



Қ.А. Ясауи атындағы халқаралық қазақ түрік университеті

Тақырыбы:

Оба қоздырғышы

Қабылдаған: Асанова Ғ.
Орындағандар: I топ

Түркістан
2016ж

Оба қоздырғышы

Оба (лат. *pestis*) - *Yersinia* резііз тудыратын ауыр интоксикациямен, жоғары қызбамен, тері, өкпе, не де лимфа жүйесінің зақымдалуымен, септицемиямен сипатталатын жоғары деңгейде олім туғызатын 0-75%) жұқпалы ауру. Ауру аса қауіпті инфекция тобына кіреді, халықаралық ережелерімен бақыланады, ндықтан конвенциялық (карантинді) инфекцияларға жатады.

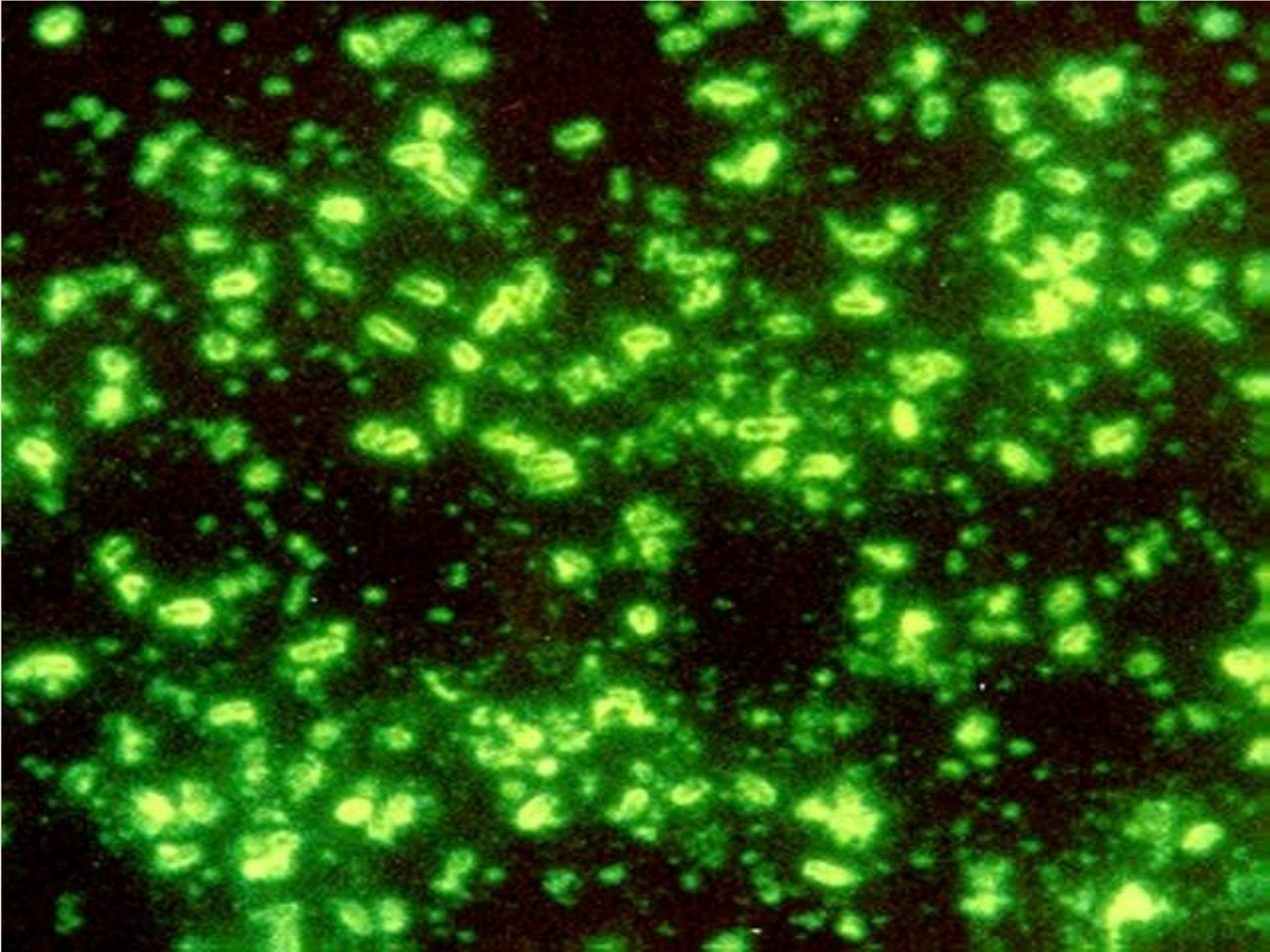
Таксономиясы. Ауру қоздырғышын 1878 жылы Г.Н. Минх және 1894 жылы А. Иерсен мен Ш. Китазато Гонконгтағы оба эпидемиясы кезінде бір - бірінен бөлек ашқан.

