

МАЛЯРИЯ

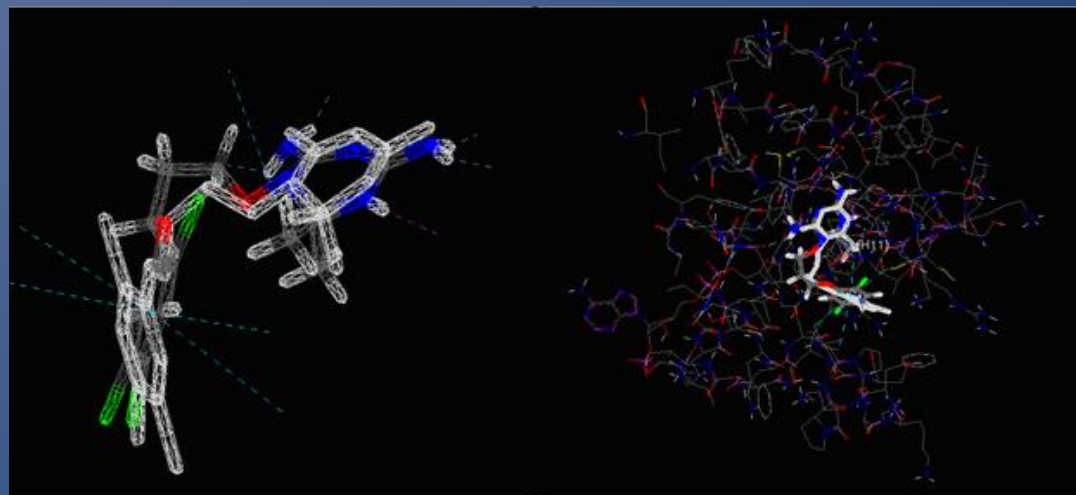


СОДЕРЖАНИЕ

1. Малярия семейство, род, вид.
2. Клиника.
3. Диагностика
4. Морфология
5. Иммунитет
6. Патогенез
7. Эпидемиология
8. Профилактика

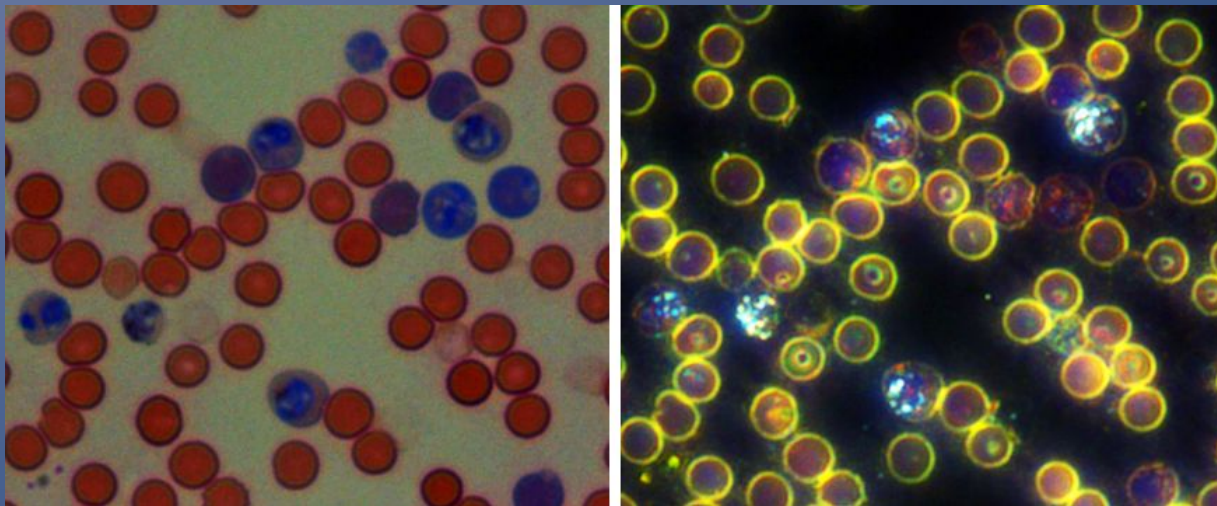
Малярия- известная также под названиями "болотная лихорадка", "перемежающаяся лихорадка", "пароксизмальная малярия", острое инфекционное заболевание, вызываемое несколькими видами простейших рода *Plasmodium* и передаваемое при укусе комара рода *Anopheles*. Для малярии характерны повторяющиеся приступы сильного озноба, высокой температуры и обильного пота. Она широко распространена в теплых и влажных регионах со среднегодовой температурой 16°C и выше, встречается также в зонах более умеренного климата и совсем отсутствует в приполярных областях.

