

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		044 -49/19
Дәріс кешені		76 беттің 1 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән: Жұқпалы аурулар

Пән коды: ZhA 4306

БББ: Жалпы медицина

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 150/5

Оқытылатын курспен семестр: 4/7

Дәріс көлемі: 15 сағат

Шымкент, 2023 ж.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Дәріс кешені БББ бойынша ЖБП сәйкес әзірленген «Жалпы медицина» және кафедра мәжілісінде талқыланды

Хаттама №__11__ «_30_»__06__2023 ж.

Кафедра меңгерушісі, м.ғ.к., профессор



Абуова Г.Н.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Дәріс №1

Тақырыбы: Мамандыққа кіріспе, жұқпалы аурулар қызметінің ұйымдастырылуы. Жалпы жұқпалы аурулар патологиясын оқу.

1. Мақсаты: білім алушыларды жұқпалы аурулардың ерте клиникасы, эпидемиологиялық диагностикасы, ауруханаға дейінгі кезеңде және стационарда науқастарды емдеу, дәрігерлік учаскедегі профилактикалық және эпидемияға қарсы іс-шараларды ұйымдастыру, таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

Жұқпалы аурулар, бұрынғы жылдардағыдай, адам аурулары арасында жетекші орындардың бірін алып отыр. Вирустық гепатиттер, жіті ішек инфекциялары мәселелері әлі күнге дейін өзекті болып отыр. Бұрынғы жылдардағы ауру - қызылша қайта оралып, герпесвирустар, боррелиялар, хламидиялар және т.б. тудырылатын жаңа инфекциялар кеңінен таралып жатыр, сонымен қатар адамзатқа ЖИТС қауіп төндіруде. Қоғамның қатпарлануына, әлеуметтік қорғалмаған адамдардың көп санының пайда болуына әкеп соққан әлеуметтік-экономикалық өзгерістер жағдайында көптеген жұқпалы аурулар өліммен аяқталған ауыр ағымға ие болды.

Вирусологиямен, иммунологияның, қолданбалы фармакологияның заманауи жетістіктері инфекционисттерге көптеген аурулардың этиологиясына, патогенезіне көзқарасты қайта қарауға және емдеуде белгілі бір табыстарға жетуге мүмкіндік берді.

Алайда жұқпалы ауруларды жалғыз инфекционист-мамандар білуі тиіс деген түсінік дұрыс емес. Ең бірінші жұқпалы аурулармен жалпы тәжірибе дәрігерлері кездеседі. Инфекцияны ерте анықтау, дұрыс терапиялық тактиканы қолдану, эпидемияға қарсы іс - шараларды ұйымдастыру, науқастың тағдыры дәрігердің біліктілігіне тікелей байланысты.

Инфекциялық қызметті ұйымдастыру

Жұқпалы ауруларға көмек көрсету жүйесі келесі кезеңдерді қамтиды:

- Бастапқы буын, жалпы тәжірибе дәрігерімен ұсынылған (учаскелік терапевт немесе қиын жағдайдағы науқастарға арналған жедел жәрдем дәрігері);

- емханада жұқпалы-паразитарлық аурулар және иммунопрофилактика бөлімшесінің (КИЗ кабинеті) болуы;

- мамандандырылған инфекциялық стационар.

Кезеңдер тұйық сипатта болады, өйткені науқас емді аяқтау барысында жалпы тәжірибелі дәрігерге қайтадан жүгінеді. Бірқатар жағдайларда жүйе санаторийлерді қоса алғанда, оңалту бөлімшелерінде емделумен толықтырылады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Аурудың ағымы мен аяқталуын анықтайтын ең маңыздысы бірінші буын-жалпы тәжірибелі дәрігер болып табылады. Инфектология бойынша жалпы тәжірибелі дәрігерлерінің сапалы дайындығының маңызы инфекциялық аурулардың пайда болуы кезінде, әлеуметтік-экономикалық қолайсыздық кезеңінде айқын болады. Жалпы тәжірибелі дәрігер науқаспен бірінші кездескен кезде, эпидемиологиялық анамнезді ұмытпай, нақты анамнездік деректерді толық жинай білуге, науқасқа толыққанды тексеру жүргізуге міндетті. Бұл мәліметтер бастапқы кезеңде ерте диагностикалау шұғыл терапияның барысын анықтайды. Эпидемияға қарсы қажетті іс-шараларды жүргізу науқастың айналасындағы адамдардың қауіпсіздігін қамтамасыз етеді немесе керісінше, инфекция-тасымалдаушы немесе енжар немесе созылмалы аурулары бар науқасты анықтауға мүмкіндік береді.

Менингококкты инфекция, тырысқақтың ауыр түрлерімен тырысқаққа ұқсас энтериттер және инфекция-токсикалық немесе гиповолемиялық шокпен қоса жүретін инфекциялар кезінде үйде және жедел жәрдем машинасында жүргізілетін шұғыл емдеу шаралары науқастың тағдырын анықтайды. Бұл тағы да жалпы тәжірибелі дәрігеріне жұқпалы ауруларды білу және осы білімді тәжірибелік қызметте пайдалану маңызды екенін еске салуға негіз береді.

Күрделі диагностикалық жағдайларда зертханалық зерттеулерді қолдану қажет. Ерте диагностикаға және эпидемиологиялық тексеру мәселелерін шешуге ықпал ететін экспресс диагностика әдістері ақпараттық болып табылады. Аурудың жеңіл ағымымен бірқатар науқастар мысалы, , ЖРВИ, жіті ішек инфекциялары (ЖИИ) ауруханаға жатқызылуға эпидемиологиялық көрсеткіштер болмаған кезде тіркеуден кейін дәрігер-инфекционисттің қатысынсыз амбулаториялық емделуі мүмкін. Күрделі диагностикалық жағдайларда жалпы тәжірибелі дәрігері (КИЗ) дәрігерін тартады және онымен бірге үйде емдеу мәселесін шешеді, егер науқас жағдайы ауыр болса, нозологиялық немесе синдромдық диагнозы бар инфекциялық стационарға жатқызылады. Жұқпалы аурулар кабинеті (КИЗ) дәрігерімен науқасты ауруханаға жатқызу немесе үй жағдайында емдеу тактикасы қаралады.

Жұқпалы аурулардың кей түрлерінде аса қауіпті инфекциялар, менингиттер, В гепатиті, дифтерия, сүзек-паратифозды аурулар, лептоспироз, геморрагиялық қызба және т.б. міндетті түрде ауру ағымының ауырлығы бойынша ауруханаға жатқызу міндетті көрсеткіш болып табылады. Аталған бұйрыққа сәйкес, науқасты стационардан шығарғаннан кейін оңалту іс-шараларының барлық кешенін жүзеге асыра отырып, инфекциялық ауруларға мамандандырылған көмек көрсетуге міндетті. Сонымен қатар, жалпы тәжірибелі дәрігер ЖАК (КИЗ) дәрігерімен және эпидемиологпен бірлесіп инфекция ошағында індетке қарсы іс-шаралардың барлық кешенін жүргізеді.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Инфекциялық-паразиттік аурулар және иммунопрофилактика бөлімшесінің ЖАК дәрігерінің жұмыстары:

-диагнозды нақтылау, емдеу - диагностикалық және алдын алу іс-шараларын тағайындау, қажет болған жағдайда емдеуге жатқызу туралы мәселені шешу мақсатында емханада және үйде науқастарға консультациялық көмек көрсету;

- емхана дәрігерлеріне амбулаториялық жағдайда және үйде инфекциялық науқастарды емдеуде стационардан шығарылғаннан кейін реконвалесценттерді, сондай-ақ іш сүзегі таяқшалары және шигеллалардың бактерия тасымалдаушыларын емдеу бойынша консультациялық көмек;

- жұқпалы ауруға күдікті науқастарды тексеру мәселелері және оларды емдеуге жатқызуға жіберу тәртібі туралы жалпы тәжірибелі дәрігерлеріне кеңес беру;

- амбулаториялық қабылдау жүргізетін дәрігерлердің ерте диагностикалау және жұқпалы ауруларға білікті көмек көрсету тақырыбымен білімін арттыру бойынша жүйелі жұмыс;

- жұқпалы аурулар кабинеттерінде динамикалық бақылауға жататын реконвалесценттер мен бактерия тасымалдаушыларды белгіленген тізім бойынша диспансерлік тексеру және емдеу;

- жұқпалы аурулармен ауыратын науқастарды, бактерия тасымалдаушыларды және паразит тасымалдаушыларды есепке алу, инфекциялық аурулар мен өлім-жітімнің динамикасын талдау, диагностикалық және емдік шаралардың тиімділігін, жалпы емханада, сондай-ақ жеке дәрігерлік учаскелерде профилактикалық егулерді жүргізу жоспарының орындалуын бақылау;

- жұқпалы аурулардың алдын алу және алғашқы медициналық көмек көрсету бойынша медициналық білімді насихаттау.

ЖАК дәрігері міндетті:

- сараптама туралы ережеге сәйкес еңбекке уақытша жарамсыздық сараптамасын жүргізу;

-медициналық құжаттамаларды, бекітілген есептік-есептік нысандарды сапалы және уақытылы жүргізу және өз қызметі туралы есеп жасау.

Инфекциялық қызметті одан әрі жетілдіру амбулаториялық кезеңде мамандандырылған көмекті нығайтуды, екі жақты байланыстарды дамыту мен тереңдетуді, инфекциялық стационарлар мен амбулаториялық-емханалық буын арасындағы сабақтастықты, сондай-ақ халыққа жоғары білікті және мамандандырылған көмекті ұйымдастыру негізгі міндетке жатады.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Негізгі:

1. Абуова Г.Н. Жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - Шымкент, 2017ж. 448 б.
2. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
3. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я., 2009.
4. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

1. Диагностика типичного случая инфекционной болезни (стандартизованный пациент). Учебное пособие. Н.Д.Юшук, Е.В.Волчкова. Издательство [Гэотар-Медиа](#), 2017 г.; 454 с.
2. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии. Учебник. Гриф МО РФ. [Б. В. Кабарухин](#), [В. Н. Дунайцева](#), [А. К. Белоусова](#); Издательство, 2 566 тг [Феникс](#), 2016 г.; 364 с.
3. Атлас инфекционных болезней; [Владислав Иванович Лучшев](#); [Сергей Николаевич Жаров](#), [Владимир Владимирович Никифоров](#), Издательство [Гэотар-Медиа](#), 2014 г.; 224 с.
4. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press

Электрондық ресурстар:

1. <https://openwho.org>
2. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
3. <http://base.ukgfa.kz>

6.Бақылау сұрақтары:

1. «Жұқпалы аурулар» ұғымына анықтама беріңіз
2. Инфекциялық процестің 3 компонентін атаңыз
3. «Патогенділік, «вируленттілік» ұғымдарына анықтама беріңіз
4. Микрофлора немесе микробиот
5. Бактериялар мен вирустардың жіктелуі
6. Л. В. Громашевскийдің жіктелуінің артықшылықтары мен кемшіліктері

Лекция №2

Тақырыбы: Жедел бактериялды ішек инфекциясы. Іш сүзегі және паратифтер А,В, С.Сальмонеллез. Дизентерия

2. **Мақсаты:** білім алушыларды жедел бактериялды ішек инфекциясы. Іш сүзегі және паратифтер А,В, С.Сальмонеллез. Дизентерия диагностикасы,

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

болжамы, дифференциалды диагнозы, клиникасы, емі және алдын алу мәселелерімен таныстыру. Теориялық білім мен тәжірибелік дағдыларды бекіту.

- 3. Дәріс тезистері:** Жедел ішек инфекциялары (ЖИИ) – адамның ағзасына ауыз арқылы келіп түсетін, әр түрлі бактериялар ықпалынан орын алатын жіті ішек инфекцияларының аурулар тобы. Бұл топқа сальмонеллез, дизентерия, сонымен қатар, эшерихиоз, тағамдық токсикоинфекциялар, шартты-патогенді қоздырғыштардан туындаған жіті гастроэнтериттер жатады.

Іш сүзегі - сальмонеллалармен шақырылатын, клиникасында қызбамен, бактериемиямен, ішектің лимфоидты түзілімдерінің және мезентериалды лимфа түйіндерінің зақымдануымен, гепатоспленомегалиямен және жиі розеолезды бөртпемен сипатталатын жалпыланған ішек антропонозды ауруы.

Этиологиясы. Ауру қоздырғышы d - Salmonella typhi, Salmonella тобына жатады. Қолайсыз жағдайларда олар созылмалы инфекция түрлерінің дамуына себепші болатын жасушаішілік ұзақ персистирлеуге қабілетті L-формаға өзгеруі мүмкін. Salmonella typhi сыртқы ортада тұрақты: суда 1-5 айға дейін, жұғуда - 25 күнге дейін сақталады. Қыздырған кезде, дезинфекциялаушы заттардың әдеттегі концентрацияларында бірнеше минут бойы өледі.

Эпидемиологиясы. Инфекция көзі - іш сүзегінің манифестті және симптомсыз ағымымен ауыратын науқастар. Аурудың созылмалы түрі бар науқастардың эпидемиологиялық маңызы зор. Жұқтыру механизмі - нәжіс-ауыздық. Инфекцияның берілу жолдары - су, тамақ және тұрмыстық - контактілі. Аурудың ең жиі жедел жағдайлары 15-45 жастағы топта тіркеледі. Аурудың кездейсоқ жағдайлары да, эпидемиялық өршуі де байқалады. Іш сүзегі жазғы-күзгі кезеңде сырқаттанушылықтың маусымдық артуы тән.

Патогенез. Ішекке еніп, іш сүзегінің қоздырғышы аш ішектің лимфоидты түзілімдеріне - жеке және топтық (пейеров табакшалары) фолликулдарына - содан кейін аймақтық мезентериальді лимфа түйіндеріне енгізіледі, бұл лимфадениттің дамуына (алғашқы ревационапиялық инфекция фазасы), ал одан әрі - олардың патологоанатомиялық өзгерістерінің тән сатыларына әкеледі. Лимфа түзілімдерінен қоздырғыш қан арнасына түседі - аурудың бірінші клиникалық көріністеріне сәйкес келетін бактериемия басталады. Қандағы микроорганизмдер ішінара өліп, интоксикациялық синдромға себепші болатын эндотоксин бөледі, ал жаппай эндотоксемия кезінде - инфекциялық-уытты шокты тудырады. Бактериялардың паренхиматозды мүшелерге енуі (паренхиматозды диссеминация) оларда құрсақ-атифозды грануланың пайда болуымен және олардың функцияларының бұзылуымен көрінеді. Сонымен қатар, аурудың 8-күнінен бастап ағзадан қоздырғыштың нәжіспен, содан

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

кейін несеппен (бөліп шығару кезеңі) жаппай бөлінуі болады. Ауру барысында науқастардың ішектерінде оның лимфоидты түзілімдері жағынан кезеңді өзгерістер болады. Аурудың алғашқы бірінші аптасында - мықын ішектің лимфоидтық түзілімдерінің ми тәрізді ісінуі, екіншісінде - олардың некротизациясы, үшіншісінде - некротизацияланған массалардың ығыстырылуы, төртіншісінде - "таза жара" түзілу кезеңі және бесінші - алтыншы аптада - жаралардың жазылуы байқалады. Соңғы кезеңге (5-6-ші апта) иммунитеттің қалыптасу фазасына, ағзаны қоздырғыштан босату гомеостазасының қалпына келуіне сәйкес келеді, бұл ерте реконвалесценцияның дамуын сипаттайды.

Клиника. Инкубациялық кезең - 7-ден 25 күнге дейін. Инфекция ағымының келесі түрлері мен нұсқалары болады:

I. Жіті іш сүзегі: манифесттік және симптомсыз ағымды.

Манифесттік ағым: типтік және атипті (абортивті, жасырын, маскаланған) формалар. Клиникалық көріністердің ауырлығына қарай олар жеңіл, орташа ауыр және ауыр ағымды болуы мүмкін.

Симптомсыз ағым: субклиникалық және реконвалесценттік нұсқалар.

II. Созылмалы іш сүзегі: манифесттік және симптомсыз ағымды.

Манифесттік ағым: қайталанатын нұсқа.

Симптомсыз ағым: субклиникалық және реконвалесценттік нұсқалар.

Жедел іш сүзегінің манифесттік ағымы типтік және атипті түрінде кездеседі.

Типтік форма ағымының циклдік сипатымен сипатталады, 4 периодын ажыратады: бастапқы, өршу, аурудың шешілуі және реконвалесценция. Бастапқы кезең - аурудың бірінші аптасы, көбінесе уланудың симптомдарымен сипатталады: біртіндеп немесе жіті (1-2 күн ішінде) пайда болған гипертермия 38-39 °C дейін, айқын әлсіздік, анорексия байқалады. Бұрын көптеген емделушілерде тұрақты түрдегі бас ауруы, түнде ұйқысыздық және күндізгі уақытта ұйқышылдық орын алған. Кейбір науқастарда жіңішке ішек түріндегі диарея ("бұршақ сорпа" түріндегі нәжіс) пайда болады.

