

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Жұқпалы және тропикалық аурулар кафедрасы

Лептоспироз



Орындаған: Мәдиярбек С.М.
Топ: 605-1 к
Курс: VI

Алматы 2017

ЖЫП

Васильев-Вейль ауруы

Лептоспироз - *Leptospira* туыстығына жататын қоздырғыштарымен шақырылатын, зооноздар тобына жататын, бүйрек , бауыр және жүйке жүйесінің зақымға ұшырауымен, қызбамен, миалгиялармен, улану, геморрагиялық синдромдарымен сипатталатын табиғи ошақты жедел жұқпалы ауру.

Өзектілігі

Лептоспироз - кең таралған ауру. Барлық континенттер мен елдерде кездеседі. Ресейде 77 %, Қазақстанда-9,7 %, Украинада-6,4 %, Белоруссияда-2,6 %, Өзбекістанда-2,3 %.

Өлім-жітімділігі жоғары көрсеткіштерде :
3-10%- 25-40 %.

Тарихи мәліметтер

- I. Аурудың клиникалық көріністерін неміс ғалымы **А.Вейль** 4 науқаста анықтап жазған.
- II. 1888 жылы С.П.Боткиннің шәкірті **Н.П. Васильев** осы аурудың 17 жағдайы жайлы жариялаған.

Этиологиясы

Spirochaetaceae – тұқымдастығы

Leptospiraceae – туыстығы

Олар 2 түрге бөлінеді: паразиттік *Interrogans* және сапрофиттік *Viflexa*.

Лептоспиралар – грамм теріс микроорганизм.
Гидрофильдер тобына жатады.

Эпидемиологиясы

Лептоспироз- табиғи ошақты зооноз. Адам аурудың көзі болып табылмайды.

Аурудың көзі – әртүрлі жабайы және ауылшаруашылық жануарлар.

Ошақтар:

- табиғи
- антропоургиялық

Берілу жолдары:

Контактілі

Алиментарлы

Ауру әсіресе суға шомылу мерзімінде, яғни жаз айларында өршиді – тамыз айында жиі кездеседі. Бірақ қалалық ошақтарда ауру жыл бойы кездеседі.

Патогенезі

Жұқтыру

**I-лік
бактериемия
және I-лік
паренхиматозды
бекіну**

**Қайталанған
бактериемия мен
токсинемия**

**II-лік
паренхиматозды
бекіну**

**Иммунитеттің
қалыптасуы,
арудың ақыры
немесе
нәтижелері**

Клиникалық көрінісі

Ауруға барлық жастағы адамдар сезімтал, жиі ересектер мен жасөспірімдер ауырады.

Қауіпті топтағыларға : ауылшаруашылық жұмысшылары, ет комбинатының қызметкерлері, күріш өсіріп жинайтын адамдар, ветеринарлар, аңшылар жатады.

Инкубациялық кезең – 3-5 күннен 20-30 күнге дейін созылуы мүмкін, жиірек – 7-14 күн болады.

Клиникалық көрінісі

Бастапқы

- Ұзақтығы 4-5 күн. Негізгі белгі- қызба. Аса тән клиникалық белгі- бұлшықеттерінің ауруы.

Өршу

- Бауырдың, бүйректің ОЖЖ зақымдануы, геморрагиялық синдроммен көрінеді.

Айығу

- Аурудың 20-25 күні басталады. Дене қызуы қалыпқа келеді. Мүшелердің қызметінің қалыпқа келуі өте баяу өтеді. 20-60 % аурудың қайталануы болады.

Асқынулары

- ИТШ
- Бүйрек-бауырдың жедел жетіспеушілігі
- Бүйректің жедел жетіспеушілігі

Диагностикасы

1. Эпидемиологиялық анамнез
2. Клиникалық көріністері
3. Лабораторлы көрсеткіштер
4. Микроскопия
5. Бактериологиялық
6. Биологиялық
7. Серологиялық
8. ПТР

Емі

Этиотропты емі

бензилпенициллин тәулігіне 6-12 млн. бұлшықетке, менингит кезінде 24 млн. 7-10 күн бойы; немесе эритромицин бұлшықет ішіне 500 мг 6 сағат сайын, сирек доксициклин- емдеудің 1 күні 0,1 г 12 сағат сайын, келесі күндері тәуліктік дозасы 0,1 г ұсынылған.

Патогенетикалық ем

Инфузинды ерітінділер, диуретиктер, аскорбин қышқылы, рутин, викасол белгіленген. Ағзаның улануы мен геморрагиялық синдром барысында глюкокортикостероидтар көрсетілген (преднизолон 60-120 мг тәулігіне).

Арнайы ем

Лептоспираға қарсы гетерологиялық гамма-глобулин бұлшықет ішіне 10-15 мл- 1-ші күні, келесі 2 күн бойы 5-10 мл.

Бүйректің жетіспеушілігі дамығанда **гемодиализ** жүргізу қажет.

Диспансерлік бақылау -6 ай бойы.

Алдын алу

- Аурудың көзіне қарсы шаралар
- Аурудың берілу жолдарын үзу
- Вакцинация жүргізу