются с широким внедрением противомальрийных половых, пропитанных репеллентами и инсектицидами (Б р а д т, 1996). Отмечается положительное влияние этих простых средств на эпидемиологические показатели, в частности значительное снижение детской заболеваемости и смертности (Б и н к а и др., 1996).

**А.Ф. Попов, В.С. Морозов**  
(г. Конакри, Гвинейская Республика)