

Қ.А.Яссауи атындағы халықаралық қазақ-
түрік университеті
Медицина факультеті

Тақырып: Лейшманиоз ауруы



Орындаған: Әбілхайыров Н.

Қабылдаған: Алиева Ж

Тобы: ЖМ-504

Жоспар

- I.Кіріспе
- II.Негізгі бөлім
 - 1.Лейшманиоз ауруы
 - 2.Диагностикасы мен клиникасы
 - 4.Емі мен алдын алу
- III.Қорытынды
- IV.Пайдаланылған әдебиеттер тізімі



- **Лейшманиоздар** — *Leishmania* туындастың қарапайымдармен шақырылатын, трансмиссивті жолмен тарайтын, висцеральды және терілік клиникалық түрлерінде өтетін зоонозды тропикалық паразитарлы инфекция.
- Лейшманиоздар — Азия, Африка, Латын Америка және Оңтүстік Еуропаның тропикалық аймақтарында кең тараған ауру.
- Бұрынғы Кеңес одағы мемлекет елдері ішінде лейшманиоз Түркия, Таджикистан, Өзбекстан, Қазақстанның Оңтүстік аймақтарында және Грузия мен Арменияда тіркелген.

Оның қоздырғышын 1898 ж П.Ф.Боровский (Ташкент) деген ғалым айқын суреттеп, Zeishman деген дәрігер 1900 жылы бөліндірген. 1903 жылы басқа дәрігер Donovan (Индия) дербес түрінде қоздырғышты аурудың көкбауырынан алынған биопсиялық препараттында тапқан. Сол себептен қоздырғышқа Zeishmania donovani деген ат берілген. Дерт тері лейшманиозы (теріні зақымдайды) және Висцералды лейшманиоз (ішкі мүшелерді зақымдайды) деп екіге бөлінеді. Өңірде орын алған түрі тері лейшманиозы. Аурудың жасырын кезеңі – 2 аптадан 4 айға дейін жалғасады. Күз, қыс айларында оңайлықпен жазыла қоймайтын жараның өзіне тән емдейтін емі жоқ. Жазылған соң жараның орны тыртық болып қалады.

● Аурудың табиғи ошақтары

- . Әсіресе, Сырдария өзенінің жағалауында жатқан Отырар, Шардара, Арыс аудандарында инфекцияның көзі саналатын үлкен-үлкен құмтышқандар көбейіп кеткен. Дәрігерлердің айтуынша, кеміргіштерге қарсы жаппай залалсыздандыру жұмыстары өңірде 1995 жылы соңғы рет жүргізілген. 2004 жылдан бастап аурушаңдық тіркелген табиғи ошақтар ғана залалсыздандырылған. Биылғы жылы Отырар, Арыс және Шардара аудандарына қарасты 15 елдімекенде дәрі шашылған. Қазіргі күні аталған өңірлерде ауру ошақтары орналасқан елдімекендердің картасы жасалып жатыр.

- Инфекцияның көзі – тышқандар, ал оны таратушылар – маса, шыбын-шіркейлер. Ауру жәндікті шаққан маса, шіркей, «үндеместер» қоздырығышты адамға жұқтырады. Бірақ ауру адамнан адамға жұқпайды.
- Расында, лейшманиозды жазуға нақты бір дәрі-дәрмек жоқ. Ертеректе қолданылған препараттарды қазір дәріханаларда сатылымнан алып тастаған. Әзірге жараны дәрігерлер антисептикалық, антибактериялық және сыртқа қолданатын дәрілермен ғана өңдеге қауқары жетіп отыр.





