

МАРАТ ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК
МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

Студенттің өзіндік жұмысы

Мамандығы: Жалпы медицина

Дисциплина: Жұқпалы аурулар

Тобы: 412Б

Кафедра: Инфекциялық аурулар және балалар инфекциясы

Тақырыбы: Шистосомозы. Этиологиясы. Эпидемиологиясы. Патогенезі.

Классификациясы. Клиникасы. Диагностикасы. Екшеу диагностикасы. Емі. Алдын
алуы

Орындаған: Құспанова Д.

Тексерген: Айбусинова К.Н.

Жоспары:

Кіріспе

Негізгі бөлім

1.Этиологиясы

2.Клиникалық көрінісі

3.Диагностикасы

4.Емі

5.Профилактика

Пайдаланған әдебиеттер

Шистосомоздар - трематодоздар тобына
ұқсайтын шистосомоздар. Адам ағзасын
паразиттейтін ақырғы екі түрі сирек кездеседі.
Тропикалық климатта шистосомоздар кең таралған.

Клиникалық ерекшеліктерімен шақырылатын
шистосома 3 топқа бөлінеді:

1. ішектік
2. зәр жүйесі
3. жапондық

Этиологиясы:

Қоздырғыш аналығының көлемі (12-16)х0,17 мм. Аталығының көлемі (10-12,0)х1,2 мм. Шистосомоның ақырғы иесі-адам (кейде кеміргіштер, павиондар және т.б.). Фекаль арқылы гельминттер сыртқы ортаға шығады да, аралық иесі арқылы өсуін бастайды. Олардың су құбырында немесе арықтардағы моллюскалардың түрлері сирек. Жоғарғы қозғалғыштығының арқасында 5-15 мин арасында суда жүрген адамның тер ісіне немесе шырышты қабатына енеді. Кейін дермаға және гиподермаға өтіп бірнеше күн сақталады. Содан соң жетілмеген және жас гельминттер лимфа және қан тамырлар арқылы миграцияланып жүректің оң жақ бөлігімен өкпеге түсіп кейін, бір ортадан соң, бауырға түседі. Бауырда жетілген соң шистосомалар қан арқылы іш астарына бекіп 30-40 күннен соң жұмыртқалайды.

Клиникалық көрінісі:

Симптомсыз өтуі мүмкін, сирек кездесетін клиникалық көрінісі анық көрінуі мүмкін, әсіресе бірінші жұқтырған кезде ішек шистосомоздың клиникалық көрінісінде 4 фаза бар: жедел, латентті, бітеу, (резидуальді фазасы) Бірінші симптом-дерматит болуы мүмкін, ол церкаридің теріге енген себебінен теріде қышу пайда болады, бірақ 2-3 күннен соң жоғалып кетеді. 5-8 күннен соң ауру жедел фазаға айналады, бұл шистосомоздың жетілген миграция кезеңінде жалпы енжарлық, әлсіздік, тәбеттің және дене салмағының төмендеуі болады, қалтырау, бастың ауырсынуы, дене қызуының жоғарлауы, буындарының және бұлшық еттерінің ауырсынуы байқалады, урикарлы бөртпелер пайда болады. Өкпенің клинико-рентгенологиясында эозинофильді инфильтраттар болуы мүмкін. Гемограммада лейкоцитоз және эозинофилия кейде ЭТЖ-ның жоғарлауы болады. Бұл симптомдар бірнеше күннен 2-3 аптаға дейін созылады. Кейін латентті фазасы бірнеше аптаны құрайды. Ішек шистосомоздың созылмалы фазасынан кейін 6-8 аптадан соң, жұмыртқалар қалана бастайды. Бұл кезеңнің бастапқы симптомы ішектің зақымдануы болып табылады, өйткені жұмыртқалардың ішек қабырғасына миграция жасау кезеңі болады. Бұл кезеңде іштің ауырсынуы болады, нәжісі жиілейді, тенезмдер болады. Нәжісі сұйық немесе ботқа тәрізді және нәжіс шырыш, ірің, қан араласқан болуы мүмкін. Ректороманоскопияда ошақты гиперемия, ісінген, кейде полиптер болады. Кейіннен ауырсыну синдромдары қайтады, мүмкін іштің қатуы болады, жараның тыртықтынуы болады және фиброзды өзгерістерге ұшырайды.

Диагностикасы:

Гематологиялық және ректороманоскопиялық зерттеулер жүргізіледі.

Диагноз қою үшін нәжісті, ішектің шырышты қабатындағы жұмыртқаларына зерттеу жүргізіледі және де РСК, ИФА, РФА иммунологиялық реакциялар, тері ішілік аллергиялық сынақ жүргізіледі.

Емі.

