

Малярия.

● **Малярия** – острое инфекционное заболевание характеризуется приступами лихорадки, появление которых соответствует циклу развития возбудителя малярии, анемией, гепатоспленомегалией.

● **Возбудитель** малярий, малярийный плазмодий, 4 вида возбудителя:

- 1. Плазмодий-*vivax* (вызывает 3-х дневную малярию);
- 2. *Pl falciparum* (вызывает тропическую малярию);
- 3. *Pl ovale*;
- 4. *Pl malariae* (4-х дневная малярия).

Переносчик заболевания самка комара Рода *Anopheles*, питающаяся кровью человека и животного.

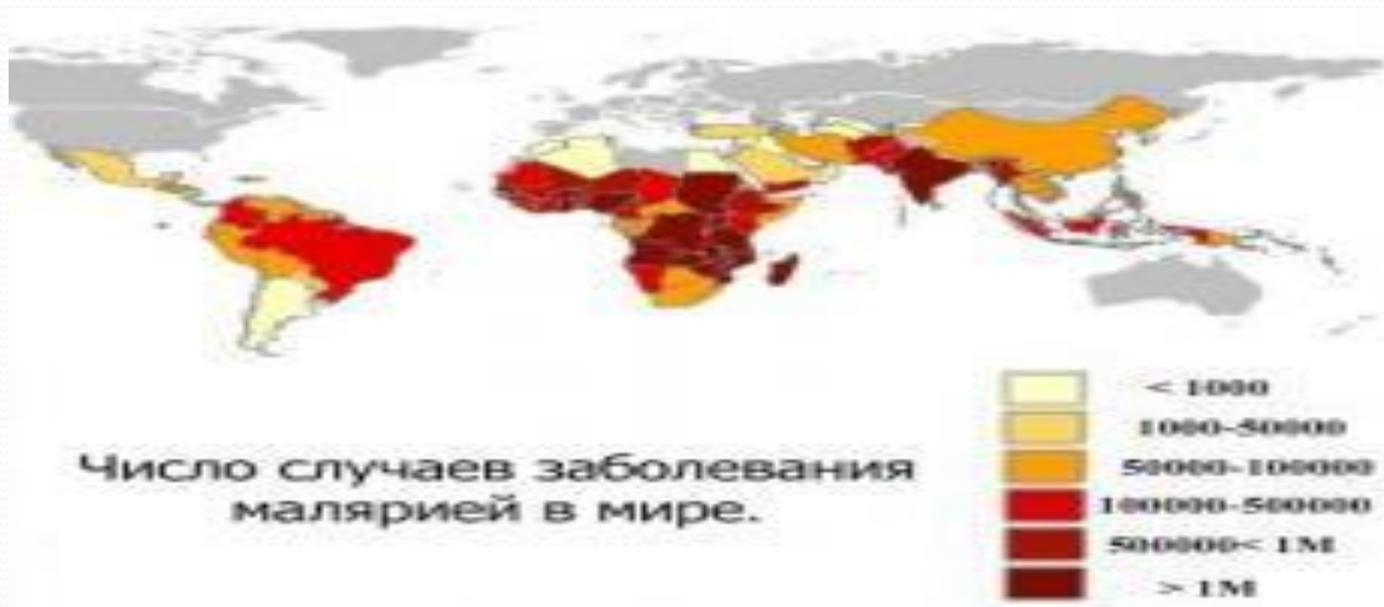


Исторические сведения.

Заболевание известно с глубокой древности. Возбудитель выделен в 1880 г. Французским ученым Лавераном, который работал в Алжире. В 1897 г. установлено, что переносчиком являются комары рода Анофелес.

1960 год - Государственная программа по полной ликвидации малярии в СССР.

1990 г. в России отмечен рост завозных случаев из Азербайджана, Таджикистана.

