

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Мерез. Лептоспироз, эпидемиялық
қайталама сүзек ауруының қоздырғыштары.
Лабораториялық диагностикасы, арнайы
профилактикасы, емдеуі.

Жоспары:

Кіріспе

□ *Жыныстық жолмен таралатын инфекциялар*

Негізгі бөлім

□ *Мерез*

□ *Лептоспироз*

□ *Сүзек ауруы*

Қорытынды

□ *Арнайы профилактикасы*

□ *Емдеуі*

Жыныс жолдары арқылы жұқтырылатын инфекциялар

Жыныс жолдары арқылы жұқтырылатын инфекциялар (ЖЖЖИ) – бұл жұқпалы аурулар, оның себебі құрамында вирустар, бактериялар немесе қарапайым қоздырғыштар болуы мүмкін микробтар (қоздырғыштар) болып табылады. Бұл микробтар (қынаптық, көтен немесе ауыз арқылы) жыныстық қатынас жасау барысында ауру адамнан сау адамға жұғады. Оның үстіне кейбір инфекциялар (АИТВ, В,С,Д гепатиті) қан арқылы да жұғады.

Жыныс жолдары арқылы жұқтырылатын инфекцияларға жататындар:

- соз,
- хламидиоз,
- мерез,
- трихомониаз,
- гениталдық ұшық,
- ВИЧ/СПИД,
- гарднереллез,
- микоплазмоз,
- гениталдық кандидоз,
- гениталдық үшкір кандиломдар
- В, С, Д гепатиттері
- басқалары (барлығы 20-дан асатын ауру түрі).

ЖЖЖИ несімен қауіпті

ЖЖЖИ қоздырғыштарының көбісі бала көтеру органдарын зақымдайды, соның салдарынан бедеулік, импотенция, жатырдан тыс жүктілік, түсік сияқты аурулар туындауы мүмкін. Мысалы, егер мерезді емдемесе ішкі органдардың қатты бұзылуын, орталық жүйке жүйесінің бұзылуын туындатады, және де ұрпақтарына беріледі. Кейбір ЖЖЖИ қатерлі ісіктердің (обырдың) себепкері болуы да мүмкін.

ЖЖЖИ жұқтырған адамдарда АИТВ-ны (адамның иммундық тапшылығының вирусын) жыныс жолдары арқылы жұқтыру қаупі он есеге көбееді.

ЖЖЖИ жиі кездесетін белгілері

(ерлер үшін де, әйелдер үшін де)

Егер сен жыныстық қатынас жасауды бастасаң, онда өзіңе және өз денсаулығыңа абай бол, және де келесі белгілердің ең болмаса біреуі пайда болса дәрігерге тексерілуге бар:

- *жыныс органдарының терісі мен шырышты қабығында өзгерістер (қызару, бөрту, тығыздалу, ауырсыну, жыныс органдарының ісінуі) болса;*
- *зәр шығару кезінде ауырсыну пайда болса (ашыту, түйілу және т.б.);*
- *(ерлердің) зәр шығару жолдары мен (әйелдердің) қынабынан жағымсыз бөлінділер, тік ішектен іріңді бөлінділер (соз болып ауырған кезде) шықса, кейде жағымсыз иісі болуы да мүмкін*

Мерез

Мерез(сифилис)- жыныстық жолмен берілетін инфекциялық ауру. Бұл ауру өзінің белгілерімен, асқынуларымен өте қауіпті. Сифилисті микроорганизм – бозарған спирохета тудырады.

Мерез қоздырғышын – Treponema pallidum 1905 жылы Ф.Шаудин мен Э.Гофман ашқан.

***Мерез**— жұқпалы созылмалы ауру. Ол тек адамда ғана болады. Көбінесе жыныстық жақындасу арқылы жұғады. Кейде осы аурумен ауырып жүрген адаммен сүйіскенде, сол адам пайдаланған орамал, қасық, шанышқы, қылдырық (тіс шұқығыш), ерін бояуы, темекі арқылы да жұғуы мүмкін. Мерез қан берген адамның қаны, ананың емішек сүті арқылы да жұға береді.*



Жұқтыру көзі – кілегей қабығы мен терісінде белсенді сифилис белгілері бар ауру адам. Егер сифилис өз уақытында емделмесе, онда ол өмір бойына созылуы мүмкін.

