

ТАҚЫРЫБЫ: АМЕБИАЗ

Қабылдаған: Бердикулова М.М

Орындаған: Мақсат Ә

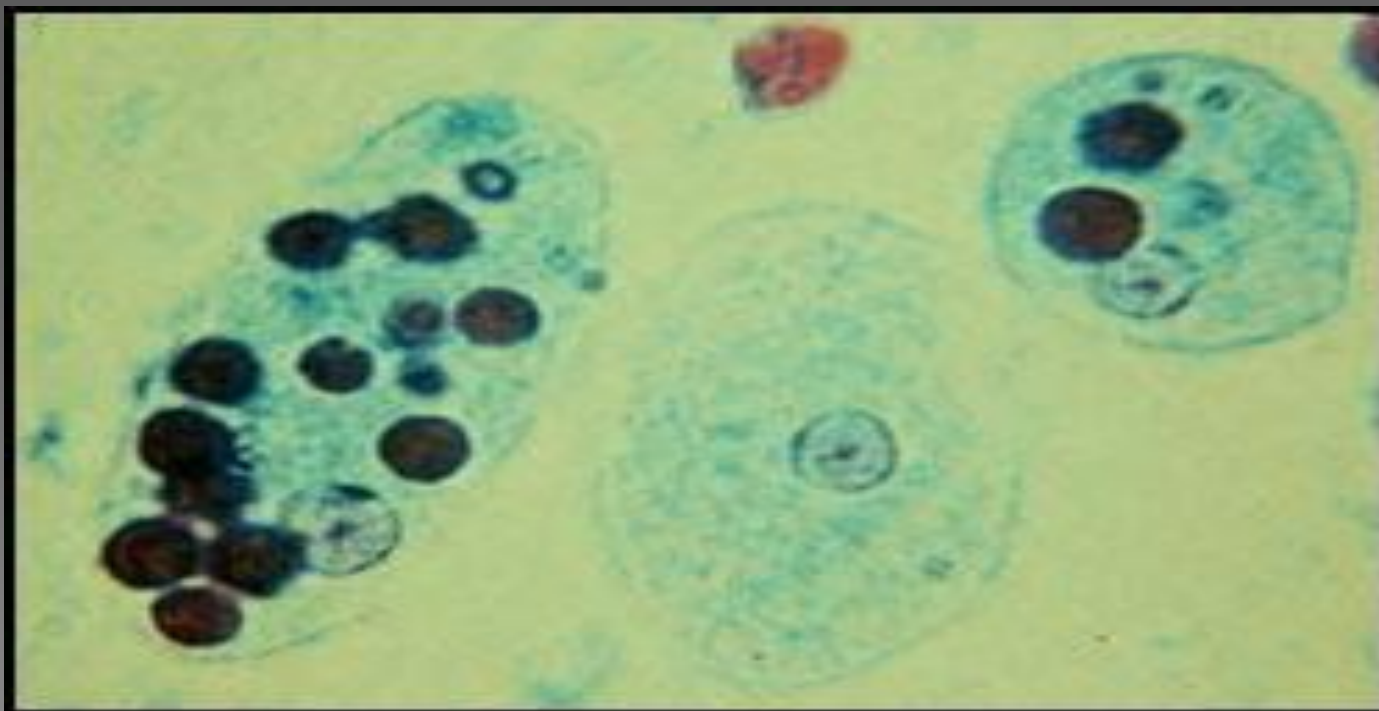
Курс: 6

Топ: ТҚ-603

Амебиаз

(шифр МКБ10 - A06.0-9)

Бұл жуан ішектің жаралы зақымдануымен, бауыр және басқа да маңызды мүшелерде абсцестердің дамуымен көрінетін протозойды антропонозды ауру.



Жоспар:

- 1.Эпидемиология
- 2.Этиология
- 3.Классификация
- 4.Клиника
- 5.Диагностика
- 6.Емі

Аурудың негізгі көзі ауру адам және амеба цисталарын тасымалдаушы. Адам фекалиялерінде 7 амеба түрі бар: *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba dispar*, *Entamoeba hartmanni*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana*, *Iodamoeba butschlii* и *Blastocystis homini*. Оның ішінде тек *Entamoeba histolytica* инвазивті инфекция шақыра алады. 1 г фекалияде 6 млн амеба цисталары болады.

Аурудың берілу жолы фекальді-оральді және гомосексуалистерде анальді секс арқылы.

Амебиаз тропикалық, субтропикалық 20%(Африка, Оңтүстік Америка) елдерде кеңінен тараған, СНГ елдерінде (Кавказ), Орталық және Оңтүстік Азия (Түркменістан, Қырғыстан) кездеседі. Көктем жаз маусымдарында өршиді, орта жастағы адамдар жиі ауырады.

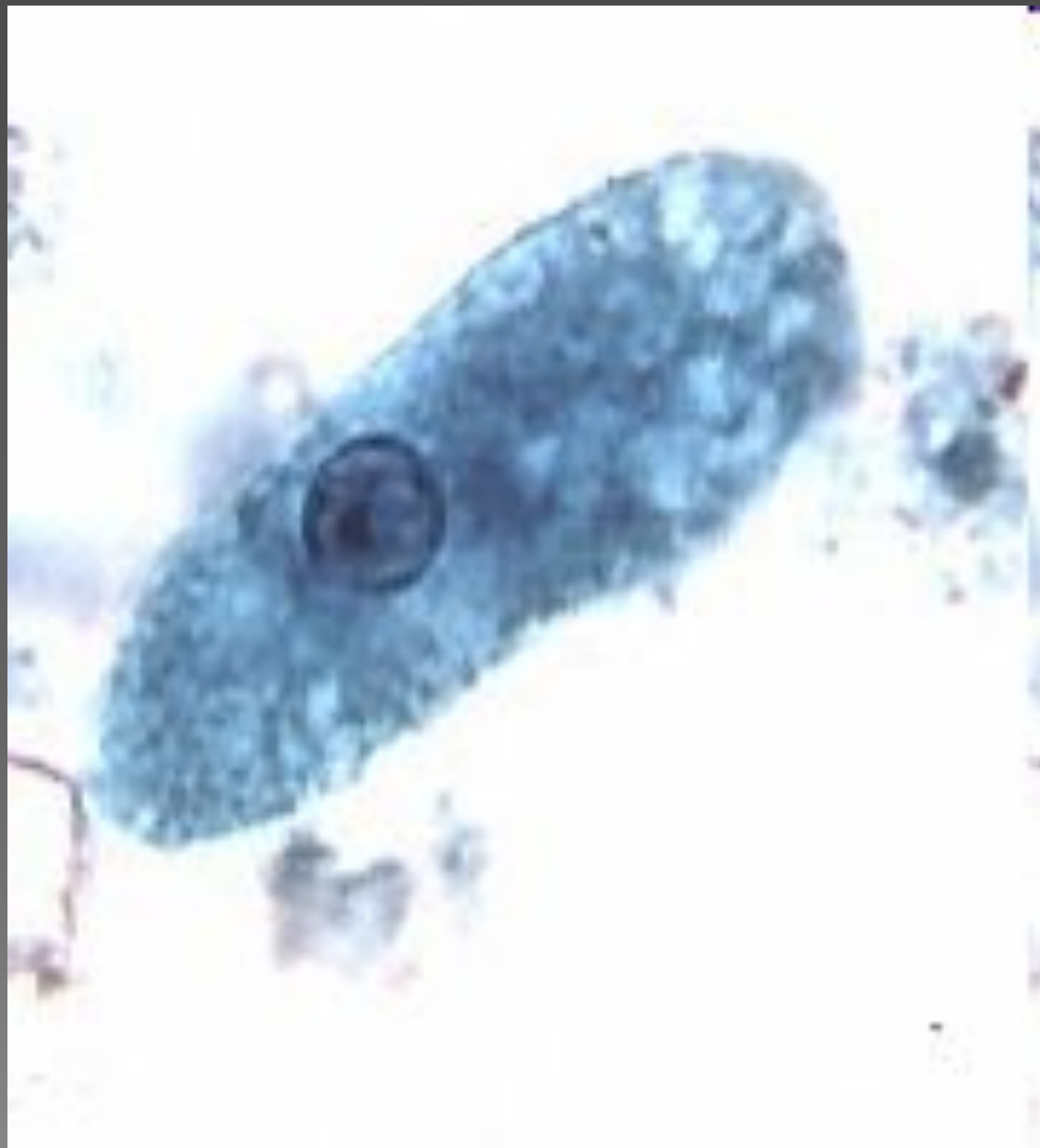
Қоздырғышы *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba* тұқымына, *Entamoebidae* тұқымдастығы, *Amoebida* тобы, *Lobosea* классы, *Rhizopoda* суперклассы, *Sarcodina* подтипі, *Protozoa* типіне жатады. Инкубациялық кезеңі 1 аптадан 3 айға дейін.

3 формада өмір сүреді:

Үлкен вегетативті (тканьді, эритрофаг, гематофаг) диаметрі 20-30 мкм, белсенді түрінде 60-80 мкм жетеді, эритроцит бөлуге ие, 1 амебада 20-ға дейін барады, тек ауру адамда кездеседі.

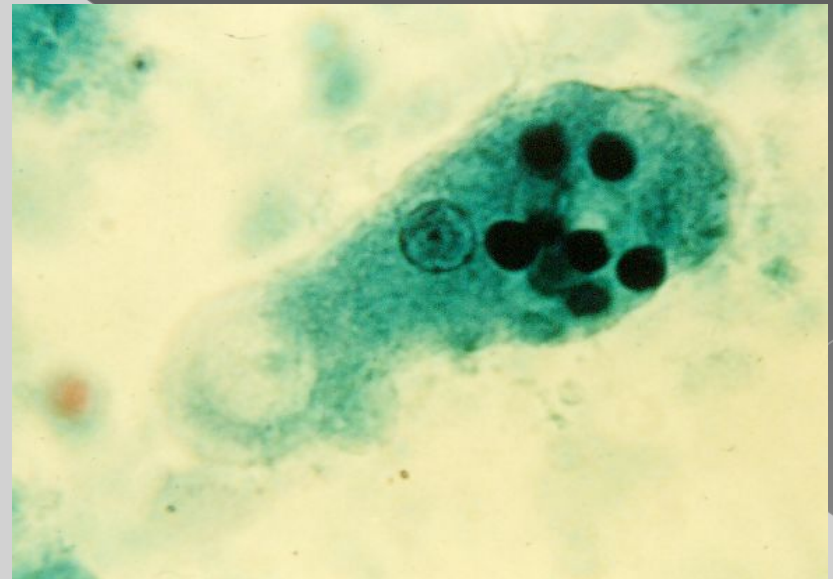
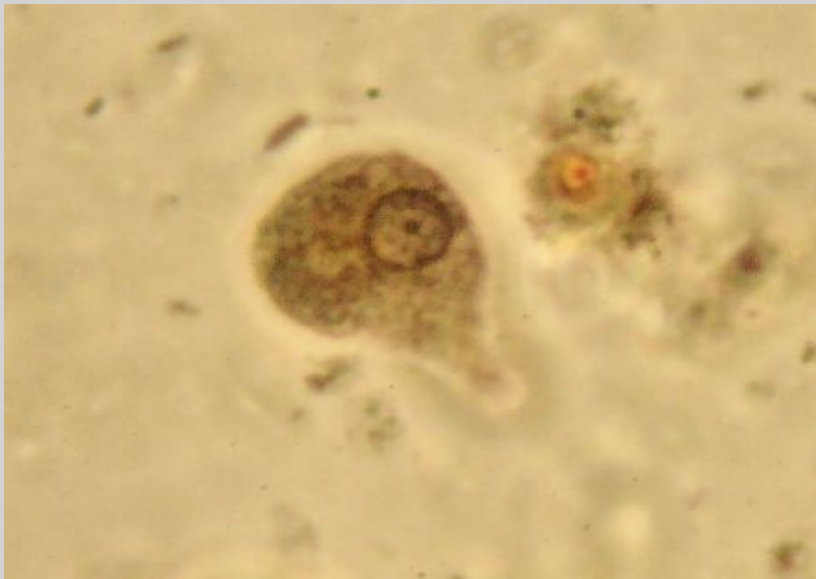
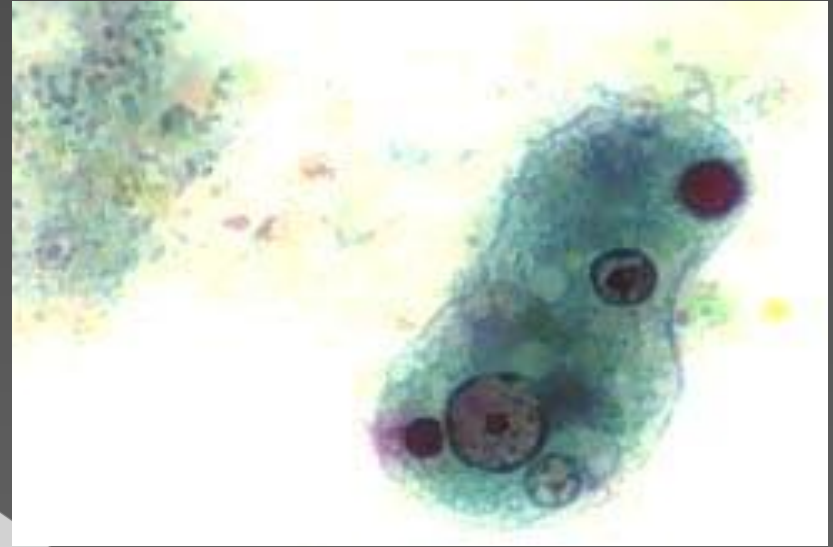
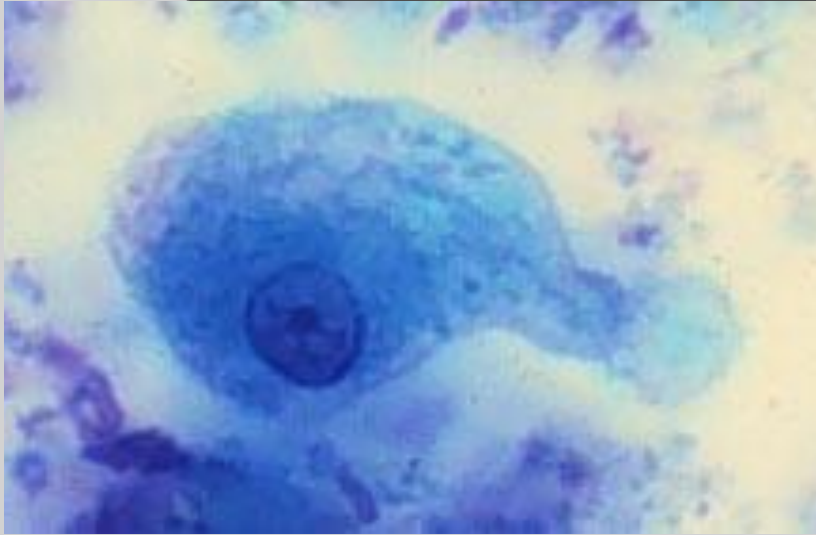
Просветті (ұсақ, бос, тканьді емес, циста алды) 15-20 мкм, амеба тасымалдаушыларда болады.

