# Осложнение малярии

**ОСЛОЖНЕНИЯ МАЛЯРИИ**

Осложнения наиболее часто бывают при тропической малярии, обычно у неиммунных лиц (с высокой паразитемией).  Наиболее тяжелыми осложнениями, часто встречающимися в эндемичных очагах, являются отек мозга, малярийная кома и острая почечная недостаточность, реже малярийный алгид,  психические расстройства. Гемоглобинурийная лихорадка  свойственна лицам, проживающим в очагах малярии .

1.   *Малярийная кома* развивается при тропической малярии преимущественно у неиммунных лиц при отсутствии специфического лечения. Кома может возникать внезапно или на фоне нарастающих церебральных  расстройств. В клиническом течении ее различают три периода: *сомноленцию* (прекома, характеризующаяся оглушенностью), *сопор* (глубокая спячка со слабыми проблесками сознания), *глубокая кома* с выключением сознания, арефлексией.  Первые два периода могут быть кратковременными или  один из них выпадает. В последующем периоде температура  может быть очень высокой, но наблюдается и гипотермия. Наиболее частые симптомы малярийной комы: расстройство сознания,  менингеальные явления, судороги.  Характерно начальное повышение сухожильных рефлексов,  появление клонусов, а затем полное исчезновение рефлексов. Из кожных рефлексов  первыми исчезают и последними восстанавливаются брюшные. Цероброспинальная жидкость не изменена пли изменена незначительно. Нередко возникают гемиплегия, афазия. Малярийная кома часто сопровождается острым гемолизом, нарушением сердечно-сосудистой деятельности, функций печени, почек, легких.

В крови на высоте комы наблюдается лейкоцитоз,  а в далеко зашедших случаях гиперлейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ, снижение гематокрита, нарушение кислотно-щелочного состояния, гипокалиемия.  В крови обнаруживается большое количество паразитов в разных фазах развития, однако возможно появление комы и на фоне скудной паразитемии.

2.   *Острая почечная недостаточность* возникает  нередко в случаях тяжелых форм тропической малярии как следствие интенсивного гемолиза с последующей гемоглобинурией и связана с нарушением почечной микроциркуляции, острым тубулярным некрозом и клеточной аноксией. В крови - азотемия, гиперкалиемия, метаболический ацидоз.

3.   *Малярийный алгид* бывает только при тропической малярии. Он характеризуется коллаптоидным состоянием, снижением температуры до субнормальных цифр (35-35,5°), возможна значительная дегидратация. Сознание сохранено, но больной безучастен. Черты лица заострены, кожа цианотична, покрыта липким холодным потом, рефлексы снижены или отсутствуют. Иногда наблюдаются поносы. Пульс нитевидный. АД низкое.

4.   *Отек мозга* при молниеносной форме трехдневной малярии регистрировался у детей 4-12 лет во время эпидемических вспышек обычно в весенние месяцы. Во время очередного приступа  внезапно появлялись сильная головная боль, судороги, пена изо рта. Через несколько часов наступала смерть.

5.   *Психические расстройства* встречаются чаще при тропической малярии (около 1,6 % случаев). Среди психозов преобладают экзогенные формы реакций Бонгеффера - аменция, сумеречное помрачение сознания и оглушение. Особенность аменции состоит в резко выраженном хаотическом двигательном возбуждении, сочетающемся с аффектом страха. Сумеречное помрачение сознания протекает обычно с эпилептиформным возбуждением. Оглушение может ограничиться лишь сомнолентностью,  а при утяжелении состояния смениться сопором и комой. Когда такая трансформация клинической картины происходит в короткие сроки (в течение суток и менее), говорят об апоплектической малярийной коме. Делирий встречается редко и в редуцированной форме. Он может предшествовать появлению  аменции. Значительно реже при малярии возникают эндоформные картины с протрагированным течением. Чаще всего встречаются маниакальные синдромы, когда преобладает двигательное возбуждение без целенаправленной  деятельности с гневливостью. Иногда возникают  депрессивно-параноидные состояния  и галлюцинозы. Малярийные психозы всегда сменяются астенией  Малярийные психозы чаще возникают в апиретическом периоде, при повторных, в том числе и упорных рецидивах малярии.

6.   *Гемоглобинурийная лихорадка* (черноводная лихорадка, хинно-малярийная  гемоглобинурия), наблюдаемая при  тропической малярии, описывается как осложнение малярии. Между тем это заболевание медикаментозного, а не паразитарного происхождения. Возникает у лиц, длительное время находившихся в эндемичной зоне,  неоднократно перенесших малярию, через несколько часов после приема хинина или, реже, других препаратов (например группы 8-аминохинолина). Наиболее часто встречается у коренного населения Африки, бассейна Средиземного моря, Закавказья, что связано с дефицитом защитного фермента эритроцитов -  глюкоза-6-фосфатдегидрогеназы. Клинически проявляется  внезапным ознобом, повышением температуры до высоких цифр, головной болью, болями в суставах, пояснице, рвотой, икотой. Увеличиваются и становятся болезненными печень и селезенка. После озноба, продолжающегося 2-4 часа, наступает состояние прострации, пульс становится слабым, малым. Кожный покров приобретает желтушный и в то же время синюшный оттенок. Конечности холодные. Иногда крапивница, кожный зуд. Основной симптом - появление мочи цвета черного кофе или красного вина, что обусловлено наличием в ней оксигемоглобина. В моче содержатся эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры, большое количество белка. В крови - нейтрофильный лейкоцитоз, резко снижается гемоглобин. Паразитемия незначительная. Выделение мочи продолжается 1-3 суток, затем наступает анурия и гибель больного от острой почечной недостаточности. При благоприятном течении через  3-5 дней температура снижается, моча светлеет, общее состояние улучшается.

|  |
| --- |
|  |

Чириков Р.А.