Ауру 4 кезеңге бөлінеді:

1.Инкубациялық кезеңде белгісі болмайды. Бұл 20-40 күнге созылып және жыныс мүшелерінің кілегей қабығында қатты шанкрдың болуымен сипатталады.

2.Сифилистің біріншілік кезеңі. Бұл 6-7 аптаға созылады, қатты шанкрдың шығуынан бастап, дененің барлық жері бөрткенге дейін. Қатты шанкр-инфекцияның енген жерінде пайда болған кішірек жара. Еркектерде қатты шанкр кейде жыныс мүшесінің басында байқалады.Ал,әйелдерде- жыныс еріндерінде, жатырдың мойнында

Шанкр біреу болады, оның размері үлкен емес,ұсақ монета сияқты, дөңгелек, қатты-созылмалы,жалпақ табақша тәрізді және сұйық бөлініп тұрады. Әдетте ол аурусыз. Қатты шанкраның пайда болуынан бастап лимфатикалық түйіндері үлкейеді.

3. Сифилистің екіншілік кезеңі. Бұл 3-4 жылға созылуы мүмкін. Дененің бар жерінің бөртуімен басталады. Бөртпесі кіші көлемді қызғылт дақ тәрізді болады. Бөртпе біраз апта болып, сосын белгілі бір уақытта жоқ болады. Бұл кезеңде ішкі мүшелер де зақымдала бастайды. Аурулардың бәрі инфекцияның көзі ретінде қауіпті.

4. Сифилистің үшінші кезеңі. Бұл ішкі мүшелердің қатты бұзылуымен белгіленеді. Бұл жұққаннан кейінгі 3-4 жылдан кейін емделмесе, ұзаққа созылатын және өлімнің себебі болатын кезең. Сифилистің бұл кезеңінде адамның сырт пішіні бұзылып, мүгедек болады. Жүйке жүйесі азап шегіп, миында ісік тәрізді құрылымдар (гумма) пайда болып, лезде психикасы бұзылады.







Широки кондиломи



Алопеция ареата





Емдеуі

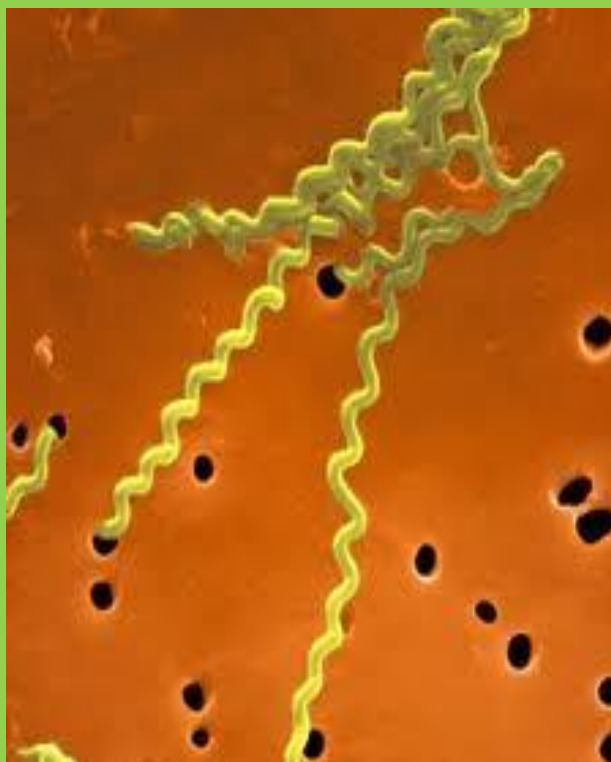
Анағұрлым тиімді антимикробты препараттарға пенициллин қатары жатады. Сонымен қатар, дюрантты – *ретарпен, экстенциллин*, орта дюрантты – *перкаин-пенициллин*, суда еритін препараттар – *натрий тұзы, висмут, йод* т.б. қолданылады. Бензилпенициллинді организм қабылдамайтын болса, орнына *доксициллин, тетрациклин, эритромицин, ампициллин, оксациллин, цефтриаксон* пайдаланылады.