Циста түрі 7-18 мкм, 1 ден 4 ке дейін ядросы бар аналығы, сыртқы ортаға, хлорлы дезинфектанттраға төзімді, суда бірнеше ай өмір сүреді, кептіру мен мұздатуға төзімсіз.



Entamoeba histolytica үлкен вегетативті формасы

Entamoeba histolytica Trophozoites





Entamoeba histolytica циста
формасы

Просветная форма

Предцистная форма

Зрелая циста



MedUniver.com
Все по медицине...

Большая вегетативная форма (эритрофаг)

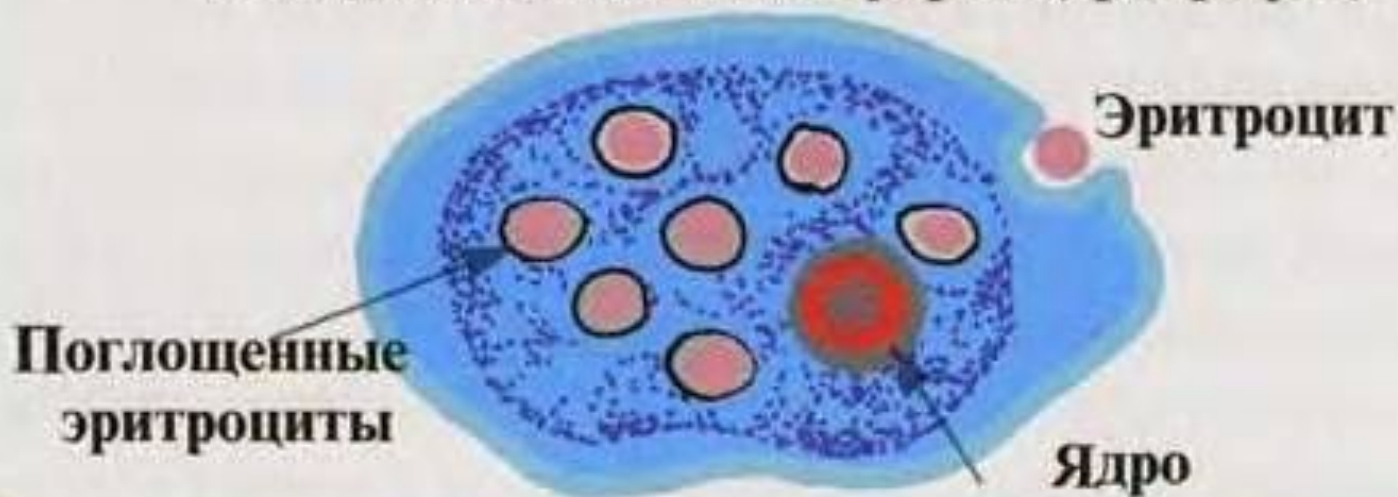
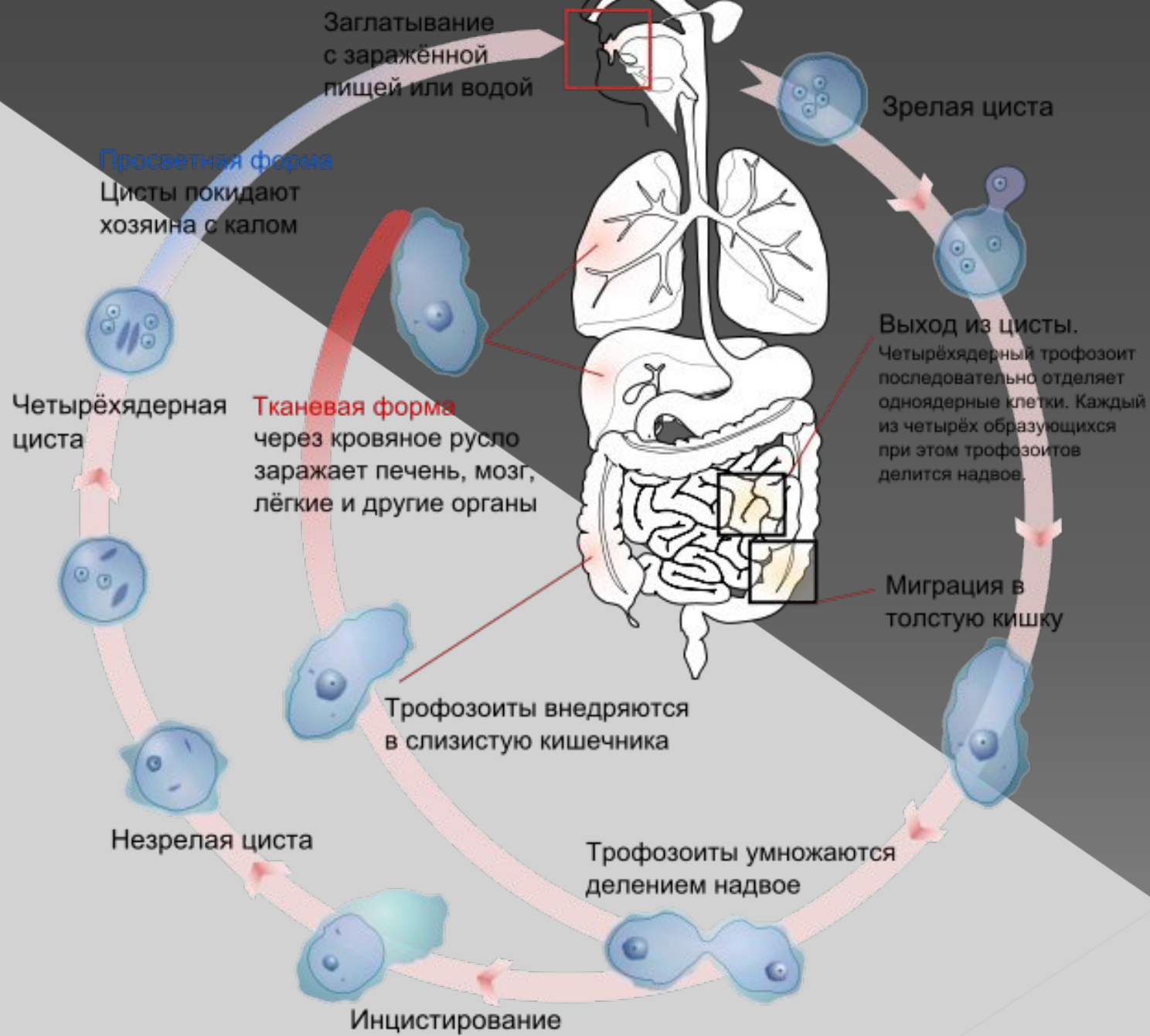


Рис. 5.1. Схема строения различных форм *Entamoeba histolytica*



Амебиаздың патоморфологиялық жіктелуі

Инвазивті амебиазға тән:

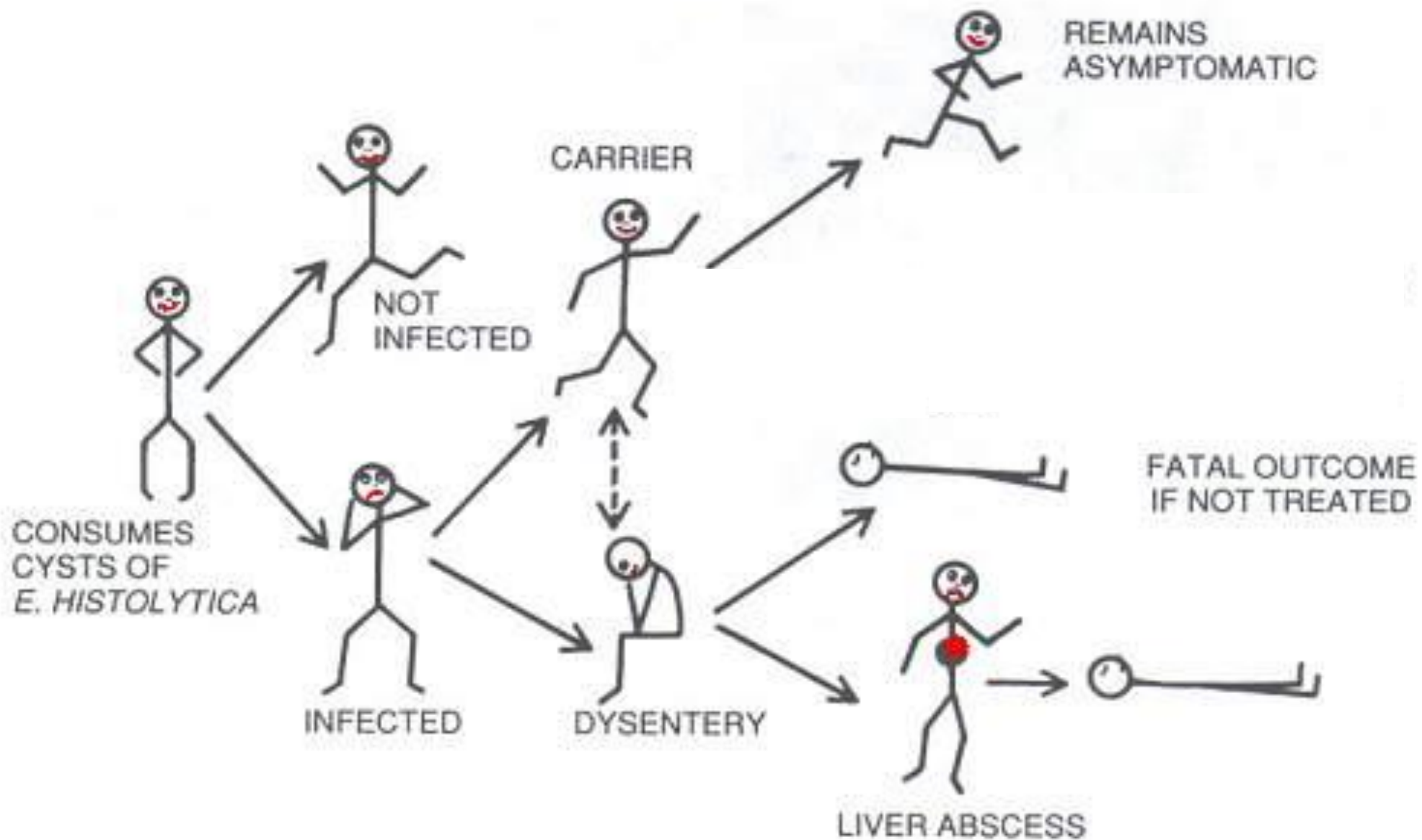
- Клиникасы инфекциянды ауруға ұқсас
- Фекалиде трофозоит-гематофаг болуы
- Эндоскопиялық зерттеуде ішектің шырышында тән өзгерістер
- Серологиялық тестте арнайы антиденелердің болуы

Инвазивті емес амебиаз:

- Клиникалық көрініс бермеуі
- трофозоит-гематофаг болмауы
- Эндоскопиялық зерттеуде патологияның болмауы
- Серологиялық тестте арнайы антиденелердің болмауы

ENTAMOEBIA HISTOLYTICA

AMEBIASIS



Амебиаз клиникасының жіктелуі

Ішектік амебиаз

- Жедел ішектік амебиаз
- Найзағай тәрізді амебалы колит
- Созылмалы ішектік амебиаз

Ішектен тыс амебиаз

- Бауырдың абсцесі
- плевроөкпелік амебиаз
- амебты перикардит
- церебральды амебиаз
- Терілік

1. Жедел ішектік амебиаз (жедел амебты колит)

Жиі бір реттік диарея ретінде көрінеді. Сирек жағдайда амебты дизентерия синдромы дамиды: жедел басталады, іштегі толғақ тәрізді ауру сезімімен, тенезмдер, қан- шырыш аралас сұйық үлкен дәрет. Жоғары қызба және басқа да жүйелі көріністер байқалмайды.