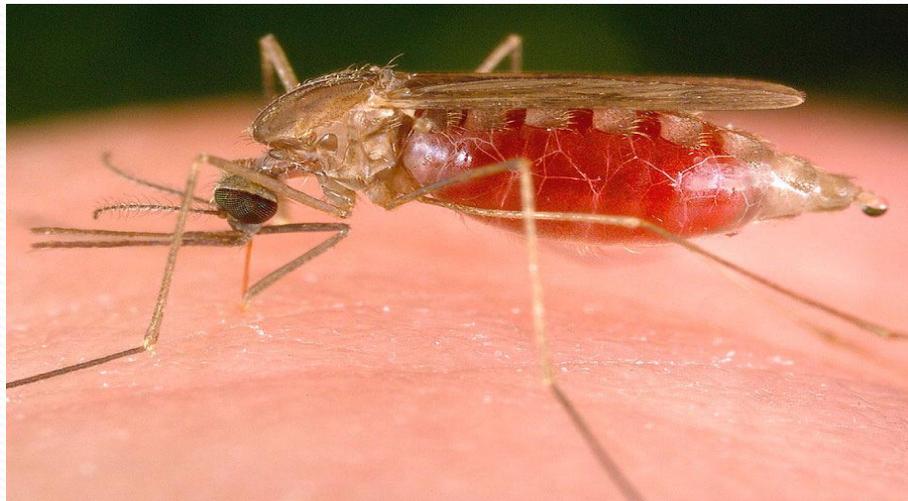


Малярия – природно-очаговая антропонозная инфекция.

Источник инфекции – больной человек или паразитоноситель в крови которого есть гаметоциты.

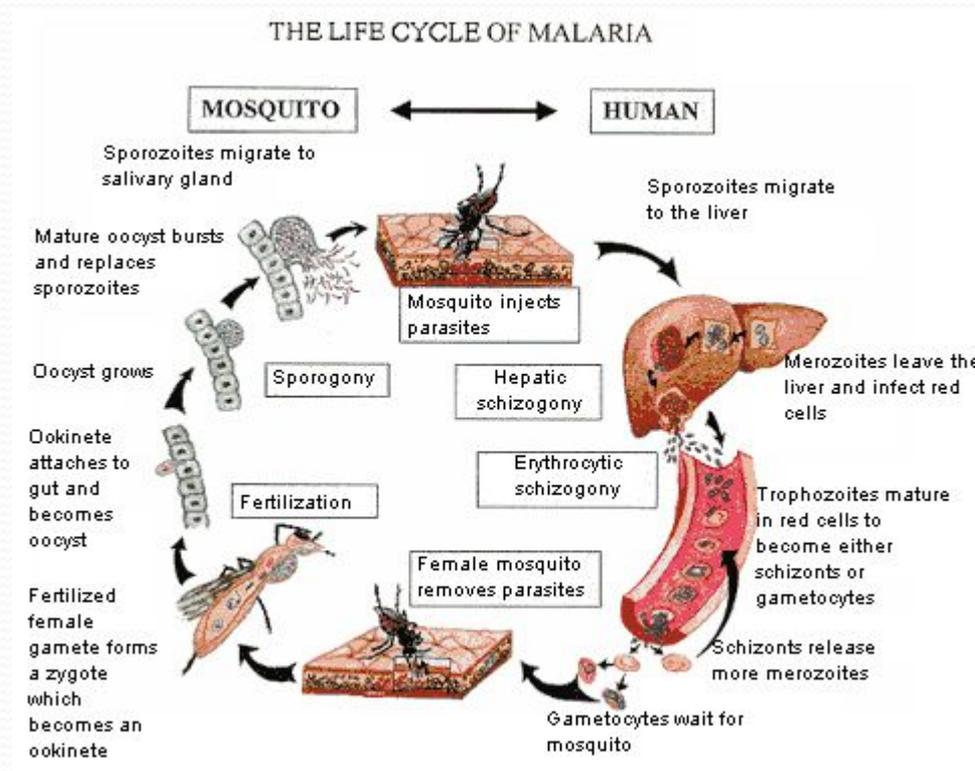
Механизм передачи:

1. Трансмиссивный (комары);
2. Контактный – не прямой (парентеральный);
3. Вертикальный (через кровь в родах, через плаценту).