Алдын алуы

Арнайы сақтандыруы жоқ.
Бейспецификалық сақтандыру жеке гигиенаны сақтауға, қоғамдық сипаттағы санитарлы-гигиеналық шаралар жүргізуге негізделген: мерез ауруларын тіркеу, жұқпалы түрдегі барлық науқастарды ауруханада емдеу, қауіп төндіретін топтарды жүйелі түрде зерттеу, тұрғындардың арасында санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргізу

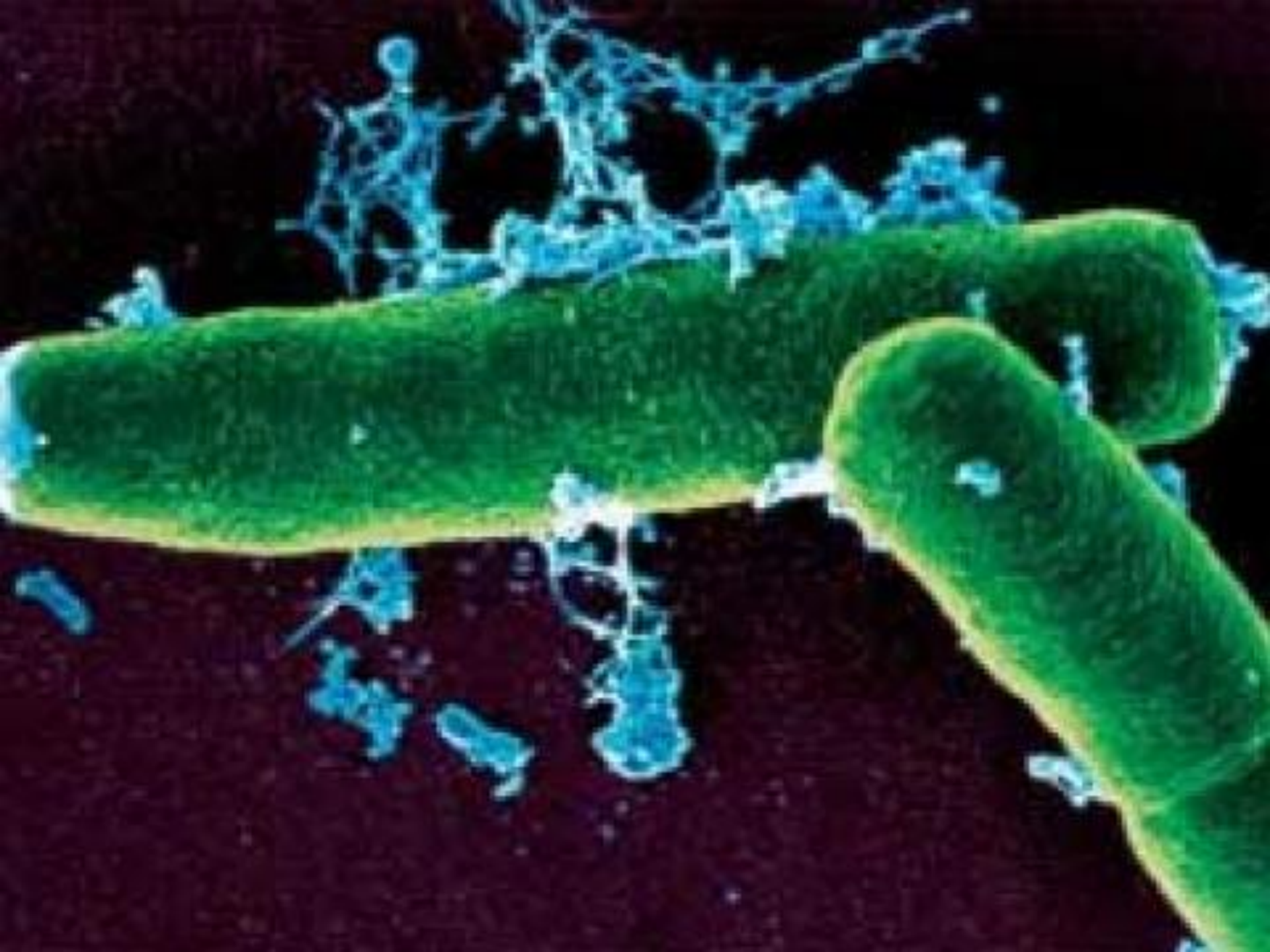
Лептоспироз



Лептоспироз – табиғи ошақты зоонозды жұқпалы ауру. Бұл аурудың бастапқы атаулары: Вейль-Васильев ауруы, су қызбасы, ит қызбасы, шошқа бағатындардың ауруы. Қазақстанда су безгегі ауруы деп атайды.