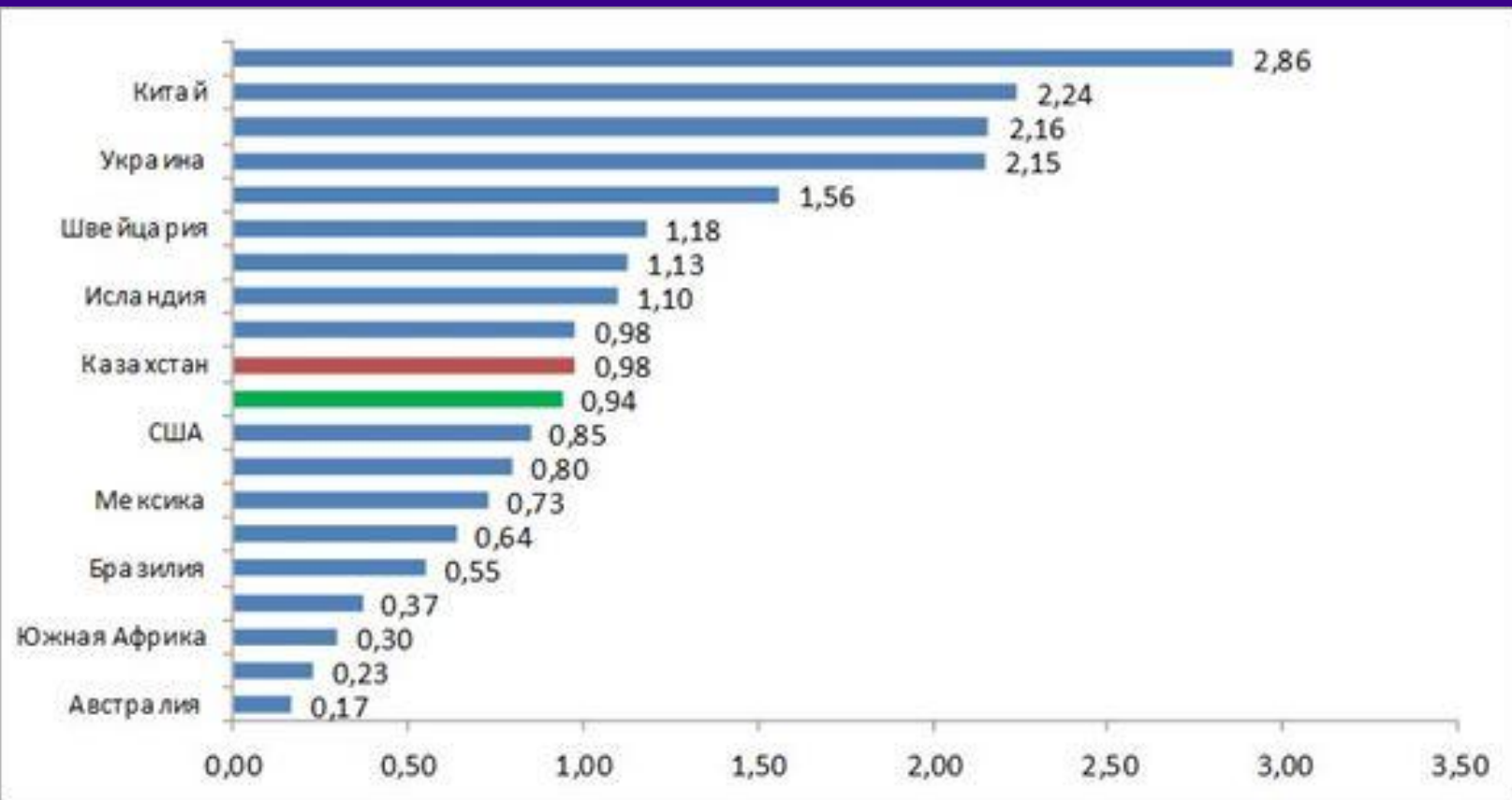
Этиотропты терапияда қолданылатын нәтижелі және жақсы әсер ететін препараттар: бильтрицид таблетка түрінде қолданылады, 20 мг/кг тәулігіне 3 рет немесе 50 мг/кг тәулігіне 1 рет, 100 мг/нан кейін қайталап бір рет 3 мг/кг енгізеді. Бұлшық етке немесе пероральді 15 мг/кг ұйықтар алдында 2 күн қолданылады. Ниридазол таблетка түрінде 10 тәулік қолданылады

Профилактика

Моллюскаларды жою үшін эффективті күрес жүргізу. Бұған биологиялық тәсілдер қолданылады (су қоймаларын, моллюскалардың табиғи жаулармен толтыру. Мысалы: моллюскаларымен немесе балықтармен, сонымен қатар моллюскицидтер . Халық арасында санитарлық ағартушылық жұмыстарын жүргізу қажет және су қоймаларының фекальді ластану мүмкіншіліктерін ескерту керек. Кіші су қоймаларынан әр түрлі мақсатта суды қолданғанда сақтықпен қолдану, эндемиялық аймақта осындай жерлерде суға түсуге тыйым салу, нафтехинолонның көмегімен, церкарийлердің енуінен теріні қорғау жеке профилактикада маңызды болып табылады. Шистосомоздардың таңдаулы химиопрофилактика әдістері өңделіп жатыр. Міндетті түрде суды фильтрациялау

Шистосомоз -Азия, Африка,
Латын Америкасының ыстық
аймақтарында тараған.

Шистосомозбен ауыратын
науқастардың жалпы саны
ДДҰ(ВОЗ)дың статистикасы
бойынша жер жүзінде 150 млн
адамды құрайды



Пайдаланған әдебиеттер:

1. А.Қ. Дүйсенова Жұқпалы аурулар
2. Ю.К. Богоявленский. Биология для студентов медицинских ВУЗов. — М: «Медицина», 1985. — С. 448—533.
3. Краткая Медицинская Энциклопедия, издательство «Советская Энциклопедия», издание второе, 1989, Москва
4. Ғаламтор желісі