

«ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ» АКЦИОНЕРЛІК
ҚОҒАМЫ



АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ С КУРСОМ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

ТАҚЫРЫБЫ: «ДИСТЕРИОЗ»

Дайындаған: Максат А.

Группа: ИБ – 18 – 01

Қабылдаған: Ермуханова Н.
Т.

АНЫҚТАМАСЫ.

Листериоз - *Listeria monocytogenes* қоздыратын, зооноздар тобына жататын, жедел және созылмалы түрлерінде өтетін, полиморфты клиникалық көріністерімен сипатталатын жұқпалы ауру. Ол көбінесе жүкті әйелдер мен жаңа туылған нәрестелерді зақымға ұшыратып және айрықша жүйке жүйенің, көмекей безінің, лимфа түйіндерінің, бауыр мен көк бауырдың зақымдануымен сипатталады.

Тақырыптың өзектілігі. Листериоз әлемнің барлық елдерінде кездеседі. Өлім-жітімділігі 5-38% аралығында. Ол осы аурудан қаза тапқандардың 24,8% өлім қатерін 2айға дейінгі сәбилер алса, 34,9% - 60 жастан жоғары қарттарға тән.



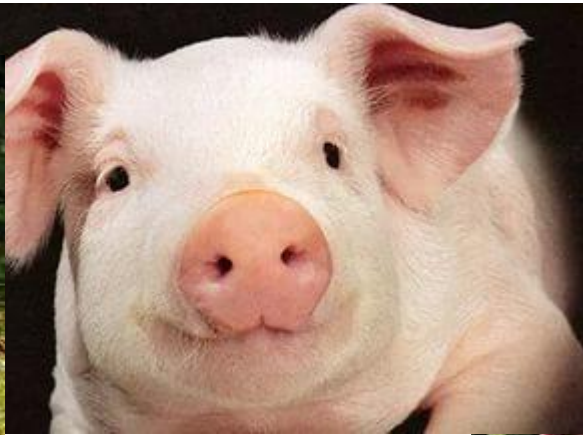
ЭТИОЛОГИЯСЫ

Листерияның қоздырғышы *Listeria monocytogenes* – қысқа таяқшалар немесе кокктар, грам «оң», факультативті анаэроб, жылжымалы бактериялар. Капсула және спора түзбейді. Соматикалық О және қыл аяқты Н - антигендері бар, 4 серологиялық типтерге және а, в, с, е – подтиптерге бөлінеді. Қазіргі жағдайда 90% ауру 4b, 1b, 1a серотиптерімен шақырылады. Листериялар сыртқы ортада тұрақты. Олар топырақта, бидайда, мұзда ұзақ уақыт сақталып, +4-+6°C тоңазытқышта көбейеді.

Қыздыру мен дезинфекциялаушы препараттардың әсерінен тез жойылады.

Тетрациклин тобындағы антибиотиктерге, пенициллинге, рифампицинге, стрептомицин, эритромицин сезімтал.





АУРУДЫҢ БЕРІЛУ

ЖОЛДАРЫ:

Алиментарлы - шикі және әбден піспеген сүт, ет тағамдары арқылы, кеміргіштердің зәрімен залаладанған су, тағамдар арқылы;»

Контакттілі-жарақатты - ауру малмен жанасу кезінде, етті бөлшектегенде, малдың терісімен жұмыс жасағанда;

Аэрогенді - залалданған шаң арқылы;

Трансмиссивті - кенелер арқылы (өте сирек кездеседі);

Вертикалды - анадан іштегі нәрестеге плацента арқылы. Залалдану жүктіліктің ерте кезеңінде болса өздігінен түсік тастау, нәрестенің өлі туылуы мүмкін. Жүктіліктің екінші жартысында залалданса нәрестенің туа пайда болған листериозы дамиды.»