Лептоспироз (грек. лептос — жіңішке және спейра — ирекше, бұрама; осіс — ауру) — адамдарда, сүтқоректілерде және құстарда кездесетін тез жұғатын жұқпалы ауру. Қоздырғышы — спираль пішінді лептоспира бактериялары. Негізінен, онымен бауыр, бүйрек және майда қан тамырлары зақымданады. Лептоспирозды 1888 ж. Ресей ғалымы Н.П. Васильев анықтаған. Қоздырғышын жапон зерттеушілері 1914 — 15 ж. А. Инадо және А.Ито денесі сарғайып ауырған адамдардан тапқан.



Қазіргі кезде бұл дертті ауру қоздырғышының түрлеріне, клиникалық белгілеріне, ауру ағымына байланысты үш түрге бөледі:

1. интерогеморрагиялық Лептоспироз (дене сарғаяды) немесе Васильев-Вейль ауруы деп аталады;
2. каникол (немесе Помон) Лептоспироз (денеде қан құйылу байқалады);
3. “су қызбасы” деп аталатын жеңіл өтетін (дене сарғаймайды) түрі.

Қазақстанда Лептоспироз “су безгегі” деп атайды, республиканың солтүстік және шығыс аймақтарында жиі байқалады. Лептоспироз тағамдық өнеркәсіп мекемелері қызметкерлерінің, шахтерлердің, қалалық қоқыс тазалаушылардың, ветеринарлар және ит питомнигі жұмысшыларының арасында жиірек кездеседі. Ауру таратушы, яғни инфекция көзі — дала және су тышқандары, егеуқұйрықтар; үй жануарларынан — ірі қара мал, шошқа (әсіресе иттер).

Лептоспира бактериялары

Лептоспира бактериялары — тасымалдаушы жануарлардың бүйрегiнiң майда өзекшелерiнде өсiп-өнiп сақталады, сыртқы ортаға несебiмен шығады. Лептоспира адамдарға лептоспира бактерияларымен ластанған су, топырақ, ас тағамдары, тұрмыстық және мал өнiмдерiн өңдейтiн өндiрiстiк қалдық заттармен ауыз қуысы, мұрын, көз шырышты қабығы және зақымданған терi арқылы жұғады. Лептоспира жұққаннан кейiн 3 — 5 минуттан соң қанға өтiп, бүйрек пен бауыр тiндерiне таралып, жылдам өсiп-өне бастайды. Аурудың жасырын (инкубац.) кезеңi орта есеппен 7 — 13 күндi қамтиды. Сонан соң науқастың бiрден дене қызбасы басталады (39 — 40ӘС), өзi қалтырап, бұлышық еттерi қатты ауырады; көзi қызарады; лоқсып құсып, ұйқысы қашады. Ауру асқынғанда сандырақтап, мұрнынан қан кетiп, ерiн, мұрын айналасына ұшық шығады. Бауыры iсiнедi, денеге бөртпе шығады, дененiң сарғаюы байқалады. Ауруды дер кезiнде емдемесе, адамдардың өлiп кетуi (әсiресе, жасы келген) де мүмкiн. Ал сарғаймай, жеңiл түрiмен науқастанғанда 6 — 12 аптадан кейiн толық айығып кетедi. Ауру диагнозы лабораториялық әдiстермен анықталады.