Тұңымдастыгы: Enterobacteriaceae

Туыстастыгы: *Yersinia*.

Түрі: *Yersinia pestis*.

Морфологиясы мен тинкториалдық қасиеттері. *Yersinia pestis* - полиморфты, ұсақ сопақша яқша, талшықтары жоқ, спора түзбейді, нәзік капсуланы 37°C-та түзе алады, грамтеріс, патологиялық материалдардан алынған жағындыларда биполярлы боялады.



Дақылдандыру. Оба қоздырғышы - факультативті анаэроб, психрофил: ең қолайлы өсу температурасы 28°C. Тығыз қоректік орталарда К- және З-пішінді колониялар түрінде өседі; К-пішіндісі ары вирулентгі, 8-пішінділердің вируленттілігі төмен. Иерсиниялардың өсуін жылдамдату үшін қоректік орталарға өсу стимуляторлары қосылады: натрий сульфиті, гемолизденген қан, сарцина фильтраты. Тығыз *қоректік* ортада өскенде 8-12 сағатта «сынған шыныға» ұқсас түссіз колониялар түзеді, 18-20 сағатта колониялары «айнала өрнекті орамалға» немесе «түймедақ гүліне» ұқсас, ортасы ашық түсті, кейбір кезде 48 сағаттан кейін 8-колонияларға ауысады. *Yersinia* резііз-тің көптеген *штамдары күнгірт пигментті* колониялар түзеді. Сұйық қоректік органың бетінде үлбір түзіп өседі, одан томен қарай «үңгір сталактитіне» ұқсас жіпшелер түзеді, түбінде агглютинация реакциясына ұқсас түйіршіктеніп оседі. Ферменттік белсенділігі. Қоздырғыштың биохимиялық белсенділігі бар, көмірсуларды (глюкоза, манноза, маннит, мальтоза, арабиноза, салицин, ксилоза, эскулин) көмірқышқыл газға дейін ыдыратады, гиалуронидаза, протеинкиназа, фибринолизин, гемолизин, лецитиназа, РНҚаза мен коагулазаны түзеді. Глицеринді ыдыратуына байланысты «+» және «-» хемоварианттарын бөледі. Сүтті ұйытпайды, индол мен *күкірт сутегін түзбейді*, нитратты нитритке айналдырады. Каталаза түзеді және оксидаза түзбейді.

Резистенттілігі.

Күн және ультра күлгін сәулесі, кептіру, жоғарғы температура мен дезинфекциялық заттар (лизол, фенол, хлорамин және басқалары) Ү. резііз-ті тез арада жояды. Төменгі температураға, мұздатқанға және еріткенге төзімді, патологиялық материалда 10 тәулікке дейін өмір сүреді, Оә" температура кезінде 6 айға дейін сақталады.

Эпидемиологиясы.

Оба қоздырғышына кемірушілер (тарбағандар, суырлар, құрсуырлар,- сарышұнақтар, егеуқұйрықтар, үй тышқандары) сезімтал. Түйелер, ақбөкендер, мысықтар, түлкілер, кірпішешендер сезімтал болады. Зертханалық жануарлардың ішінде ақ тышқандар, теңіз шошқалары, орқояндар және маймыл-дар анағұрлым сезімтал. Қазақстан Республикасында арнайы обаға қарсы мекемелер бұл індеттің 17 автономды ошақтан тұратын 6 табиғи ошағына эпидемиологиялық қадағалауды қамтамасыз етеді.

Қазақстанның 38% жерінде обаның табиғи ошақтары орналасқан.

Оба - табиғи-ошақтық ауру, аса қауіпті инфекцияларға жатады. Орта ғасырдағы оба эпидемиялары ондаған миллион адамның өліміне әкелді.