Возбудители малярии — одноклеточные животные (простейшие), относятся к классу споровозов, подклассу кокцидия, семейству плазмодий, роду плазмодиум.



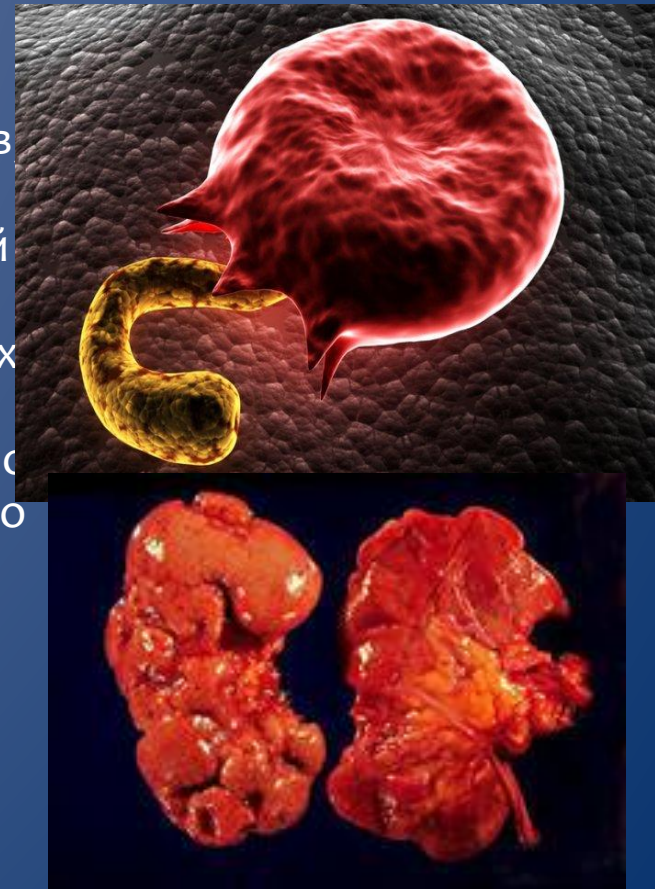
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источником болезни являются люди, в крови которых циркулируют зрелые гаметоциты. При кровососании вместе с кровью в желудок комара проникают гаметоциты, и комар становится резервуаром инфекции. Ведущий механизм заражения человека - трансмиссивный, реализующийся самками комаров рода *Anopheles* при кровососании.



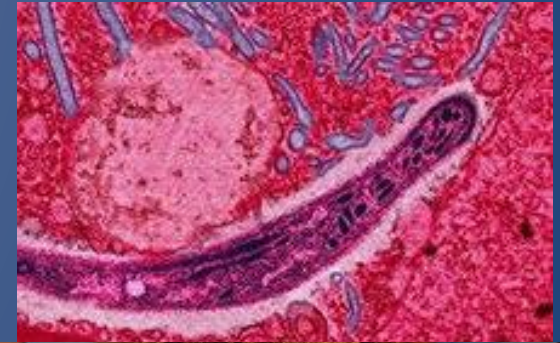
ПАТОГЕНЕЗ

Основные изменения в организме человека при малярии определяются стадией эритроцитарной шизогонии. Происходящее при этом разрушение эритроцитов, накопление в кровеносном русле паразитов, их антигенов, продуктов жизнедеятельности и системный ответ организма проявляются характерной интермиттирующей лихорадкой. Разрушение эритроцитов приводит к развитию анемии. При тропической малярии в капиллярах внутренних органов вслед за эритроцитами депонируется большое число поврежденных эритроцитов и паразитов, что существенно нарушает микроциркуляцию и приводит к тяжелым изменениям в различных органах - печени, почках, головном мозге. Эти изменения у людей, впервые заболевших малярией, развиваются очень быстро, в течение первых дней болезни, и могут быть причиной смерти.