Аурудың бірінші аптасының соңы - екінші аптасының басында 1-2 аптаға созылатын өршу кезеңі басталады. Бұл кезеңде улану күшейіп, науқастардың дене температурасы барынша жоғары деңгейге жетеді. Науқастар есі тежелген, айналасындағыларға негативті. Аурудың ауыр ағымында status typhosus дамуы мүмкін - күрт әлсіздік, апатия, адинамия, сананың бұзылуы, сандырақ, галлюцинация байқалады. Аурудың 8-10 күні науқастардың 55-65% - да экзантема пайда болады. Ол көбінесе іштің жоғарғы бөлігі мен кеуде қуысының төменгі бөлігі терісінде орналасады. Бөртпе аз, оның элементтерінің саны әдетте 5-6 аспайды, сипаты бойынша розеолезді, мономорфты. Диаметрі 3 мм-ге жуық розеолдар тері деңгейінен (roseola

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

elevata) көтеріліп тұрады және бозғылт тері фонында жақсы көрінеді. Бөртпе элементтері 3-4 күнге дейін сақталып, кейін тері пигментациясын қалдырады. Іш сүзегі үшін "бөртпе" феномені тән - аурудың өршу кезеңі бойына жаңа розеолдың пайда болуы. Кейбір науқастарда алақанның және табанның терісінің каротин гиперхромиясы феномендері байқалады (Филиппович симптомы).

Аурудың шешілу кезеңінде негізгі клиникалық көріністер өшеді. Дене температурасы литикалық төмендейді, уыттану азаяды - тәбет пайда болады, тіл жабындыдан тазарып ылғалданады, диурез артады, ұйқы қалыпқа келтіріледі, біртіндеп әлсіздік жоғалады, көңіл-күй жақсарады.

Реконвалесценция кезеңінде науқастардың 7-9% - да аурудың қайталануы мүмкін. Рецидив негізгі ауру сияқты клиникалық көріністермен жүреді, бірақ ұзақтығы аз.

Іш сүзегінің типтік формасы жеңіл, орташа және ауыр болуы мүмкін.

Іш сүзегінің ең қауіпті асқынуларының қатарына: инфекциялық-уытты шок (ИТШ), ішек жарасының перфорациясы және ішектен қан кету жатады.

Науқастарды қалыпты дене температурасының 21-күнінен ерте емес антибиотиктерді тоқтатқаннан кейін - 5 күннен кейін нәжіс пен несепті бактериологиялық зерт және одан кейін 5 күн аралығымен тексергеннен кейін шығарады. Бұдан басқа, дуоденальдік ішіндегісіне шығар алдында 7-10 күн бұрын бактериологиялық зерттеу жүргізіледі.

Диагностика. Гемокультураның бөлінуі спецификалық диагностикадағы жетекші болып табылады. Егуге арналған қанды аурудың барлық кезеңінде, көктамырдан 5-10 мл алады және 50-100 мл өт сорпасына немесе Раппопорт ортасына себеді. Алғашқы қан егу бактерияға қарсы ем басталғанға дейін жүзеге асырылған жөн. Сонымен қатар диагностикада серологиялық реакциялар қолданады - РА, РНГА, диагностикалық титр - 1:200 және одан жоғары. Аурудың симптомсыз ағымы бар адамдарды анықтау үшін Vi-антигені бар РНГА тағайындайды. Қоздырғыштың немесе оған антиденелердің - ИФТ, ВИЭФ, РИА және т. б. антигендерін анықтауға негізделген ерте диагностиканың жоғары сезімтал әдістері де әзірленген.

Емі. Іш сүзегімен ауыратын науқастар міндетті түрде инфекциялық стационарларға жатқызылуы тиіс. Емделуде маңызды болып науқастарды дұрыс күтуді ұйымдастыру, төсек режимін сақтау болып табылады. Науқасқа қалыпты дене қызуының 7-8-күнінен, жүруге - 10-11-ден рұқсат етіледі. Тері мен ауыз қуысының шырышты қабығына мұқият күтім жасау қажет. Оңай сіңетін және (4а-үстелі), сауыға келе диетаны қалпына келтіре отырып, біртіндеп кеңейтеді.

Таңдау этиотропты препараттарына фторхинолондар (ципрофлоксацин күніне 0,5 г-нан 2 рет) және цефтриаксон (роцефин 1-2 г/тәулігіне бұлшық етке немесе көктамыр ішіне) жатады. Резервтің негізгі этиотропты препараты

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

левомицетин болып қалады, ол қалыпты температураның 10 күніне дейін тәулігіне 4 рет 0,5 г ішке тағайындайды. Интоксикацияны жою үшін инфузиялық терапия қолданылады.

Алдын алу шаралары. Алдын алудың негізгі шаралары - сумен жабдықтау мен канализация сапасын жақсарту, тамақ дайындауды бақылау, елді мекендерді санитарлық тазалау. Халықпен санитариялық-ағарту жұмысы, гигиеналық дағдыларды тәрбиелеу маңызды.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

1. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
2. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#), Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
3. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющук Н.Д., Венгера Ю.Я., 2009.
4. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

1. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.
2. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.
3. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
4. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
5. Клиникалық хаттамалар МЗ РК

Электрондық ресурстар:

1. <https://openwho.org>
2. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
3. <http://base.ukgfa.kz>

6. Бақылау сұрақтары:

1. Іш сүзегі және паратифтер А,В,С.Сальмонеллез.Дизентерияға анықтама беріңіз
2. Қоздырғыштардың сипаттарын болжау, негізгі клиникалық көрінісіне сипаттама беріңіз, қоршаған ортаның әр түрлі нысандарына төзімділігін сипаттаңыз
3. Іш сүзегі және паратифтер А,В,С.Сальмонеллез.Дизентерия ауруларының патогенезінің өзектілігі

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

4. Іш сүзегі және паратифтер А,В,С.Сальмонеллез.Дизентерия жіктелуін атаңыз
5. Іш сүзегі және паратифтер А,В,С.Сальмонеллез.Дизентерия кезіндегі жетекші синдромдар мен симптомдарды анықтаңыз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз
6. Іш сүзегі және паратифтер А,В,С.Сальмонеллез.Дизентерия мүмкін болатын асқынуларды атаңыз
7. Іш сүзегі және паратифтер А,В,С.Сальмонеллез.Дизентерия инфекциялық және инфекциялық емес аурулармен дифференциалды диагностикасын жүргізіңіз
3. Іш сүзегі және паратифтер А,В,С.Сальмонеллез.Дизентерия верификациялау үшін қандай зертханалық және аспаптық әдістерді тағайындау керек
4. Іш сүзегі және паратифтер А,В,С.Сальмонеллез.Дизентерияның госпитализацияға көрсеткіштерін атаңыз
5. Іш сүзегі және паратифтер А,В,С.Сальмонеллез.Дизентерия емдеуге арналған препараттарды атаңыз және тағайындалған емді негіздеңіз
6. Іш сүзегі және паратифтер А,В,С.Сальмонеллез.Дизентерия кезіндегі алдын алу бағыттарымен әдістерін атаңыз

Лекция №3

Тақырыбы: Жедел бактериялды ішек инфекциясы. Эшерихиоз. Иерсиниоздар.

Мақсаты:білім алушыларды жедел бактериялды ішек инфекциясы,эшерихиоз,иерсиниоздар диагностикасы, болжамы, дифференциалды диагнозы, клиникасы, емі және алдын алу мәселелерімен таныстыру. Теориялық білім мен тәжірибелік дағдыларды бекіту.

1. Дәріс тезистері:

Қазіргі кезде өте кең тараған инфекциялардың бірі. Оның себептері:

Иерсиниялар табиғатта көп таралған. Олар 60-тан астам сүтқоректілер, 30-данастан құстар мен қосмекенділер организмнен табылады.Иерсинияларды жерден/топырақтан, әртүрлі көкөністерден, тамыржемістіөсімдіктерден, су, ауа, тіпті бізді қоршаған бүкіл табиғат ортасынан табуға болады.Сыртқы ортаға мейлімші төзімді.Таралу жолдары сан алуан.

Ішек иерсиниозы - *Iersinia enterocolitica* қоздыратын, асқазан-ішек жолдарын зақымдап, токсикалық- аллергиялық белгілері мен өтетін жедел жұқпалы ауру.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Тарихи мәліметтері. Қоздырғышты 1939 ж. Дж.Шлейфстейн және М.Колеман деген ғалымдар анықтаған, бірақ оның қандай ауру туғызатынын олар білмеген. Адам арасында бірінші аурулар туралы мәлімет 60-шы жылдардан кейін белгілі болды, ал соңғы жылдары тез көбее берді.

Этиологиясы. Аурудың қоздырғышы - *Iersinia enterocolitica* – грам «теріс» таяқша *Enterobacteriaceae* тұқымдастығына жатады. О- және Н- антигені бар, О – антиген бойынша 50 сероварлары бар, 5 биотипі бар. Олардың ішінде адамға патогенді 01,05,08,09 сероварлары. 09 серовар бруцелламен ортақ антигені бар, сондықтан Райт реакциясы «оң» нәтижелі болуы мүмкін. Иерсиниоз қоздырғышы тек эндотоксин бөледі. Тоңазытқыш температурасында 4-8 С көп уақыт сақталып және жеміс, көкөністер мен басқа тағамдарда көбеюге қабілеті бар. Қайнатқанда иерсиниялар бірден өледі.

Патогенезі псевдотуберкулезге біраз ұқсас. Ерекшелігі: ішекті көбірек зақымдап, терминальды илеит, жаралы, некрозды энтерит, энтероколит, мезентериальды лимфаденит дамиды. Қоздырғыш ішектің төмінгі бөлімдері арқылы еніп, оның аймақтық – мезентериалді лимфа түйіндерінде ұялап, солардың зақымдануы арқылы әрі қарай септикалық инфекция қалыптасуына жағдай жасалады. Аурудың өте жие кездесетін терминалді илеит, гастроэнтерит, энтероколит мезентериалді лимфаденит, аппендицит болып келгендіктен, ол “ішек иерсиниозы” деген ат алған. Бірақ ішек жағынан кездесетін белгілерден басқа да артрит, түйінді эритема, конъюнктивит, лимфаденит, гепатит, нефрит, уретрит, т.б. синдромдар көрініп, ол псевдотуберкулезге ұқсастығын көрсетеді.

Ішек иерсиниозы кезінде көбіне гастроэнтероколит түрі, аппендицит түрі, септикалық түрі, субклиникалық түрі жие қалыптасады. Ауруды емдеу аурудың алдын алу шаралары псевдотуберкулезге ұқсас.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

1. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
2. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
3. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я., 2009.
4. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

1. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

2. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.
3. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
4. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
5. Клиникалық хаттамалар МЗ РК

Электрондық ресурстар:

1. <https://openwho.org>
2. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
3. <http://base.ukgfa.kz>

2. 6. Бақылау сұрақтары:

1. Иерсиниозға анықтама беріңіз
2. Қоздырғыштың сипатын болжау, клиникалық көрінісіне сипаттама беріңіз, олардың қоршаған ортаға әр түрлі факторларға тұрақтылығын сипаттаңыз
3. Иерсиниоз патогенезінің өзектілігін атаңыз
4. Иерсиниоз жіктелуін баяндаңыз
5. Иерсиниоз кезіндегі жетекші синдромдар мен симптомдарды анықтаңыз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз
6. Иерсиниоз кезіндегі ықтимал асқынуларды атаңыз
7. Иерсиниоздың инфекциялық және инфекциялық емес аурулармен дифференциалды диагностика жүргізіңіз
8. Иерсиниозды анықтау үшін қандай зертханалық және аспаптық әдістерді қолдану керек
9. Иерсиниозды госпитализациялауға көрсеткіштерді атаңыз
10. Иерсиниозды емдеуге арналған препараттарды атаңыз және тағайындалған емді негіздеңіз
11. Иерсиниоз кезіндегі алдын алудың бағыттарымен, әдістерін атаңыз

Дәріс №4

Тақырыбы: Тырысқақ. Тағамдық токсикоинфекциясы. Ботулизм. Вирустық гастроэнтериттер.

2. Мақсаты: білім алушыларды тырысқақтың диагностикасы, болжамы, дифференциалды диагнозы, клиникасы, емі және алдын алу мәселелерімен таныстыру. Теориялық білім мен тәжірибелік дағдыларды бекіту.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

3. Дәріс тезистері:

Тырысқақ - жедел антропонозды фекальді – оральді инфекция, жұқпа таралуының жалғыз көзі – ауру адам немесе тырысқақ бойынша қолайсыз аймақтан келген қоздырғышты нәжіс немесе құсық арқылы бөлетін вибриотасымалдағыш.

Ауыр ағымда өтуіне байланысты және тез эпидемиялық жағдайлар туындауына байланысты « Халықаралық медициналық – санитарлық ережелерге» сәйкес аса қауіпті аурулар инфекциясына жатқызылады.

Этиологияы. Тырысқақ қоздырғышы – тырысқақ вибрион, екі биоварға бөлінген, тырысқақтың өзіндік биовары және Эль-Тор. Биовардың екеуіде морфологиялық және тинкториальді құрылымы жағынан ұқсас, жгутиктің болуына байланысты жақсы қозғалады, спора түзбейді, грамм теріс, сілтілі коректік ортада өседі.

Эпидемиологиясы. Инфекцияның көзі-аурудың манифестілік немесе симптомсыз ағымы бар науқастар. Тырысқақты жұқтыру механизмі - фекально-оральді. Берілу жолдары - су, алиментарлық, тұрмыстық-контактілі. Сумен берілу жолы тырысқақтың тез эпидемиялық және пандемиялық таралуы үшін маңызды. Уақытша резервтеу қоздырғыштың факторы болып балықтар, асшаяндар, моллюскалар тырысқақ вибриондарын жинап, сақтауға қабілетті болуы мүмкін. Барлық ішек инфекциялары сияқты тырысқақ үшін жаз-күз мезгілдері тән.

Патогенезі. Асқазан барьерін еңсере отырып, тырысқақ вибриондары аш ішектің шырышты қабығын тез контаминациялайды. Вибриондар шырышты қабықтың бетінде және оның саңылауында орналасады. Экзотоксин, термолабильді энтеротоксин (холероген) болып табылады және тырысқақтың негізгі көріністерінің пайда болуын анықтайды. Оның әсер ету орны-аш ішектің энтероциті. Холероген энтероциттердің аденилатциклазасын белсендіреді, ол циклдық аденозинмонофосфат синтезін күшейтеді, бұл электролиттер мен су жіңішке ішектің секрецияның артуына әкеледі. Бұл сулы диарея, содан кейін құсу пайда болады. Изотониялық дегидратация, гиповолемия, микроциркуляцияның бұзылуы, барлық ішкі мүшелердің және орталық жүйке жүйесінің тіндік гипоксиясы дамиды. Тәулігіне нәжіс көлемі 20-30 л-ге дейін жетуі мүмкін. Бұл ретте айқын көрінген дегидратация және деминерализация құрысуларға, тырысқақ алгидіне, ішек парезіне, бүйрек жеткіліксіздігіне әкеледі.

Клиникасы. Инкубациялық кезең бірнеше сағаттан 5 күнге дейін ауытқиды, орташа есеппен 2 тәулік. Тырысқақтың типтік және атипикалық түрлері бар. Типтік тырысқақ кезінде жеңіл, орташа ауыр және ауыр ағымға бөлінеді. Атиптік тырысқақ кезінде клиникасы көрінбей, «құрғақ» және қасқағымды түрде өтеді.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Тырысқақтың типтік түрі жедел дамиды - іште тенезмсіз және ауырсынусыз сұйық сулы нәжіс пайда болады, бірақ іштің қорылдауы мен толып кету сезімі болады. Дене температурасы қалыпты, кейде субфебрилитет болуы мүмкін.

Аурудың өршуі кезінде нәжістің жиілігі тәулігіне 20 ретке дейін өсуі мүмкін. Сулы сипаттағы нәжіс, типтік жағдайларда күріш қайнатпасы сияқты болады. Бірнеше рет "фонтандаушы" құсу науқастың жағдайын едәуір нашарлатады. Науқас ағзасында дегидратация мен деминерализация дамиды.

Сусызданудың 4 дәрежесі бар.