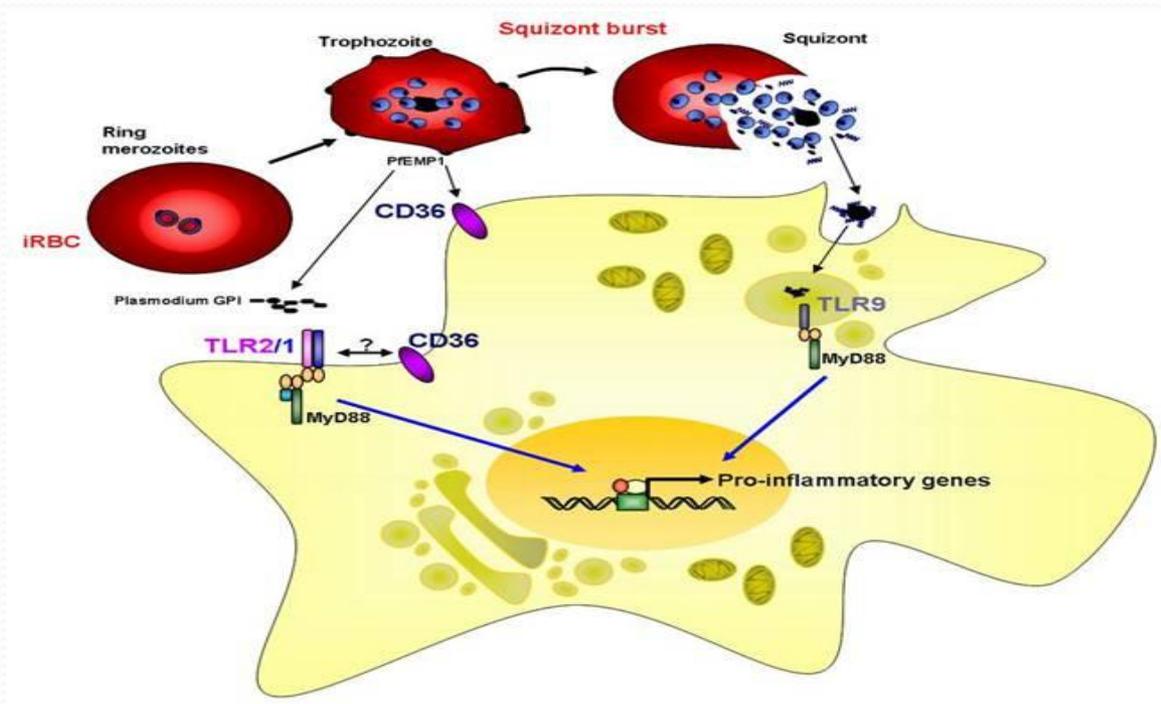


Патогенез

- Различают *спорозоитную* и *шизонтную* малярию.
- **Спорозоитная инфекция** - это естественное заражение через комара, со слюной которого в организм человека проникают спорозоиты. В этом случае возбудитель проходит тканевую (в гепатоцитах), а затем эритроцитарную фазы шизогонии.



Шизонтная малярия обусловлена введением в кровь человека уже готовых шизонтов (гемотерапия, шприцевая малярия, вертикальный путь заражения), поэтому в отличие от спорозойтной инфекции здесь отсутствует тканевая фаза, что определяет особенности клиники и лечения этой формы болезни.



Клиническая картина.

Инкубационный период зависит от вида возбудителя.

При 3-х дневной малярии (*P.vivax*) 14 суток.

При 4-х дневной (*P.malariae*) 30 суток.