2. Найзағай тәрізді амебалы колит (фульминантты колит).

Ауыр ағымда өтетін некроздаушы түрі, токсикалық синдромы айқын, ішек шырышының тотальды терең зақымдануы, қан кету, перфорация мен перитонитпен асқынуы. Жүкті және босанған әйелдерде жиі кездеседі. Летальділігі 70% орайды.

3. Созылмалы ішектік амебиаз (біріншілік созылмалы амебиаз, дизентериядан кейінгі колит).

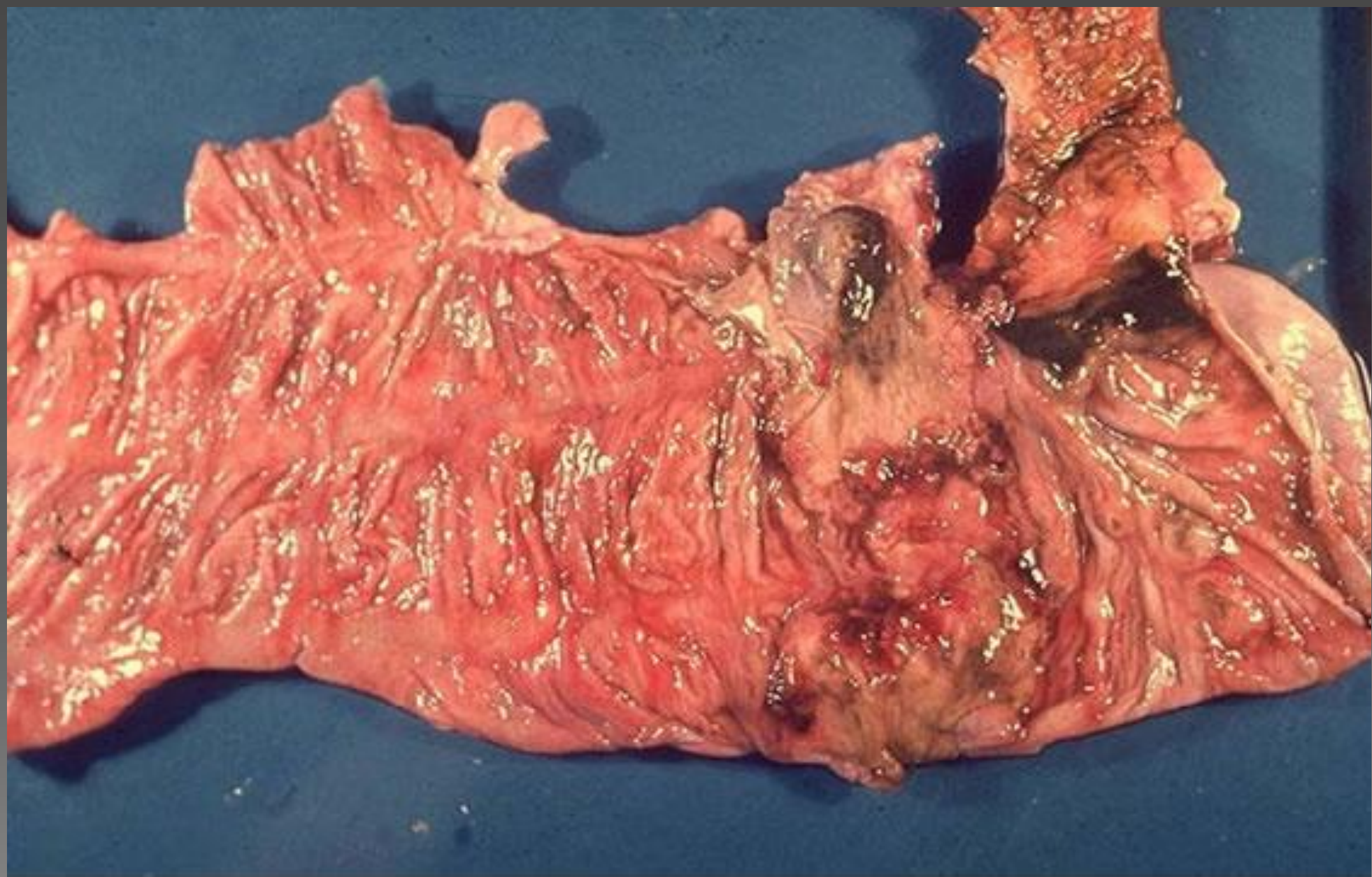
Амебты дизентерия асқынуынан пайда болады. Ішек моторикасының бұзылысы тән, іштің өтуімен кезектескен үлкен дәреттің жүмеуі, іштің төменгі бөлігінде ауру, жүрек айну, әлсіздік, тәбетке тартпауы.



© CD-ROM ILLUSTRATED LECTURE NOTES ON TROPICAL MEDICINE



© CD-ROM ILLUSTRATED LECTURE NOTES ON TROPICAL MEDICINE



Язвенные поражения толстого отдела кишечника при амебиазе.



Кишечный амебиаз



Ішектен тыс амебиаз

1. Бауырдың абсцесі

Балаларға қарағанда жиі ересектер ауырады, әсіресе ер адамдар. Бірнеше немесе көптеген абсцессті ошақтар көбіне бауырдың оң бөлігін зақымдайды.

Абсцесс үш аймақтан тұрады:

- Некроз ошағы, онда стерильді қан аралас некротикалық сұйықтық.
- Ортаңғы аймақ стромадан құралған.
- Сыртқы ймақта амебалар трофозоиты мен фибрин.

Мұндай науқастарға тән: жоғарғы қызба, қалтыраумен, тершендік, әсіресе түңгі уақытта. Бауырдың ұлғаюы мен оның орналасқан жерінде ауруы, орташа дәрежеде лейкоцитоз. Ірі абсцесстер болғанда сарғаюлар пайда болады, бұл нашар болжам. Кейде абсцесс жарылып, құрамы іш қуысына жайылып, перитонитке әкеліп, басқа мүшелерді зақымдайды.

2. Плевроөкпелік амебиаз

Бауырдағы абсцесстің жарылу нетижесінде амебалардың диафрагма арқылы гематогенді жолмен өкпеге шығуы. Клиникалық көрінісі өкпедегі плевра эмпиемасы, өкпе абсцесі, бауыр- бронхтық фистула. Кеуде қабырғасының ауруы, жөтел, ентігу, қызба, қалтырау, іріңді қан аралас қақырық, лейкоцитоз.

Бауырдың амебты абсцесі

Хирургиялық емі.

Аспирацияға көрсеткіш:

- көлемі > 5 см;
- бауырдың сол бөлігінде немесе оң бөлігінің жоғарғы жағында орналасуы ;
- іштің қатты ауруы мен алдыңғы іш қабырғасының қатаюы;
- абсцесстің жарылу қаупі;
- 48 сағат ішіндегі консервативті емнің нәтижесіздігі.



Лапаротомия и дренирование брюшной полости у больного с амёбным перитонитом, обусловленным разрывом абсцесса печени.

Ішектен тыс амебиаз

3. Амебты перикардит

Абсцесс бауырдың сол бөлігінде жарылып, диафрагма арқылы перикардқа өтіп, жүректің тампонадасына және өлімге әкеледі.

4. Церебральды амебиаз

Гематогенді жомен таралып, бірнеше немесе көптеген ошақтар түзіп, мидың әртүрлі бөлігінде орналасады, көбіне сол жақта. Жедел, найзағай тәрізді басталып өлімге әкеледі.

5. Терілік амебиаз

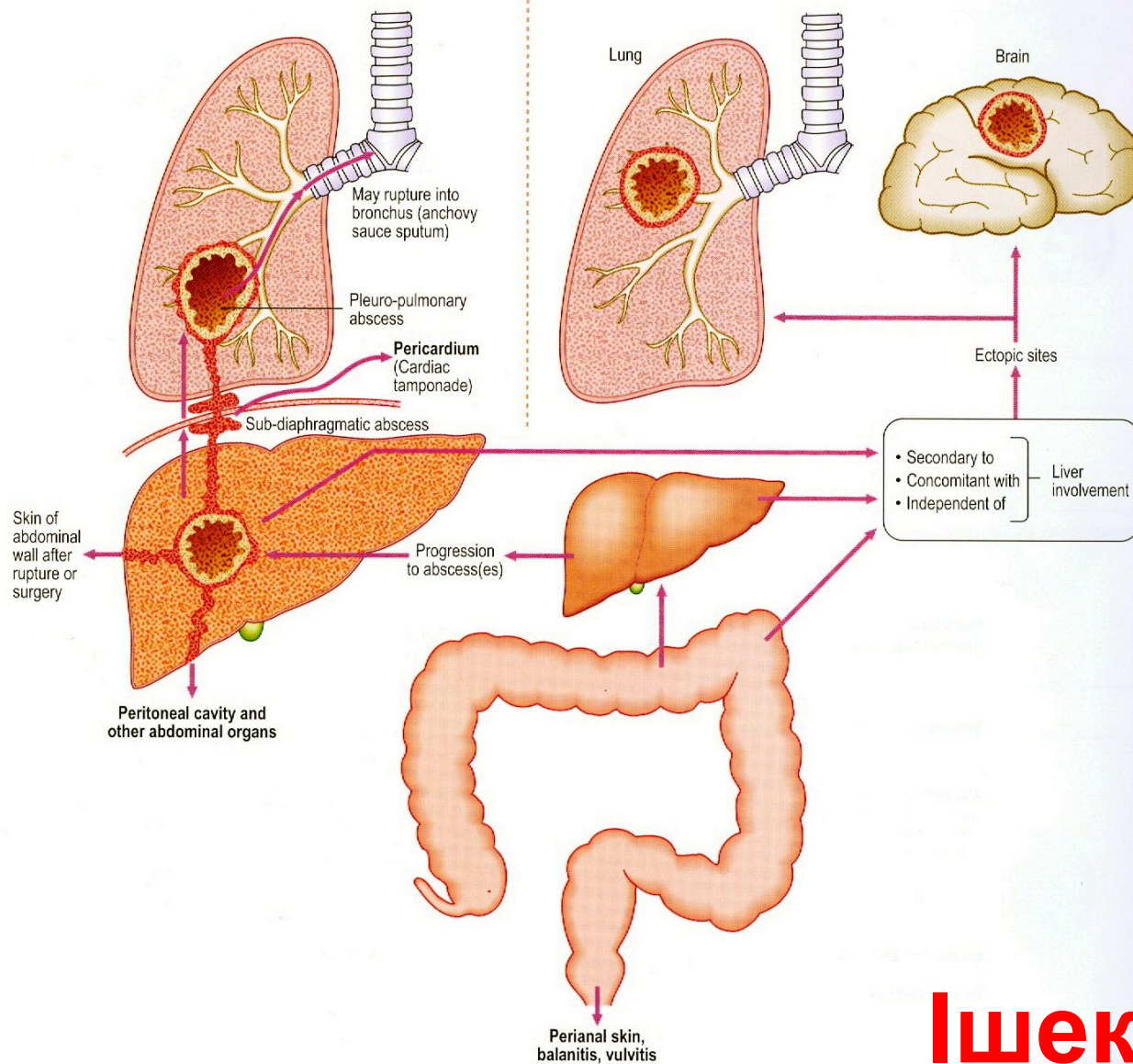
Әлсіреп арықтаған науқастарда кездеседі. Ойықты жаралар абсцесс жарылған жерде шығады. Перианальді аймақта, аралықта, санда, сирек жағдайда аяқта, бетте серпигинирлеуші эрозия түрінде. Жаралар терең, ауру сезімі аздау, қарайған шеттерімен, некротикалық түбі мен өте жағымсыз иіспен көрінеді. Элементтер 2 жыл және одан көп сақталады.



Сформировавшийся кожно-печеночный свищ передней брюшной стенки у больного внекишечным амебиазом.

Direct extension

Haematogenous spread



**Ішектен тыс
АМЕБИАЗ**





Внекишечный амебиаз. Два амёбных абсцесса в печени
(по W. Granz, K. Ziegler, 1976).