I дәрежелі Дегидратация - дене салмағының 1-3% көлемінде сұйықтықтың жоғалуы. Бұл кезеңде науқастардың жағдайы қалыптыдан төмендеу болады. Негізгі шағым-шөлдеу. II дәрежелі Дегидратация - дене салмағының 4-6% жоғалуы айналмалы плазма көлемінің орташа азаюымен сипатталады. Бұл шөлдің күшеюі, әлсіздік, шырышты қабықтың құрғақтығы, тахикардия, систолалық АҚ пен диурездің төмендеуіне бет бұрады. III дәрежелі Дегидратация дене салмағының 7-9% жоғалуымен сипатталады.

Бұл ретте айналмалы плазма мен жасушааралық сұйықтықтың көлемі айтарлықтай азаяды, бүйректе қан ағымы бұзылады, метаболикалық бұзылулар пайда болады: сүт қышқылының жиналуымен ацидоз. Бұлшықет, табан және қолдың тырысуы, тері тургоры төмендеуі, тахикардия, дауыстың қарлығуы, цианоз пайда болады. Кенеттен сусызданудан бет әлпеті бұзылады, көз құлайды, "қараңғы көзілдірік симптомы", "facies choleric", ал қол білек терісінің сулануы "кір жуған қол" симптомымен анықталады.

Диагностикасы. Диагностика үшін клиникалық-эпидемиологиялық деректердің жиынтығы маңызды. Тырысқақтың әкелінуі мүмкін жағдайда әрбір клиникалық "күдікті" жағдайда (қызба және іштегі ауырсынусыз сулы диарея) емдеуге жатқызумен зертханалық тексеру жүргізілуі тиіс. Зертханалық диагностика кезінде болжамды мәні бар нәжіс және құсық массаларын бактериоскопиялық зерттеу мүмкін. Шешуші әдіс-нәжіс массасын 1% сілтілі пептон суына, Хоттингер агарына және басқа да ортаға себу арқылы қоздырғышты бөлу. Диагностиканың жедел әдістері арасында: РИФ, ИФТ және т. б.

Емі. Тырысқақпен немесе оған күдікті барлық науқастар міндетті түрде ауруханаға жатқызылады. Тырысқақ ауруымен ауыратын науқастарды емдеудің негізгі принципі-науқаспен алғашқы қарым-қатынаста үйде, жедел жәрдем машинасында және стационарда регидратация жасау. Жеңіл және орташа ауырлықта дәрежесінде пероральді регидратация жүргізу керек.

Тырысқақтың ауыр ағымы кезінде және құсу болған кезде көктамыр ішіне полиионды ерітінділерді енгізеді :трисоль, дисоль, ацесоль, квартасоль, лактасоль. Құрамында 5 г Натрий хлориді, 4 г Натрий гидрокарбонаты, 1 л апиогенді бидистилденген суға 1 г калий хлориді (5-4-1) бар трисольді (№1

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Филлипс ерітіндісі) жиі қолданады. Олар болмаған жағдайда алдымен Рингер ерітіндісін қолданады.

III-IV дәрежелі дегидратация дамуымен тырысқақтың ауыр ағымының терапиясы үш кезенді қамтиды:

- 1- регидратация;
- 2- Сұйықтықтар мен электролиттердің шығынын түзету;
- 3- Оңалту кезеңі, электролиттер бойынша клеткалық берешек алынатын кезеңі (бірінші кезекте-калий).

Реанимациялық ретінде қарастырылатын бірінші кезеңнің міндеті гиповолемияны тез жою, метаболикалық ацидозды түзету және ауруды дегидратациялық шоктан шығару болып табылады.

Регидратацияның 1-ші кезеңін аяқтау критерийлері.

А. Клиникалық:

1) тері жамылғысының (әсіресе алақан мен табанның) кеуектенуі және жылынуы;

2) тахикардияның төмендеуі және тамыр соғуының қасиеттерін жақсартуы;

3) АҚ қалыпқа келтіру

Б. Зертханалық:

1) АҚҚ қалпына келтіру (нормасы: 60-75 мл / кг);

2) ЦВД қалпына келтіру (нормасы: 80-100 мм су. құжат);

3) плазманың салыстырмалы тығыздығының қалыпты мәндерін қалпына келтіру (норма: 1023-1025).

Регидратациялық терапияның екінші кезеңі су мен электролиттердің жалғасқан шығынын өтеу міндеті болып табылады. Осыған сәйкес 5-10 мл/мин орташа жылдамдықпен полиионды сұйықтықты көктамыр ішіне тамшылатып енгізуді жүзеге асырады, оны әр 2-3 сағат сайын өлшенетін құсу, нәжіс, несеп бар науқастың ағзасының сұйықтықтың шығын көлеміне сәйкес өзгертеді.

Көктамыршілік инфузияны тоқтату критерийлері:

1) зәр шығаруды қалпына келтіру. Бұл ретте диурез нәжіс көлемінен асып түседі;

2) нәжістің пайда болуы;

3) құсуды тоқтату.

Көктамыршілік инфузия тоқтатылғаннан кейін науқас глюкозо-тұз ерітінділерімен пероральді регидратацияға ауыстырылады. Бұл ретте ішілетін сұйықтық көлемі диарея мен диурездің жиынтық көлемінен 1,5 есе артық. Бұл жағдайда тыныс алу жолдары мен терінің шырышты қабығынан сұйықтықтың булануы есебінен "ескерілмейтін шығындар" деп аталатын көлем де өтеледі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Үшінші кезеңнің міндеті электролиттер бойынша жасушалық берешекті (бірінші кезекте-калий) түпкілікті алу болып табылады. Осы мақсатта ерте реконвалесценция кезінде толық дозада панангинді (Аспаркам) ұзақ (кемінде 1 ай) қабылдауды - 2 таблетканы тәулігіне 3 рет және калий препараттарын тағайындайды.

Этиотропты емдеу 5 күн ішінде фторхинолон немесе доксициклин тағайындауды қамтиды.

Науқастарды стационардан шығару клиникалық сауыққаннан кейін және нәжісті бактериологиялық зерттеудің үш теріс нәтижесі және өтді бір рет зерттеуден кейін жүргізіледі.

Профилактика. Халықаралық ережелерге сәйкес тырысқақ бойынша қолайсыз елдерден келген барлық адамдарға бір рет бактериологиялық тексеру арқылы бес күндік бақылау белгіленеді. Тырысқақ ошағында сырқаттанғандар мен вибрион тасымалдаушыларды ауруханаға жатқызу, байланыста болған адамдарды оқшаулау және 5 күн ішінде 3 рет бактериологиялық тексерумен медициналық бақылауды қамтитын эпидемияға қарсы іс-шаралардың кешенді жоспары іске асырылады. Ағымдағы және қорытынды дезинфекция жүргізеді.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

5. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
6. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
7. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгера Ю.Я., 2009.
8. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

6. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.
7. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.
8. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
9. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
- 10.Клиникалық хаттамалар МЗ РК

Электрондық ресурстар:

4. <https://openwho.org>

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

5. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>

6. <http://base.ukgfa.kz>

3. 6. Бақылау сұрақтары:

1. Тырысқаққа анықтама беріңіз
2. Қоздырғыштың сипатын болжау, клиникалық көрінісіне сипаттама беріңіз, олардың қоршаған ортаға әр түрлі факторларға тұрақтылығын сипаттаңыз
3. Тырысқақ патогенезінің өзектілігін атаңыз
4. Тырысқақтың жіктелуін баяндаңыз
5. Тырысқақ кезіндегі жетекші синдромдар мен симптомдарды анықтаңыз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз
6. Тырысқақ кезіндегі ықтимал асқынуларды атаңыз
7. Тырысқақты инфекциялық және инфекциялық емес аурулармен дифференциалды диагностика жүргізіңіз
8. Тырысқақты анықтау үшін қандай зертханалық және аспаптық әдістерді қолдану керек
9. Тырысқақты госпитализациялауға көрсеткіштерді атаңыз
10. Тырысқақты емдеуге арналған препараттарды атаңыз және тағайындалған емді негіздеңіз
11. Тырысқақ кезіндегі алдын алудың бағыттарымен, әдістерін атаңыз

Дәріс №5

1. Тақырыбы: Вирусты гепатиттер (А,Е,В,С,Д)

2. Мақсаты: білім алушыларды вирусты гепатиттерді диагностикалау, болжау, дифференциальді диагнозы, клиникасы, емдеу және алдын алу мәселелерімен таныстыру. Теориялық білім мен тәжірибелік дағдыларды бекіту.

3. Дәріс тезистері:

Вирусты гепатиттер-гепатотропты вирустардан (А, В, С, D, Е, G және, басқалар) туындайтын этиологиялық біртекті емес ан-тропонозды аурулар тобы, жұқтырудың әртүрлі механизмдері бар және жалпы токсикалық, диспепсиялық және гепатолиеналдық синдромдардың дамуымен, бауыр қызметінің бұзылуымен және жиі сарғаюмен гепатобилиарлық жүйенің басым зақымдануымен сипатталатын. Берілу жолдары бойынша вирустық гепатиттердің екі тобы бөлінеді: фекальды-оральды жұқтыру механизмі бар - А және Е вирустық гепатиттері және В, D, С, G парентеральды гепатиттері тобын құрайтын гемоперкутанды (қан контактілі) механизмі бар.

Парентеральды гепатит тудыратын вирустар созылмалы әлеуетке ие, әсіресе С гепатиті вирусында қатты байқалады. Созылмалы гепатиттен басқа, олар бауыр циррозы мен біріншілік гепатокарциноманың дамуына себепші болады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

А вирустық гепатиті (ГА)

А вирусты гепатиті (ГА) - жіті энтеровирустық циклдық инфекция көбінесе фекальды-оральды жұқтыру механизмімен берілетін.

Этиологиясы. Қоздырғыш - ВГА - РНК-құрамында 72 типті энтеровирус бар, пикорнавирустар отбасына жататын. ВГА қоршаған ортаға төзімді: бөлме температурасында бірнеше апта бойы, ал 4 °С кезінде - бірнеше ай бойы сақталуы мүмкін. Алайда, оны 5 минут бойы қайнатумен, автоклавтаумен, ультракүлгін сәулемен немесе дезинфектанттардың әсерінен белсендіруге болады.

Эпидемиологиясы. Инфекция көзі көбінесе симптомсыз (субклиникалық және инаппаранттық нұсқалар) формамен өтетін , инфекцияның сарғаюсыз және жасырын ағымы мен өтетін науқастар немесе инкубациялық, бойлық кезеңдерде және аурудың өршу кезеңінің бастапқы фазасында болатын, нәжістерде АВГ (HAV) анықталған науқастар болып табылады.

Вирусты гепатиттің жетекші зақымдалу механизмі – фекальді-оральді, су, тамақ және тұрмыстық-контакттілі жолдармен беріледі. Ауру 1 жастан асқан балаларда (әсіресе 3-12 жастағы және ұйымдастырылған ұжымдарда) және жас балаларда (20-29 жастағы) жиі тіркеледі. 1 жасқа дейінгі балалар анадан берілген пассивті иммунитеттің сақталуына байланысты жұқтыруға сезімтал емес. ГА жазғы-күзгі кезеңде сырқаттанушылықтың маусымдық артуы тән.

Патогенезі. ГА-кезеңдердің айқын ауысуымен сипатталатын жіті циклдік инфекция.

Ішектен ВГА жұқтырғаннан кейін қанға және одан әрі бауырға өтеді, онда гепатоциттердің рецепторларына бекітілгеннен кейін жасушаішілік өтеді. ГА-ның одан әрі ағымында пайда болатын гепатоциттердің зақымдануы вирустың репликациясы емес, иммуно-жанама цитолизбен байланысты. Өршу кезеңінде ГА морфологиялық зерттеу бауыр бөліктерінің перипорталдық аймағында және порталдық жолда болатын қабыну және некробиотикалық емес үдерістерді анықтауға мүмкіндік береді. Бұл процестер үш негізгі клиникалық-биохимиялық синдромдардың: цитолитикалық, мезенхимальды-қабыну және холестатикалық дамуының негізінде жатыр.

ГА үшін ағзада вирустың ұзақ болуы да, аурудың созылмалы түрінің дамуы да тән емес. Алайда, кейде аурудың ағымы коинфекция немесе басқа гепатотропты вирустармен суперинфекция жағдайларында модификациялануы мүмкін.

Клиникасы. ГА клиникалық көріністердің полиморфизмімен сипатталады. ГА келесі түрлері бар. Клиникалық көріністердің айқын көріну дәрежесі бойынша: симптомсыз (субклиникалық және инаппаранттық) және манифесті (сарғыш, сарғаюсыз, жасырын). Ағымының ұзақтығы бойынша:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

жедел және созылмалы. Ауырлық дәрежесі бойынша: жеңіл, орташа ауыр және ауыр.

Асқынулары: қайталану, өршу, өт шығаратын қуыстардың зақымдануы.

Нәтиже: қалдық құбылыстарсыз, қалдық құбылыстар - постгепатитті синдром, созылмалы реконвалесценция, өт жолдарының зақымдануы (дискинезия, холецистит).

Манифестілік жағдайларда аурудың инкубациялық, сарғаю алды (продромалды), сарғаю кезеңі және реконвалесценция кезеңіне бөлінеді.

ГА инкубациялық кезеңі орта есеппен 14-28 күнді құрайды(7-ден 50 күнге дейін). Прогномальді (сарғаю алды) период, орташа 5-7 күн жалғасатын, диспепсиялық, астеновегетативті және аралас түрлерімен өтетін жоғары токсикалық синдромның басым болуымен сипатталады. Ең жиі "қызба-диспепсиялық" түрі байқалады, оған 1-3 күн бойы дене температурасының 38-40 °C-қа дейін көтерілуімен жіті басталуы, катаральды құбылыстар, бас ауруы, тәбеттің төмендеуі, жүректің айнуы және эпигастральды аймақта дискомфорт сезімі тән. 2-4 күннен кейін зәр түсінің өзгеруі (холурия), қара сыраның немесе қанық шайдың түсі тәрізді болуы.

Бұл кезеңде бауыр ұлғаяды, пальпациясы өте сезімтал болады, және кейде (10-20% науқастарда) - көкбауырда. Биохимиялық зерттеу кезінде АлАТ белсенділігінің жоғарылауы болады. Содан кейін орта есеппен 2-3 апта бойы өршу кезеңі басталады. Әдетте, сарғаюдың пайда болуы нәжіс ахолиімен, дене температурасының қалыпты немесе субфебрильді деңгейге дейін төмендеуімен, бас ауруы мен басқа да жалпы токсикалық көріністермен қатар жүреді, бұл А гепатитінің маңызды дифференциалды-диагностикалық белгісі болып табылады.

Бірінші кезекте ауыз қуысының шырышты қабығы (тілшік, қатты таңдай) және склера сарғаяды, әрі қарай - тері; бұл ретте, әдетте, сарғаю дәрежесі аурудың ауырлығына сәйкес келеді.

Сарғаюдың басылу фазасы өсу фазасына қарағанда баяу өтеді және ауру белгілерінің біртіндеп жоғалуымен сипатталады. Сарғаюдың жоғалуымен реконвалесценция кезеңі басталады, оның ұзақтығы өте өзгереді (1-2 айдан 6-12 айға дейін). ГА-ның нәтижесі әдетте қолайлы.

Диагностикасы. Диагноз эпидемиологиялық деректер кешенін (ГА ауруымен байланыста болған соң аурудың дамуы немесе ГА инкубациясына сәйкес келетін кезеңде қолайсыз ауданда болуы), клиникалық көрсеткіштерді (клиникалық-патогенетикалық синдромдардың пайда болуымен аурудың циклдік дамуы) және зертханалық зерттеулер нәтижелерін ескере отырып қойылады. Олардың ішінде: қалыптымен салыстырғанда АлАТ белсенділігінің 10-40 және одан да көп рет жоғарылауымен гипертрансаминаземия, қан сарысуының протеинограммасындағы у-глобулинді фракцияның орташа жоғарылауы, гемограмманың өзгеруі

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

(нормоцитоз немесе лейкопения, салыстырмалы лимфоцитоз, СОЭ баяулауы).

ГА диагнозын дұрыс растауға иммундық-химиялық (ИФТ және т.б.) әдістермен, IgM анти-HAV титрінің ұзына бойғы кезеңде және қызу кезеңінің бастапқы фазасында өсуін анықтаумен қол жеткізіледі. Реконвалесценция кезеңінде анықталатын IgG анти-HAV анамнестикалық мәні бар.

Дифференциальды диагностикасы продромалық кезеңде ГА мен және басқа да ЖРЗ, энтеровирустық инфекциямен жүргізіледі.

Емі. Терапиялық іс-шаралар көп жағдайда көмірсулар қосумен және майлар санының азаюымен (№5 үстел), аурудың өршуі кезінде төсек режимін, сілтілік ішекті және симптоматикалық заттарды тағайындаумен шектейді. Реконвалесценция кезеңінде өт айдайтын препараттар және көрсеткіштері бойынша спазмолитикалық дәрілер тағайындалады.

