

**Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-
түрік университеті**

**Медицина факультеті
Тақырыбы: Терең микоздар**

**Қабылдаған: Айдарбекова Д
Орындаған: Кенжебекова А**

Тобы: ЖМ -018

Жоспары:

- 1) I Кіріспе
- II негізгі бөлім
- Терінің терең (жүйелік) микоздар
- Актиномикоз
- Терең бластомикоз
- Тері астылық микоз
- Хромомикоз
- III Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер

- 1) Терең микоздар (актиномикоз, кокцидиоз, гистоплазмоз, криптококкоз, бластомикоздар, атиномицеттер.)
- 2) Тері астылық немесе субкутанды микоздар (споротрихоз, хромомикоз, мадуромикоз).

Саңырауқұлақты аурулар.

- Саңырауқұлақтық аурулар, дерматофиттер – өсімдіктік микроорганизмдердің саңырауқұлақтардың әсерінен пайда болады. патогенді саңырауқұлақтар хлорофилі жоқ, көмір қышқылын ассимиляциялауға қабілетсіз, төменгі сатыдағы өсімдік класына жатады.
- Патогенді саңырауқұлақтың ең негізгі тобы жіп тәрізді саңырауқұлақтар гиформициттерден тұрады (дерматомицеттер немесе дерматофиттер), олар мицелий жіпшелерін және ұрық спораның түзілуімен
- ерекшеленеді. Инфекцияның көзі – ауру адам немесе ауру мал. Сонымен қатар кейбір саңырауқұлақтардың топырақта тіршілік ететіні белгілі. Саңырауқұлақтар адамның, малдың организмінен басқа жерде тіршілік еткенде ұрық тастау арқылы өздерінің ауру қоздырғыштық қабілетін көп жылдарға дейін сақтайды, заттар арқылы жұғу осығын байланысты.
- Патогенді саңырауқұлақтың екінші тобына кандида текті ашытқыға ұқсас саңырауқұлақтар (*Oidium Albicans, monilia*) жатады.
- Кандида текті саңырауқұлақ анаскопора (спор түздейді) ашытқышқа жатады.

- Ашытқы клеткалары ұрық арқылы емес, бүршіктеніп көбейеді; құратын жіптер бұтақсыз, сондықтан жалған мицелий деп атайды (псевдомицелий).
- Теріні және ішкі ағзаларды зақымдайтын ашытқының потегенді түрі
- *Candida Albicans*. Кандидадың түрлері табиғатта өте көп таралған. Олар
- жемісте, көкөністерде, сүтте табылады, тұрақты сапрофит ретінде адамның жануардың терісінде, кілегейлі қабатта тіршілік етеді, тек қана тиісті жағдайда өзіне тән кандидоз деп аталатын ауруға душар етеді.
- Грибокты аурулардың түрлері өте көп: А.М. Ариевич пен Н.Д. Шеклаков
- ұсынған ТМД елдерінде танылған жіктеу бойынша барлық саңырауқұлақтық
- аурулар 4 топқа бөлінеді:
 - 1.Кератомикоздар
 - 2.Дерматомикоздар
 - 3.Кандидоздар
 - 4.Терең (жүйелік) микоздар
-

Терең микоздар

- Терең микоз терілерді зақымдайтын саңырауқұлақты ауруларға жатады, тері, шырышты қабық және ішкі ағзаларды зақымдайды. Микоздар Қазақстанда өте сирек кездеседі.
- Терең микоздың 3 түрі бар.
 - 1.Актиномикоз
 - 2.Терең бластомикоз
 - 3.Хромомикоз

АКТИНОМИКОЗ

- **Актиномикоз** (грекше aktis (aktinus) — сәуле және тукес — саңырауқұлақ) — актиномициттер қоздыратын жұқпалы ауру. Актимикозбен көбіне жануарлар шалдығады, ал адамдар сирек ауырады.[1] Актиномикоз табиғатта кең тараған. Ол топырақта, жануардың ішек-қарнында, арпа-бидай дәндерінде ұзақ сақталады. Актиномикоз адам аузының шырыш қабатында, ішек-қарнында, жоғарғы тыныс алу жолында әрқашан кездеседі, бірақ зиян келтірмей тіршілік етеді. Ағзадағы қорғаныс қызметі төмендегенде (тұмау (грекше aktis (aktinus) — сәуле және тукес — саңырауқұлақ) — актиномициттер қоздыратын жұқпалы ауру. Актимикозбен көбіне жануарлар шалдығады, ал адамдар сирек ауырады.[1] Актиномикоз табиғатта кең тараған. Ол топырақта, жануардың ішек-қарнында, арпа-бидай дәндерінде ұзақ сақталады. Актиномикоз адам аузының шырыш қабатында, ішек-қарнында, жоғарғы тыныс алу жолында әрқашан кездеседі, бірақ зиян келтірмей тіршілік етеді. Ағзадағы қорғаныс

■ **Этиология және патогенезі**

Аэробты актиномицетер, ауада, суда, лайда көп кездеседі.

Анаэробты актиномицетер адамның және жануарлардың шырышты қабаттарында кездеседі.