КЛИНИКА

Инкубационный период - 8-16 дней. У неиммунных лиц (ранее не болевших малярией) заболевание характеризуется тяжелым, нередко злокачественным течением. У некоторых больных имеются предвестники заболевания: недомогание, повышенная потливость, неустойчивый стул, повышение температуры тела до 38 °С в течение 2-3 дней. У большинства пациентов болезнь начинается внезапно ознобом, высокой лихорадкой, головной болью, миалгиями, артралгиями, возбуждением. Впервые 3-8 дней температура тела может быть постоянной, а затем принимает характер приступов. Приступы чаще возникают в первой половине дня, длятся около часа, после чего наступает короткий (менее суток) период апиреksии-нормальной температуры. Вовремя приступа кожа сухая, горячая на ощупь, язык сухой с буроватым налетом. Появляется тахикардия, снижается артериальное давление. У некоторых больных возникает сухой кашель, что свидетельствует о развитии бронхопневмонии. Нередко присоединяется диспепсический синдром -анорексия, тошнота, рвота, боли в животе, жидкий стул. С первых дней болезни отмечается гепатоспленомегалия, анемия. Нередко нарушается функция почек



ИММУНИТЕТ

У людей, перенесших малярию, развивается состояние относительного иммунитета (невосприимчивости), т.е. повторное заражение тем же возбудителем сопровождается более умеренной лихорадкой с более мягкими клиническими проявлениями, несмотря на то же число плазмодиев в крови. Со временем иммунитет постепенно слабеет, и оставшиеся в организме человека паразиты могут снова начать размножаться и вызвать новый приступ через несколько месяцев или даже лет. Три основных вида плазмодия, вызывающие малярию у человека, существуют в природе в виде нескольких штаммов. Каждый из штаммов имеет присущие лишь ему антигенные особенности и распространен обычно лишь в определенных местностях. Таким образом, иммунитет проявляется только к тому штамму, который был причиной первичной инфекции. Люди, живущие в эндемичных по малярии районах, переносят эту инфекцию в раннем детстве. Выздоровевшие дети становятся иммунными только к местному штамму.

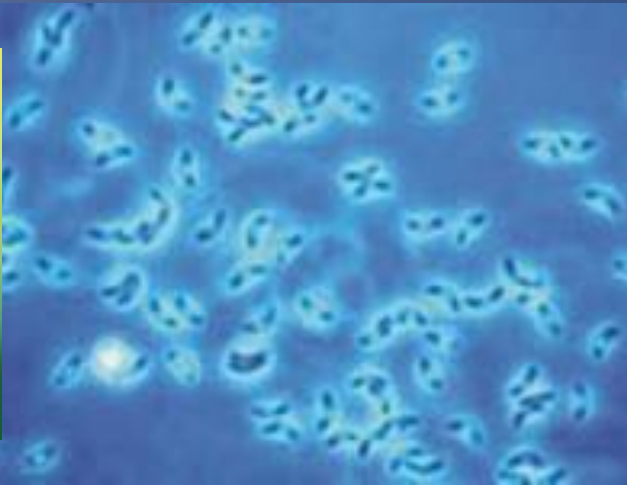
ПРОФИЛАКТИКА

направлена на раннее выявление и радикальное лечение больных и паразитоносителей, а также на борьбу с комарами — переносчиками возбудителя малярии. Для раннего выявления больных и паразитоносителей обязательно исследование крови у всех лихорадящих больных, прибывших из неблагоприятных по малярии местностей. В этих местностях необходимо пользоваться репеллентами, которые наносят на открытые части тела, предохранять жилища от комаров с помощью защитных сеток на окнах и дверях, применять защитные пологи над постелями. Большое значение в борьбе с комарами имеет ликвидация мест их выплода, благоустройство хозяйственно-полезных водоемов.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Для исследования используют кровь, взятую из пальца (или венозную кровь), и готовят препарат толстой капли крови, так как в ней в 30-50 раз большее количество крови, а, следовательно, и возбудителей, чем в мазке.

Дифференцировать вид возбудителя легче в мазке крови. Забор крови производится вне зависимости от уровня температуры. Однократный отрицательный результат не исключает диагноза малярии. Повторное исследование можно провести через 8-12 ч. Взятие крови проводят с соблюдением правил асептики. Предметные стекла должны быть обезжиренными. Кожу пальца протирают спиртом и делают прокол иглой-копьем. Первую выступившую каплю крови вытирают сухой ватой, затем палец поворачивают проколом вниз и ко второй капле прикасаются предметным стеклом. Диаметр капли крови должен быть около 5 мм. Нанесенную на стекло каплю размазывают иглой или углом другого предметного стекла до диаметра 10-15 мм, при этом толщина капли должна быть такой, чтобы сквозь нее можно было читать газетный шрифт. Обычно на предметное стекло наносят 2-3 такие капли на расстоянии друг от друга. Не рекомендуется, чтобы капли были слишком толстыми, так как после высыхания они трескаются и отслаиваются от стекла.



ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_colier/3743/МАЛЯРИЯ

<http://infectolog.ru/>