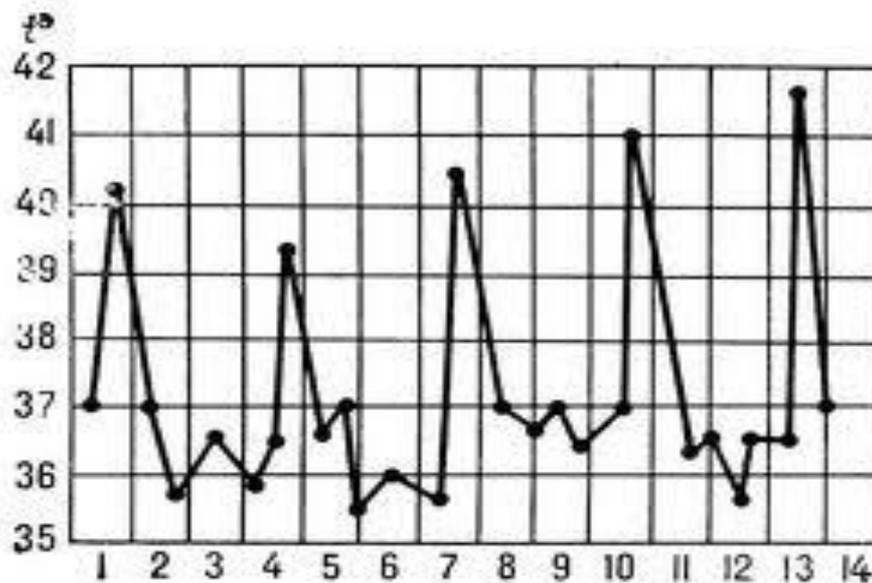
При тропической (*P.falciparum*) 12 суток.

При овалемалерии (*P.l. ovale*) 7-20 суток.

Начало острое.

Клиническая картина

При трехдневной или овале малярии инкубационный период может удлиниться до 2 и более лет (за счет неактивного состояния брэдиспорозитов в стадии тканевой шизогонии).



□ Можно выделить несколько периодов:

- *Инициальная лихорадка* (слабость, температура, недомогание, ломота в теле)
- *Первичные малярийные пароксизмы* (смена фаз озноба, жара, потоотделения). Общая продолжительность малярийного приступа 6-12 часов, при тропической может достигать суток и более.
- *Вторичный латентный период*-отсутствие клинических проявлений от 1 до 3 месяцев.
- *Ранние рецидивы*-малярийные пароксизмы, протекающие не так тяжело (может наблюдаться при любых формах малярии).
- *Поздние рецидивы*-клинически мало отличаются от пароксизмов ранних рецидивов.

Малярийный приступ – является реакцией на чужеродный белок выделяющийся при массовом распаде эритроцитов.

Малярийный приступ характеризуется последовательной сменой 3-х фаз: «озноба», «жара», «пота».

1. «озноб» - продолжается 1-3 часа и сопровождается быстрым подъемом температуры, головной боли, боли в пояснице. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, холодные на ощупь.
2. «жар» – продолжается 6-8 часов температура повышается до 41° , выражена интоксикация, рвота, нарушение сознания, бред, понижается АД. Кожа сухая, горячая на ощупь.
3. «пот» – больной потеет, температура резко снижается до $35,5^{\circ}$ (субнормальной).

При 3-х дневной и тропической малярии приступ наступает каждые 48 часов, в при 4-х дневной каждые 72 часа.

После первых 2-3 приступов:

- а) наблюдается увеличение печени и селезёнки;
- б) появляется герпетическая сыпь;
- в) легкая желтушность кожных покровов (за счет распада эритроцитов), после 2-3 приступов число паразитов значительно увеличивается.

Паразиты в крови могут быть обнаружены не только во время приступов, но и между ними.

Число приступов при отсутствие лечения доходят до 10-12. кожа приобретает сероватый оттенок, при своевременном и правильном лечении малярии может быть купирована после первых приступов.

Трехдневная малярия.

инкубационный период: от 10 - 20 дней, при заражении брадиспорозитами - 6 - 12 и более месяцев.

Продром: познабливание, головная боль, боли в пояснице, разбитость, тошнота.

