



**Әл – Фараби атындағы Қазақ Ұлттық Университеті**

**Тақырыбы: Жұмыр құрттар типі, нематодтар класс өкілдері тудыратын аурулардың патогенезі, диагностикасы мен профилактикасы**

Орындаған: Досмұқамет Д. Б

Тексерген: Тусупбекова Г. А



Жоспары:

1.Этиологиясы

2.Патогенезі

3.Клиникасы

4.Диагностикасы

5.Емі

Жұмыр құрттар немесе нематодтар (Nemathelminthes) – төменгі сатыдағы құрттар типі. Жер шарында кең тараған (теңіздер мен мұхиттарда, тұщы суларда, топырақта, биосферада), кездеспейтін жері жоқ, сондықтан оларды космополиттік жануарлар қатарына жатқызады. 27 мыңдай түрі белгілі. Бұлардың жалпақ құрттардан айырмашылығы – ішкі мүшелерінің арасында дене қуысының (схизоцельдің) болуы. Сондықтан жұмыр құрттарды бірінші реттік дене қуысы бар жануарларға жатқызады.

Денесі жіп тәрізді (грек. nematos – жіп) созылыңқы келеді. Ұзындығы 1 мм-ден 8 м-ге (*Placentonema gigantissima*) жетеді. Бұлардың денесінің сырты қалың кутикула қабатымен қапталған. Ұзын, ұршық тәрізді бұлшық еті жиырылғыш келеді әрі қозу толқынын (импульсін) қабылдап, бір бұлшық еттен екіншіге өткізеді. Тері-бұлшық ет қапшығы мен ішектің арасындағы дененің алғашқы қуысы (іші сұйық затқа толы) оның жұмырлығын тұрақты түрде сақтайды, денесінің тірегі болып, зат алмасу процесіне қатысады.

Трихинеллез Трихинеллез (trichinellosis; синоним: трихиноз) – адам және сүтқоректілердің жедел гельминтозы, медико-социальды мағынасы зор, себебі клиникалық көрінісі ауыр, көп жағдайда еңбекке қабілеттігі бұзылады. Инвазияға қызба, бұлшықеттегі ауырсыну, бет ісінуі, терілік бөртпелер, эозинофилия, ауыр жағдайда миокард, өкпе, орталық нерв жүйесінің зақымдалуы көрініс береді. Трихинеллез жануарлар ішінде барлық жер шарында, Австралиядан басқа континенттарда кездеседі. Көбінесе солтүстік жер шарында кездеседі. Адамдардың жиі ауыратын бөлігі АҚШ, Германия және Польша.

## Этиологиясы

Трихинеллез қоздырғышы *Trichinella spiralis* (Paget, 1835, Owen, 1835). Табиғатта басқа да түрлері бар: *T. pseudospiralis*, *T. nativa*, *T. nelsoni*. Олардың әсері аз зерттелген. Трихинелла – ұсақ, жіп тәріздес гельминттер (*thrix* — шаш), көлденең кутикуламен қапталған. Денесі *T. spiralis* домалақ, алдыңғы бөлігіне қарай жіңішкерген. Жыныстық дамыған түрінің ұзындығы 1,2-2 мм, ені 0,04-0,05 мм, ал ұрғашы түрінің ұзындығы 1,5-1,8 мм. Дернәсілдері таяқшаға ұқсас, ұзындығы 0,1 мм-ден 1 мм-ге дейін ұзарады. Дернәсілдері көлденең салалы бұлшық еттерге өтіп, дамиды, шиыршықтанып, спираль тәрізді бұратылып жатады. Асқорыту жүйесі ауыз тесігі арқылы басталады, ол ауыз капсуласына барады, вентральды жағында арнайы иесінің ішегінде жабысып орналасу үшін арнайы стилет бар. Өңеш – жіңішке капиллярлы түтік – ішекке жалғасып, тік ішекпен

## **Трихинеллез – табиғи ошақты инвазия**

Трихинеллездың екі ошағы бар: табиғи және синантропты. Табиғи ошақтар пайда болу себебіне қарай біріншілік болып саналады. Трихинелла 57 жабайы және үй жануарларында тіршілік етуі мүмкін. Бұл ошақтарда паразит жабайы жануарларда тіршілік етеді (қабан, борсық, енот тәрізді ит, ақ және қоңыр аю, түлкі және т.б), су сүтқоректілерінде (кит, су балық т.б). Синантропты ошақтарда трихинелла үй жануарларында тіршілік етеді. (шошқа, мысық, ит), кеміргіштер (тышқан).

Табиғи және синантропты ошақтар арасында тікелей және қайталамалы байланыс бар. Табиғи ошақтардың инвазиясы синантропты түріне екі жолмен түседі: адам арқылы, яғни аңшылық кезінде инвазирленген жабайы жануарларды аулап және олардың қалдықтарымен үй жануарларын тамақтандырады және жабайы синантропты тышқан т.б көктемде табиғи ошақтарға орын ауыстырып, ал күзде қайта қайтып келеді. Нәтижесінде аралас табиғи – синантропты ошақтар пайда болады.