Профилактика. Басқа ішек инфекциялары сияқты санитарлық-гигиеналық және эпидемияға қарсы іс-шаралар кешенін жүргізеді. АВГ-дан бос ауыз су және тамақ өнімдері-аурушандықтың төмендеуінің кепілі. Халықтың санитарлық мәдениетін арттырудың маңызы зор. ГА ауруымен байланыста болған адамдарға 35 күн мерзімге бақылау жасалады, оны уақытында жүйелі түрде жүргізеді (аптасына 1 рет.) аурудың алғашқы белгілерін ерте анықтау мақсатында клиникалық бақылау және биохимиялық тексеру-АлАТ белсенділігін анықтау.

Қолданыстағы инактивирленген "HAVRIX" моновакциналары және А/В дивакциналары ГА белсенді алдын алуға арналған.

Вирусты гепатит E (ГЕ)

Этиология. Е гепатитінің вирусы (ВГЕ) жіктелмеген вирустарға жатады (бұрын оны калицивирустарға жатқызған). Вирусты геном бір нүктелі РНК болып табылады. Вирустың көлемі 27-34 нм құрайды.

Эпидемиология. Инфекцияның көзі-ГЕ жедел түрімен ауыратын науқастар. Берілу механизмі-фекальды-оральді. Берілу жолдарынан ауыз су беру факторына жиі ашық су көздерінен. Инфекцияны Азия елдерінде (Түркменстан, Ауғанстан, Үндістан) жиі тіркейді. ВГЕ сезімталдық жалпы, бірақ ауру көбінесе 15-29 жас тобында тіркеледі.

Патогенез жеткіліксіз зерттелген. Көптеген зерттеушілердің пікірінше, патогенездің орталық буыны вирусының цитопатиялық әсері болып табылады. Иммундық механизмдердің бауыр тінінің некробиотикалық өзгерістеріне қатысуы да жоққа шығарылмайды.

Клиника. Инкубациялық кезең 15-40 күнді құрайды. Ауру манифестілік (сарғаю және сарғаюсыз), сондай-ақ симптомсыз нысандарда де өтуі мүмкін. ГЕ манифест ағымында сарғаю алды (продромалды) кезеңнің ұзақтығы 1-10 күнді құрайды. Ол астеновегетативті және диспепсиялық симптомдардың біртіндеп дамуымен, оң жақ қабырға асты және эпигастрияда ауырсынумен,

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

сирек - қысқа емес қызбамен сипатталады. Сарғаю кезеңі басқа этиологиядағы гепатиттермен салыстырғанда жеткілікті қысқа-15 күнге дейін және бірінші апта бойы сарғаюдың сақталуымен, оң жақ қабырға астындағы ауырсынумен және холестаз белгілерімен сипатталады. Осы кезеңде биохимиялық көрсеткіштердің өзгеруі ГА-дан қандай да бір айырмашылығы жоқ. 2-4 аптадан кейін симптомдардың кері дамуы және сауығу байқалады. Созылмалы ағым ГЕ тән емес. ГЕ-дан өлім-жітім жалпы 0,4% - дан аспайды. Дәрігерлер Е вирусты гепатиті бар жүкті әйелдерге ерекше көңіл бөлуі тиіс, өйткені соңғыларында ауыр және тіпті фульминантты түрде ауыр асқынулардың дамуымен өтуі мүмкін - жіті бауыр энцефалопатиясы (ОПЭ), геморрагиялық синдром, кейіннен бүйрек жеткіліксіздігі бар гемоглобинурия, бауыр-бүйрек жеткіліксіздігі және т.б. әсіресе жоғары өлім (20-0%) жүктіліктің ІІІ триместрінде байқалады. В және С созылмалы гепатиттерімен ауыратын науқастарда де ГЕ жағымсыз ағымдары байқалады.

Диагностика. Диагнозды верификациялау ИФТ немесе ПЦР әдісімен HCV-RNA әдісімен IgM анти-HCV науқастарын қан сарысуында анықтауға негізделеді.

Емдеу ГА терапиясына сәйкес келеді. Жүкті әйелдерде ГЕ нәтижесіндегі маңызды рөл түсік тастаудың, мерзімінен бұрын босанудың алдын алуға және босануды оңтайлы жүргізуге бағытталған акушерлік тактикаға жатады.

Алдын алу. Эпидемияға қарсы және санитарлық-гигиеналық іс-шаралар ГА кезінде жүргізілетіндерге ұқсас.

Вирусты гепатит В (ГВ)

Этиология. Қоздырғыш-В гепатитінің вирусы (ВГВ), бауыр жасушаларын зақымдайтын ДНК бар гепаднавирустар тұқымдастығына жатады. Сыртқы липопротеид қабығы, ішкі қабығы және нуклеокапсид бар. Ол ДНК, ДНК-полимеразасы және бірнеше НВсAg, НВеAg және НВхAg протеиндерін қамтиды. Вирустың сыртқы қабығы НВсAg ("австралиялық антиген"). Вирус әртүрлі физикалық және химиялық факторларға өте жоғары төзімділігімен ерекшеленеді: төмен және жоғары температура, бірнеше рет мұздату және еріту, УФО, қышқыл ортаның ұзақ әсеріне. Қайнату, автоклавтау (120 °С 45 мин ішінде), құрғақ ыстық (180 °С - 60 минуттан кейін) стерильдеу, дезинфектанттар әсері кезінде активтендіріледі.

Эпидемиология. ГВ кезінде инфекцияның негізгі көздері симптомсыз және клиникалық айқын анықталған жедел және созылмалы түрлері бар, соның ішінде вирустың қанында және түрлі биосубстраттарда - сілекейде, зәрде, спермада, қынап секретінде, етеккір қанда болатын бауыр циррозы бар адамдар болып табылады. Жұқтыру үшін 10-6 – 10-7 мл вирусы бар қан жеткілікті. Инфекцияның негізгі берілу механизмі-гемоперкутанدى (қан контактілі). Таралу жолдары табиғи болуы мүмкін, соның арқасында ВГВ табиғатта және жасанды түрлерінде сақталады.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Адамдардың ВГВ-ге сезімталдығы жоғары. Ең сезімтал 1 жастағы балалар. ГВ маусымдылығы айқын емес. Реконвалесценттерде ұзақ, мүмкін өмір бойы иммунитет жасалады.

Патогенез. ВГВ енгізу орнынан гематогенді түрде бауырға жетеді, онда гепатоциттерде вириондардың репликациясы болады. Сондай-ақ, сүйек кемігінің СМФ жасушаларында, қан, лимфа түйіндерінде, көкбауырдағы ВГВ-ның бауырдан тыс репродукциясы туралы да мәліметтер бар. ВВГ цитоуыттылығы жоқ. Гепатоциттердің цитолізі, вирустың элиминациясы және нәтижесінде - жіті ГВ нәтижесі ағзаның иммундық жауабына байланысты: эндогенді интерферон өнімі, табиғи киллерлер реакциясы, цитотоксикалық Т-лимфоциттер, антителозға тәуелді киллерлер, макрофагтар және ВГВ антигендеріне антиденелер. Осының салдары бауыр паренхимасындағы некробиотикалық және қабыну өзгерістерінің дамуы болып табылады. Морфологиялық зерттеу кезінде гепатоциттердің дистрофиялық өзгерістері, аймақтық некроздар, жұлдызды эндотелиоциттердің (Купфер жасушаларының) жандануы және пролиферациясы анықталады. Ауыр жағдайларда-бауырдың субмассивті және массивті некроздары.

Клиника. В вирустық гепатитінің клиникалық ағымының келесі нұсқалары бар.

А. циклдік ағымы бойынша:

I. циклдық Нысандар.

1. Жедел ГВ - симптомсыз (инаппаранттық және субклиникалық), сарғаюсыз, сарғаю (цитоліз немесе холестаз басым).

2. Холестатикалық синдромы бар жедел ГВ.

II. Персистирлеуші формалары.

1. ВГВ-созылмалы симптомсыз түрі (HBsAg және вирустың басқа антигендерін тасымалдауы).

2. Созылмалы вирустық В гепатиті, интегративті фазасы.

II. Үдемелі пішіндер.

1. Қасқағымды (фульминантты) гепатит.

2. Жіті гепатит.

3. Созылмалы вирустық В гепатиті, репликативті фаза(соның ішінде бауыр циррозы бар).

IV. В вирусты гепатиті, жіті немесе созылмалы микст, А, С, D, E, G вирусты гепатиттерімен бірге.

Б. аурудың ауырлығына қарай: жеңіл, орташа ауырлықтағы, ауыр ағым.

В. асқынулар: асқынулар, рецидивтер, геморрагиялық және ісіну-асцитикалық синдромдар, Жіті бауыр жеткіліксіздігі (ЖБЖ)-бауыр энцефалопатиясы (I, II, кома прекомасы), ассоциацияланған инфекция (өт жолдарының қабынуы, пневмония, ішек флегмоны, сепсис және т.б.).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Г. нәтижесі: толық сауығу немесе қалдық құбылыстармен (постгепатитті синдром, өт жолдарының дискинезиясы, гепатофиброз), өлім.

Клиникалық айқын көрінген (манифестік) нысаны цитолитикалық синдромы бар жедел циклді сарғаю нысаны болып табылады, бұл кезде ауру белгілері неғұрлым толық көрінеді.

Аурудың келесі кезеңдерін бөледі: инкубациялық, сарғаю алды (продромальды), сарғаю (қызу) және реконвалесценция. Инкубациялық кезеңнің ұзақтығы - 6 аптадан 6 айға дейін.

Холестатикалық синдромы бар жедел циклдық ГВ түрі айқын басымдықпен және холестаз белгілерінің ұзақ болуымен сипатталады.

Аурудың ауыр түрлерінде (30-40% жағдай) астения, бас ауруы, Анорексия, жүрек айнуы және құсу, эйфория түрінде интоксикация синдромы едәуір байқалады, ашық ("шафраналық") сарғаюмен бірге геморрагиялық синдром белгілері жиі кездеседі. Бауырдың барлық функционалдық құрылымдары күрт бұзылған. Протромбиндік индекстің 50% - ға дейін және одан төмен болуы мүмкін. Асқынбаған жағдайда ауыр формалар 10-12 аптадан кейін сауығумен аяқталады. ГВ ауыр түрлерінің ең ауыр асқынуы-бұл аурудың осы түрімен ауыратын науқастардың 4-10% - да бауырдың диффузды зақымдануы кезінде дамитын ЖБЖ.

Клиникасы психоневрологиялық симптоматикамен (энцефалопатиямен), айқын геморрагиялық синдроммен, гипотензиямен, тахикардиямен, бауыр мөлшерінің қысқаруымен және ауыздан "бауыр иісінің" пайда болуымен сипатталады.

Диагностика. ГВ-ны айыруда эпидемиологиялық анамнез (парентеральды араласуға, науқастармен қарым-қатынаста болуға нұсқау, инкубация кезеңіне сәйкес мерзімде көктамыршілік есірткі енгізу), клиникалық тексеру (аурудың тән циклділігін және клиникалық-биохимиялық синдромдарды анықтау) деректері маңызды мәнге ие. ГВ манифестілік түрлері жоғары аминотрансфераземиямен, билирубинемиямен (сарғаю формасы) сипатталады. Негізгі назарды зерттеудің спецификалық әдістерінің нәтижелеріне - ГВ-вирустық инфекция маркерлерін анықтау керек.

Қан сарысуында қан сарысуында HBsAg, HBeAg, HBV-DNA және IgM анти-HBc анықталған. Сарғаю кезінде (аурудың басынан 1-1,5 айдан кейін)-HBsAg, HBeAg және HBV-DNA тұрақты емес анықталады. Үлкен тұрақтылықпен IgM анти-HBc анықталады. Клиникалық көріністер мен реконвалесценция кезінде IgM анти-HBc, анти-HBe, кейінірек - анти-HBc (total) және IgG анти-HBc анықталады. Hbeag персистирленуі анти-HBe болмаған кезде - инфекцияның созылмалы ауруының болжамдық белгісі.

Емі. В гепатитімен ауыратын науқастарды инфекциялық стационарға жатқызады. ГВ емдеудің негізі-қимыл-қозғалыс және диеталық режим (№5

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

үстел) болып табылады, ол аурудың жеңіл түрлерімен ауыратын науқастардың көпшілігі үшін жеткілікті. Орташа ауыр ағыммен жиі глюкоза, Рингер, гемодез және т. б. ерітінділерін қолдана отырып, инфузиялық терапия жүргізеді.

ГВ ауыр түрлерімен ауыратын науқастарды емдеуге аса назар аударуды талап етеді. Базистік инфузиялық терапиямен қатар бактериялық асқынулардың алдын алу үшін протеолитикалық ферменттердің тежегіштерін, диуретикалық препараттарды, кең спектрлі әсер ететін антибиотиктерді тағайындау көрсетілген. Бауыр жеткіліксіздігі және энцефалопатия белгілері бар ГВ жағдайында қарқынды инфузиялық ем жүргізеді, глюкокортикостероидтардың, диуретиканың жоғары дозаларын тағайындайды, эфференттік әдістер (плазмаферез, гемосорбция және т.б.) орынды. Вирусқа қарсы препараттарды қолданудың оң әсері бар. Стационардан шығарылғаннан кейін В гепатитімен ауыратын науқастар кемінде 30 күн еңбекке жарамсыз. Одан әрі 6-12 ай ішінде реконвалесценттерге диспансерлік бақылау жүргізіледі, қажет болған жағдайда - одан көп. Емделушілердің 10-14 % - да созылмалы В гепатиті қалыптасады.

Профилактика ГВ инфекцияның табиғи және жасанды берілу жолдарын үзуге бағытталған. Алайда ГВ-инфекция кезінде эпидемиялық процесті тек вакциналардың көмегімен реттеуге болады. Плазмалық, гендік-инженерлік вакциналар жасалды. Вакцинопрофилактиканың тактикасы мен стратегиясы әзірленді. Вакцинацияға жаңа туған нәрестелер, парентеральды араласуды, қан мен оның дериваттарын құюды талап ететін созылмалы аурулары бар пациенттер, қызметі қанмен және әртүрлі биосубстраттармен байланысты хирург - медицина қызметкерлері, стоматологтар, акушер-гинекологтар және т.б. жатады.

Жіті вирустық гепатиттерді емдеу стратегиясы мен тактикасы

Жіті вирустық гепатиттердің әртүрлі нозологиялық түрлерімен ауыратын науқастарды емдеу негізін патогенетикалық терапия құрайды. Ол әдетте базистік (сүйкімсіз) және спецификалық емес дәрілік терапияны қамтиды.

ЖВГ науқастарын емдеу стратегиясы мен тактикасы

Стратегия	Тактика
1. Базисты терапия	
	1. Қорғау режимі. 2. Емдік тамақтану (диета № 5 немесе № 5а-орташа ауыр және ауыр ауру ағымында жіті фазада)
2. Дезинтоксикационды терапия	

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

2.1. Ішектен уытты заттарды шығару	<u>Энтеросорбция:</u> а) целлюлоза препараттары: микроцеллюлоза (МКЦ) 3-4 таблеткалар күніне 3 рет, полифепан, лигносорб, ваулен және т. б. 15-20 г-нан күніне 3 рет б) ҚҚП туындылары: энтеродез (немесе энтеросорб) Күніне 3 рет 100 мл суға 5 г
2.2. Бүйрек арқылы қаннан уытты заттарды шығару	1. Тәулігіне 2-3 л мөлшерде сұйықтықтың (жеміс және көкөніс шырындары, минералды су түрінде) қосымша көлемін ішу арқылы енгізу. 2. Гемодилюция: кристаллоидтар 3 бөлігі, коллоидтар 1 бөлігі (диуретиктер мен гормондардың тағайындалуы мүмкін)
2.3. Уытты заттарды тері арқылы шығару	Тері күтімі және жылу жайлылығы (микроциркуляцияны, тер және сал бөлуді жақсарту).
2.4. Липидтердің тотығуын және тіндік гипоксияны тоқтату	1. Антиоксиданттар (эссенциале, Е витамині, С витамині, рутин). 2. Антигипоксанты (цитохром С, цитомак, рибоксин және т. б.)
2.5. Детоксикацияның экстракорпоралды қ әдістері	Плазмоалмасу, плазмаферез плазмосорбция және гемоксигенация үйлесімінде, плазмаферез плазмосорбция, гемосорбция және т. б.
3. Бауырдың белоксинтездеуші қызметін түзететін Терапия және оны регенерациялау процестері	1. Белокты тағамдық қоспалар (энпиттер, оқшауланған белоктар "СУПРО", "ПРОТЕИН" және т.б.). 2. Синтетикалық амин қышқылдарының ерітінділері (полиамин, альвезин, мориамин, аминаофузин және т. б.) көктамыр ішіне. 3. Ақуыз препараттары (көктамыр ішіне): альбумин, протеин, плазма. 4. Поливитаминдер және микроэлементтер 5. Калий препараттары. 6. Анаболиктер (стероидты емес және стероидты)
4. Некротизация мен фиброздауды басу	1. Протеиназ ингибиторлары (контрикал, гордокс және т. б.) 2. Калий препараттары.