6



- Оңтүстік Қазақстан облысында лейшманиозбен ауырған науқастар саны күрт артты. Мамандар жыл басынан бері 52 науқастың тіркелгендігін айтқан болатын. Әсіресе, тері ауруына шалдыққандар Отырар, Шардара, Арыс аудандарында көбеюде. Отырар ауданында Аққұм ауылының тұрғындары жаппай лейшманиозбен ауырып, дабыл қағып, ақ халаттылардан көмек сұраған-ды. Осыдан кейін тері ауруын ауыздықтау үшін құрылған арнайы жұмысшы топ науқастардың 124-ке жеткендігін анықтады

● Отырар ауданы Аққұм ауылының тұрғыны Бес-алты айдан бері тері лейшманиозымен өз бетімен күрескендердің басқа амалы болмаған. Ауылда әсіресе, балалардың денесінде жара көбейген. Дәрігерлердің кеңесімен пайдаланған дәрілердің де көмегі болмаған. Аққұмдық Мадина Ыбырысованың тамыз айында екі үлкен баласының денесін жара қаптаған. Ал, күзге қарай бұл жара тағы екі баласына шыққан. Сутетігі тотығы, йод және өзге сықпамайларды қолданғанымен жара жазыла қоймаған. Барлығы жаз айында шыбын-шіркейлердің шағуынан басталып, қышынған, соңы жараға айналған. Осы ауылдың тұрғыны Қалдықыз Қаратаева да отбасымен осы аяқ-қолға шығатын жарамен бірнеше жыл алысып келгендігін айтады. Үлкендерімен қатар немерлерінің терісін қаптаған жарадан мезі болып, ем-дом алуға Шымкенттегі тері-венерологиялық диспансерге жатқан. Әжесі бұл жердің де көмегінің болмағандығын айтып налыды.

- **Патогенезі:** Москит шаққан жеріне сілекеймен лейшманийлардың лептонадты (талшықты) түрлерін жібереді. Олар клетка ішінде тіршілік ететін паразиттер болғандықтан-моноцитарлы-макрофагальды жүйе клеткаларына қалыптасады. Одан кейін адамның қорғаныс күштеріне байланысты-немесе жойылады, немесе талшықсыз (лешманиальды) түрлеріне өтіп, көбейіп-біріншілік аффект түрінде қабыну туғызады. Кейде процесс осымен аяқталады. Басқаларында біріншілік ошақтан лейшманийлар қан және лимфа тамырлары арқылы ішкі ағзаларға тарап-процессті генерализдендіреді.
- Біріншілік аффект қалыптасудан процесстің генерализациясына дейін 4-7 аптадан 5-7 ай өтеді.
- Генерализденген жағдайда лейшманийлар бауыр, көк бауыр, сүйек, клеткаларында орналасады.

- **Патанатомиясы:** эндотелиальды клеткалардың жоғары пролиферациясына байланысты-көк бауыр пульпасының атрофиясы, бауырда айқын мезенхимальды қабыну реакциялар туады. Лимфа түйіндерінде – туынды орталықтары ретикуло-эндотелиальды клеткалармен басылып қалады.
- Сүйек маңайында лейко және эритропоэз функциялары тежеледі.

● **Клиникасы:** инкубациялық мерзім бірнеше күннен бірнеше жылға дейін созылуы мүмкін. Балаларда -3 айдан 1 жылға дейін, үлкендерде -3 жылға дейін. Біріншілік аффе́кт ортаазиялық, ортатеңіздік лейшманиозға тән. Балаларда көбінесе беттерінде орналасқан 1-3 папула шығады. Индиялық лейшманиозда (кала-азалда) – екіншілік лейшманиоздар (депигментациялық папулалар) тән. Олар аурудың соңында қалыптасады. Құрамында лейшманийлар сақталынады. Сырқат келесі кезеңдерімен өтетін: инкубациялық, продромальды, бастапқы, өршу, соңғы. Одан кейін жағдайы төмендеп, кішкентай балаларда-дене қызуы жедел түрінде жоғарлап, 38-39С-ға дейін жетеді, интоксикация белгілері үдей түседі, бауыры мен көк бауыры үлкейеді. Көбінде қосымша аурулар қосылып жағдайларын төмендетеді. Ересек балалармен үлкендерде клиникалық белгілері біртіндеп көрініп, дене қызуының баяу түрінде жоғарлауымен, және анемиямен өтеді.