## Трихинеллез патогенезі

Трихинеллездің патогенезі күрделі бірнеше патологиялық реакциялардан тұрады, басты іске асушы механизм ол — қоздырғыш. Бүкіл биологиялық цикл бір ағзада өтеді, адам ағзасы, бірақ гельминттің өсуіне байланысты әртүрлі орналасу орны болады: инвазивті дернәсіл жіңішке ішектің шырышты қабатында; ал ересек түрі жіңішке ішектің тінінде; миграциялаушы дернәсіл – қан тамыр және лимфа жүйесінде; бұлшықеттік дернәсіл –көлденең жолақты бұлшықетте. Нәтижесінде — метаболизм өнімдері және жартылай ыдырау өнімдері, әсіресе дернәсілдік және өсуші түрлерінің өнімдері тіндерге түседі. Олар паразитарлы антиген болып табылады және жоғарғы сенсibiliзирлеуші белсенділікке ие.

## Клиникалық көріністері

Клиникалық көріністерінде қызба, беттің ісінуі, бұлшықеттік ауырсыну, терілік бөртпе, жоғары эозинофилия көрініс береді. Инвазияның төмен интенсивтілігінде субклиникалық, симптомсыз ағым тән, тек зақымдалуды көрсететін бір айғақ, қанның эозинофильды реакциясы. Трихинеллездің клиникалық түрлері ауыр ағымына байланысты әртүрлі болады. Осыған байланысты клиникалық жіктелуі келесідей: жасырын жеңіл орташа ауырлықта ауыр Инвазия периодтары: инкубациялық жедел көрініс сатысы асқыну реконвалесценция және рецидив Инкубациялық кезең 10 — 25 күн. Бірақ табиғи штамм түрімен зақымдалған кезде 40 — 45 күнге дейін созылады. Егер ауру ағымы ауыр болса инкубация ұзақтығы 7-10 күн, ал аса ауыр болса 3 – 1күн. Жасырын кезеңде инкубациялық кезең 4-тен 5-аптаға дейін созылады.

Бұл кезең диагностика үшін қиын, басты симптомдар: субфебрильды қызба, жеңіл бұлшықеттік ауырсыну, беттің бозаруы. Перифериялық қан анализінде лейкоциттер қалыпты, ал эозинофилия 7 — 12% дейін болады. Ауру жедел түрде дене температурасының 38 — 39° С дейін жоғарылауымен, бас ауруы, әлсіздікпен басталады. Температура тез түрде субфебрильды деңгейге дейін төмендеп, бір апта бойы сақталады. Балтыр бұлшықетіндегі, шайнау және беттің ісінуі байқалады. Бұл көріністер өздігінен 1- 2 апта ішінде жоғалуы мүмкін, ал эозинофилия 1 — 3 айға дейін сақталады.

## Трихинеллез диагностикасы

Клиникалық тексеру; эпидемиологиялық анамнез; лабораторлы зерттеу нәтижелері. Аурудың клиникалық диагностикасында 36-40% жағдайда қателіктер болады. Жиі қате диагноздар: тұмау және жедел респираторлы аурулар (46-47%), паратиф (14-15%), тағамдық токсикоинфекция және дизентерия (7-8%), пневмония (6-7%), себепсіз аллергия (4-5%), конъюнктивит (4,5-5%). Басты клиникалық симптомдар: қызба, бұлшықеттік ауырсыну (91%), қасаң қабақ ісінуі (80,2%), көздік синдром — хемоз, конъюнктивит, склера инъекциясы, склераға қан кету, көздегі ауырсыну (80,2%); терілік бөртпелер (33%) және асқазан – ішектік бұзылыстар (33%) Басты лабораторлы-клиникалық көрсеткіштер: тұрақты эозинофилия (96,6%), лейкоцитоз (68,1%) және гиперальдолаземия — Ф-1,6-Ф-альдолаза белсенділігінің жоғарылауы (91%).

## Трихинеллез емі

Трихинеллездің барлық формасын стационарда жүргізеді. Жасырын және жеңіл формалы түрінде қабынуға қарсы стероидты емес дәрілермен жүргізеді. Спецификалық ем — мебендазол (вермокс) орташа және ауыр дәрежелі науқастарға жүргізеді. Вермокс ересек адамдарға күніне 0,3 г (балаларға 5 мг 1 кг дене салмағына ) тамақтан соң 3 рет қабылдайды, 7—10 күн ауру ауырлығына байланысты. Қосымша бруфен және вольтаренмен емдейді. Глюкокортикоидты спецификалық препараттармен бірге береді, преднизолон 30 дан 80 мг күніне, 6—10 мг дексаметазон күніне химиотерапия кезінде, 5—7 күннен соң дозасын азайту арқылы жүргізіледі. Ауырған кезде науқастар мәжбүрлі қалыпқа ие және қозғалыссыз болады, сондықтан науқас жазылған соң — массаж, пассивті кейін, белсенді гимнастикамен шұғылданду қажет.

## Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

- 1) Биология и общая генетика Учебник. Пехов А.П. – М., 2006.
- 2) Биология. Учебник под редакцией В.Н. Яригина. – М., Высшая школа 2004.
- 3) Медицинская биология и генетика / Под. редакцией Куандыкова Е.У., Алматы, 2004
- 4) Медицинская паразитология. Учебное пособие для медицинских вузов Е.Н. Барышников, — М., ВААДОС – пресс 2005
- 5) Молекулалық биология және генетика Д.Н. Иманова, С.Қ. Қоштаева, М.Н. Турабеков, Г.П. Шынпейсова, А.А. Исмаилова Түркістан 2012ж