Малярия


Малярия (үзіліс кезінде, батпақты безгегі) – адам паразиттік аурулар тобы, олардың қоздырғыштары безгек плазмодиясының әртүрлі түрлері болып табылады, эритроциттерге және ретикулоэндотелияға басым әсер етеді. Безгек фебрильдік пароксизммен кездеседі, гепатоленальды және анемиялық синдром. Безгек кең экваторлық Африкада кеңінен таралған, Оңтүстік-Шығыс Азия, Мұхит, Орталық және Оңтүстік Америка. Жыл сайын әлемде 350-500 млн. жаңа шабуылдар мен бұйрықтар 1,3-3 миллион. безгек өлімі. Плазмодианың нақты терапиясына қарсылықты дамыту есебінен әлемдегі безгектің жоғары деңгейі, протозойлы инфекция тасымалдаушылары ретінде – инсектицидтердің әрекетіне. Көші-қон мен туристік ағындардың өсуіне байланысты, Еуропада безгектің импорттық жағдайы жиі кездеседі, т. с. Ресейде.

Малярияның себептері

Безгек паразиттік протозовамен байланысты, даулар санатына жатады, Plasmodium класы (безгек плазмодиясы). Плазмодияның 4 түрі адамның ауруын тудырады: P. Vivax (үш күндік безгектің қоздырғышы), P. Malariae (төрт күндік безгектің қоздырғышы), P.falciparum (тропикалық безгектің патогені) және P. Ovale (патогенді сопақ безгек, үш күндік ұқсас).

Безгек Plasmodia қиын өмірлік цикл арқылы өтеді, соның ішінде аскетикалық даму (шизогании) аралық қабылдаушы ағзада — адам және жыныстық даму (спорогиялық) негізгі хосттың денесінде — әйелдің әйелі Анопейлар. Маскит инфекциясы адам шағып тұрған кезде пайда болады, безгек немесе паразит тасымалдаушысы. Плазмодияның еркек пен әйел жыныстық клеткаларының қан құйып жатқанда, москит асқазанына кіреді (микро және макромамозоциттер); мұнда олар зиготаларды қалыптастыруға ұрықтандырылған, содан кейін оокисты. Оокисталардың қайталануының нәтижесінде плазмодияның инвазивті нысандары айналды — спортзоит, бұл масивиттың сілекейлі бездерін енеді және ол жерде 2 ай болуы мүмкін.

Адамның жұқпасы әйелдің москитіне шабуыл жасағанда пайда болады, спиралозоидтер сілекейлі аралық иесінің қанына енеді. Адамдарда безгектің қоздырғышы оның матадан және эритроцит фазасынан өтіп кетеді. Тіндік кезең (экзерсериоз шизоганидері) гепатоциттерге және тіндік макрофагтарға түседі, онда спорозоит дәйекті трофозоиттерге айналады, шизонт және мерозоит. Осы кезеңнің соңында мерозоит қызыл қан клеткаларына еніп кетеді, онда шизоганийдің эритроциттер фазасы орын алады. Қан жасушаларында мерозоит трофозоит түріне айналады, содан кейін шизонттарға, оның ішінде бөліну нәтижесінде қайтадан мерозоиттар пайда болады. Осындай цикл аяқталғаннан кейін, эритроциттер жойылады, және босатылған мерозоит жаңа қызыл қан клеткаларына енгізіледі, онда цикл қайтадан қайталанады. 3-4 эритроциттердің циклдарының нәтижесінде, гаметоциттер пайда болады – ересек ерлер мен әйелдердің жыныстық жасушалары, әрі қарай (жыныстық қатынас) оның дамуы Анопейлес әйелдің масайсында жатыр.Плазмомияның даму ерекшеліктерін ескере отырып, бұл анық болады, малярияның адамнан адамға берілуінің негізгі тәсілі таратылуы мүмкін, Anopheles түріндегі әйелі москитының шағуымен жүзеге асырылады. Сонымен бірге, жүктілік кезінде трансплантаттық трансмагниттік беру мүмкін, сондай-ақ донорлық қан құю арқылы парентеральды инфекция, паразиттерден алынған. Эндемикалық фокустарда балалар мен қонақтар безгекке сезімтал. Безгекке шалдығудың шоғырлануы москиттердің белсенділігі маусымымен сәйкес келеді және жаз-күзгі кезеңде төмендейді.

Маляриядағы фебрильді талмалардың пароксизмальды сипаты малярийлік плазмодияның эритроциттер фазасына байланысты. Қыз безінің дамуы қызыл қан жасушаларының бұзылуымен сәйкес келеді, Мерозоиттардың және олардың метаболизм өнімдерінің қанына босату. Денеге арналған сыртқы заттар жалпы токсикалық әсерге ие, пирогендік реакция тудырады, сондай-ақ бауыр мен көкбауырдың лимфа және ретикулоэндотелиальді элементтерінің гиперплазиясы, бұл органдардың өсуіне алып келеді. Маляриядағы гемолитикалық анемия — эритроциттердің бөлінуінің салдары.