Интранаталді - босану жолдарынан өткенде;»

Жыныстық

Листериозға барлық адамдар сезімтал, бірақ ет-сүт комбинаттарында, мал, құс фермаларында жұмыс істейтін қызметкерлер жиі аурады, және иммундытапшылық жағдайда жиі кездеседі, оларға: жүкті әйелдер, 1 жасқа толмаған балалар, 60 жастан асқан адамдар, және кортикостероидтар, иммунодепрессанттар қабылдайтын науқастар, АИВ ЖИТС-инфекциямен, қант диабетімен ауыратын науқастар кіреді.



ПАТОГЕНЕЗИ

Патогенезі толық зерттелмеген.

1 сатысы - жұқтыру сатысы. Инфекцияның кіру қақпасы жұтқыншақ, асқазан-ішек, жоғары тыныс алу жолдарының шырышты қабықшалары, көз, жарақаттанған тері. Кездейсоқ жағдайларда аурудың кіру қақпасын анықтауға қиын болады.

Листериялардың вируленттігі жоғары емес, егер организмнің қорғаныс қабілеті қалыпты болса ауру дамымайды. Патогенездің бұл сатысы аурудың бейімделу сатысына немесе жасырын кезеңіне сәйкес келеді.

2 сатысы - біріншілік ошақтану сатысы. Қоздырғыштың кіру қақпасы аймағында қабыну процестер дамуы мүмкін. Мысалы: тері арқылы енсе - терілік түрі, көмекей бездер арқылы - баспалы түрі. Осы ағзаларда листериялар ұзақ сақталады гранулемалардың (листериома) ортасында. Листериомалар некрозға ұшырап, абсцесске айналуы мүмкін. Жүкті әйелдерде гранулемалар плацентада орналасады. Жұғу әдетте жүктіліктің 3-ші триместрінде өтеді. Осы сатысында ауру тоқтауы мүмкін. Бірақ иммунитет төмендеген жағдайларда гематогенді диссеминация дамып ауру жайылмалы түрде өтуі мүмкін.



- **3 сатысы** - *екіншілік-жайылмалы сатысы*. Бактериемия дамиды.
- **4 сатысы** - *екіншілік ошақтану сатысы*. Гематогенді диссеминация арқылы листериялар әр түрлі ағзаларға (бездерге, орталық жүйке жүйесіне, бауырға, өкпеге) тарап, қабыну процестердің себебі болады. Кейбір жағдайларда 2-ші сатысы болмай, бейімделу кезеңінен кейін *біріншілік жайылмалы түрі (бактериемия)* пайда болғанда сепсис тәрізді жедел қызбалық түрі дамиды. Бұл түрі ұрықта немесе нәрестеде кездеседі. Гематогенді диссеминация арқылы листериялар ішкі ағзаларға шоғырланады:

- орталық жүйке жүйесі,
- бездер, бауыр,
- көк бауыр зақымданады.



КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ.

Листерияның клинико-патогенетикалық жіктелуін А.М., Дмитриевский (2002ж.) ұсынған.

Листерияның жасырын кезеңі 3-45 күнге дейін созылады. Листерияның клиникалық ағымы полиморфизммен сипатталады. Аурудың барлық түрлері толық зерттелмеген. Клиникалық көріністер жұғу жолдарына, ошақтардың орналасқан жеріне, организмнің иммунды жауаптың күшіне байланысты.

Ағымы бойынша *жедел, жеделдеу, созылмалы* түрлері анықталған.

Аурудың *жедел* түрі кенеттен басталып, науқаста қалтырау, дене қызуының көтерілуі, улануы (бас ауыруы, ұйқысыздық, бұлшық еттердің ауыруы) байқалып, тәбеті жоғалады. *Жеделдеу* түрі 1,5-3 айға созылады.

Листерияның *созылмалы* түрінде қоздырғыштың организмде ұзақ уақыт болуының әсерінен ауру белгісіз өтіп, өршу кезеңінде қысқа қызбамен, катаральды симптомдарымен өтеді. Созылмалы пиелонефриттің ағымына ұқсайды. Жүкті әйелдерде аурудың осы түрі жиі кездеседі. Сондықтан, листерияның клиникалық жіктелуі өте күрделі, әлі толық анықталмаған.