176

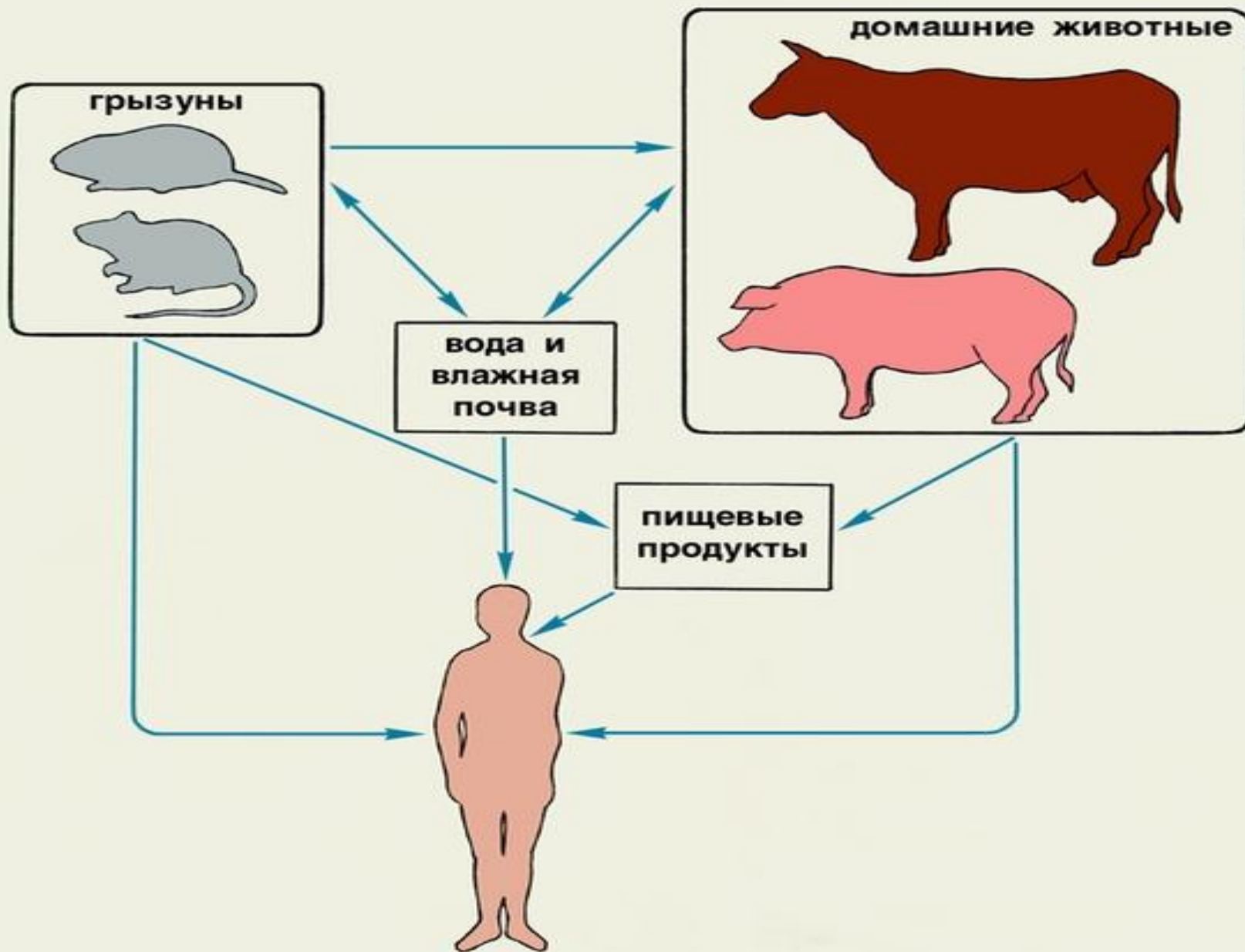






Очаги лептоспирозной инфекции





Емі

Антибиотиктер (пенициллин, тетрациклин, т.б.) беріледі. Гамма-глобулиндер егіледі. Алдын ала сақтану үшін медицина-санитар-ветеринарлық кешенді шараларды қолдану, тұрғындарды таза, сапалы ауыз сумен қамтамасыз ету, мал суаратын жерлерден ауыз су алмау, т. б. қажет

Эпидемиялық қайталама сүзек

Таксономиясы

Тұқымдастығы:

Туыстастығы:

Түрі:





Морфологиясы мен дақылдандырылуы

Borrelia recurrentis – басқа спирохеталардан айырмашылығы, 3-10 бұрамасы болады. Жас жасаушалары қысқалау, бірақ жуандау келеді. Жасуша көлденеңінен бөлініп көбейеді. Қоректік орталарды талғайды. Тауық эмбрионындарында, жануарлардың ақуыздары қосылған, *Клигер-Робертсон, Аристовский –Гельцер, Келли* орталарында $pH-7,2-7,4$ жағдайда жақсы өседі.