Острое начало. Первые 5-7 дней лихорадка неправильного характера (инициальная), затем интермиттирующая,

Чередование приступов через день, с четкой сменой стадий озноба, жара и пота.

Период жара длится 2 - 6 ч, реже 12 ч и сменяется периодом потения.

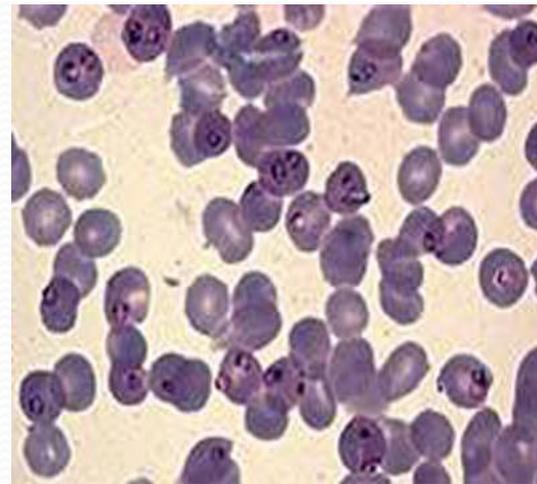
Приступы возникают в первой половине дня.

Селезенка и печень после 2-3 температурных пароксизмов увеличиваются, при пальпации чувствительны.

На 2 - 3-й неделе развивается умеренная анемия.

Характерны ближние и отдаленные рецидивы.

Общая продолжительность болезни 2-3 года.



Малярия овале.

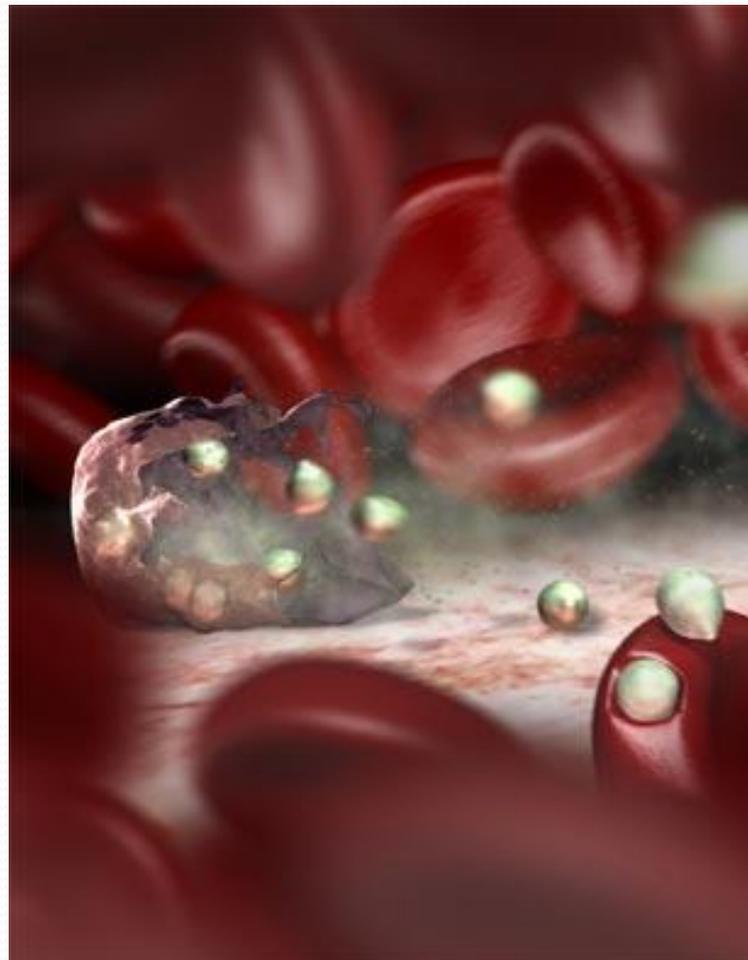
По клинике сходна с малярией трехдневной, но более легкое течение.