Малярияның белгілері

Безгек кезінде инкубация кезеңін босатыңыз, бастапқы жедел көріністердің кезеңі, қайталама жасырын кезең және қайталану кезеңі. Үш күндік безгек пен безгек сопақ инкубация кезеңі 1-3 аптаға созылады, төрт күнде — 2-5 апта, тропикалық кезде — шамамен 2 апта. Малярияның барлық түрлеріне арналған типтік клиникалық синдромдар фебрильді болып табылады, гепатолен және анемия.

Ауру жедел немесе қысқа продромдық құбылыстармен басталуы мүмкін — аурулар, субфебрильді жағдай, бас ауыруы. Алғашқы күндері безгегі табиғатқа жол тартады, әрі қарай үзіліс болады. Әдеттегі безгек пароксизм 3-5-ші күні дамиды және фазалардың дәйекті өзгеруімен сипатталады: тербелістер, жылу және тер. Шабуыл көбінесе таңертең таңертеңнен бастап таңқаларлық шөлден басталып, дене температурасын көтереді, науқасты төсекке жіберуге мәжбүрлейді. Айнымалы бұл фазада жүреді, бас аурулары мен бұлшықет аурулары. Тері бозғылт болады, «қаз», суық қолдар; Acrocyanosis пайда болады.

1-2 сағаттан кейін салқын фазасы безгегімен ауыстырылады, бұл дене температурасының 40-41 дейін жоғарылауымен сәйкес келеді °С. Гиперемия бар, гипертермия, құрғақ тері, склера инъекциясы, шөлдеу, бауыры мен көкбауыры кеңейтілген. Болуы мүмкін, ақылсыз, конвульсиялар, сананың жоғалуы. Жоғары деңгейде температураны 5-8 сағатқа дейін сақтауға болады, содан кейін қатты терлеу жүреді, дененің қалыпты деңгейіне дейін күрт құлдырауы, безгекпен безгегі шабуылының аяқталуын белгілейді. Үш күндік безгекпен бірге әрбір үшінші күні қайталанып отырады, төрт күнде – әрбір 4-ші күні және т. д. Гемолитикалық анемия 2-3 аптада дамиды, қалыпты зәрде және нәжіс кезінде теріге стереотип пен склера пайда болады.

Ерте емдеу 1-2 шабуылдардан кейін безгектің дамуын тоқтатуы мүмкін. Ерекше терапиясыз үш күндік безгек ұзақтығы 2 жылға жуық, тропикалық — шамамен 1 жыл, саңырау безгек — 3-4 жыл. Бұл жағдайда 10-14 пароксизммен кейін инфекция жасырын кезеңге өтеді, бірнеше аптадан 1 жылға дейін созылуы мүмкін. Әдетте 2-3 айдың ішінде жақсы дамығаннан кейін безгектің ерте қайталануы дамиды, олар бірдей ағып жатыр, аурудың өткір көріністері ретінде. Кеш қайталануы 5-9 айдан кейін орын алады — Осы кезеңде ұстау жеңілірек курсқа ие.

Малярияның асқынуы

Ауыр, безгек кома кейде безгектің өмірге қауіпті асқынулары болуы мүмкін, безгекке қарсы, көкбауырдың жарылуы, мидың ісінуі, Аррестер, DIC синдромы, психикалық бұзылулар. Безгек кома тропикалық безгекпен жиі күрделене түседі. Команың дамуы паразиттік қан түзілуінің нәтижесінде мидың микрокиркуляциясын бұзумен байланысты, қызыл қан жасушаларынан тұрады, шизондармен жұқтырған. Маляриялық кома кезінде саңырауқұлақтар кезеңдері бар (ұйқылық, адинамия), жабық (кенеттен тыйым салу, рефлекстердің төмендеуі) және терең кома (сананың болмауы және рефлекстер). Бұл асқыну пайда болған кезде өлім 96-98-де кездеседі% істер.

Безгек Альгидті артериалды гипотензиямен дамитын мемлекттік мемлекетке әкеледі, талшықты импульс, гипотермия, сілекей рефлекстерінің төмендеуі, бозғылт тері, суық пот. Жиі диарея және дегидратация симптомдары бар. Малярияда көкбауырдың жарылуы белгілері өздігінен орын алады және сол иық пен иықтың жүзіне шығаратын іштің ішіндегі кинжал ауруын қамтиды, қатты қарқынды, суық пот, қан қысымының төмендеуі, тахикардия, талшықты импульс. Ультрадыбыспен іш қуысының бос сұйықтығын анықтады. Жедел хирургия болмаған жағдайда жедел қан кетуден және гиповолемиялық шоктан тез қайтыс болады.