Бұл мәселе листерияның клиникалық көріністерінің полиморфты болуына байланысты.

ЛИСТЕРИОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТҮРЛЕРІ:

- ангинозды-септикалық;
- көз - бездік;
- бездік- листериозды паротит кездесуі мүмкін;
- жүйкелік түрлері (менингит, менингоэнцефалит, энцефалит, психоз);
- сүзек тәрізді;
- терілік (жаралық);
- респираторлы (пневмония, бронхит);
- абдоминалді;
- гениталді (уретрит, простатит, сальпингоофорит);
- жүкті әйелдердің листериозы;
- жаңа туылғандардың листериозы.

Листерия-тасымалдаушылық түрі де кездеседі. Бұл жағдайда клиникалық көріністері байқалмайды.



- Ең жиі кездесетін түрі - *ангинозды-септикалық*. Катаралді немесе фолликулярлы баспа дамиды. Қызба $38,5^{\circ}\text{C}$ 5-6 күнге созылады. Шеткі қанда өзгерістер анықталмайды. Ауру айығумен аяқталады. Ойық жаралы-үлдірлі ангина тәрізді өтуі мүмкін. Қызба 39°C - 10-12 күнге созылады. Бауыр, көкбауыр ұлғаюы мүмкін. Шеткі қанда - лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз. ЭТЖ жоғарлайды. Ауру сепсиске айналып кетуі мүмкін. Бұл жағдайларда ремиттерлеуші қызба, теріде полиморфты бөртпелер, бауыр, көкбауырдың ұлғаюы, қанда моноклеарлардың саны өсуі байқалады. Инфекциялық эндокардит қалыптасып, өлімге әкеліп соғуы мүмкін.
- *Бездік түрлері* қызбамен, улану симптомдарымен, лимфа түйіндерінің ұлғаюы мен және ауру сезімі мен сипатталады.
- *Көз-бездік түрі* сирек кездеседі. Ауру жануарлар мен қатынысқан кезде дамиды. Конъюнктивит белгелері анықталады. Ерекшелігі конъюнктивада көлемі 3 мм шамасында сарғыш түсті гранулемалар (фоликулалар) көрінеді. Ортасында листериялар орналасады. Роговица зақымданмайды. Көз көруі нашарлап, жергілікті лимфа түйіндері ұлғаяды. Шеткі қанда моноцитоз -10%, лимфоцитоз - 35-50%. Аурудың ұзақтылығы 1-3 айға дейін барады.



- *Жүйкелік түрлерінде* менингит, менингоэнцефалит, ми абсцессі дамиды. Ерте жастағы балаларда кездеседі. Менингеалді симптомдары пайда болады. Кернинг, Брудзинский симптомдары байқалып, шүйде бұлшық еттерінің ригидтілігі анықталады. Ликвор мөлдір, қысымы жоғары, белоктың құрамы жоғарлап, қанттың құрамы мен хлоридтер өзгермейді. Серозды менингит іріңді түріне ауысуы мүмкін. Менингоэнцефалит түрінде қосымша жүйкелік ошақты симптомдар байқалады - птоз, анизокория, стробизм, патологиялық рефлексдер. Перифериялық жүйке жүйесі зақымдалғанда парездер, салданулар қалыптасады. Кейбір жағдайларда полирадикулоневрит дамиды.
- *Терілік түрі* сирек кездеседі . Қоздырғыштың зақымданған тері арқылы енген кезінде дамиды. Алдымен қыштитың дақ, одан кейін папула, әріқарай везикула пайда болады. Везикуланың көлемі 2 см дейін үлкейіп жарылады. Листериозды жара қызарған жиегімен қоршалған, ауыру сезімі байқалады. Регионарлы лимфаденит қалыптасады. Орташа дәрежеде улану симптомдары байқалады.
- *Сепсис тәрізді түрі* өте ауыр түрде өтеді: жоғары қызбаға, айқын интоксикация белгілеріне, гепатолиеналді синдромға әр түрлі ағзалардың зақымдалуы қосылады - полисерозит, гепатит, перикардит және т. б.