	3. ГБО. 4. Гормондар
5. Холестаз симптомдары	1. Урсодезоксихол қышқылы препараттары (урсофальк) 10 мг/кг/тәу дозасында немесе хенодезоксихол қышқылы (хенофальк, таурофальк). 2. Өт қышқылдарының адсорбенттері (холестирамин, билигнин) немесе энтеросорбенттер (полифепан және т. б.)) 3. Өт кризінің дамуынан кейін-гидрохолеретиктер және басқа өт айдағыш, тюбаждар
6. Коррекция гемостаз	Коагулограмма көрсеткіштеріне сәйкес
7. Антивирусты терапия	
7.1. Вирусқа қарсы дәрілер	1. Рибавирин (интерферонмен* немесе интерферон индукторларымен бірге) - тәулігіне 3-4 рет (10 мг/кг/тәу) 0,2 г дозада РНК-бар вирустардан туындаған гепатиттер кезінде. С вирустық гепатиті кезінде препараттар аурудың алғашқы күнінен бастап кемінде 3 ай курспен тағайындалады.

Кесте 2

ВГ диагностикалық маркерлері

Нозология	Маркер	Характеристика маркера	Клиникалық мәні
Гепатит А	IgM анти- HAV	А гепатиті вирусына М класты антиденелер	Жіті инфекцияны көрсетеді
	IgG анти- HAV	А гепатиті вирусына G класты антиденелер	Жұқтырылған инфекция немесе HAV-пастинфекция туралы куәландырады, қанда өмір бойы сақталады
Гепатит Е	IgM анти-	Е гепатиті вирусына М класты	Жіті инфекцияны көрсетеді

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы			
Дәріс кешені			044 -49/19 76 беттің 1 беті

Гепатит В	HEV	антиденелер	
	IgG ани-HEV	Е гепатиті вирусына G класты антиденелер	Инфекцияны немесе HEV-пастинфекцияны көрсетеді
	HbsAg	HBV беттік антигені	HBV инфекциясын таңбалайды
	HbeAg	Ядролық "е" - HBV антигені	Гепатоциттердегі HBV репликациясын, қанның жоғары инфекциялылығын және вирустың перинаталдық берілу қаупін көрсетеді
	HbcAg	Ядролық "core" HBV антигені	Гепатоциттердегі HBV репликациясын таңбалайды, тек қана бауыр биоптаттарын морфологиялық зерттеу кезінде және аутопсияда анықталады, қанында еркін түрде анықталмайды
	Анти-HBc (total) (HBcAb)	Суммарлы антидене к HbcAg	Маңызды диагностикалық маркер, әсіресе HBsAg индикациясының теріс нәтижелері кезінде ГВ ретроспективті диагностика үшін және верификацияланбаған гепатиттер кезінде пайдаланылады, класқа бөлінбестен HBcAb анықтайды
	IgM анти-HBc (HBcAb IgM)	Ядролық антигенге IgM класты антиденелер	ГВ ең ерте сарысулық маркерлерінің бірі, оның қанында болуы жіті инфекцияны (ауру фазасын) көрсетеді, созылмалы ГВ кезінде HBV репликациясын және бауырдағы үдерістің белсенділігін таңбалайды
	Анти-HBe (HBeAb)	Антигенге "е" антиденесі	Реконвалесценция сатысының басында көрсетілуі мүмкін (ерекшелік-HBV мутанттық нысаны)
	Анти-HBs	HBV беттік антигеніне қарсы	Жұқтырылған инфекцияға немесе вакцинадан кейінгі антиденелердің

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы			
Дәріс кешені			044 -49/19 76 беттің 1 беті

Гепатит D	(HBsAb)	протективті антиденелер	болуын (олардың HBV-инфекциясынан қорғайтын титрі 10 ХБ/л) көрсетеді; антиденелердің ГВ алғашқы апталарында табылуы фульминантты ГВ гипериммунды нұсқасының дамуын болжайды
	HBV-DNA	ГВ вирусының ДНҚ	HBV бар болу және репликация маркері
	IgM анти-HDV	D гепатиті вирусына М класты антиденелер	Организм HDV репликациясын таңбалайды
	IgG анти-HDV	D гепатиті вирусына G класты антиденелер	HDV немесе жұқтырылған инфекцияның болуы мүмкін екендігін куәландырады
Гепатит C	HDAg	ГD вирусының антигені	Организмде HDV бар Маркер
	HDV-RNA	РНК вирус ГD	HDV бар болу және репликация маркері
	анти-HCV IgG	C гепатиті вирусына G класты антиденелер	HCV немесе жұқтырылған инфекцияның ықтимал жұқтырғанын куәландырады (скринингтік зерттеулерде анықталады)
	анти-HCV core IgM	HCV ядролық белоктарына М класты антиденелер	Ағымдағы инфекцияны көрсетеді (жедел немесе созылмалы реактивация фазасында)
	анти-HCV core IgG	HCV ядролық белоктарына G класты антиденелер	HCV жұқтырғанын немесе жұқтырылған инфекцияны куәландырады
Гепатит G	анти-HCV NS	HCV құрылымсыз ақуыздарға антиденелер	Әдетте ГС созылмалы сатысында анықталады
	HCV-RNA	РНК вирус ГС	HCV бар болу және репликация маркері
Гепатит G	HGV-RNA	РНК вирус ГG	HGV бар болу және репликация маркері

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Кесте 3

Вирусты гепатиттердің маркерлерін анықтау кезінде деректерді түсіндірудің болжамды диагностикалық жүйелері

Выявленные маркеры	Диагноз	Примечание
IgM анти-HAV и HbsAg	А вирусты гепатиті Соп.: "HbsAg тасымалдау"	Жіті ГА типтік белгілері кезінде. ОГВ және ХГВ болдырмау үшін мұқият клиникалық-зертханалық зерттеу қажет
IgM анти-HAV, HbsAg, анти-HBc (total), IgG анти-HBc	А вирусты гепатиті Соп.: созылмалы В гепатиті (трепликативті емес фаза)	Жіті ГА науқастарында созылмалы гепатит белгілері анықталған және репликация маркерлері болмаған кезде (HBV-DNA, HBeAg, IgM қарсы-HBc)
IgM анти-HAV, HbsAg, анти-HBc (total), IgG анти-HBc, IgM анти-HBc, HBeAg, HBV-DNA	А вирусты гепатиті Соп.: созылмалы В гепатиті (репликативті фаза)	ГА ауыратын науқастарда созылмалы гепатит белгілері анықталған жағдайда
HbsAg, HBeAg, IgM анти-HBc, IgM анти-HDV,	Жедел коинфекция ВГВ және ВГД	IgG қарсы-HBc және ХГВ асқынуының клиникалық-анамнестикалық белгілері болмаған кезде
HDV-RNA, IgM анти-HDV, HbsAg	Жедел суперинфекция ВГД	IgM анти-HBV тексеру нәтижелері теріс болған кезде (немесе осы антиденелердің төменгі титрінде).
Анти-HCV IgG	ФГС реконвалесценті (немесе ФГДС-постинфекация) - зерттеудің теріс нәтижелері кезінде: IgM анти HCV және	Тек эпидемиологиялық деректер мен бауырдың зақымдануының Клиникалық-зертханалық белгілері болмаған жағдайда ғана дені сау адамдарда. Диспансерлік бақылау "HbsAg

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

	HCV-RNA. Мұндай зерттеу мүмкін болмаған жағдайда	тасымалдауы" диагнозы (КСРО ДСМ № 408 бұйрығы)
Анти-HCV IgG, анти-HCV core IgM, HCV-RNA	Жіті вирустық С гепатиті	Жіті гепатиттің эпидемиологиялық және Клиникалық-зертханалық белгілері болған кезде және басқа ВГ маркерлерінің болмауы. Диспансерлік бақылау ОГВ сияқты.
Анти-HCV IgG, анти-HCV core IgM, анти-HCV core IgG, анти-HCV NS, HCV-RNA	Созылмалы вирустық С гепатиті (реактивация фазасы)	Бауырдың созылмалы зақымдануының клиникалық-биохимиялық белгілері болған кезде. Диспансерлік бақылау ХГВ сияқты
Анти-HCV IgG, анти-HCV core IgG, анти-HCV NS	Созылмалы вирустық С гепатиті (латентті фаза)	Қанда HCV-RNA, анти-HCV core IgM және ХГС клиникалық-биохимиялық асқыну белгілері болмаған кезде
HBsAg, IgM, анти-HBc, HBeAg, анти-HCV IgG, анти-HCV core IgM, анти-HCV core IgG, анти-HCV NS, HCV-RNA	Жіті вирустық В гепатиті Соп.: созылмалы вирустық С гепатиті (реактивация фазасы)	Ілеспелі диагноз ГС-да егжей-тегжейлі клиникалық-зертханалық тексерудің салдары болып табылады
HBsAg, IgM, анти-HBc, HBeAg, анти-HCV IgG, анти-HCV core IgG, анти-HCV NS,	Жіті вирустық В гепатиті Соп.: созылмалы вирустық С гепатиті (латентті фаза)	Ілеспелі диагноз ГС-да егжей-тегжейлі клиникалық-зертханалық тексерудің салдары болып табылады
HBsAg, IgM	Жедел коинфекция	Жіті вирусты гепатитке тән

анти-НВс, HBeAg, анти- HCV (total), анти-HCV core IgM, HCV-RNA	ВГВ/ВГС	клиникалық-зертханалық және эпидемиологиялық белгілер болған жағдайда
Анти-HCV IgG, анти-HCV core IgM, HCV-RNA, HBsAg, анти- HBc (total), IgG анти-НВс, IgM анти-НВс HBeAg, HBV-DNA	Жіті вирустық гепатит С Соп.: созылмалы В гепатиті (репликативті фаза)	Жіті ГС және созылмалы ГВ эпидемиологиялық және Клиникалық-зертханалық белгілері болған кезде.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

1. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
2. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
3. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я., 2009.
4. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

1. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.
2. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.
3. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
4. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
5. Клиникалық хаттамалар МЗ РК

Электрондық ресурстар:

1. <https://openwho.org>
2. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
3. <http://base.ukgfa.kz>

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

6. Бақылау сұрақтары:

1. Вирусты гепатитке анықтама беріңіз
2. Қоздырғыштарға сипаттама беріңіз, олардың қоршаған ортаға әр түрлі факторларға төзімділігін атап өтіңіз
3. Вирусты гепатиттер патогенезінің өзектілігін атаңыз
4. Вирусты гепатиттердің жіктелуін баяндаңыз
5. Вирусты гепатиттер кезіндегі жетекші синдромдар мен симптомдарды анықтаңыз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз
6. Вирусты гепатиттер кезіндегі ықтимал асқынуларды атаңыз
7. Вирустық гепатиттерді қандай инфекциялық және инфекциялық емес аурулармен дифференциалды диагностика жүргізу керек
8. Вирустық гепатиттерді верификациялау үшін қандай зертханалық және аспаптық әдістерді тағайындау керек
9. Вирустық гепатит кезінде госпитализацияға көрсеткіштерді атаңыз
10. Вирусты гепатиттерді емдеуге арналған препараттарды атаңыз және тағайындалған емді негіздеңіз
11. Вирусты гепатиттердің алдын алу әдістері мен тәсілдерін баяндаңыз

Дәріс №6

1. Тақырыбы: Бруцеллез. Листерия. Лептоспироз. Эпидемиялық іш сүзегі. Гельминтоздар.

2. Мақсаты : білім алушыларды бруцеллез ауруын диагностикалау, болжау, дифференциальді диагностикасы, клиникасы, емдеу және алдын алу шараларымен таныстыру. Теориялық білім мен тәжірибелік дағдыларды бекіту.

3. Дәріс тезистері:

Бруцеллез-жұқпалы зоонозды ауру, барлық мүшелер мен жүйелерді зақымдайтын, әсіресе жиі тірек-қимыл аппаратының зақымдануымен жүретін, созылыңқы және созылмалы ағымға бейім инфекциялық ауру.

Этиология. Бруцеллездің қоздырғыштары әртүрлі бруцеллалардың түрлері болып табылады: Br. melitensis (ешкі мен қойдың негізгі иелері), Br. abortus (иелері-ірі қара мал), Br. suis (әртүрлі биотиптердің иелері шошқа, қоян, солтүстік бұғы), адамның бруцеллезі өте сирек кездеседі Br. canis (иелері-иттер). Адам патологиясындағы бруцеллалардың басқа түрлері маңызды емес. Бруцеллалар сыртқы ортада ұзақ сақталады, тетрациклин тобының антибиотиктеріне, рифампицинге, фторхинолондарға сезімтал.

Эпидемиология. Біздің елімізде бруцеллездің негізгі көзі қой, ешкі, сиыр, шошқа болып табылады. Адамды жұқтыру алиментарлы, байланыста, мүмкін аэрогенді жолдармен жүреді. Берілу факторлары азық-түлік өнімдері

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

(көбінесе сүт), жүн, жануарлардың терілері болуы мүмкін. Ауру малдармен жанасатын адамдар: шопандар, малшылар, сауыншылар, ветеринарлар, ет комбинаттарының қызметкерлері және т. б. ауырады.

Патогенез. Лимфа жолдары бойынша бруцеллалар енгізілген жерлерден аймақтық лимфа түйіндеріне, содан соң қанға енгізіледі. Қан тоғымен қоздырғыш ретикулоэндотелиалдық жүйенің (бауыр, көкбауыр, лимфа түйіндері, сүйек миы) органдарына түседі, онда қоздырғыштың қанға қайта шығарылу арқылы инфекцияның жаңа ошақтары қалыптасады, бұл жалпы токсикалық инфекциялық синдромның дамуын анықтайды. Қаннан қоздырғыш әр түрлі ағзалар мен жүйелерге-бауырға, орталық жүйке жүйесіне қайта енеді, бірақ жиі тірек-қимыл аппараты мен жыныстық жүйе зақымданады. Бруцеллез кезінде дамиды иммундық жауап науқастардың едәуір бөлігінде ағзаны бактериологиялық тазартуды қамтамасыз етпейді. Бұған бруцеллалардың L-формасына өзгеру мүмкіндігі де ықпал етеді, онда қоздырғыш тек иммундық компетентті жасушаларға аз антигендік тітіркендіргіш әсер етіп қана қоймай, сонымен қатар иммундық жүйе факторларының және микробқа қарсы препараттардың әсерін өзі де жеңілдетеді. Ауру жиі ремиссия және асқыну кезеңдерімен созылмалы ағымдарды қабылдайды.

Клиника. Бруцеллезге клиникалық көріністердің полиморфизмі тән. Көптеген клиникалық жіктелімдер ұсынылды, оның ішінде Г. П. Руднева мен Н. жіктемелері кеңінен таралған. И. Рагоздар. Г. П. Рудневтің жіктемесіне сәйкес бруцеллез бөлінеді:

- 1) жедел;
- 2) жеделдеу;
- 3) созылмалы;
- 4) резидуальді.

Жіктелуі Н. И. Рагоз келесі түрлерге бөлуді қарастырады:

- 1) Біріншілік-латентті;
- 2) остросептикалық;
- 3) екіншілік-созылмалы метастатикалық;
- 4) біріншілік-созылмалы метастатикалық;
- 5) екінші-латентті, сондай-ақ септико-метастатикалық нұсқасы.

Инкубациялық кезең 1-6 аптаны құрайды. Бруцеллездің алғашқы-латентті түрі симптомсыз өтеді және тек иммундық тапшылық жағдайының пайда болуы кезінде жіті немесе бастапқы-созылмалы түрге өзгеруі мүмкін.

Жіті бруцеллез (остросептикалық түрі) дене қызуының 39-40°C дейін жоғарылауымен, ұзақтығы 3-4 аптаға дейін сипатталады. Қызба жиі толқын тәрізді сипатқа ие және қалтырау, тер бөлінуімен бірге жүреді. Ерте орталық жүйке жүйесінің функционалдық зақымдануы пайда болады, эйфория және науқастар ұзақ уақыт бойы өздерін белсендіміз деп санап, еңбекке

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

кабілеттіміз деп санап, жиі температураны өлшемейді. Аурудың 6-7 күнінен бастап гепатоспленомегалия белгілері анықталуы мүмкін.