Ми ісінуі қатерлі ісікпен дамиды, найзағай сияқты үш күндік безгек, мектеп жасына дейінгі балалар мен жасөспірімдерде жиі кездеседі. Бұл безгегі пароксизмнің биіктігінде кездеседі және қатты бас ауыруы, сана жоғалтқан конвульсиялар, ауыздан көбік шығару және науқастың дереу қайтыс болуы. Малярияда өткір бүйрек жеткіліксіздігінің дамуы эритроциттердің жаппай ішілік тамырлық гемолизімен, Бүйрек қызметінің бұзылуы, қарқынды гемоглобинурия. Әдетте гемоглобинуралық безгектің нәтижесі. Тропикалық безгектің нақты асқынуы психикалық бұзылулар болып табылады, соның ішінде психомоторлық үгіт, ақылсыз, галлюцинация және тонна. д.

Малярияның диагностикасы

Малярияның клиникалық диагнозының негізі белгілердің үштігі болып табылады: пароксизмальды үзіліс безгегі, 48 немесе 72 сағат сайын қайталанады, гепатоспленомегалия, гемолитикалық анемия. Сонымен қатар, пациенттер эндемикалық аймақтарға барады, соңғы 2-3 айда қан құю және парентеральді араласуды өткізді.

Қан тамырдың қан тамырларының микроскопиясы безгектің диагностикасы үшін арнайы зертханалық әдіс ретінде қызмет етеді, паразиттердің болуын және санын анықтауға мүмкіндік береді. Plasmodium түрін және шизоганий сатысын сапалық сәйкестендіру малярийлік плазмодия қан тамырлары бойынша зерттеулермен жүргізіледі. Фебрильді басып алудың биіктігінде қан алу керек. Серологиялық әдістер малярияны анықтауда көмекші рөл атқарады – RIF, RFA, Rnga. Дифференциальды диагностика тұрғысынан алғанда, бруцеллезмен ауыратын науқастың ерекшелігі ерекше, рецидивті қызба, лейшманиоз, сепсис, туберкулез, Менингоэнцефалит, гемолитикалық сарғаю, бауыр циррозы, лейкемия және басқалар.

Малярияны емдеу

Безгекке шалдыққан науқастар жұқпалы аурулар ауруханасына жатқызылып, қатаң төсек орындары бар, ауыр ішу, инфузиялық терапия, нығайту және симптоматикалық емдеу. Қажет болса, гемосорбция және гемодиализ жүргізіледі.

Квинин бастапқыда безгектің арнайы химиотерапиясында қолданылады, жоңышқа қабығынан оқшауланған. Қазіргі уақытта көптеген синтетикалық препараттар, алайда синтетикалық препараттарға паразиттердің қарсыласуының қарқынды дамуына байланысты, хинин өзектілігін жоғалтпады. Масштабты препараттардың әсеріне байланысты шизонтоцит шүбересі бөлінеді, безгек плазмодияның тіндік түрлеріне әсер етеді (хинезис, примахин) және гематозидтер, эритроциттердің патогеніне әсер етеді (хлорохин, пириметамин, мепакрин, хинин және басқалар.). Олар безгектің түрі мен ауырлығына қарай әртүрлі комбинацияларда және нақты схемаға сәйкес тағайындалады. Мәселен, үш күндік безгекпен әдетте 3 күндік хлорохинді емдеу курсы беріледі, содан кейін 10 күндік примаквин немесе хицциттің мата паразиттерінің нысандарын жою үшін қабылдауы. Басқа антималярлық режимдер мүмкін.

Малярияны болжау және алдын алу

Безгекке уақытылы және дұрыс емдеу клиникалық көріністердің тез жеңілдетілуіне әкеледі. Емдеу кезінде өлім шамамен 1% істер, ереже бойынша, Тропикалық безгектің күрделі формалары бар.

Безгек екі жолмен алдын алады: Маскиттердің қоздырғыштарының патогендерін жою және жеке қорғау. Алғашқы аймақ инсектицидтермен күресуді қамтиды. Екінші — жеке қорғану құралдарын пайдалану (кремдер, лосьондар, масалардың торы), жеке тұлғаларға нақты химиялық препараттарды жүргізу, аудандарға саяхат, безгек қолайсыз. Пациенттерді және паразиттік тасымалдаушыларды ертерек анықтау үшін белгісіз шыққан барлық науқастар безгектің қанымен микроскопты болуы керек.