Клиникасы

- Табиғатта кең тараған және ауыздың шырышты қабаты мен ішек-қарында сапрофит ретінде тіршілік етеін актиномицеттер қоздыратын созылмалы ауру. Іріңді микроскоппен және зақымданған теріні гистологиялық жолмен зерттегенде актиномиоциттер жан-жағына сәуле шашып тұрған және шоқпарланып бітетін жіңішке мицелийдің жіп шумақтары сияқты көрінеді. Тереңде жатқан тканьдерден, мүшелерден немесе метастаз жолмен патологиялық процесс таралып, тері екінші қатарда зақымданады. Кейде сиректеу экзогендік жолмен жұғыпауру теріде бірінші қатарда даму мүмкін. Көбнесе гуммозды-түйінді түрінде дамиды, тері астында бір немесе бірнеше қатты түйіндер пайда болады, терінің беті өзгермейді. Біртіндеп мөлшері үлкейіп, бір-бірмен қосылып кедір-бұдырлы, ағаштың қаттылығындай сіңбе түзеді. Ер адамдарға қарағанда әйел адамдар екі есе жиі аурады.

- Сіңбенің үстіндегі тері көкшіл-қызыл түстес. Кейінен кейбір жерлерінде инфильтрат жұмсарып, құрт жеген ұсақ тесік сияқты ашылады, одан сұйық ірің шығады, іріңнен сарғыштау дәндері-саңырауқұлақ друзаларын табуға болады. Ірі түйіндер ыдырап жара пайда болады. Жараның беті салбыраған жұмсақ, қазылған тәрізді, көкшіл түсті болып көрінеді; түбі некрозды массалармен және әлсіз грануляциялармен жабылады. Көбнесе актиномикоз бет, мойын аймағында, бөкседе (актиномикоздық парапроктит), кеудеде (өкпеге бірінші жұқанда) және іште (біріншілік ішек зақымданғанда) орналасады. Созылып өрістейді, үдеуге бейім.

Диагнозы

- Кедір-бұдырлы инфильтраттың аса қаттылығымен және құрт жеген тесігін анықтау арқылы қойылады. Түбегейлі диагноз іріңнен немесе гистологиялық препараттарда қоздырғышын табумен дәлденеді және тері-аллергиялық, серологиялық реакциялар қолданылады.

Дифференциалды диагноз

- Скрофулодермия, туберкулезды волчанка, қаттерлі ісікпен, гуммозды сифилид және басқа терең микоздардан ажырата билу керек

EMI

- Комплексті еммен антибиотиктер жақсы нәтиже береді. Актинолизат 3-4мл аптасына 2рет тері астына немесе бұлшықетке енгізіледі. Антибиотиктер пеницилин, стрептомицин, биомицин және сульфаниламидтер. Кейде йод препараттарын қолданып, рентген пайдалануда тиімді нәтиже береді.

Терең бластомикоз

- Терең бластомикоз Джилкариста созылмалы инфекция болып табылады, неконтагиозды ауру, *Blastomyces dermatitidis* саңырауқұлағымен шақырылады. Джилкрайста бластомикозы теріні, өкпені, сүйекті, бауырды, талақты, бүйректі зақымдайды. Инфекцияның кірер қақпасы тері немесе тыныс алу жолы.
- Ауру екі формада көрініс береді
 1. Біріншілік терілік
 2. Жүйелік (висцеральды)

- Біріншілік терілік зақымдану бет терісіне ақшыл қызыл бөрітпелі папула пайда болады. Түйіндерің үстіне пустулалар шығады оның беті іріңмен жабылғын. Жайлап үлкей бастайды, олар үлкен табақшалармен сипаталады, шетіне қарай үлкейіп өскенімен ортасы жұқара бастайды, ошақтың шеті көкшіл қызыл түсті.

- Терілік көріністің пайда болуы екіншілік көрініс болуы мүмкін, ішкі ағызалардың зақымдануының диссеминацилық нәтижесі. Тері астылық және тері ішілік түйін пайда болады, олардан жыланкөз және жара пайда болады, жара жазылғана кейін тыртық қалады.



Бластомикоз

- Созылмалы пиодермиядан, сифилитикалық гуммамдар, лейшманиоз және басқа терең микоздардан ажырата білуіміз керек.
- Микроскопиялық және терілік тест бластомиозды вакцинамен. Комплемен жүйесмен байлансыты реакция анықтайды.

Терең бластомикоз

- Терең бластомикоз Буссе-Бушке. Жүйелі торпидті фугозды бас минын зақымдаумен жүретін ауру. Сонмен қатар өкпені, талақты, бауырды, бүйректі, теріні, тері астылық клетчаткаларды, шырышты қабаты зақымдайды. *Cryptococcus neoformans* ашытқы саңырауқұлағы шақырады. Тері сирек зақымданады.



Бластомикоз



- Көптеген бөрітпелі папулалар, тері астылық гуммозды типті түйіндер, тері үстінде инфильтрат пайда болады, тері астылық абсцесстер. Жара түбі грануляциямен және шырышты-іріңді бөлінділермен жабылған, шеттері қалың. Жара орнында тыртық қалады.