Жіті бруцеллез сауығумен аяқталуы мүмкін, бірақ одан әрі өршуі және рецидивациялаушы бруцеллез (Н.И.Рагозы жіктемесі бойынша септико-метастатикалық нысаны) өтуі жиі кездеседі. Бұлшықеттердің, сүйектердің, буындардың диффузды аурулары, бас ауруы, ұйқының бұзылуы, эйфория тән. Ошақтық зақымданулар - синовиттер, бурситтер, ерлерде - эпидидимиттер, орхиттер, әйелдерде - аднекситтер, эндометриттер, жүктіліктің ерте кезеңінде түсік тастау пайда болады. Иммунопатологиялық асқынулар дамиды: миокардит, эндокардит, гепатит, менингит және т. б. Жіті қайталанатын бруцеллез созылмалы түрге (қайталама-созылмалы метастатикалық түрі) өтуі мүмкін. Бруцеллездің созылмалы түрі аурудың басынан 6 айдан кейін дамиды, бірақ бұл мерзім шартты деп саналады.

Созылмалы бруцеллез, ең алдымен, ошақтық зақымданумен көрінеді. Ең жиі буындар зақымданады, негізінен ірі - тізе, жамбас, шынтақ. Бруцеллезді полиартрит қайталанатын процесс ретінде өтеді, созылып жатқан айлар, жылдар полипериартрит түрінде өтеді. Бруцеллез үшін тек буындардың зақымдануы тән. Әсіресе, жиі процесс бел-құйымшақта. Алайда, сакроилеит белгілерінің пайда болуы (Эриксен, Нахлас, Ларрей және т.б. белгілері). Аурудың ағымы созылмалы аурулармен, буындар мен қосылыстардың деформациясымен, содан кейін баяу қозғалумен сипатталады, көбінесе күннің бірінші жартысында. Жиі миозиттер, бурситтер, фиброзиттер (целлюлиттер) пайда болады. Неврит, радикулит, солярит пайда болатын жүйке жүйесі зақымданады. Менингит, менингоэнцефалит, кейіннен арахноидит, көру және есту нервтерінің зақымдануы мүмкін. Ошақтық өзгерістер әйелдерде де, еркектерде де жыныстық жүйе мүшелерінде де байқалады. Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары әйелдерде бедеулікпен, дисменореямен, еркектерде жыныстық функцияның төмендеуімен аяқталады.

Диагностика. Диагноз қою үшін эпидемиологиялық анамнезді ескеру қажет. Диагнозды бактериологиялық және серологиялық әдістермен растайды. Қоздырғыш қаннан, сүйек кемігінен, ликвордан, зәрден, қақырықтан және басқа да биосубстраттардан, көбінесе жедел және жеделдеу түрлерде бөлінуі мүмкін. Практикада негізінен серологиялық әдістер қолданылады: агглютинация реакциялары (РА) 3-5 күннен бастап оң болады және ұзақ уақыт сақталады. Райттың диагностикалық титрі-1: 200. РА Хеддлсон пластинкаларда жүргізіледі және адамдарды жаппай зерттеу кезінде пайдаланылады. Қазіргі уақытта ең сезімтал иммуноферменттік талдау (ИФТ) болып табылады.

Дифференциальды диагноз іш сүзегімен, безгекпен, сепсиспен, Ку қызбасымен, туберкулезбен, туляремиямен, ревматизммен, ревматоидты артритпен жүргізіледі.

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Емі. Жіті және бастапқы-созылмалы бруцеллезбен ауыратындарға стационарлық емдеу көрсетілген, аурудың барлық басқа түрлерінде уақытша еңбекке жарамсыздық парағын бере отырып, амбулаториялық емдеу ұсынылады.

Жіті және қайталанатын бруцеллез кезінде бактерияға қарсы дәрілер тағайындайды, әдеттегі терапиялық дозаларда тетрациклин (тетрациклин, метациклин, вибрамицин), рифампицин (бенамин), фторхинолондар (ципрофлоксацин, офлоксацин және т.б.), левомецетин қолданады, олар котримоксазол (септрин, бисептол) препараттарымен үйлеседі. Аурудың ауыр түрлері кезінде антибиотиктердің дозалары ұлғайтылуы мүмкін. Десенсибилизациялайтын, иммунокорригациялайтын препараттарды, дезинтоксикациялық заттарды қамтитын патогенетикалық терапия міндетті. Созылмалы бруцеллез кезінде бактерияға қарсы терапияны қайталанған кезеңде ғана қолданады. Қабынуға қарсы стероидты емес препараттар (бутадион, индометацин, вольтарен және т.б.) ұсынылады. Физиотерапиялық емшаралар (диатермия, соллюкс, УВЧ, парафинді аппликациялар) кеңінен қолданылады. Бальнеотерапия көрсетілген.

Дәрігерлік бақылаудың ұзақтығы: толық сауыққанға дейін және сауыққаннан кейін тағы 2 жыл.

Профилактика. Алдын алу шаралары ауыл шаруашылығы жануарларының бруцеллез ауруын төмендетуге бағытталған - санитарлық-ветеринарлық іс-шаралар кешені. Бруцеллез бойынша қолайсыз қой-ешкі типте дамыған бруцеллез түрі аудандарда мал шаруашылығы мен ет комбинаттарының тұрақты және уақытша жұмыскерлеріне вакцина егіледі.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

1. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
2. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
3. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я., 2009.
4. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

1. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.
2. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

3. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
4. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
5. Клиникалық хаттамалар МЗ РК

Электрондық ресурстар:

1. <https://openwho.org>
2. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
3. <http://base.ukgfa.kz>

6. Бақылау сұрақтары:

1. Бруцеллез ауруының анықтамасы
2. Қоздырғыштың сипатын болжау, олардың қоршаған ортаға, әр түрлі факторларға төзімділігін атаңыз
3. Бруцеллез патогенезінің өзектілігі
4. Бруцеллездің жіктелуін баяндаңыз
5. Бруцеллез кезіндегі жетекші синдромдар мен симптомдарды анықтаңыз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз
6. Бруцеллез ауруынан болатын асқынуларды атаңыз
7. Бруцеллез ауруын қандай жұқпалы және жұқпалы емес аурулармен дифференциалды диагностика жүргізу керек
8. Бруцеллезді верификациялау үшін қандай зертханалық және аспаптық әдістерді тағайындау керек
9. Бруцеллез ауруын госпитализацияға көрсеткіштер
10. Бруцеллезді емдеуге арналған препараттарды атаңыз және тағайындалған емді негіздеңіз
11. Бруцеллез кезіндегі алдын алудың бағыттары мен әдістерін баяндаңыз

Лекция №7

Тақырыбы:Тұмау және ЖРВИ. Коронавирус инфекциясы COVID-19

2.Мақсаты:Білім алушыларды ауа тамшылы инфекциялардың эпидемиология негіздері, клиникасы, диагностикасы, негізгі құрылымы, емдеу мен күту принциптері, жіті ішек инфекцияларының алдын алу шаралары; эпидемиологиялық қадағалаудың негіздері және ролімен таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

Жіті респираторлық вирустық инфекция (ЖРВИ) – қысқа инкубациялық кезеңімен,ұзақ емес қызба мен интоксикация симптомдары бар, жоғарғы тыныс алу мүшерінің зақымдауымен сипатталатын аурулар тобы, оларға:, пара, аденовирусты инфекция,респираторлы-синцитиальды

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

инфекция, риновирусты, реовирусты, және корановирусты инфекция жатады. «жіті респираторлық аурулар» (ЖРА) құрамына ЖРВИ, және бактериялар мен микоплазма (*M. pneumoniae*). шақыратын аурулар кіреді.

Тұмау Анықтамасы. Тұмау (Grippus) – ауру қоздырғышы аэрогенді механизм арқылы берілетін, клиникасында жалпы улану белгілерімен және жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабатының зақымдалуымен, әсіресе трахеит белгілерімен көрінетін, эпидемия түрінде кең таралатын жедел вирустық инфекция.

Тақырыптың өзектілігі. ДДҰ мәліметтері бойынша бүкіл әлемде 40 млн. адам жұқпалы аурулармен ауырады, оның 90%-н Тұмау пен басқа жедел респираторлы-вирусты инфекциялар құрайды. ЖРВИ тобында Тұмау маңызды орын алады. Эпидемия кезінде Тұмау п көбінесе ауыр ағымды өтеді, сондай-ақ әртүрлі созылмалы аурулардың өршуі тән. Қазіргі кезде де Тұмау тің диагностикалық қателіктері жоғары пайызды құрайды. Осы мәселелер Тұмау тің ерте диагностикасының аса маңыздылығын көрсетеді.

Тарихи мәліметтер. Тұмау эпидемиялары туралы деректер ертеден белгілі. Еуропалық елдерде ол «инфлюэнца» деп аталатын, қазіргі кездегі жалпы атауы - «Тұмау ». XIX ғасырдың соңынан бастап адамзат Тұмау тің ауыр төрт пандемиясын басынан өткерді: 1889-1890, 1918-1920, 1957-1959, 1968-1969 жылдары. 1918-1920 жылдардағы «испандық» пандемия 20 млн. адамның өмірін қиса, 1957-1959 жж. «азиаттық Тұмау » кезінде 1 млн.-ға жуық адам өлімге ұшырады.

Тұмау тің ауру қоздырғышы вирус екендігі 1933 жылы У.Смитпен, К.Эндрюспен, П. Лейдлоумен анықталған, кейін ол Тұмау тің А типінің вирусы деп аталды. 1940 жылы Т.Френсис пен Т.Меджилл Тұмау тің В типін шақыратын вирусты, ал 1947 жылы Р.Тейлор С типті вирусты анықтады. Тұмау тің А түрі В, С түрлеріне қарағанда өте кең таралған.

Этиологиясы. Тұмау қоздырғышы – құрамына РНҚ кіретін Orthomyxoviridae тұқымдастығына жататын пневмотропты вирус. Сыртқы қабықшасында гемагглютинин және нейраминидаза деп аталатын гликопротеидтері бар. Ішкі нуклеопротеидтің антигендік сипаты (S-антиген) бойынша Тұмау вирустары А, В және С типтеріне бөлінеді.

Тұмау вирустары сыртқы ортада тұрақты емес. Төменгі температурада жақсы сақталады, ал қыздырып, қайнатқанда тез жойылады. Бұл вирустардың ультракүлгін сәулелеріне және әдеттегі залалсыздандыратын заттарға сезімталдығы өте жоғары.

Эпидемиологиясы. Аурудың инфекция көзі – Тұмау ен ауырған науқас адам. Науқастың жұқпалылығы ауруының алғашқы күндерінде аса жоғары, катаральды белгілердің айқындылығына байланысты жөтелгенде, түшкіргенде, қатты сөйлегенде сыртқы ортаға көптеп таралады. Инфекцияның берілу механизмі – аэрогенді, таралу жолы – ауа-тамшылы.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Эпидемиялардың қайталану уақыты мен аурушылық деңгейі тұрғындардың жүре пайда болған типтік арнайы иммунитетінің ұзақтығына және вирустың антигендік қасиеттерінің өзгергіштігіне байланысты. Иммунитет А Тұмау тен кейінг 1-3 жыл, ал В Тұмау тен кейін 3-6 жыл сақталынады.

Патогенезі. Тұмау вирусы тыныс жолдарының эпителиіне тропты. Патогенезінде 5 негізгі кезеңді ажыратады:

1. Вирустың тыныс жолдар клеткаларындағы репродукциясы.
2. Вирусемия, токсикалық және токсикалық-аллергиялық реакциялар.

Өртүрлі мүшелер мен жүйелерге токсикалық әсері (әсіресе, жүрек-қан тамырлар мен жүйкеге) вирустың өзіне және клетканың ыдырау өнімдеріне байланысты.

3. Тыныс жолдарының зақымдалуы (үрдістің белгілі бір бөлімінде шоғырлануы)
4. Тыныс алу жолдарының, басқа мүшелер мен жүйелердің бактериалды асқынулары.
5. Патологиялық үрдістің кері дамуы.

Вирусемия мен токсикалық әсер нәтижесінде қызба және жалпы улану белгілері дамиды.

Қан тамырлар қабырғасының тонусының, өткізгіштігінің бұзылуы циркуляторлық бұзылыстарға әкеп соғады.

Респираторлы жолдар эпителиінің тосқауылдық қызметінің бұзылуы, лейкоциттердің фагоцитарлы белсенділігінің төмендеуі бактериалды асқынуларға, созылмалы аурулардың өршуіне әкеледі.

Клиникалық көріністері. Тұмау тің жіктелуі:

- ағымы бойынша - типтік және атиптік;
- клиникалық көріністерінің ауырлығы бойынша - жеңіл, орташа, ауыр түрлері ажыратады;
- кейбір авторлар гипертотоксикалық түрін бөледі.

Инкубациялық (жасырын) кезең бірнеше сағаттан 3 күнге дейін, әдетте 1-2 күн.

Клиникалық көріністе 2 негізгі синдром бөлінеді: жалпы улану және тыныс жолдарының зақымдалуы (катаралды синдром).

Әдетте (типтік жағдайда) Тұмау жедел басталады: тоңғыштық, бастың ауыруы пайда болады. Бірнеше сағаттан кейін дене қызуы 38,5-40°C-қа дейін жоғарылайды. Әлсіздік, дененің «сынуы», бұлшық еттердің, сүйектердің, буындардың ауыру сезімі дамиды. Бас ауыру маңдай және самай аумақтарында орналасады, бірте-бірте күшейеді. Сонымен қатар, көз алмаларының ауыру сезімі пайда болып, жарыққа сезімталдық жоғарылайды. Айқын улану бастың айналуымен, анорексиямен, құсумен, геморрагиялық синдроммен қатарласады.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Аурудың бірінші тәулігінде науқас мұрын-жұтқыншақтағы құрғақтыққа, ауыру сезіміне, мұрынның бітелуіне шағымданады. 2-3-ші күндері науқастардың көбісінде құрғақ жөтел, кеуденің ауыру сезімі пайда болады. 3-4 күннен кейін жөтелге қақырық қосылады.

Асқынбаған жағдайда қызба ұзақтығы А Тұмау кезінде 1-6 күн (көбінесе 4 күн), ал В Тұмау кезінде одан көбірек болады.

Дене қызуының төмендеуі- кризистік немесе тездетілген лизиспен жүреді.

Науқасты қарап тексергенде аурудың бірінші күндері бетінің қызаруын, ісінуін, склералар тамырларының инъекциясын, кейде 3-4 күні ұшықты көреміз. Аурудың ауыр ағымында тері жабындылары бозғылт, цианоз байқалады. Аңқа қызарған, гиперемия жайылмалы, доғашықтар мен жұмсақ таңдайда, жұтқыншақтың артқы қабырғасында айқынырақ көрінеді. Науқастардың көбісінде жұмсақ таңдайда, кейде тілшік пен доғашықтарда дәнді түйіршіктерді байқауға болады. Жұтқыншақтың артқы қабырғасы құрғақтау, үлкейген лимфа фолликулдері көрінеді. Мұрынның шырышты қабаты гиперемияланған, ісінген. Аурудың 2-3 күндері серозды, кейін шырышты бөлінулер пайда болуы мүмкін.

Аурудың бірінші күндері пульс дене қызуына сәйкес, кейде салыстырмалы брадикардия немесе тахикардия байқалады. Қан қысымы төмен болуы мүмкін. Науқастардың көбісінде жүрек тондары бәсеңдейді. ЭКГ-да улану синдромына тән өзгерістер болады: Т тістерінің төмендеуі, Q-T, P-Q интервалдарының ұзаруы. Қызба кезеңінде ентігу болады. Аускультация арқылы қатайған (кейде везикулярлы тыныс), қысқа уақыт арасында құрғақ сырылдар анықтаймыз. R-граммада өкпенің тамырлар суретінің күшеюін және өкпе тамырларының кеңеюін көруге болады. Ас қорыту жүйесі аз зақымдалады. Ауыр жағдайларда тәбет жоғалады. Науқастың тілі ылғалды, ақ жабындымен жабылған. Іштің қатуы байқалады.

Перифериялық канда: лейкопения, нейтропения, эозинопения, моноцитоз, ЭТЖ қалыпты немесе төмендеген.

Зәр шығару жүйесінен диурездің төмендеуін, протеинурия, микрогематурия, цилиндрүрия байқауға болады.

Вегетативті нерв жүйесінің зақымдалуының айқын белгілері көрінеді: беттің қызаруы, тершендік, пульс өзгергіштігі.

Орталық жүйке жүйесінің зақымдалуы интоксикация белгілерімен, ауыр ағым кезінде менингеалды белгілермен, құрысулармен, энцефалопатия белгілерімен көрінеді. Сонымен қатар, перифериялық жүйке жүйесі де зақымдалады: жергілікті гиперестезиялар және парестезиялар, кейбір нервтердің невралгиясы.