Өршу кезеңінде-сырқаттың характерлы белгілері айқын көрінеді. Объективті көріністері:

- тері мен шырыш қабаттарының бозаруы (ортаазиялық, ортатеңіздік түрінде)
- қараюы (индиялық түрінде)
- айқын қызба
- айқын гепатоспленомегалия
- лимфаденит
- дене салмағының азаюы
- лейкопения
- анемия
- трамбоцитопения
- этж-ның жоғарлауы
- гипергаммаглобулинемия

- Қызба ұзақ түрінде апирекция кезеңдерімен кезектесіп өтеді. Гепатоспленомегалия – көбінесе көк бауырдың қатты ұлғаюымен көрінеді, жоғарғы шекарасы УІІ-УІ қабырғаға дейін көтеріледі, төменгісі кіндіктен төмен түседі. Консистенциясы тығыз болып, біраз ауырсынады (капсуланың созылуына байланысты). Кішкентай балаларда және кейбір үлкендерде-бауырдың да көлемі кең жайылуда болады. Ұзақ процесс кезінде-фиброзбен аяқталады.
- Тері қабаттарының түсі өзгеруі (индиялық түрінде-қарайып, басқаларында бозаруы) бүйрек үстіндегі бездердің зақымдалуына байланысты. Жүрек-тамыр жүйесі де зақымдалады-көбінесе миокардиодистрофия белгілерімен көрінеді. Қанның жалпы анамнезінде айқын өзгерістер сырқаттың басынан анықталады:

- ЭТЖ-ның 50-80 мм/сағ-на дейін жоғарлауы. Клиникалық көріністер баланың жасына байланысты, неғұрлым кішкентай болса, сырқаттың ауырлығы жоғары болады.
- Сырқаттың өту бағыты: жедел өтетін және баяу өтетін түрлеріне бөлінеді.
- Жедел өтетін түрінде (1/3 ауруларда кездеседі) кішкентай балаларда сырқаттың ұзақтығы 4-8 аптадан 3-6 айға дейін; ересек балалармен үлкендерде 1-2 жылға дейін. Гепатоспленомегалия-шамалы түрінде қалыптасады. Баяу дамидын түрі 8-12 айдан 2-3 жылға дейін өтеді. Айқын гепатоспленомегалиямен өтеді.

● **Диагностикасы:**

- клиникалық белгілері
- эпидемиологиялық мәліметтер
- лабораторлы
- *Лабораторлы:* қанның жалпы анализдегі жоғары аталған өзгерістер.
- белокты фракциялардың зерттеуі
- спецификалық зерттеу-параретологиялық
- а)сүйек-майының стермальды пункциясы- (97-98%-оң нәтиже береді)
- б)көк бауырдың пунктаты (98-99%) бірақта қауіптілігі жоғары-қан кетуден науқас өліп кетуі мүмкін
- в)лимфа түйіндерінің пунктаты (60/70%)
- г)біріншілік аффектен (5/10%)
- д)екіншілік лейшманиоздардан
- ж)қаннан-тек қана индиялық (кала-азар) түрінде табылады
- Серологиялық реакциялар-спецификалық емес.
- Салыстармалы диагностикасы: кезеңіне байланысты жүргізіледі. бірақта көбінесе безгекпен салыстырады. Кейде осы екі ауру бірге жүргізіледі. Қан ауруларымен де жиі шатыстырылады.

- **Емі:** 1910 жылға дейін емі болған жоқ. Ауырғандар өлетін. Қазіргі күнге дейін емдеуі сурьма препараттарымен жүргізіледі.
- солюсурьлин, сурьмин
- солюстибозан (ФГГ)
- пентостам (Англия)
- глюконтин (Франция)
- Емдеу курсы 6-12 инфекция болады. Емнің тиімділігі-контральды бактериологиялық тексерумен анықталады.
- **Алдын алу:**
- дезинсекциялық шаралар
- ветеринарлы шаралар
- ауруларды айқын толық түрінде емдеу
- спецификалық профилактика жоқ



*Назар аударғандарыңызға
рахмет!*