- *Жүкті әйелдердің листериозы.* Жүкті әйелдер листериоздан кез келген түрімен ауыруы мүмкін. Кейде жүкті әйелдерде босанғанға дейін бірнеше апта бойы түсініксіз қызба байқалады. Кейбір жағдайда жүкті әйелдер жеңіл тұмау тәрізді аурумен ауырады. Сонымен, 137 жүкті әйелдерді көп дүркін (7рет) тексеру барысында, олардың 60ның (44%) нәжісінен листериялар бөлінген. Ал өзге тексерулерде листериялар олардың нәжісінің 12% табылған.
- *Жаңа туылғандардың листериозы.* Туа біткен листериоз ауыр ағымымен және жиі нәрестенің өліміне әкелу мен сипатталады. Іштегі нәресте ауруды жұқтырғанда, ол өлі немесе шала туылады. *Интранаталді листериоз* 7 күннен бастап дамиды: жиі менингит, менингоэнцефалит түрінде өтеді. Сепсис қалыптасады. Өмірінің алғашқы 2 аптасында өлім жағдайына душар болады. *Неонаталді листериоз* өте ауыр түрде өтеді. 2-3 күннен кейін қызба, улану симптомдары, пневмония, ауыр дистресс синдром қалыптасады. Аурудың бұл түрі *септикалық-гранулематозды* деп аталған. Аурудың негізгі белгілері: қызба (38-39°C), демікпе, көгеру. Сыртқы тыныс алу жолдарымен қатар, өкпеде зақымға ұшырайды. Бауыр ұлғайып, сарғыштану пайда болады, көкбауырдың ұлғаюы сирек кездеседі. Экзантема да білінген. Экзантема кеудемен аяқ-қолда орналасады. Басында қоңыр- қызыл дақ пайда болып, одан әрі олар папулаға айналады. Жазылғаннан кейін 15-20% сауыққандарда орталық жүйке жүйеде резидуалді құбылыстар сақталады.



ДИАГНОСТИКАСЫ:

- ❖ Амбулаториялық деңгейде зертханалық зерттеулер бастапқы-ошақтық және кейбір қайталама-ошақтық нысандарда жүргізіледі.
- ❖ ЖҚА;
- ❖ ЖЗА;
- ❖ Бактериологиялық әдіс: қанды, ликворды, босану жолдарының ішіндегісін, ұрық маңы суларын, меконияны, мұрын жұтқыншақтан шырышты, конъюнктивадан іріңді бөлінетін қарапайым қоректік ортаға себу.
- ❖ Серологиялық әдіс: РСК, РНГА (жұптық сарысулар), РИФ, ИФА IgM, IgG листериозға қарсы антиденелерді анықтау ;.
- ❖ Экспресс-диагностика: ПЦР.



ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ:

Амбулаторлық жағдайда бастапқы-ошақтық нысандармен ауыратын науқастарды емдейді.

- **Медикаментозды емес емдеу:**

Төсек режимі - температура қалыпқа келгенге дейін.

Диета: жалпы үстел (№15), мол сусын.

- **Дәрі-дәрмекпен емдеу:**

Этиотропты терапия:

Емхана жағдайында науқастарды емдеуде төменде көрсетілген антибиотиктердің бірін тағайындаған жөн.:

*ципрофлоксацин, ішке 0,5 г. 2 рет, 7-10 күн;

*амоксициллин / клавуланат, ішке 0,375-0,625 г тәулігіне 2-3 рет 7-10 күн;

*ко-тримоксазол, ішке 480 мг күніне 2 рет 7-10 күн;

*азитромицин ішке – 1-ші күні 1.0 г, содан кейін 4 күн ішінде-0,5 г Күніне 1 рет (немесе 5 күн ішінде 0,5 г));