Антигендік қасиеттері мен патогенділік қасиеттері толық зерттелмеген. Микроорганизм эндотоксин бөлуге қабілетті.

Резистенттілігі

40 градус температураға сезімтал. 45-50 температурада 30минутта өледі. 0градустан төмен температурада бірнеше тәулік, мұздатқанда бірнеше ай сақталады.

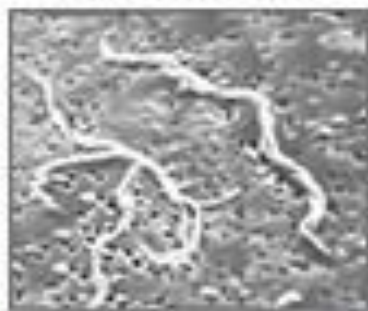
Эпидемиологиясы

Науқастың қанын сорған кезде қоздырғыш бит ішегіне түседі. 1 тәуліктен соң, олар гемолимфаға түседі, 12 күннің ішінде максималды жағдайға дейін көбейіп үлгереді. Қан сорғаннан соң 5 күннен кейін бит жұқпалы болады. Қоздырғыш биттердің нәжісімен бөлінеді. Бит шаққан кезде нәжісін теріге тастайды, сол жер қышиды, оны қасыған кезде зақымданған тері арқылы қоздырғыш қанға түседі. Зертхана ішілік жұзу жолы анықталған, қоздырғыш науқастың шырышты қабығына түскенде және операция кезінде жұғады. Трансовариалді-биттердің жұмыртқалары арқылы жұқпайды.

Ауру көбінесе қыс айларының басында және көктемде басталады.



Borrelia
burgdorferi
bacteria



Deer tick is
infected
by the
bacteria



Male tick



Female tick

Human is
infected
by bite of
infected tick





Lyme Disease

*Spirochete
Borrelia
burgdorferi*



Deer tick
(not to scale)



© MCHG 2008



Клиникалық көріністері

Жасырын кезеңі 3-14 тәулік. Дене температурасының 39-40 көтерілуінен басталады. Басы ауырады, миалгия, құсу, көк бауырдың ісінуі, тері беткейінің сарғаюы. Қызба 6-7 тәулікке созылады.

Патогенезі

Лимфомакрофагалық жүйе жасушаларына түскен спирохеталар көбейеді, сосын қантамырларына еніп, спирохетемия дамиды. Науқастың қанында антиденелер түзіледі – спирохетолизиндер, солардың және комплементтің қатысумен лизис және қоздырғыш жасушасының бұзылуы болады.



Эндотоксиндер және басқа да пирогенді заттар қанға түсіп, дене температурасының 39-40 көтерілуіне, ОЖЖ, ағзалар мен тіндердің зақымдануына, токсикозға, құрылымдық бұзылыстарға әкеледі. Терінің және көздің қасаң қабығының сарғаюы, беттің, конъюнктиваның қызаруы болады. Зәрде ұстама кезінде ақуыз деңгейінің жоғарылауы – тромбоцитопения, олигоурия байқалады. Антиденелердің әсерінен боррелиялардың қырылуы басталады және басқа антигендік варианттың селекциясы жүреді, олар тез көбейеді. Боррелиялардың жаңа генерациясы қанға 7 күннен соң түседі.

Иммунитеті

Ауырып жазылған соң, қалыптасатын иммунитет тұрақты емес, қайта ауырған жағдайлар кездеседі.

Емдеуі

Науқасқа левомицетин, тетрациклин, эритромицин, пенициллин, цефалоспорин, азитромицин тағайындайды. Жүрек-қан тамырлар қосымша терапиялық ем жүргізіледі.