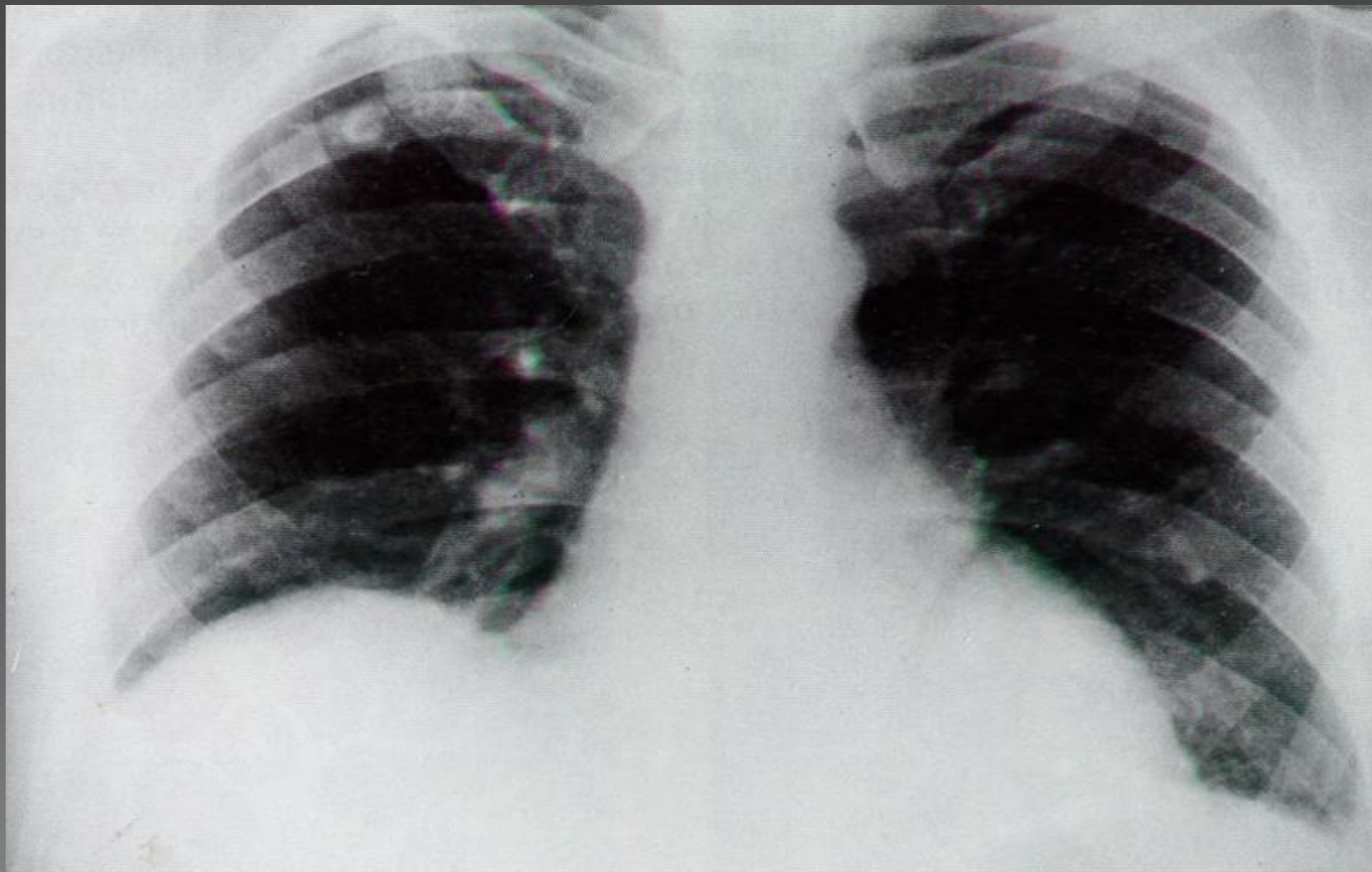
Амебиаздың лабораторлы және инструментальды диагностикасы

Ішектік амебиаз

- Фекалияларді микроскопиялық зерттеу (трофозоит пен цистаны анықтау).
- Полимеразді цепті реакция (ПЦР).
- Колоноскопия, ректороманоскопия, ішектегі зақымданған ошақтан биопсия (амебаларды немесе жуан ішектің ісігін анықтау) .

Ішкетен тыс амебиаз

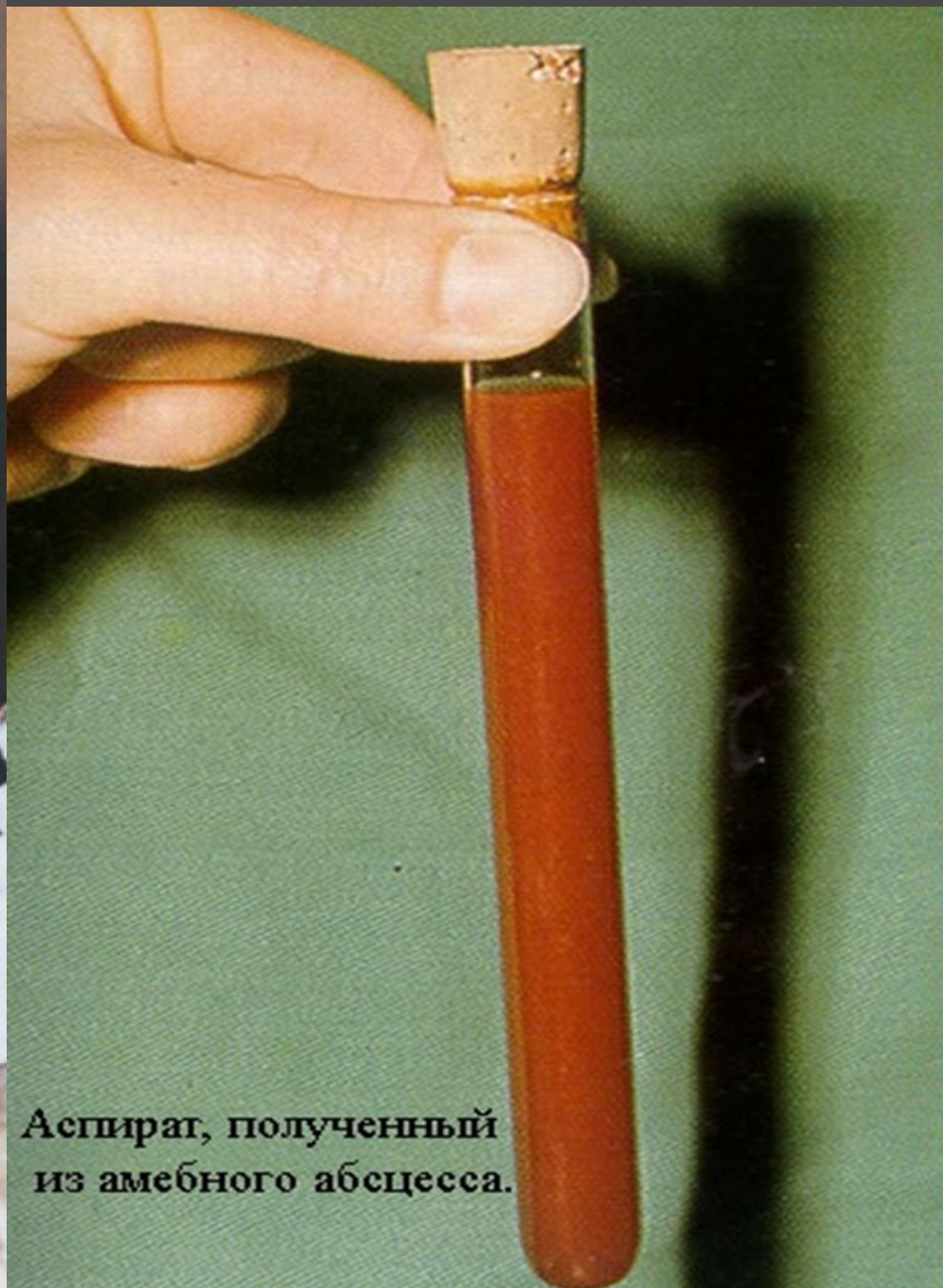
- Рентгенография, ультрасонография, компьютерлі томография.
- Абсцесстің пункциясы мен аспиратты қоздырғышқа зерттеу.
- Арнайы антиденелерге серологиялық тест.



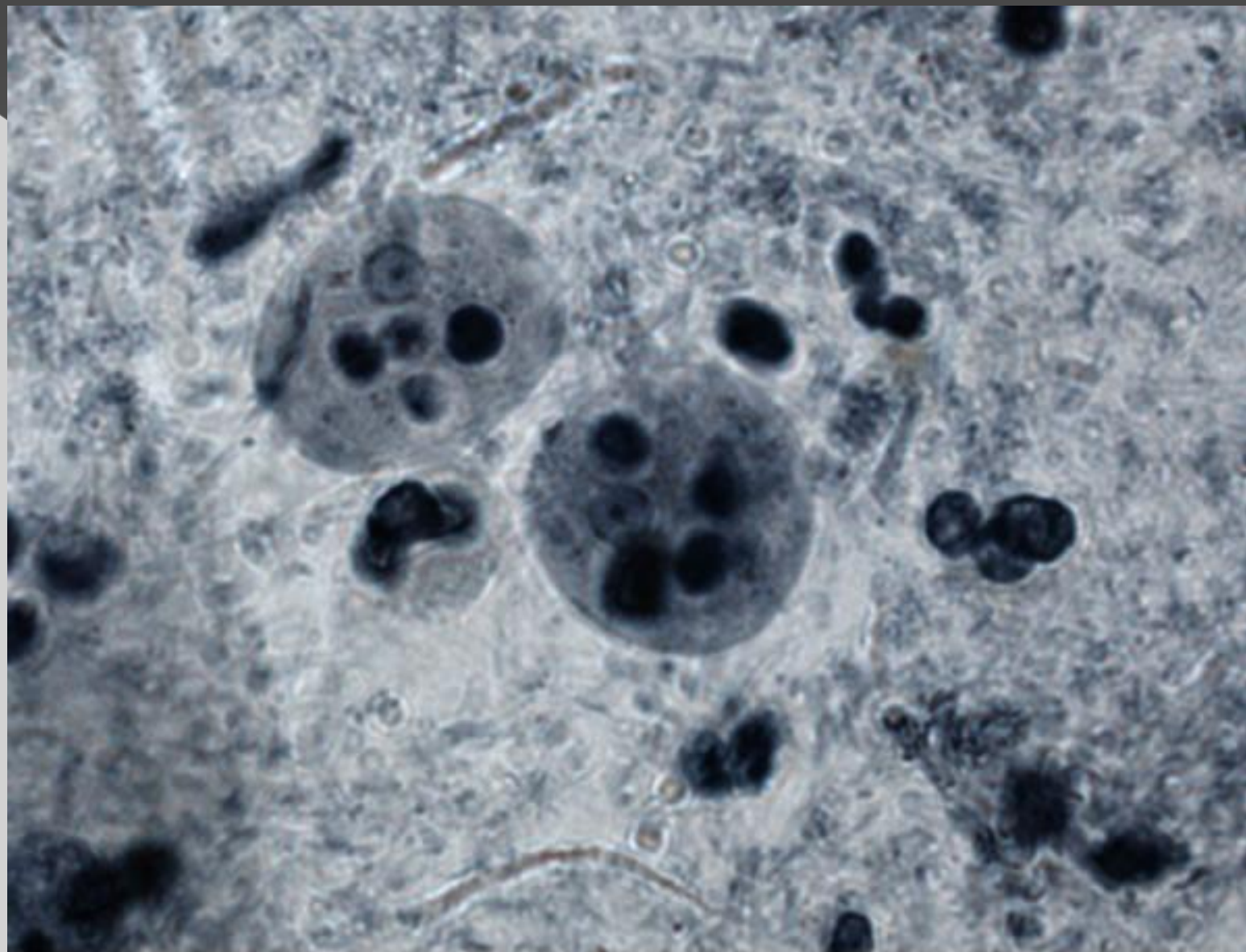
Рентгенограмма больного с амёбным абсцессом печени. Хорошо виден поднятый правый купол диафрагмы. Оригинал.