Оба инфекциясының негізгі көзі - кемірушілердің бірнеше түрлері (тарбағандар, суырлар, саршұнақтар, сұртышқандар). Екіншілікті инфекция көздері үй тышқандары, дала суыры, қояндар, егеуқұйрықтар (барлығы 300 түр) болып табылады.

Инфекцияның негізгі таралу механизмі - трансмиссиялық. Бұл індет адамдарға инфицирленген бүргенің шағуы нәтижесінде, сондай-ақ қарым-; қатынас (ауру жануарды сойғанда, терісін алып, етін болгенде) және тағамдық (жануардың етін жеткіліксіз, термиялық өңдеп қолдану кезінде) жолдармен жұғады. Зақымданғаннан кейін науқас адам инфекция көзі болады. Обаның өкпелік түрі аса қатерлі болып есетеледі, өйткені ауалы-тамшылы жолмен ауру көп адамдарға жұғады. Аурудың қандай түрінде болмасын науқастарды оқшаулайды (изоляциялайды), қатал карантиндік шаралар өткізеді.

Оба инфекциясының негізгі көзі - кемірушілердің бірнеше түрлері (тарбағандар, суырлар, саршұнақтар, сұртышқандар). Екіншілікті инфекция көздері үй тышқандары, дала суыры, қояндар, егеуқұйрықтар (барлығы 300 түр) болып табылады. Инфекцияның негізгі таралу механизмі - трансмиссиялық. Бұл індет адамдарға инфицирленген бүргенің шағуы нәтижесінде, сондай-ақ қарым-; қатынас (ауру жануарды сойғанда, терісін алып, етін болгенде) және тағамдық (жануардың етін жеткіліксіз, термиялық өңдеп қолдану кезінде) жолдармен жұғады. Зақымданғаннан кейін науқас адам инфекция көзі болады. Обаның өкпелік түрі аса қатерлі болып есетеледі, ойткені ауалы-тамшылы жолмен ауру көп адамдарға жұғады. Аурудың қандай түрінде болмасын науқастарды оқшаулайды (изоляциялайды), қатал карантиндік шаралар өткізеді.



Патогенезі. Оба кезінде инфекциялық процестің дамуы бұл ауру қоздырғышының ену қақпасына байланысты. Қоздырғыш тері және шырышты қабаттары арқылы өтіп, лимфалық тамырлар бойынша таралады, тез көбейеді, лимфа түйіндерінің, өкпелердің және басқа ағзалардың зақымдалуын, организмнің жалпы улануын (интоксикация) тудырады.

Бубонды, өкпелік және біріншілік- септикалық, ішектік (сирек жағдайда) түрлерін бөледі. Бубонды түрі кезінде лимфа түйіндері зақымдалады (бубон - лимфа түйінінің тауық жұмыртқасындай ұлғаюы), одан қоздырғыштар барлық ағзаға, оның ішінде өкпелерге түсіп, екіншілік пневмония тудыра алады. Ауалы - тамшылы жолмен таралғанда обаның біріншілік өкпелік түрі дамиды. Жаппай зақымдану кезінде біріншілік- септикалық түрі дамиды. Оба кезінде барлық ағзалар мен жүйелер (жүрек-тамырлық жүйе, бүйректер, бауыр, көкбауыр, сүйек миы, ішкі секреция бездері және басқалар) зақымдалады.



Клиникалық көріністері - жүзу жолына байланысты. Әдетте жасырын кезеңі 2-3 күнге созылады. Септикалық және біріншілік өкнелік обада инкубация 1 -2 тәулікке қысқарады және вакцина қабылдаған адамдарда ол ұзарады. Ауру жалпы симптомдармен (бас ауыруы, дене қызуының көтерілуі 39 - 40°C, , қалтырау, бұлшық еттің ауыруы, кейбір жағдайда күсу), сондай-ақ бубонды немесе өкпелік түрлеріне тән симптомдармен көрінеді. Ауру ауыр жағдайда өткенде (бубонды түр, сепсис, екіншілік пневмониямен қабынғанда) қанда көп мөлшерде оба қоздырғыштарын табуға болады. Терілік обада қоздырғыш енген жер алғашқыда қызарады, сосын ауыратын папула, содан кейін везикула және пустула пайда болады. Терілік оба сирек кездеседі. Қалыпты жағдайда терілік-бубонды обаға айналады. Енген жерден ауру қоздырғышы регионарлы лимфа түйіндеріне өтеді, онда олар тез көбейіп біріншілік бубонға айналады. Бубон ауырғыштығымен сипатталады, әсіресе салмақ түскенде.