Реконвалесценция кезеңі 1-2 аптаға дейін созылады. Бұл кезең астеновегетативті синдроммен, созылмалы аурулардың өршуі мен асқинулардың пайда болу мүмкіндіктерінің бейімділігімен сипатталады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Тұмау тің *жеңіл түрінде* интоксикация әлсіз дамыған. Дене қызуы субфебрилді, аурудың ұзақтығы - 2-3 күн. Кейбір жағдайларда жоғарғы тыныс жолдарының бұзылу белгілері басым болады. *Орташа ауырлықтағы* ағым жиі кездеседі. Бұл ағымға айқын интоксикация және жоғары тыныс жолдарының бұзылу белгілері тән. Қызба ұзақтығы 4-5 күн. Тұмау тің *ауыр түрі* күрт басталумен, жоғары деңгейдегі және ұзағырақ қызбамен, өте айқын дамыған интоксикация белгілермен сипатталады. Адинамия, бастың айналуы, естен тану, ұйқының бұзылуы, анорексия, құсу, құрысулар, менингеалды белгілер, энцефалиттік синдром, жүрек-қан тамырлар зақымдалуы байқалады. Ауыр түрінің ұзақтығы пайда болған асқынуларға байланысты. Тұмау тің *гипертотоксикалық түрінің* клиникасында өте ауыр нейротоксикоз, жүрек-қан тамырлар жетіспеушілігі, тыныс алу жетіспеушілігі басым болады. Бұл түрдің ерекшеліктері: ағым ауырлығы және жылдамдығы, өлім қаупінің жоғарылығы.

Тұмау тің *атипиялық жасырын түрі* сирек кездеседі. Бұл түрге негізгі белгілердің біреуінің болмауы тән.

Асқынулары: пневмония, ЛОР-мүшелерінің зақымдалуы (ринит, фарингит, ларингит, трахеобронхит, баспа, синуситтер, отит т.б.), жүйке жүйесінің зақымдалуы (менингоэнцефалит, арахноидит, полиневрит т.б.), созылмалы аурулардың өршуі.

Диагностикасы: Мұрынның, жұтқыншақтың бөлінулері, қан-вирусологиялық зерттеулерге алынады.

Тез диагностикалау үшін флюоресценциялаушы антиденелер әдісі қолданылады.

Сонымен қатар, серологиялық әдістердің маңызы жоғары: гемагглютинацияны тоқтату реакциясы, комплемент байланыстыру реакциясы, нейтрализация реакциясы.

Егер антиденелер титрі динамикада жоғарыласса – нәтиже «оң» деп саналады.

Соңғы жылдары иммундық ферменттік анализ және молекулярлы гибридизация әдістері қолданылады.

Емдеуі. Тұмау ен ауырған науқастардың көбісі үйде емделеді. Ауруханаға аурудың ауыр түрімен және асқынулары пайда болған науқастар жатқызылады. Емдеу шаралары:

- 1) төсектік тәртіп;
- 2) көп мөлшерде сұйықтық ішу;
- 3) этиотропты ем: а) Тұмау ке қарсы иммуноглобулин; б) лейкоцитарлы интерферон; в) ремантадин, амантадин, римантадин, альгирем, занамивир, осельтамивир, рибавирин; г) оксолин майы;
- 4) патогенездік ем: а) гипосенсибилизация (димедрол, супрастин т.б.); б) дәрумендер (В, С тобы); в) дезинтоксикациялық ем (5% глюкоза, Рингер

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

ерітіндісі ж.т.б.); г) қосарланған патогенетикалық дәрі-дәрмектер (антиТұмау ин, антиТұмау ин-АНВИ, антиТұмау окапс, фервекс)

5) симптоматикалық ем: а) жөтелге қарсы және қақырық түсіретін дәрілер (тусупрекс, либексин, пектуссин, бромгексин, амбросан, лазольван, мукалтин және т.б.); б) дене қызуын төмендететін дәрілер (аспирин, колдрекс, парацетамол ж.т.б.); в) бактериалды асқынулар қосылған жағдайда – антибиотиктер (бензилпенициллин, амоксициллин, амоксиклав және т.б.).

Тұмау тің гипертотикалық түрі қарқынды терапия бөлімшесінде емделеді.

Алдын алу шаралары. Белсенді иммунизация мақсатымен инактивацияланған және тірі вакциналар қолданылады.

Эпидемия алдында интерферон стимуляторлары қолданылады.

Эпидемия кезінде шұғыл профилактика үшін оксолин майы, лейкоцитарлы интерферон, ремантадин, арбидол ұсынылады.

Эпидемияға қарсы шаралар:

- наукасты бөлек жатқызу (изоляция);
- наукас жатқан бөлменің ауасын тазартып тұру;
- ылғалды тазартулар;
- бетперде кию;
- ультракүлгін лампаларын қолдану.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

5. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
6. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
7. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я., 2009.
8. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

6. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.
7. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.
8. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
9. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
10. Клиникалық хаттамалар МЗ РК

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Электрондық ресурстар:

4. <https://openwho.org>
5. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
6. <http://base.ukgfa.kz>

6. Бақылау сұрақтары:

1. Тұмау және басқада ЖРВИ аурулардың анықтамасы.
2. Негізгі, маңызды клиникалық сипаттамасы. Сыртқы ортаның әртүрлі нысандарындағы қоздырғыштардың тұрақтылығына сипаттама беріңіз.
3. Тұмау және басқада ЖРВИ патогенезінің фундаментальді тізбегін атаңыз.
4. Тұмау және басқада ЖРВИ-дің жіктелуін мазмұндаңыз.
5. Тұмау және басқада ЖРВИ негізгі синдромдары мен симптомдарын көрсетіңіз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз.
6. Тұмау және басқада ЖРВИ-дің мүмкін асқынуларын атаңыз.
7. Тұмау және басқада ЖРВИ-да қандай жұқпалы және жұқпалы емес аурулармен дифференциальды диагностика жүргізу қажет.
8. Тұмау және басқада ЖРВИ верификациялау үшін қандай зертханалық және аспапты әдістерді қолдану керек.
9. Тұмау және басқада ЖРВИ-дағы ауруханаға жатқызуға көрсетілімдерді атаңыз.
10. Тұмау және басқада ЖРВИ-ді емдеудегі препараттарды атаңыз және тағайындалған емнің негіздемесін беріңіз.
11. Тұмау және басқада ЖРВИ профилактикасының бағытын, әдістерін және тәсілдерін мазмұндаңыз.

Дәріс №8

1. Тақырыбы: Менингококк инфекциясы. Герпес Инфекциясы. Инфекциялық мононуклеоз.

2. Тақырыбы: білім алушыларды менингоккты инфекцияның ерте клиникасымен, жұқпалы ауруларды қабылдау және шығару ережесімен; ауруханаға дейінгі кезеңде және стационарда науқастарды емдеумен; дәрігерлік учаскедегі ұйымдастыру, профилактикалық және эпидемияға қарсы іс-шаралармен таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

Менингококкты инфекция – ауа-тамшылы жолмен берілетін және менингококк тасымалдаушылықтан менингитке және ауыр менингококкты сепсиске дейін - клиникалық көріністердің кең ауқымымен сипатталатын антропонозды ауру.

Этиологиясы. Қоздырғыш (*Neisseria meningitidis*) - көптеген антибиотиктер мен сульфаниламидті препараттарға сезімтал, сыртқы ортада

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

тұрақсыз грамтеріс кокктар.Цереброспинальды сұйықтықта ішке және жасушадан тыс, кофе дәндері түрінде орналасады. Менингококктерде эндотоксин бар, антигендік құрылымы бойынша серологиялық топтарға бөлінеді -А, В, С, D, H, I, K, L, X, Y, Z, 29E және W-135.

*Эпидемиологиясы.*Инфекция көзі менингококк жұқтырған адам болып табылады. Инфекция ауа-тамшылы жолмен беріледі, передается воздушно-капельным путем, көбінесеқысқы-көктемгікезеңдекездеседі.Көбінесебалаларауырады - генерализацияланған формасыныңбарлықжағдайларының 80% - ы 14 жасқадейінгібалаларғакеледі.

*Патогенезі.*Қоздырғыштың мұрын жұтқыншақ шырышты қабығына тропизмі бар, онда ол көбееді және мұрын жұтқыншақ шырышымен сыртқы ортаға бөлінеді, бұл инфекцияның ең жиі түрі – менингококк тасымалдаушылыққа сәйкес келеді. Жергілікті иммунитет белсенділігінің төмендеуі, менингококк микробиоценозының бұзылуы кезінде қабынуды және назофарингиттің симптомдарын тудыра отырып, шырышты қабықтың тереңіне енгізілуі мүмкін. Назофарингитпен ауыратын науқастардың тек 5% - ында ғана менингококк жергілікті кедергілерді еңсере отырып, шырышты қабаттың тамырларына өтеді, содан кейін гематогенді түрде тарайды, әр түрлі мүшелерді зақымдайды.Қоздырғыштың гематогенді диссеминациясы инфекцияның генерализацияланған түрлерінің дамуын негіздейді.Менингококктар теріге, ми қыртыстарына, буындарға, көздің торлы қабатына, бүйрекүсті безіне, өкпеге, миокардқа және басқа да органдарға енеді.

Менингококк жұқпасының ауыр түрлерінің патогенезінде бактериемия мен токсемияға жауап ретінде дамитын ағзаның жүйелі қабыну жауабы жетекші рөл атқарады. Аурудың генерализацияланған түрлері кезінде өлімнің себебі ИТШ, ЖЖЖ, бас миының ісінуі, өкпенің ісінуі, бүйрек үсті безінің жедел жеткіліксіздігі, ЖБЖ болуы мүмкін. Менингококктық инфекция кезіндегіөлім-жітім 12,5% - ғажетеді.Ауруданкейінтұрақтытиптікспецификалық иммунитет дамиды.

Клиникасы. Инкубациялық кезең2 күннен 10 күнге дейін. В. И. Покровскийдің клиникалық жіктемесіне сәйкес менингококкты инфекцияныңкелесі түрлерін ажыратады: локализацияланған (менингококк тасымалдаушылық, назофарингит), генерализацияланған (менингококкемия, менингит, менингоэнцефалит, аралас) және сирек кездесетін (полиартрит, эндокардит, пневмония, иридоциклит).

Менингококк тасымалдаушылық–инфекцияның ең жиі түрі. Генерализацияланған формадағы бір науқасқа 1-2 мыңнан 18-20 мың менингококк тасымалдағыштар келеді.Адамдардың 70% - да менингококкты тасымалдауы қысқа мерзімді және 2 аптадан аспайды. Алайда ұзақ мерзімді

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

("резиденттік") тасымалдау жағдайлары да кездеседі. Жедел назофарингит 3-5 күн ішінде субфебрильді қызбамен, уланудың әлсіз симптомдарымен және ринофарингитпен сипатталады (көп емес ринорея, мұрынның бітелуі, дауыстың қарлығуы, гиперемия, жұтқыншақтың артқы қабырғасының ісінуі, лимфоидты фолликулдардың гиперплазиясы). Жедел назофарингит басқа табиғаттағы ЖРЗ клиникалық белгілері бойынша ерекшеленбейді. Диагноз бактериологиялық немесе серологиялық зерттеудің оң нәтижелері негізінде ғана қойылады.

Менингококкемия - менингоккты сепсис, қалтыраумен, қызбамен жедел басталады. Науқастардың бір бөлігінде жедел басталуға назофарингит себеп болады. Дене температурасы 1-ші тәулікте 40 °C дейін және одан жоғары көтеріледі, уланудың айқын белгілері байқалады: бас ауруы, бұлшықет сырқырауы. Ауру басталғаннан 12-48 сағаттан кейін ауруға тән симптом - дене, аяқ-қол, сан аймағында орналасқан геморрагиялық бөртпе пайда болады. Беттегі бөртпе - қолайсыз болжамдық белгі. Бөртпе элементтері - дұрыс емес пішін, шеттері тегіс емес, беті сәл шығып тұратын, ақшыл түсті. Олар әртүрлі мөлшерде болуы мүмкін - көзге көрінетін петехийден бастап теріге ірі қан құйылуы. Ауруханаға дейінгі кезеңде уақытылы диагностика және шұғыл көмек науқастың тағдырын шешеді.

Менингит сондай-ақ қалтырау мен қызбадан басталады. Бұл фонда жалпымидың симптомдары бар - күшті бас ауруы, құсу. Науқастарда жалпы гиперестезия дамиды – жарықтан қорқу, гиперакузия, терінің гиперестезиясы, содан кейін қозу, қозғалуды азайтады. Әртүрлі дәрежедегі сананың бұзылуы - сопордан комаға дейін - менингитке тән. 1 тәуліктің соңына қарай менингеальды симптомдарды анықтауға болады, олар тез күшедейді: бұлшықеттердің ригидтілігі, Керниг, Брудзинский симптомдары.

Қарқынды басталуы, айқын байқалатын интоксикация, менингеальды синдром, сананың бұзылуы, құрысулар, эпилептиформды талмалар науқастардың бөліктерінде менингиттің энцефалитпен бірігуі – менингоэнцефалиттің дамығанын көрсетеді. Бұл тұрақты ошақтық симптоматикамен де расталады: бас сүйек нервтерінің парездері, атаксия, гемипарездер мен параличтер, нистагм, мишық бұзылыстары. Психикалық бұзылыстар дамуы мүмкін. Ми-жұлын сұйықтығын кейінгі зерттеумен люмбальды пункция менингит (іріңді, сирек - серозды) синдромды диагнозды растауға мүмкіндік береді. Әдетте жұлын сұйықтығы лайланған және жасушалардың көп мөлшері (12-30x10 мл және одан жоғары), негізінен, нейтрофилдер болады.

Диагностикасы. Жалпы тәжірибелік дәрігер менингококкемияны тек тірек клиникалық белгілері: жедел басталуы, қызба, геморрагиялық бөртпелер негізінде ғана қысқа мерзімде диагностикалауы тиіс. Науқастың тағдыры үшін дер кезінде қойылған диагноздан гөрі гипердиагностика жақсы екенін

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

есте сақтаған жөн. Сондай-ақ "менингит" диагнозына жауапкершілікпен қарау қажет, ол тіпті қызба және уыттану аясында пайда болатын жалпы милық және менингеалдық синдромдардың орташа білінетін болуы кезінде клиникалық түрде белгіленеді.

Менингококкты инфекцияның арнайы зертханалық диагностикасы көбінесе стационарда қолданылатын бактериологиялық және серологиялық зерттеу әдістерінен құралады.

Бактериологиялық зерттеуге арналған материал-мұрын жұтқыншақ шырышы, қан, цереброспинальды сұйықтық және басқа да биосубстраттар. Емдеуге дейінгі кезеңденегізінен мұрын жұтқыншақтан шырыш тыегеді. ЖТД егістерді иілген сымда стерильді тампонмен пациент тісін тазалағанға дейін, ауызды шаюға дейін алу керектігін есте сақтағаны жөн.

Диагностиканың экспресс-әдісі қанның қалың тамшысының микроскопиясы болуы мүмкін. Жағындыларда көбінесе нейтрофилдердің ішінде орналасқан грамтеріс кокктар анықталады, бұл менингококкты инфекцияға күдіктенуге мүмкіндік береді. Перифериялық қанда аурудың генерализацияланған түрі бар науқастарда гиперлейкоцитоз $20-25 \times 10^9$ дейін, формуланың солға күрт ығысуы, ЭТЖ жоғарылауы байқалады.

Емі. Емхана жағдайында менингококкты инфекцияның локализацияланған түрімен ауыратын науқастар ғана емделуі мүмкін: менингококкты тасымалдаушылар және ауыр емес және ұзақ емес ағымдағы назофарингит. Міндетті түрде ауруханаға жатқызылуға (жедел жәрдем көлігімен) инфекцияның генерализацияланған түрімен ауыратын науқастар жатады. Менингококкемиямен ауыратын науқастарға госпитальға дейінгі кезеңде шұғыл көмек көрсетіледі, оның сипаты жетекші синдромға байланысты.

Менингиттің асқынбаған түрлері кезінде (менингит пенингококкемиямен үйлескенде) жедел жәрдемді бензилпенициллин - 50 000 ЕД/кг немесе левомецетин сукцинаты - 10-20 мг/кг, 1% лазикс ерітіндісі 2 мг/кг бұлшық етке, преднизолон - 2 мг/кг қамтиды.