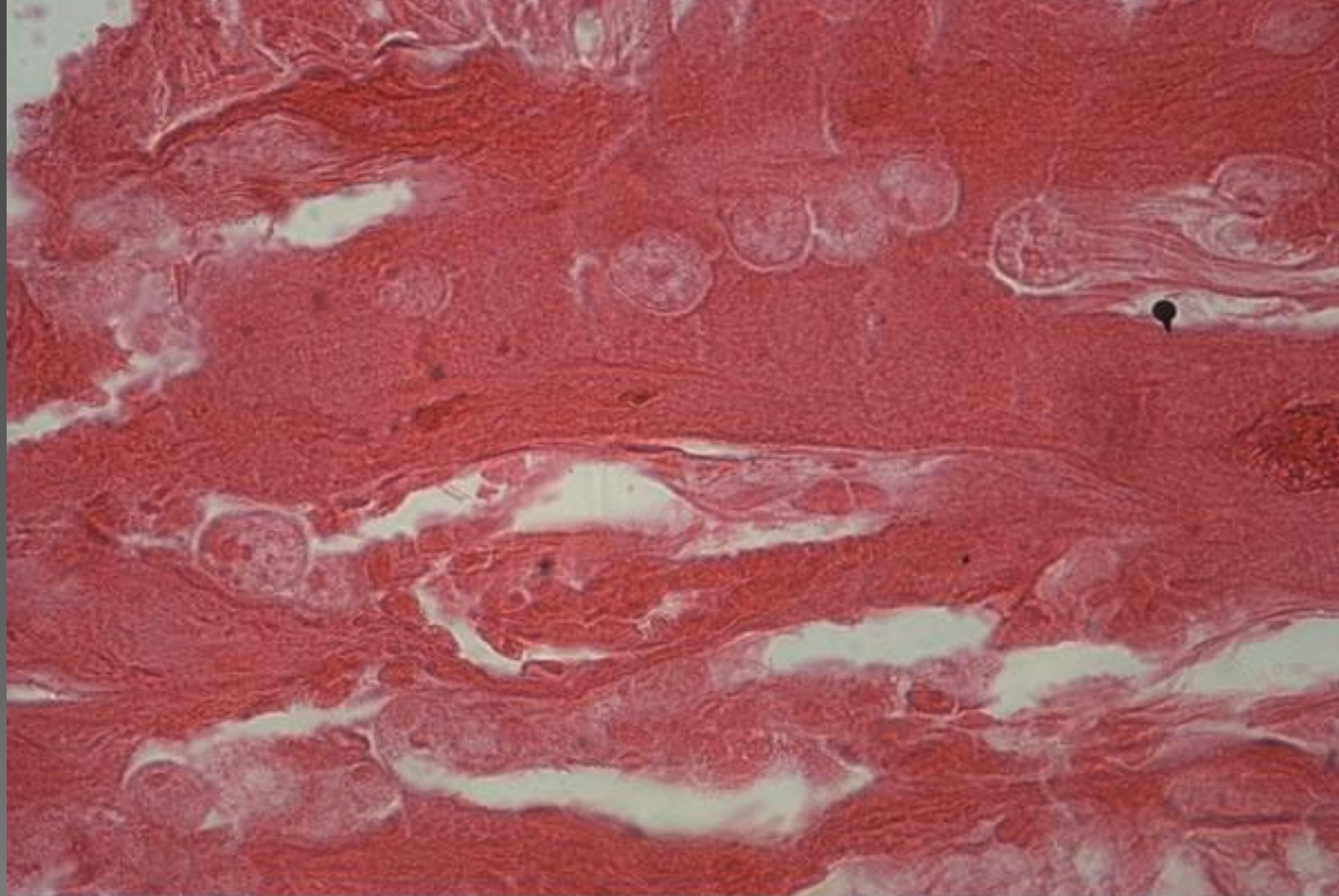
Вскрывшийся амебный абсцесс левой доли печени.
Из паразитологического музея Е.Н. Павловского, ВМедА.



Аспират, полученный
из амёбного абсцесса.



Entamoeba histolytica forma magna с фагоцитированными эритроцитами. Окраска железным гематоксилином по Гейденгайну. ©



Entamoeba histolytica в ткани кишечника.
Окраска гематоксилин-эозином. ©

Ішкетік амебиаздың асқынуы

1. **Ішектің перфорациясы**
2. **Амебті аппендицит**
3. **Амебома**
4. **Массивті ішектен қан кетулер**
5. **Ішектің амебалармен стриктурасы**

Амебиаздың емі

Препарат	Режим дозирования	
	Кишечный амебиаз	Внекишечный амебиаз
Нитроимидазолы		
Метронидазол	30 мг/кг/сут per os в 3 приема в течение 8-10 дней	30 мг/кг/сут в 3 приема в течение 8-10 дней
Орнидазол	30 мг/кг каждые 24 ч в течение 3 дней	30 мг/кг каждые 24 ч в течение 5-10 дней
Секнидазол	30 мг/кг каждые 24 ч в течение 3 дней	30 мг/кг каждые 24 ч в течение 5-10 дней
Альтернативные		
Эметин. Дегидроэметин	1 мг/кг/сут (эметин - не более 60 мг/сут, Дегидроэметин - не более 90 мг/сут)	1 мг/кг/сут (эметин -не более 60 мг/сут, дегидроэметин - не более 90 мг/сут)
Хлорохин		0,6 г/сут (основания) в течение 2 дней, далее 0.3 г/сут в течение 2-3 нед
Просветные амебициды (неинвазивный амебиаз, носительство)		
Этофамид	20 мг/кг/сут в 2 приема в течение 5-7 дней	
Паромомицин	25-30 мг/кг/сут в теч. 7-10 дн.	
Дилоксанидаза фураат	0,5 г каждые 6-8 ч в течение 10 дней	

Пайдаланылган әдебиеттер

1. Амебиаз и борьба с ним. // Бюллетень ВОЗ - 1985, №3, с.1-9.
2. Гинецинская Т.А., Добровольский А.А. Частная паразитология. Москва, "Высшая школа", 1978,302 с.
3. Горбунова Ю.П. Лабораторная диагностика кишечных протозоозов. //ЦИУВ, Москва, 1989, 34 с.
4. Лейтман М.З. Амебиаз, кокцидиоидоз и балантидиаз. Ташкент, "Медицина", 1968, 186 с.
5. Ляшенко Ю.И., Иванов А.И. Смешанные инфекции. Москва, "Медицина", 1989, 235 с
7. Руководство по тропическим болезням. Амебиаз. //Под ред. А.Я.Лысенко., 1983.
8. Акимушкин И.И. Мир животных: Беспозвоночные. Ископаемые животные. - М.: Мысль, 1998. – 382 с.
9. Карузина И.П. Биология. – М.: Медицина, 1972 – 352 с.
10. Популярная медицинская энциклопедия. Гл. ред. В.И. Покровский – 3-е изд. – В одном томе. - М.: Советская энциклопедия, 1991 – 688 с.
11. Шахмирданов А.З. Курс лекций, прочитанный в ММУ №30 [на правах рукописи] 2000 г
<http://www.antibiotic.ru/rus/all/metod/amebiaz/>
<http://www.infectology.ru/nosology/parasitic/protozoal/amebiasis.aspx>

Тақырып: Иерсиноз

Жоспар:

- Кіріспе.
- Негізгі бөлім.
 - > Этиологиясы.
 - > Эпидемиологиясы
 - > Диагностикасы
 - > Емдеуі
 - > Алдын алу шарасы
- Қорытынды.

ІШЕК ИЕРСИНИОЗЫ

- **Анықтамасы.** Ішек иерсиниозы - *Iersinia enterocolitica* қоздыратын, асқазан-ішек жолдарын зақымдап, токсикалық-аллергиялық белгілері мен өтетін жедел жұқпалы ауру.



ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ

- **Анықтамасы.** *Mycobacterium pseudotuberculosis* қоздыратын, зооноздар тобына жататын, полиморфты клиникалық көріністерімен: жалпы улану, қызба, бөртпе, лимфаденопатия, гепатомегалия, артрит, асқорыту, тыныс алу, жүйке және басқа жүйелерін зақымдау мен сипатталатын жұқпалы ауру.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- . Аурудың қоздырғышы - *Iersinia pseudotuberculosis* – грам «теріс» таяқша, Enterobactericea тұқымдастығына, Iersinia тобына жатады. O- және H- антигендері бар. O – антиген бойынша 8 сероварлары бар. Олардың ішінде адамға патогенді 01, 03, 02, 04 және 05 сероварлары.
- Иерсиниялардың ерекше қасиеттері:
- сыртқы орта мен қоректік ортаны көп талғамайды. Тіпті топырақпен суда да өсе алады, демек протрофқа жатады;
- температуралық режимі де кең -2°C - $+43^{\circ}\text{C}$ дейін өсе алады. Тоңазытқыш пен қамбаларда өте жақсы өсіп көбейе алады. Оның психрофилді қасиеті : $2-12^{\circ}\text{C}$ өсіп-өніп бере алатындығы;
- қоздырғыштың құрамында эндо- экзотоксиндердің болуы уланудың барлық белгілері мен салдарын тудырады.

ЭТИОЛОГИЯСЫ.

- Аурудың қоздырғышы - *Yersinia enterocolitica* – грам «теріс» таяқша Enterobacteriaceae тұқымдастығына жатады. О- және Н- антигені бар, О – антиген бойынша 50 сероварлары бар, 5 биотипі бар. Олардың ішінде адамға патогенді 01,05,08,09 сероварлары. 09 серовар бруцелламен ортақ антигені бар, сондықтан Райт реакциясы «оң» нәтижелі болуы мүмкін. Иерсиниоз қоздырғышы тек эндотоксин бөледі. Тоңазытқыш температурасында 4-8 °С көп уақыт сақталып және жеміс, көкөністер мен басқа тағамдарда көбеюге қабілеті бар. Қайнатқанда иерсиниялар бірден өледі.

Эпидемиологиясы.

- Псевдотуберкулез – жедел ішек инфекциясы және зооноз.
- Ауру қоздырғыштары табиғатта кең тараған. Аурудың көзі сүтқоректі жануарлар, құстар мен қосмекенділер, балық, бұынаяқты жануарлар. Бірақ негізгі аурудың көзі және резервуары – кеміргіштер, тышқандар. Олар кең таралған, псевдотуберкулезге жоғары сезімтал және қоршаған орта объектілерін, суды, топырақты, тағамдарды, көк өністерді заладап, аурудың басқа жануарлар арасында тарауына әсер етеді. Екінші резервуары – топырақ. Топырақта иерсиния қоздырғыштарының жиі табылатыны жануарлар инфицирленген нәжісімен, зәрімен залалдауға және де иерсиниялардың сапрофиттік қасиеттерінің болуына байланысты. Иерсиниоздың өте бір таңғажайып

- *Берілу механизмі – фекалді-оралді. Берілу жолдары – алиментарлы, контактілі, аэрогенді, трансмиссивті (сирек кездеседі). Негізгі берілу жолы – алиментарлы. Берілу факторлары: көкөністер, сүт, су, ет тағамдары.*
- *Қабылдаушы макроорганизм. Ауруға барлық жастағы адамдар шалдығады, бірақ балалардың тез ауыратыны ерекше аңғарылады.*
- *Ауру салқын кезеңдерде көбінесе тарайды, спорадикалық, эпидемиялық көлемде таралуы*

Патогенез

- Қазақстандық көрнекті ғалым проф. Т.И.Дмитровская псевдотуберкулез дамуында 8 сатының кезең алмастырып өршуін дәлелдеп берді.
- 1. *Эпидемиялық сатысы немесе ауруды жұқтыру сатысы.* Қоздырғыштың организмге ену жолы, мөлшері және патогенділігі аурудың клиникалық көріністеріне көп әсерін тигізеді.
- 2. *Біріншілік регионалді инфекция сатысы.* Иерсиниялар организмге енген соң макрофагтармен кездесіп не толық фагоцитозға ұшырайды, не оған тайталаса отырып жергілікті регионалді бездерге лимфа жолдары арқылы таралады. Қоздырғыштың кіру қақпасының аймағында регионалді қабыну процестер дамиды.
- 3. *Бактериемия сатысы.* Иерсиниялар лимфогематогенді жолдарымен қан айналымына түсіп бакериемия дамиды.
- 4. *Паренхиматозды ағзаларға бекіну сатысы.* Қандағы қоздырғыштарды фагоциттер қоршап алып, оларды иммунды қорғаныс қасиеті дамыған ағзаларға әкеліп шоғыландырады. Бұл жерде қоздырғыштың тарамайтын жері жоқ, демек қабыну мен деструкция өзгерістергерге

- 5. *Токсинемия сатысы.* Қанға не паренхиматозды ағзаларға түскен қоздырғыштардың ыдырау әсерінен босанған эндоксиндердің туындысы. Иерсиниоз кезіндегі интоксикацияның бір ерекшелігі - қан құрамында аммиактың концентрациясын мейлінше (5-8 есеге дейін) көбеюі. Ол уреаза ферментінің белсенділігіне тікелей байланысты. Токсико-аллергиялық өзгерістер ішкі ағзалардың бәрінде дерлік әсіресе ішек-қарында, өкпеде, бүйректе, миокардта, лимфа түйндерінді көрініс береді.
- 6. *Екіншілік – ошақты өзгерістер сатысы.* Бұл сатыда токсико-аллергиялық факторлар салдарынан ішкі ағзаларда қабыну, дистрофия, некроз сияқты өзгерістер дамып, демек полиорганды (көп жүйелі) клиникалық көріністер осы сатыға байланысты. Иммунитет тапшылығы қоздырғыштың шетсіз таралуына жол беріп сепсиске айналып, өте қатаң түрде өтуіне әсер етеді.
- 7. *Иммунитеттің қалыптасу сатысы.* Қалыптсып үлгерген клеткалық және гуморалді иммунитет арқасында қоздырғыштарды аластау процесі басталады. Бактериялық айығу, морфологиялық айығу, функционалді айығу процестерімен ұштасып, инфекциялық процестің аяқталуына әкеледі. Ал егер ауру толық жазылмаса, онда аурудың кейбір қалдықтары – салдары қалыптасады. Сүйтіп ол 8-ші сатысына ауысады.
- 8. *Аурудың ақыры немесе нәтижесі.*

Патогенезі

- псевдотуберкулезге біраз ұқсас. Ерекшелігі: ішекті көбірек зақымдап, терминальды илеит, жаралы, некрозды энтерит, энтероколит, мезентериальды лимфаденит дамиды. Қоздырғыш ішектің төмінгі бөлімдері арқылы еніп, оның аймақтық – мезентериалді лимфа түйіндерінде ұялап, солардың зақымдануы арқылы әрі қарай септикалық инфекция қалыптасуына жағдай жасалады. Аурудың өте жиі кездесетін терминалді илеит, гастроэнтерит, энтероколит мезентериалді лимфаденит, аппендицит болып келгендіктен, ол “ішек иерсиниозы” деген ат алған. Бірақ ішек жағынан кездесетін белгілерден басқа да артрит, түйінді эритема, конъюнктивит, лимфаденит, гепатит, нефрит, уретрит, т.б. синдромдар көрініп, ол псевдотуберкулезге ұқсастығын көрсетеді.
- Ішек иерсиниозы кезінде көбіне гастроэнтероколит түрі, аппендицит түрі, септикалық түрі, субклиникалық түрі жиі қалыптасады.
- Ауруды емдеу, аурудың алдын алу шаралары псевдотуберкулезге ұқсас.