Біріншілік өкпелік оба адамдарда ауалы-тамшылы жолмен жүққанда пайда болады. Бұл оба эпидемиологиялық түрғыдан аса қауіпті және ауыр өтеді, болжамы нашар болып келеді. Г.П. Руднев (1940) ауруды негізгі үш кезеңге бөлді: алғашқы қызбалы қозу, анық кезең және сапронозды (терминальды) кезең. Аурудың алғашқы кезеңі әртүрлі белгілермен басталады. Ауру жедел 39 - 40°С қызбамен, буындардың, белдің, бұлшық еттердің ауыруымен басталады. Ауру адамдар бастың қатты ауыруына, әлсіздікке, жүректің айынуына, құсуға шағымданады. Аурулардың бетгері ісінеді, қызарады және кейбір кезде конъюнктивит дамиды. Бірінші күннің аяғында аз қақырықпен әлсіз жөтел пайда болуы мүмкін, онда оба микробы болуы да болмауы ықтимал. Емделмеген ауру қақырығында оба микробтар саны көбейеді және терминальды кезеңде максимумға жетеді.

Иммунитеті. Иммунитеттің ұзақтығы мен деңгейлігі әртүрлі. Қайталап ауру жағдайлары сирек кездеседі.

Микробиологиялық диагноз қою. Барлық зерттеулер арнайы зертханаларда, қорғаныш киімдерімен жүргізіледі. Зерттеу материалы бубон пунктаты, қақырық, қан, нәжіс, мәйіттер мен олген жануарлар агзаларының бөлшектері болып табылады.

Зерттеудің бірінші күні. Әкелінген материалдан жағынды дайындайды, оны ауада кептіреді, Никифоров ерітіндісінде 20-30 минут фиксациялайды.

Жағындыны Грам әдісімен және метилен көгімен

бояйды. Жағындыларды микроскопта қараған кезде, алдын-ала болжамдау диагноз қоюға мүмкіндік беретін, биполярлы боялған грамтеріс сопақша таяқшалар анықталады. Люминесцентті сары суымен боялған жағындыда арнайы жарқыраған оба микробтары көрінген болса алдын-ала болжамды диагнозының дұрыстығын көрсетеді.

Нативті материалда оба микробының 1 - фракциясын анықтау үшін иммуноглобулинді және антиденені антигендік диагностикуммен немесе обаға қарсы люминесцентті сары суымен өндейді, кейінгі кезде ПГАР және антигенді бейтараптау реакциясы иммундыглобулинді диагностикуммен микробына қарсы F1 антиденелерді ауру қанынан анықтау үшін қолданады.



- **Емдеуі.** Антибиотиктер (стрептомицин, тетрациклин, левомецетин, рифампицин, ципрофлоксацин) әне ұзақ уақыт әсер ететін сульфаниламидтер және обаға қарсы иммундыглобулин мен спецификалық фаг қолданылады.
- **Алдын алуы.** Шет елден инфекцияның әкелінуін және оба бойынша эндемиялық ошақтарда аурудың қайда болуын алдын алуға бағытталған шаралар негізгі болып табылады. Ол үшін халықаралық және республикалық ережелер мен талаптарға негізделетін шаралар жүйесі бар. Біздің елде бұл індетке қарсы шараларды жүргізетін обаға қарсы орталық және арнайы станциялар торабы бар. Арнайы сақтандыруды эпидемиялық көрсеткіштер бойынша обамен ауыратын науқас пайда болуы жағдайында немесе обаның табиғи ошақтарында тұратын адамдар арасында жүргізеді. Атенуацияланған ЕУ штамынан алынған тірі яна қолданылады, оны тері үсті, тері астына (инесіз егу), пероралды және аэрозолды жолмен енгізуге олады. Вакцинациядан кейін түзілген иммунитет 6 айға созылады. Ревакцинация 12 айдан кейін жүргізіледі.



**Назар салып
тыңдағандарыңызға
РАХМЕТ!**