- Сирек табан гиперкератоз, онихия анықталады. Жиі өкпе, сүйек, лифатүйіндері, сүйек миына метастаз береді. Нерв жүйесінің зақымдауынан менингит, менингоэнцефалит дамиды, пневмония, сепсис летальний исходта пайда болуы мүмкін.

Диагноз

- Терең микоздың диагноз гистологиялық тексеруге негізделеді, зақымдалған жерден жағынды алып саңырауқұлақтың қандай түрі екенін анықтайды. Серологиялық реакция және терілік тест аруды анықтауға көмек береді.
- Терең микоздың диагностикасында науқастың жағдайына байланысты температура және сүйектің, бұлшықеттің аурынуы болады.
- **Дифф диагноз:** бірінші кезекте гуммозды сифилидпен, созылмалы вегетирлеуші пиодермиямен және басқада микоздармен.

EMİ

- Флюканазол
- Амфогюкамин
- Анконтил
- Кең спектрлі анитбиотик
- Гемотерапия, витаминотерапия.
- 5% глюкоза ертіндісі аптасына екі рет.
- Леворинді мазь, люголь ертіндісі.
- Сирек хирургиялық ем

Хромомикоз

- Терең созылмалы микоз, *Hormodendron pedrosoi* немесе *Philaphora verrucosa* саңырауқұлығы мен шақырылады. Патологиялық материалды зерттегенде қоздырғыш сфералық дене екі контурлық қабығымен және жіңішке мицелий жіптерімен қоңыр түсті ашытқыш клеткаларға ұқсайды. Теріге травма алған жер арқылы еніп отырады. Зақымдалу тек аяқтардың артқы бетінде орналасады: анық шектелген дөңгелек, сопақтау немесе көпбұрышты табақшалар пайда болады.



Хромомикоз

- Оның бетінде ақшыл-сұр түсті немесе қызыл түсті, борпылдақ қабықпен жабылған жұмсақ папилломатоздық өскіндер дамиды. Тек табақшаның шеті ғана өскіндерден бос және беті тегіс күлгін-қызыл жиектерінде көрінеді. Папиломатоздық өскіндердің қабықтары алынғанан кейін, ұйымалы-іріңді жалық шығарып тұратын жырықты жаралар көрінеді. Инфилтраттың өте тығыздығына көңіл аудару керек, кейде бұл тығыздық сау терігеде таралады. Ошақтың көлемі біренеше сантиметрден ересек адамның алақанына дейін, кейде оданда үлкен болып келеді. Аса үлкендері бірнеше ошақтың қосылуынан пайда болады.

- Хромомикоздың папилломатозды-жаралы түрінен басқа, төмпешікті түрі кездеседі; тығыз, көлемі жасымықтай, қоңыр-қызыл, төмпешіктер шығады. Көлемі бертіндеп үлкейіп, қосылады да, әр көлемді ірі тығыз табақшалар құрайды, оның үстіне аздаған қабыршақтар және ұсақ қанды қабықпен жабылады. Кейбір ауруларда хромомикоздың екі түрін бірден байқауға болады. Ауру біренше жылға созылады, өздігімен жазылмайды. Лифогенді және гемогенді жолмен таралуы мүмкін.

Эпидемиологиясы

- Көбнесе шіріген ағаштан , тот басқан металдан болған жарақатың үстінде дамиды. Сонымен саңырауқұлақ сыртқы ортада өмір сүріп, адам терісіне түскен соң тиісті жағдайда патогенді қасиет білдіреді. Бірақ ауру адамнан жұғатыны анықталмаған.

Диагнозы

- Тері туберкулезінің сүйелді түрінен папиломатозды-жаралы хромомикоздың айырмасы - гиперкератоздың болмауы және инфильтраттың тығыздығы. Хромомикоздың кедір-бұдырлы төмпешік түрі кәдімгі жегіден сіңбенің тығыздылығымен және ортасынан кері дамыған бейімсіздігімен ажыратылады.
- Клинкалық диагнозы микоскопиялық зерттеуде қоздырғышы табылумен дәлелденеді. Қоздырғышы қабықта, қабыршақта папиломатоздық өскіндерде және жырық тәрізді жараның қырындысында, сонмен қатар гистологиялық зерттеуде анық талады.

Төзімділігі

Сезімталдығы

- Жоғары t
- кислот әсер ету:
 - 3-7% уксусная кислота,
 - 1-2% салициловая к-та
 - бензойная к-та
- к 5% хлорной извести, 10% формалину
- Споры умеренно устойчивы к действию УФО, высушиванию

EMI

- Пероральды немесе парентеральды жолмен жүргізіледі.
- Полиеновые антибиотики (нистатин, леворин)
- Гризеофульвин
- Флуцитозин
- Производные имидазола (кетоконазол, клотримазол, миконазол)
- Производные триазола
- Аллиламины
- Циклопирокс
- Антисептики





Мадуромикоз



Мадуромикоз



Споротрихоз



Споротрихоз



Споротрихоз



Кокцидиоидомикоз

Назараударғандарыңызға
рахмет!!!!!!!