Клиникалық көріністері

Ауру бірнеше кезеңнен тұрады: жасырың кезені (3-18 күн), бастапқы кезең (1-3 күн), өршу кезеңі (3-6 күн), айығу кезеңі. Аурудың жедел, жеделдеу, созылмалы түрлерін ажырату керек. Аурудың созылмалы түрі үздіксіз, толқын тәрізді, рецидивті ағымымен өтуі мүмкін. Жасырың кезеннен кейін ауру көбінесе жедел басталады (80%). Бірден дене қызуы көтеріледі, науқас тоңады, басы аурады, әлсізденіп тәбеті қашады, бүкіл денесі, бұлшық еттері, буындары, бел аймағы аурады. Біраз адамның іші аурып, өтіді, құсу пайда болады. Енді біреулерінің жұтынғанда тамағы ауырады. Аурудың клиникалық көріністері қоздырғыштың мөлшеріне, организмге ену қаупасының орналасуына

Науқастың түрі осы ауруға тән өзгереді: беті, мойыны, көзі қызарады, ісінкі тартады. Бірақ мұрын-ерін үшбұрыштығы керісінше соғын тартып бозарады. Ұшық шығуы, тамағының ісіп не қызаруы жиі кездеседі, таңдайында бөртпелер пайда болады – энантема. Аурудың көпшілігінде тұмау-сузектің барлық белгілері көрініс береді: мұрын бітеді, жөтеледі, тамағы аурады. Демек айтылған белгілер бір жағынан гриппке, екінші жағынан скарлатинаға, ұқсас болып келеді. Ауру басталғаннан кейін 1-4 күн ішінде денеге бөртпе шығады әртүрлі көлемде: дақ, нүкте тәрізді ұсақ, біреуде қызылшадағы, біреуде қызамықтағы бөртпелерге ұқсайды. Бөртпелер табиғи қартпалар аймағында, аяқ-қолдың бастарында, буын тұстарында қоюланады, бөртпеге симметриялық орналуы тән, бетте сиректеу кездеседі. Бөртпе тез пайда болып, тез жойылып кетуі мүмкін, науқас жатқанда білінбейді, ал тұрғанда анық көрінеді. Бұл кезде «шымшу», Пастия симптомдары табылады. 2-3 аптадан кейін бөртпе шыққан жерлердегі дененің терісі түлейді. Аурудың жалпы улану белгілерінің және ошақтық белгілерінің дамуы жоғарғы деңгейіне

- Шеткі қанда: нормоцитоз, лейкопения анықталады, лейкоцитоз сирек кездеседі.
- Балаларда ауру продромсыз өте тез басталады; скарлатина тәрізді бөртпе ерте және жиі кездеседі; тыныс жолдары жиі зақымданады, жедел респираторлы инфекцияға өте ұқсас өтеді; ас қорыту жолдарының қабыну процестері ересектерге қарағанда жиі кездеседі; лимфа жүйесі көбірек өзгереді, неше түрлі лимфадениттермен қатар гепатит, аппендицит жиі кездеседі.
- **Псевдотуберкулездің клиникалық ерекшеліктері:**
- Патогенезге сәйкес инфекциялық процеске барлық ішкі ағзалар мен жүйелер қатысатын болғандықтан аурудың сыртқы көріністері полиморфты.
- Бір науқаста бір мезгілде бірнеше жүйенің зақымдануының белгілері анықталып көп-жүйелі процесс дамиды.
- Асқорыту жүйесі патологиялық процеске міндетті түрде ұшырайды, себебі қоздырғыш алиментарлы жол арқылы беріледі. Сондықтан науқастарда осы жүйе бойынша өзгерістерді анықтап сұрау қажет.
- Осы айтылған қорытындыдан бұл ауруға диагноз қоюдың қиындығы туындап отыр.

Диагностикасы.

- Псевдотуберкулез диагнозын анықтау стандарты №13 кестеде келтірілген.
- Лабораториялық әдістер:
- Бактериологиялық әдіс. Көмей мен жұтқыншақ жағындысын, қанды, зәрді, нәжісті қоректі орталарға себіп термостат арқылы емес, тоңазытқыш арқылы өсіреді. Осымен қатар операциядан кесіліп алынған материалдар, көк өністер, су қолданылады. Бірақ қоздырғыш өте жай өседі (10 күн).
- Серологиялық реакциялар – тікелей емес агглютинация реакциясы, гемагглютинация, бактерияльды лизис, имуноферменттік анализ қолданылуда.
- Жаңадан енгізілген арнайы антиген байланыстырушы лимфоциттер анықтау әдісі

Емдеуі.

1. Этитропты ем: антибиотиктердің ішінде левомецетин, фторхинолондар, цефалоспориндер температура қалпына келгеннен соң тағы да 5 – 10 күн беріледі. Аурудың ауыр түрінде цефалоспориндермен бірже фторхинолондарды тағайындау қажет. Патогенетикалық ем: дезинтоксикация кезінде, кристаллоидты ертінділер, менингеальды синдром болса – дегидратация қатар жүргізіледі, аллергиямен күресу, геморрагиялық өзгерістерге жол бермеу, қан тамырларының қабырғасын жарақаттанудан қорғау, гепатит болса гепатитті емдеу. Оң жақ илеоцекальды бұрыштағы өзгерістедің көбі терминалді илеит, мезаденит, тифлит, аппендицит операция жолымен емдеуді қажет етеді.

Аурудың алдын алу

санитарлық ағарту шараларын іске асыру.

Қолданылған әдебиеттер.

- Әміреев С.Ә. Темірбеков Ж.Т.
“Эпидемиология” Алматы 2000ж.
- А.Қ. ДҮЙСЕНОВА “ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР”,
Алматы 2009 ж.
- Ә. Нұрмұхамбетұлы, “Патофизиология”,
Алматы 2009 ж.
- [www. google.kz](http://www.google.kz)

Балантдиаз

Балантидиаз ауруы

- Балантидиаз – *Balantidia coli* қоздыратын, жаралы колитпен, улану симптомдарымен сипатталатын зоонозды протозойлы ауру. Синонимі «инфузориялы дизентерия». Этиологиясы. қоздырғышы *Balantidia* тұқымдастығына, *Ciliata* класына (кірпікті инфузориялар), *Protozoa* (қарапайымдар) типіне



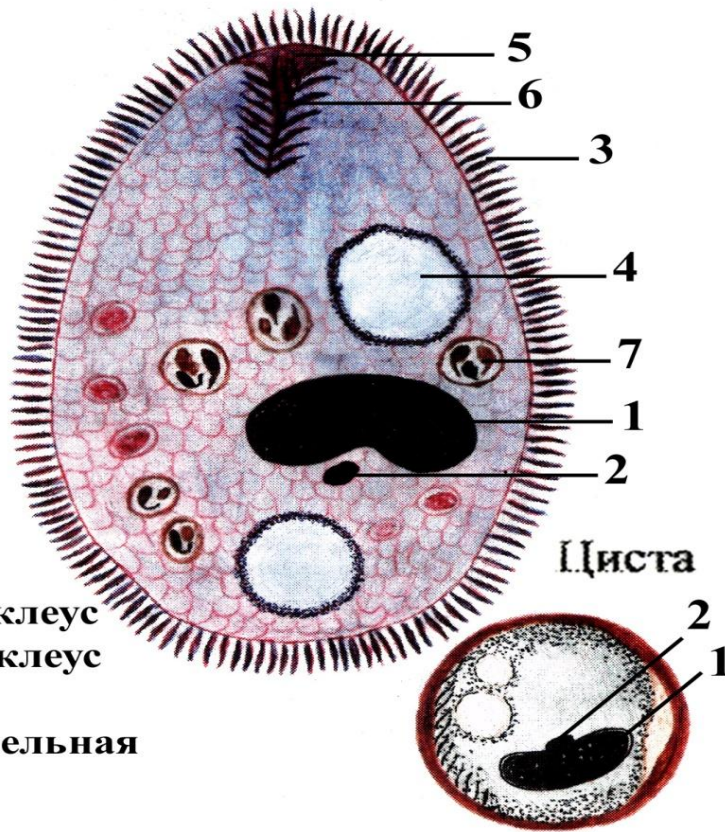
Balantidium coli

Тіршілік циклы 2 кезеңнен тұрады: вегетативті.

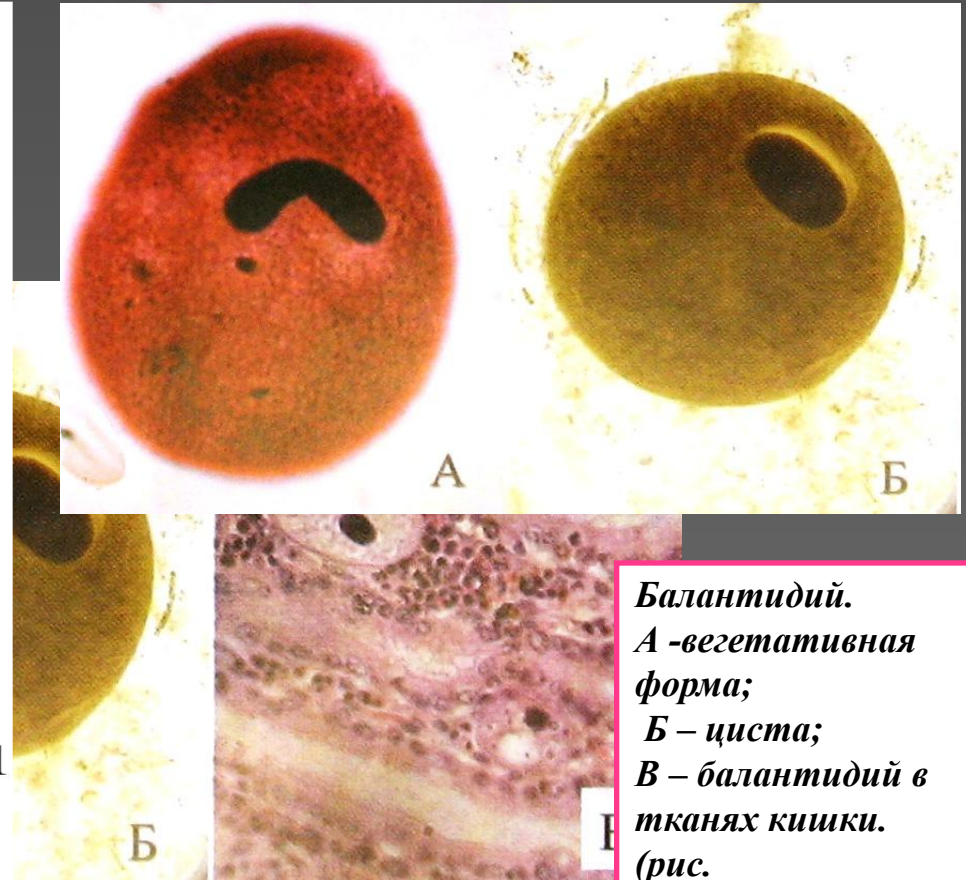
- Вегетативті түрі – 50-80 мкм ұзындығы, ені – 35-60 мкм. Денесі пеликуламен және спиральды кірпікшелермен жабылған. Екіге бөліну жолымен көбейеді, бірақ конъюгация типі бойынша жыныстық жолмен көбеюі мүмкін. Қолайсыз жағдайда бірден жойылады. Нәжісте 5-6 сағатқа дейін сақталады. Цисталар – дөңгелек пішінді, 50-60 мкм диаметрі. 2 контурлы қабаты және ядролы аппараты бар. Сыртқы ортада бірнеше апта.