* спирамицин 5-7 күн ішінде күніне 3 млн. 2-3 рет



■ ***Патогенетикалық терапия:***

*мол сусын-тәулігіне 2,5-3,0 л дейін;

*жоғары қызба кезінде-қабынуға қарсы стероидты емес препараттар, төменде аталғандардың бірі 1-3 күн ішінде:

*парацетамол 500 мг, ішке;

*диклофенак 0,025 г-дан тәулігіне 2 рет, ішке;немесе

*нимесулид 0,1 г-нан тәулігіне 2 рет .

■ ***Десенсбилизациялық терапия,*** төменде көрсетілген бір 3-5 күн ішінде:

* цетиризин ішке 0,005-0,01 г тәулігіне 1 рет;немесе

* лоратадин 0,01 г ішке тәулігіне 1 рет.

■ ***Симптоматикалық терапия:***

*ангиноз түрінде-тамақты дезинфекциялық ерітінділермен шаю (фурациллин);

*генитальды формада-спринцевание;

*тері түрінде-алғашқы және екінші тері аффектілерін Гауһар жасыл 1% спиртті ерітіндімен өңдеу;

*конъюнктивальды формада-ципрофлоксацин 3мг\мл, 5 мл, көз тамшылары, 30% -20 мл сульфацинамид, көз тамшылары.



АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ:

Шаруашылық жүргізуші субъектілердің қызметкерлерін профилактикалық медициналық тексеру жануарлардың жаппай төлдеуі мен төлдеуі аяқталғаннан кейін 1 – 2 айдан соң, жануарлардан алынатын шикізат пен өнімдерді қайта өңдейтін кәсіпорындардың жұмыскерлерін – жануарларды жаппай союдан кейін 1-2 айдан кейін жүргізіледі. Листериозға профилактикалық зертханалық тексеруге жатады.:

- жануарларды күтуге және жануарлардан алынатын шикізаттар мен өнімдерді өңдеуге уақытша тартылатын тұлғалар (маусымдық жұмыстардан кейін 1-2 айдан кейін);
- бала туатын жастағы әйелдер клиникалық көрсеткіштер бойынша;
- ауыр акушерлік анамнезі, жүктіліктің және/немесе босанудың патологиялық ағымы, болжамды листериоз патологиясы бар жүкті және босанушылар;
- листериозға күдікті нәрестелер;
- көрсеткіштер бойынша өлі туған немесе қайтыс болған балалардың мәйіттері

Листериозбен ауыратын адамдармен байланыста болған адамдар, сондай-ақ үй жануарлары листериозға тексеріледі.



ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

- Листериямен ауырған адамдарды диспансерлеу міндетті түрде тоқсан сайын арнайы зертханалық зерттеулер жүргізе отырып, 1 жыл ішінде жүргізіледі.
- Листериямен ауырған адамдарды жұмысқа және ұйымдастырылған ұжымдарға жіберу клиникалық сауыққаннан және бактериологиялық зерттеудің теріс нәтижесінен кейін шектеусіз жүргізіледі.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- ✓ **Справочник «Детские инфекционные болезни»;**
- ✓ **<https://diseases.medelement.com/disease/листериоз/>**
- ✓ **<https://kazmedic.org/archives/6366>**
- ✓ **Клинический протокол из акушерской помощи "Перинатальные инфекции" (УТВЕРЖДЕНО приказом Министерства здравоохранения Украины от 27 декабря в 2006 г. N 906);**
- ✓ **Руководство по инфекционным болезням» В. М. Семёнов;**
- ✓ **«Схемы лечения инфекций» С.В. Яковлев;**
- ✓ **«Листерииоз» А.В. Цаканян;**
- ✓ **«Проблема листериоза в Украине» Волянский Ю.Д.**
- ✓ **С. Е. Мельникова ЛИСТЕРИОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ**



**Назар салып
тыңдағандарыңызға
рақмет!!!**