Инкубационный период – от 11 дней, до 6 - 12 - 18 (даже 52!!!) месяцев

Приступы лихорадки через день и преимущественно в вечернее время.

Возможны ранние и отдаленные рецидивы.

Длительность болезни составляет 3-4 года (в отдельных случаях до 8 лет).



Четырехдневная малярия.

Относится к доброкачественным видам малярийной инфекции. Инкубационный период составляет 25 - 42 дня

Приступы лихорадки с четким чередованием через 3 дня.

Спленогепатомегалия выражена слабо,

Анемия развивается в редких случаях.

Длительное течение (от 4 - 5 до 40 - 50 лет).

Вследствие длительной персистенции возбудителя формируется самопрогрессирующий нефротический синдром с отеками, массивной протеинурией, гипертонией, чаще у детей.



Тропическая малярия.

Инкубационный период – от 7 до 10 - 16 суток.

Продром: недомогание, усталость, головная боль, боли в суставах, тошнота, потеря аппетита, познабливание.

Начальная лихорадка постоянного или неправильного характера, инициальная лихорадка.

Отсутствуют типичные симптомы приступа: нет или слабо выражен озноб, лихорадочный период длится до 30 - 40 часов, температура падает без резкого потоотделения, выражены мышечные и суставные боли.

Церебральные явления - головная боль, спутанность сознания, бессонница, судороги,

Гепатит с холемией, Бронхит, бронхопневмония

Абдоминальный синдром (боли в животе, тошнота, рвота, диарея); нарушается функция почек.

Длительность от 6 мес. до 1 года.

Осложнения: встречаются преимущественно при тропической малярии.

1. Малярийная кома (инфекционно-токсическая энцефалопатия).
2. Малярийный алгид (инфекционно-токсический шок).
3. Острая почечная недостаточность.
4. Отек легких.

Диагностика:

1. Клинический анализ крови (признак гемолитической анемии, ретикулоцитоз).
2. Толстая капля крови и мазок крови во все периоды болезни для обнаружения малярийного плазмодия.
3. РПГА (для обнаружения специальных антител).



Госпитализация

- Все больные с подозрением на малярию подлежат госпитализации в инфекционный стационар для обследования и лечения.

Уход

- Особый уход нужен во время малярийных пароксизмов, и определяется фазой (озноб, жар, потоотделение).
- Во всех фазах показан постельный режим.
- Если больной получает терапию хинидином, м\с должна помнить, что при его в\в введении возможны снижение АД и нарушение проводимости, в силу чего необходим контроль ЭКГ.
- В отделениях для больных с малярией следует закрывать окна сеткой во избежание заражения комаров.

Лечение

все противомаларийные препараты делятся на:

- 1) Шизотропные, действующие на бесполое формы паразитов хингамин, акхириин, хинин.
 - а) гемашизотропные, действующие на эритроцитарные стадии паразитов (трофозонты и шизонты); хинин
 - б) гистошизотропные - на тканевые стадии паразитов (примахин).
- 2) Гаметотропные действующие на половые формы (примахин, хиноцид).
- 3) Тканевые формы, находящиеся в гепатоцитах (хиноцид, примахин).

Профилактика

```
graph TD; A[Профилактика] --> B[Выявление и лечение больных и паразитоносителей.]; A --> C[Борьба с переносчиками и защита от укусов комаров]; A --> D[Химиопрофилактика];
```

Выявление и лечение больных и паразитоносителей.

Борьба с переносчиками и защита от укусов комаров

Химиопрофилактика

Для индивидуальной профилактики важное значение имеют химиопрофилактика и меры защиты от укусов комаров-применение защитной одежды, репеллентных препаратов, сеток на окнах и вентиляционных отверстиях и т.д.

Профилактика. Выезжающие в эндемичные по малярии страны химиопрофилактика за неделю до прибытия в очаг. Препарат выбора хлорахин (делагин по 1 таб. (250 мг) 1 раз в неделю). Важное значение – защита от комаров, использование индивидуальных защитных средств, за переболевшими наблюдение в течении 2,5 лет.