Қарапайымдылардың құрылымы

Вегетативная форма



1. Макронуклеус
2. Микронуклеус
3. Реснички
4. Сократительная вакуоль
5. Цитостом
6. Цитофарингс
7. Пищеварительная вакуоль



Балантидий.
А - вегетативная форма;
Б - циста;
В - балантидий в тканях кишки.
(рис. «Паразитарные болезни человека» С.В. Жаворонок и др. Гомель, 2006)

Эпидемиологиясы.

Бұл ішектік зооноз. Қоздырғыш резервуары – шошқалар, барлық жағдайда дерлік инвазияланған. Сирек егеуқұйрықтар, иттер залалданады, бірақ олардың эпидемиологиялық ролі маңызды емес. Өте сирек жағдайда адам балантидиаздың резервуары болуы мүмкін. Жұқтыру механизмі – фекальді-оральді. Негізгі берілу жолы – су арқылы (шошқаның нәжісімен ластанған су). Көкөністер, топырақ аурудың берілу факторлары болуы мүмкін. Балантидиаз шошқа ұстайтын ауыл тұрғындарының

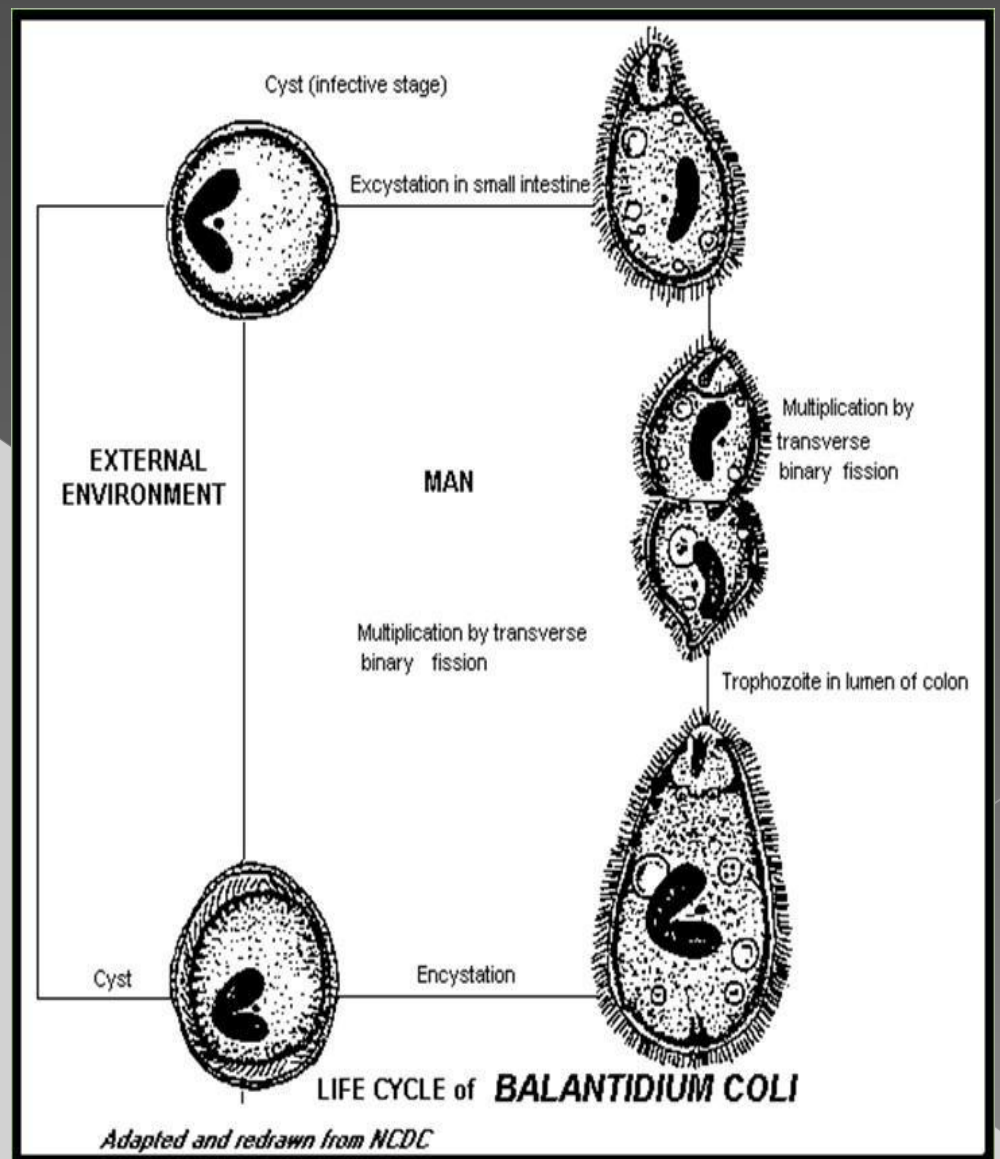
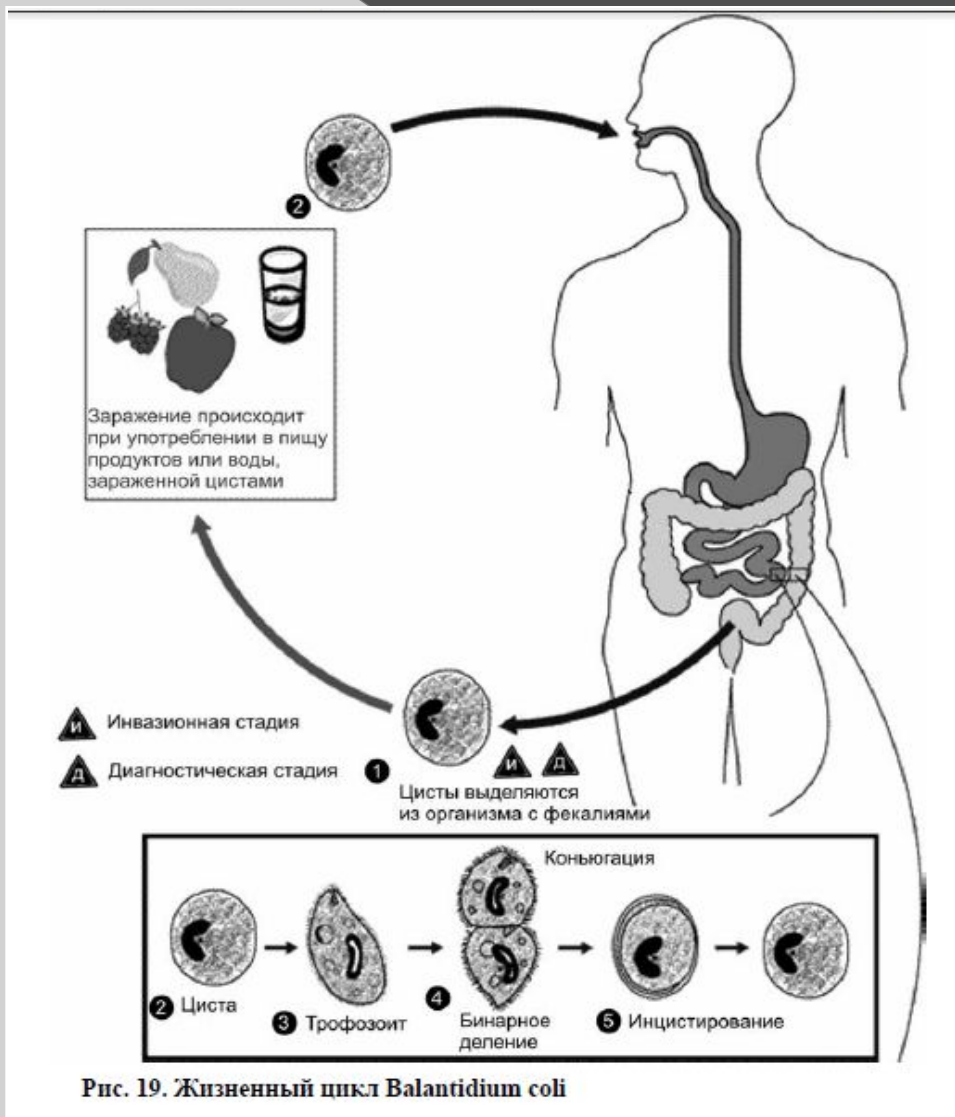


Бесполое размножение

Патогенезі.

Жұтылған цисталар тоқ ішектің жоғары бөлігіне дейін жетіп, көбінесе соқыр ішекте вегетативті түріне ауысып көбейеді. Бұл процесс әлсіз деңгейдегі улану симптомдарымен сипатталады. Қазақстанда 2016 жылдың қазанынан бастап, 3 жаңа жағдайдың басталуына байланысты тоқ ішектің шырышты қабатына енуге, шырыш асты қабатына миграциялауға бейім, нәтижесінде тоқ ішекте терең жаралар, микроабсцесстер түзіледі. Жаралар негізінен ішектің иілген жерлерінде, көбінесе соқыр, сигматәрізді және тік ішектерде орналасады. Жараларға тән сипаттама: орналасуы қыртыс айналасында, шеттері тегіс емес, түбі некроздалған массалармен жабылған, олар көбінесе желе тәрізді, қара түсті. Жараларды қоршаған шырышты қабықшалар ісіңкі, гиперемияланған болып табылады. Іріңді, некрозды аппендицит дамуы мүмкін. Өте сирек миокард, бауыр, ащы ішек патологиялық үрдіске ұшырауы мүмкін. *Balantidia coli*-нің тіршілік ету әсерінен, сонымен қатар тоқ ішектегі қабыну, іріңді

Патогенез



Клиникалық көріністері.

Арудың субклиникалық, жедел, созылмалы түрлерін ажыратады. Созылмалы түрі үздіксіз немесе рецидивті ағымымен сипатталады. Балантидиаздың ошақтарында балантидияларды тасымалдаушылық кездесуі мүмкін. Субклиникалық түрінде арудың көріністері болмайды, эндоскопиялық зерттеу кезінде катаральды-геморрагиялық немесе жаралы колит анықталады. Шеткі қанда эозинофилия, бауырлық биохимиялық сынамаларының бұзылыстары анықталуы мүмкін. Жедел түрінде жалпы интоксикациялық синдроммен колиттің көріністері дамиды. Олардаң айқындылығына байланысты арудың жеңіл, орташа ауыр, ауыр түрлерін ажырату керек. **Инкубациялық кезең** 1-3 апта, одан да қысқа болуы мүмкін. Ауру жедел басталады: қызба, бас ауыруы, жүрегі айну, көптеген құсулар, әлсіздік, іштің өте қатты ауруы және диарея. Нәжісі көп мөлшерде, сұйық, жиі қан мен ірің аралас, шірік иісті, тәулігіне 3-5-тен 15-20 ретке дейін болады. Арудың жедел сатысының ұзақтығы 2 айға созылуы мүмкін. Еңбекке қабілеттілік төмендейді, дене салмағы азаяды. Адекватты ем қолданбағанда ауру созылмалы түріне ауысады. Созылмалы түрі 5-10 және одан көп жылдарға созылуы мүмкін. Созылмалы рецидивті түрінде арудың өршу кезеңі (1-2-3-4 апта) ремиссия кезеңімен (3-6 ай) ауысып тұрады.

Асқынулары.

- Жедел аппендицит
- Ішектен қан кету
- Перитонит

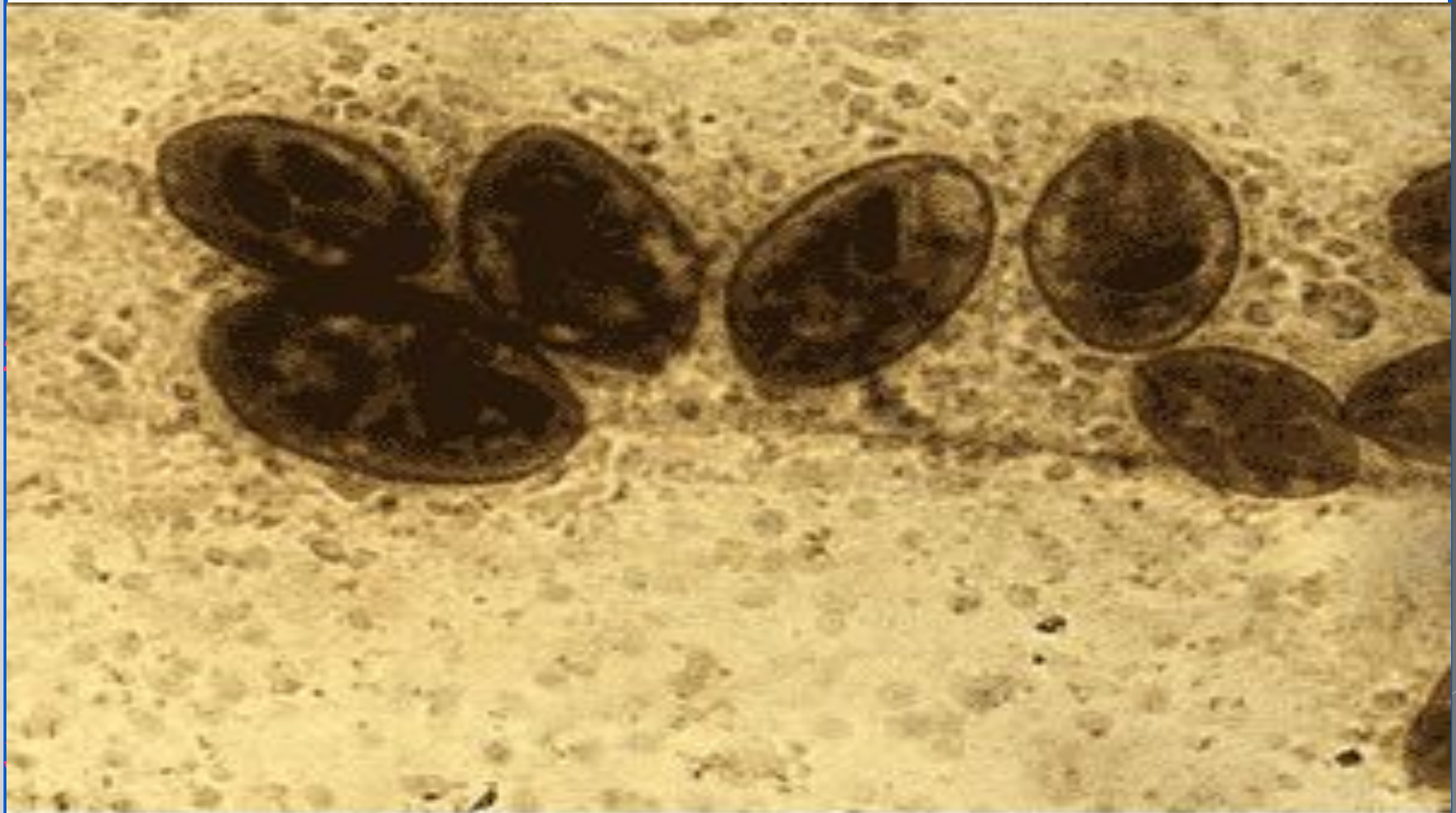
Дифференциальды диагностикасы.

- Жедел дизентерия
- Ішектік амебиаз.
- Спецификалық емес жаралы колит.
- Дисбактериоз.

Диагностикасы.

1. Клинико-эпидемиологиялық
2. Эндоскопиялық зерттеулер
3. Диагноз паразитологиялық әдіспен — *Balantidia coli*-ді нәжістен, жара түбінен (вегетативті түрін) анықтаумен расталады. Микроскопия мазка кала больного. (нативная микроскопия и микроскопия фиксированного мазка ,окрашенного по методу Гейденгайна.
4. Культуральный метод. Для культивирования балантидиев применяется среда Райса и используется МПБ, разбавленный физиологическим раствором в 5 раз .
5. Ректороманоскопия и биопсия ткани рядом с язвами

Балантидиоздың диагностикасы



Вегетативные стадии *Balantidium coli*. Окраска железным гематоксилином по Гайденгайну. ©

Емдеуі.

Ең нәтижелі препарат болып есептеледі: мономицин 150 мың — 250 мың x 4 рет -5 күн, 5-7 күннен кейін екінші курс тағайындау керек. Ауыр ағымда 3 курс және мономицинді окситетрациклинмен 250 мың x 4 рет 7 күн қоса береді. Метронидазол, ятрен, ампициллинді қолдануға болады. Дезинтоксикациялық және симптоматикалық терапия, диета.

Асқынулар дамығында хирургиялық ем. Науқастарды ауруханадан шығаруды клиникалық сауығудан және паразитологиялық зерттеулердің теріс



ООО "БИОЖЕННА", 420030 г. Саранск,
ул. Болонь, 75А
Телефон (8342) 47-35-45, 47-26-70

МЕТРОНИДАЗОЛ

250 мг

20 таблеток



ООО "БИОЖЕННА", 420030 г. Саранск,
ул. Болонь, 75А
Телефон (8342) 47-35-45, 47-26-70

МЕТРОНИДАЗОЛ

250 мг

20 таблеток

Список Б. Хранить в сухом, защищенном от света месте, при температуре не выше 25°C.

Алдын алу шаралар.

Эпидемияға қарсы шаралар инвазия қоздырғышының көзін, берілу жолдары мен факторларын (шошқалар, жабайы қабандар және олардың нәжістерімен ластанған тағамдар және сулар) уақытында табуға бағытталған. Тұрғындарға жеке бас гигиенасын үйретуге және оны сақтауға ерекше көңіл бөлу керек.

Әртүрлі қоршаған орта объектілерінің балантидиялар цисталарымен ластануын тексеру өткізіледі. Инвазия көзіне (ауруханаға салу, емдеу, диспансерлік бақылау), берілу жолдарын үзуге (күнделікті және қорытынды дезинфекция), жұғу факторларын тазалауға (су, тағамдар, көкөніс және т.б.) бағытталған шаралар міндетті түрде өткізіледі.

Маңызды алдын алу шараларына тұрғындар арасында, әсіресе ауылдық жерлерде, шошқа өсірумен кәсіби айналысатын адамдар, ашықтар, қасапхана және от

Вирусы диарея

- Вирусты диареялар - бір топ (гастроэнтериттер) энтеротропты вирустармен шақырылатын, көбінесе фокальды-оральды механизммен тарайтын, клиникасында гастроэнтерит, энтерит түрінде ас қорыту жолының зақымдалуымен, интоксикация синдромымен және кей кезде [ТЫНЫС АЛУ](#) жолдарының қабынуымен өтетін бір топ аурулар. Бір топ инфекциялары вирустармен шақырылатыны ХХ ғасырдың басында анықтала бастады. Түсініксіз себептермен пайда болған диареямен өтетін аурулардың өршіп көрінуі зерттеуге жол салды. Нәтижесінде диареяны тудыратын мүмкіншілік энтеровирустарда, аденовирустарда, ресвирустарда, ротовирустарда, парвовирустарда анықталды (астро-камици-миниротовирустар).
- ДДҰ ([Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы](#)) мәліметтері бойынша ауыр түрінде өтетін диареялардың ішінде 20-40% вирусты этиологиялы, көбінесе ротовирусты. Жыл сайын жер бетінде 1-2 млн адамдар көбінесе балалар осы инфекциядан өлім табады. Қазіргі күндегі көзқараспен жедел ішек инфекциялардың себептерінің ішінде бірінші қатарда-

Ротовирусты инфекция

Қоздырғышы-Rotavirus, Reoviridae тұқымдастан. Құрамында РНК-сы бар. Қазіргі күнде ротовирустардың 4 серовары белгілі-I, II, III, IV. 70% кезіндегі оқиғалар II серовармен шақырылады. Ротовирустар сыртқы ортада төзімді деп есептеледі. Аурудың көзі ауырған адам немесе

[вирусты](#) Қоздырғышы-Rotavirus, Reoviridae тұқымдастан. Құрамында РНК-сы бар. Қазіргі күнде ротовирустардың 4 серовары белгілі-I, II, III, IV. 70% кезіндегі оқиғалар II серовармен шақырылады. Ротовирустар сыртқы ортада төзімді деп есептеледі. Аурудың көзі ауырған адам немесе вирусты тасымалдаушы. Ауырған адамдар вирусты сырқаттың бірінші клиникалық көріністерінен бастап 7-10 күніне дейін нәжіспен шығарады. Максимальды түрінде сырқаттың 3-5 күнінде. Тарату механизмі-фекальды-оральды, бірақта аэрогенды түрінде де тарату мүмкіншілігі бар. Аурауындар көбінесе кішкентай балалар (0-3 жастағы). Үлкендер арасында-иммунитеті төмен адамдар ауыруы мүмкін (қосымша патологиялармен, қариялар т.б.).

Сырқат көбінесе тағам арқылы тарайды. Мерзімі-суық уақытта. Бірен-саран оқиғалар жыл бойы кездесуде. [Аурухана](#) Қоздырғышы-Rotavirus, Reoviridae тұқымдастан. Құрамында РНК-сы бар. Қазіргі күнде ротовирустардың 4 серовары белгілі-I, II, III, IV. 70% кезіндегі оқиғалар II серовармен шақырылады. Ротовирустар сыртқы ортада төзімді деп есептеледі. Аурудың көзі ауырған адам немесе вирусты тасымалдаушы. Ауырған адамдар вирусты сырқаттың бірінші клиникалық көріністерінен бастап 7-10 күніне дейін нәжіспен шығарады. Максимальды түрінде сырқаттың 3-5 күнінде.

Клиникасы

Инкубациялық мерзім 15 сағаттан 3-5 тәулікке дейін. Сырқат жедел, кейде аяқ астынан басталады. Бірінші көрінісі көбінесе-құсу, бірреттік құсу болады, кейде қайталама түрде, көбінесе ауру басталғаннан бірінші тәулігінде басталады. Кей науқастарда құсу іш өтумен бірге бір уақытта болады. Нәжісінің түсі жасылдау, сарғыш-жасыл түсті болады. Кейбіреулерінде нәжісінде шырыш болады, тәулігіне 1-2 рет өтеді. Ауырсыну толғақ тәрізді эпигастрии, мезагастрии аймағында болады. Іші құрылдайды. Сонымен қатар гастроэнтерит

Патогенезі:

- Ротовирустардың көбейетін орны-ащы ішектің энтероциттер. Нәтижесінде ащы ішектің шырыш қабатында дистрофиялық өзгерістер туып, талшық эпителии ыдырайды. Бұл клеткалардың ішінде дисахаридтардың синтезі атқарылады. Ротовирустардың әсерінен туатын дистрофиялық өзгерістер бұл синтезді бұзады да ішек қуысында бөлінбеген дисахаридтер көбейеді. Олар тоқ ішекке түседі де қуысында осмостық қысымын жоғарлатады. Нәтижесінде-тоқ ішектің қуысына суықтық толады, ол сіңірілуге үлгере алмайды да-диарея туады.
- Организмде жауапты иммунитет туады. Көбі сауығады. Бірақта ауыр ағым да-кішкентай балаларда-өлім жиі кездеседі.

Парвовирусты инфекция

- Негізгі қоздырғышы – Norwalk вирусы, диаметрі 66 нм. 7 морфологиялық және 4 серологиялық типтері сипатталған. Инфекция көзі-ауру адам. Таралу жолы: ауа-тамшылы, фекальды-оральды, тұрмыстық-қатынас жолдарымен беріледі. Көбінесе қыс айларында өршиді. Инкубациялық кезеңі 2-3 күн, 24 сағаттан 7 күнге өтуі мүмкін. Басталуы жедел, дене қызуы жоғарлайды. Науқас шағымдары қатты әлсіздік, адинамия, жүрек айну және құсу, бас айналумен жүргізіледі. Көптеген науқастарда бұлшық еттері ауыратынына шағымданады. Ауырғандардың жартысында іш өтуі дамиды да, энтерит секілді өтеді. Ауыр жағдайда гиповолемиялық шок дамуымен тырысқақ тәрізді ағыммен сипатталады. Ішінде ауырсыну көп болмайды, бірақ ішінің жоғары бөлігінде толғақ тәрізді ауырсыну болады. Іші кепкен, пальпацияда қатты ішінің құрылдауы байқалады. Бауыр, көкбауыр ұлғаймаған. Гемопрограммада-лейкопения, нейтропения, салыстырмалы лимфоцитоз, моноцитопения. Аурудың ұзақтығы 12-24 сағаттан 2-3 күнге созылады. Жалпы науқастың жағдайы әлсіздік, қалтырау, 20-30% науқастарда температурасы жоғарлайды, кей кезде субфебрильді санға жетеді, бас айналу, талып қалуы болуы мүмкін. Қарап көргенде сұйықтық жоғалтқанда шырышты қабаттарының құрғақтығы байқалады. Іші жұмсақ, кіндік маңайын пальпациялағанда аздап ауырсыну болады, терең пальпацияда іш құрылы естіледі. Лабораторлы дәлелі: Гемограммада өзгерістер жоқ, СОЭ қалыпты. Науқастардың 1-ші тәулігінде кейбіреуінде

Ситуациялық тексерулер:

- Вирусологиялық
- серологиялық (жұпты сарысулар әдісімен)
- копрограмма

Емі

Патогенетикалық
дегидратациялық ЖӘНЕ
дезинтоксикациялық

Дереккөздер

- http://ru.wikipedia.org/wiki/Ротавирусная_и_инфекция
- Черкасский Б.Л. Руководство по общей эпидемиологии – М.: Медицина, 2001. – 560с. [ISBN 5-225-04551-0](#)
- Амиреев С.А., Муминов Т.А., Черкасский Б.Л., Оспанов К.С. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. 1 т. Алматы, 2007. [ISBN 9965-826-73-0](#)