Стационарда этиотропты дәрілер, кортикостероидты гормондар, детоксикациялық емдеу әдістері кіретін кешенді ем жүргізіледі. Ең тиімді бензилпенициллин, бұлшықет ішіне немесе көктамыр ішіне тәулігіне дене салмағына 200 000-500 000 ЕД/кг есебімен, ал кеш басталған кезде дене салмағына 700 000 ЕД/кг дейін енгізіледі. Инфекциялық-уытты шок пайда болған кезде пенициллин левомецетинді сукцинатпен (тәулігіне 60-100 мг/кг) ауыстырады. Детоксикацияның экстракорпоралдық әдістерін қолданады.

Ерте және адекватты емдеуде жағымды болжам-терапияның 3-ші күні жағдайы жақсарады, 5-8-ші күнге қарай цереброспинальды сұйықтық санитарияланады, науқастарды антибактериалды терапия аяқталғаннан кейін

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

3 тәуліктен ерте емес жүргізілген 2 рет бактериологиялық зерттеудің теріс нәтижесінен кейін 30 күннен ерте емес жазып береді.

Алдын алу. Менингококк инфекциясы ошағында науқаспен сөйлескен сәттен бастап 10 күн ішінде байланыста болған адамдарға медициналық бақылау белгіленеді, мұрын жұтқыншағынан менингококк-ға кемінде екі рет (3-7 күн аралықпен) егу жүргізіледі. Вакцинация эпидкөрсеткіштербойынша жүргізіледі.

4. Иллюстративті материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

1. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
2. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
3. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я., 2009.
4. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

1. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.
2. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.
3. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
4. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
5. Клиникалық хаттамалар МЗ РК

Электрондық ресурстар:

1. <https://openwho.org>
2. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
3. <http://base.ukgfa.kz>

1. Бақылау сұрақтары:

1. Менингококк инфекциясына анықтама беріңіз
2. Қоздырғыштардың сипаттарын болжау, клиникалық көрінісіне маңызды негізгі сипаттама беріңіз, олардың қоршаған ортаның әр түрлі нысандарында тұрақтылығын сипаттаңыз
3. Менингококк жұқпасының патогенезінің фундаментальды буындарын атаңыз
4. Менингококктық инфекцияның жіктелуін баяндаңыз

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

5. Менингококтық инфекция кезіндегі жетекші синдромдар мен симптомдарды анықтаңыз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз
6. Менингококтық инфекция кезіндегі ықтимал асқынуларды атаңыз
7. Менингококтық инфекция кезінде қандай инфекциялық және инфекциялық емес аурулармен дифференциалды диагностика жүргізу керек
8. Менингококк инфекциясын верификациялау үшін қандай зертханалық және инструментальды әдістерді тағайындау керек
9. Менингококтық инфекция кезінде госпитализациялау көрсеткіштерін атаңыз
10. Менингококк инфекциясын емдеуге арналған препараттарды атаңыз және тағайындалған емді негіздеңіз
11. Менингококтық инфекцияның алдын алу әдістері мен тәсілдерін, бағыттарын баяндаңыз

Дәріс №9

1. Тақырыбы: Геморрагиялық қызба. КҚГҚ. БСГҚ. БНҚ. Эбола қызбасы. Зик қызбасы. және т.б.

2. Мақсаты : білім алушыларды геморрагиялық қызбалардың клиникасы, диагностикасы, дифференциальды диагнозы, емдеу, болжамы мен алдын алу шараларымен таныстыру. Теориялық білімдері мен тәжірибелік дағдыларын бекіту.

3. Дәріс тезистері:

Геморрагиялық қызбалар (ГҚ) – қызбамен, интоксикация белгілерімен, капилляротоксикоздың, геморрагиялық синдромның дамуымен сипатталатын вирусты табиғи-осақты жұқпалы аурулар.

Геморрагиялық синдромды әр түрлі патогендер қоздыру мүмкін:

- Бактериальды сепсис (*Neisseria meningitidis*)
- Риккетсиоздар (Жарлы таулардың қызбасы)
- Спирохетоздар (Лептоспироз)
- Вирустар (Filoviridae, Arenaviridae, Bunyaviridae, и Flaviviridae)

Вирустар 4 таксономиялық тұыстыққа жатады:

Филовирустар (Filoviridae)
Аренавирустар (Arenaviridae)
Буньявирустар (Bunyaviridae)
Флавивирустар (Flaviviridae)

Олардың құрамында бір жіпшелі РНҚ бар.

Вирусты геморрагиялық қызбалардың патогенезінің толық зерттелмеген, негізгі дамитын патогенетикалық механизм вирустың түрімен байланысты болады:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

- ✓ вирустың тікелей цитопатогендік әсері;
- ✓ тамырлардың өткізгіштігінің жоғарылауы, олардың бүтіндігінің бұзылуы және қандағы вазобелсенді заттардың (тромбоциттер, кининдер, адреналин және басқа биологиялық белсенді заттардың) алмасуы;
- ✓ микроциркуляцияның бұзылыстары;
- ✓ иммунологиялық механизмдер, арнайы антиденелердің түзілуі, гиперэргиялық жауаптың дамуы;
- ✓ қан ұю факторларының азаюы;
- ✓ ТШҚҰ-нышанының әртүрлі дәрежедегі көрінісінің құрылуы;

Вирусты геморрагиялық қызбалардың клиникалық синдромдарына жатады:

- ✓ қызба
- ✓ интоксикация синдромы: әлсіздік, бастың ауруы, бастың айналуы, жүректің айнуы, құсу
- ✓ айқын миалгиялар, артралгиялар, іштің ауруы
- ✓ геморрагиялық синдром: геморагиялық бөртпелер, қан құйулар, қан кетулер

Қазақстанда Қырымдық геморрагиялық және бүйрек синдромымен сипатталатын геморрагиялық қызбалар тіркелген. Олардың қоздырғыштары буньявирустар тобына жатады.

Тақырыптың өзектілігі. Қазіргі кезде адамдар арасында 20 геморрагиялық қызба ауруы кездеседі. Геморрагиялық қызбалардың кең тараған жерлері - Өзбекістан, Тәжікстан, Үндістан, Пакистан, Араб Эмираттары. Инфекцияның негізгі резервуары –жануарлар: приматтар, кеміргіштер, ірі қара мал, кенелер және т.б. болып табылады. Жануарларда әдетте вирустың ұзақ персистенциясымен латентті инфекция дамиды. Геморрагиялық қызбаларға қабылдаушылық жоғары. Қауіп-қатер топтарына жануарлар және жабайы табиғат объектілерімен тығыз кәсіби байланыста болған адамдар жатады (аңшылар, орманшылар, геологтар, ағаш кесушілер, ауыл шаруашылық жұмысшылары, жануарлар мен аңдар фермаларының жұмысшылары). Аурудың ең ауыр түрі алғашқы табиғи ошақтарға кірген адамдарда байқалады, жергілікті тұрғындарда геморрагиялық қызбаның жеңіл және субклиникалық түрі жиі дамиды.

Ресейде бүйрек синдромымен сипатталатын геморрагиялық қызба (БСГҚ), Қырымдық геморрагиялық қызба (ҚГҚ) және Омбылық геморрагиялық қызба (ОГҚ) тіркелген. Қазіргі кезде Қазақстан Республикасында Қырымдық геморрагиялық қызба Оңтүстік Қазақстан, Шығыс Қазақстан, Жамбыл, Қызылорда облыстарында тіркелген. 2001-2002 жж. бастап Батыс Қазақстан облысында бүйрек синдромымен сипатталатын геморрагиялық қызба тіркелген.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Геморрагиялық қызбалардың қоздырғыштарын биологиялық қару ретінде қолдануға болады.

ҚЫРЫМДЫҚ ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБА (ҚГҚ)

Анықтамасы. Қырымдық-Конго геморрагиялық қызба - интоксикация, қызба, геморрагиялық синдромдармен сипатталатын вирусты трансмиссивті табиғи-ошақты ауру.

Тарихи мәліметтер. Қырымдық геморрагиялық қызба алғаш рет 1944-45 ж. Қырымда Чумаков М.К. және оның еңбектестерімен анықталған. Ұқсас ауру 1956 ж. Конгода анықталған. Вирус 1967 ж. бөлінген. Сондықтан аурудың атауы Қырым-Конголық геморрагиялық қызба болды. Кешірек Краснодар және Ставрополь өлкелерінде, Астрахань, Ростов облыстарында, Қазақстанда, Өзбекістанда, Түркменістанда, Азербайджанда анықталған. 1956-69 ж. қызба ошақтары Болгария, Югославия, Венгрия, Африка, Үндістан, Пакистан елдерінде тіркелген.

Қазақстанда ҚГҚ 1948 ж. бастап тіркелген. Сонғы 27 жыл аралығында Қазақстанда 503 науқас анықталған. Жамбыл облысында 266 науқас (52,8%), Оңтүстік Қазақстан облысында – 118 (24,5%), Қызылорда облысында – 113 (22,5%) ресми түрде тіркелген. Ауру спорадикалық түрде болған. Сырқаттанушылық 100 мың. тұрғындарға шаққанда 0,02 - 0,07. Кей жылдары (1989,1995,1999, 2000, 2001) аурудың індет ретінде өршу жағдайлары тіркелген. Сол жылдары 90, 48, 48, 40, 31 адам ауруға шалдыққан.

Жамбыл облысында ҚГҚ табиғи ошағы 1982 ж. анықталған. Табиғи ошақтың территориясында Сарысу және Мойынқұм аудандарының 6 аймағы орналасқан. Аурудың резервуары және тасымалдаушысы *Hyalomma asiaticum* кенелері болып табылды. Өлім-жітімділік көрсеткіші 7,9%.

Оңтүстік Қазақстан облысында алғаш рет ауру 1948 ж. тіркелген. Ауру Оңтүстік Қазақстан облысының 12 ауданында, Шымкент қаласында анықталған. Аурудың резервуары және тасымалдаушысы *Hyalomma anatolicum* және *Hyalomma detrium* кенелері болып табылды. Өлім-жітімділік көрсеткіші - 21,7%.

Қызылорда облысында алғаш рет ауру 1964 ж. тіркелген. Аурудың резервуары және тасымалдаушысы *Hyalomma asiaticum* және *Dermacenter marginatus* кенелері болып табылды. Өлім-жітімділік көрсеткіші - 11,4%.

Науқастардың жасы 21-50 аралығында болған, жиі ер адамдар ауырған (73,3%), олар малшарушылығында жұмыс істеген (70%). Трансмиссивті жолмен бірге ауру кенелердің қаны теріге, шырышты қабаттарға түскенде берілген.

Атырау, Алматы облыстарында науқастар тіркелмеген, бірақ аурудың тасымалдаушылары бар. Ресеймен шекаралас Батыс Қазақстан облысында

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

вирустармен инфицирленген кенелер анықталуда. Ресейде жыл сайын 300-500 науқас тіркеледі.

Этиологиясы. Қоздырғышы Nairovirus тобына, Bunyaviridae туыстастығына жататын вирус. Вирионы дөңгелек пішінді, көлемі 90-100 нм.

Эпидемиологиясы. Инфекция резервуары – жабайы (қоян, африка кірпілері) және үй (сиыр, ешкі, қой, жылқылар) жануарлары және түйелер болуы мүмкін, құстар. Аурудың негізгі берілу жолы кенелер шағу арқылы трансмиссивті. Кенелер табиғи ошақты сақтауында маңызды роль атқарады. Олардың таралу шекаралары табиғи ошақтың шекараларымен сәйкес келеді. Кенелер вирусты трансвариальды ұрпағына беруге қабілетті және олар ұзақ өмір сүріп вирустың табиғатта резервуары болып табылады. Жетілген кенелер (Nyalomas) ірі қара малда, жылқыда, ал личинкасы мен нимфалар қояндарда да тіршілік етеді.

Трансмиссивті жолдан басқа ауру контактілі, аэрогенді жолдарымен беріледі. Контактілі жол жарақатталған терімен шырышты қабаттарға вирустармен инфицирленген кенелердің немесе науқастардың қаны түсу арқылы атқарылады. Сонғы жағдайда аурудың көзі адам болып, ауру ауруханаішілік немесе тығыз жанұялық залалдану болып саналады. Сондықтан, медицина қызметкерлері бұл ауруға жиі шалдығады. Көбінесе адамдар малдың жүнін қырыққанда жүнге жабысып тұрған кенелерді қайшымен қиып олардың қаны терімен шырышты қабаттарға түсу арқылы ауруды жұқтырады.

Негізінде зоонозды инфекция жеке оқиғаларда антропоноздық сипат тауып алуы мүмкін, ауру адамнан адамға берілуі тікелей байланыс нәтижесінде жүзеге асырылуы мүмкін.

Сондай-ақ ауру көздің, жоғары тыныс жолдарының шырышты қабаттары арқылы аэрогенді жұғуы мүмкін.

Эндемиялық аудандарда ауру маусымдылық сипатта болады, ауыл шаруашылық жұмыстар кезінде өршиді. Жиі егістік басындағы, шөп оратын адамдар, малшылар ауырады. Аурудан соң тұрақты гомологиялық иммунитет қалыптасады.

Патогенезі және патологиялық анатомиясы. Вирус организмге тері арқылы енеді, макрофагтар жүйесінде көбейіп, қанға түседі. Вирусемия кезінде жалпы токсикалық синдром, жайылмалы капилляротоксикоз, ТШҚҰ-синдромының дамуы нәтижесінде ішкі ағзалардың зақымдалуына, массивті геморрагияларға әкеледі. Вирустың вазотропты қасиеті болғандықтан, тамыр жасушаларын зақымдап, өткізгіштігін жоғарлатады. Бұған вирустың гипоталамус аймағына таңдамалы зақымдалуы әсер көрсетуі де жағдай жасайды. Геморрагиялық синдромының дамуына сүйек кемігі жасушаларының вируспен тежелуі де жағдай жасайды.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Вегетативті жүйке жүйесі, әсіресе тамырлық жүйкелер зақымдалады. Қан тамырлы бұзылыстар нәтижесінде тіндер мен ағзалардың қанмен қамтамасыз етілуі анықталады. Организмде метаболиттер жиналып, интоксикацияны күшейтіп, паренхиматозды және жүйке жасушаларының дегенерациясын тудырады. Бүйректерде, миокардта, бүйрекүсті бездерде, бауырда дистрофиялық өзгерістер дамиды, қан ұю жүйесі бұзылады. ҚТҚ-дан өлген адамдарда асқазан мен ішектің шырышты қабаттарында көпшілік қан құйылулар, тері, өкпеге қан құйылу, ағзалар мен тіндерде серозды-геморрагиялық қабыну байқалады. Өкпеде пневмония ошақтары байқалады.

Клиникасы. Инкубациялық кезең 1-14 күнге созылады (орташа 3-5 күн, кенелер шаққанда - 1-3 күн, қан арқылы жұққанда 5-6 күн). Кене шаққан орнында қышу және қызу сезімдері пайда болады. Аурудың 3 кезеңін бөледі: бастапқы, өршу, реконвалесценция.

Бастапқы кезең 3-6 күнге созылады. Ауру жедел басталады – қалтырау, дене қызуы 39-40°C, бас ауыру, бас айналу, лоқсу, бұлшықет, буындарда, іште, белде ауыру сезімі, бүкіл дененің ауыруы, ауыздың құрғауы байқалады. Кейде қайталап құсу болады. Объективті: науқастың беті, мойыны, кеуденің жоғарғы бөлігі, конъюнктивасы қызарған. Склера, жұмсақ таңдай, тілшік қан тамырларының инъекциясы, артериялық қысымының төмендеуі, салыстырмалы брадикардия байқалады. Кейбір ауруларда герпестік бөртпелер байқалады. Шеткі қанда лейкопения, нейтрофилді формуланың солға жылжуы, тромбоцитопения, ЭТЖ-н жоғарылауы анықталады.

Өршу кезеңі 3-6 күнге созылады, дене қызуы аз уақытқа төмендеген соң геморрагиялық синдром дамуымен сипатталады: іштің, кеуде, бүйір бөліктерінің терісінде, иық, белдеуі кейде арқа, қолдар, сандар, шап аймағында петехиальды бөртпелер пайда болады, мұрыннан, жатырдан қан кетулер, қан түкіру, иектің қанталауы, макрогематурия, инъекциялардың орнына гематомалар пайда болады. Экзантема элементтері 5-8 см дейін жетеді. Ауыр науқастарда пурпура, экхимоздар, асқазан мен ішектен қан кетулер болады. Жеңіл ағымды түрінде экзантема розеола немесе эритема түрінде болады. Бір қатар науқастарда асқынулар пайда болуы мүмкін: пневмония, өкпе ісінуі, тромбофлебит, инфекциялық-токсикалық шок, бауыр-бүйректің жедел жетіспеушілігі, миокардит. Бір мезгілде әлсіздік, ұйқышылдық күшейіп, құсу жиілейді. Науқастар тежеліп, есінен тануы мүмкін, 10-25% жағдайда менингеальды симптомдар, козу, тырысу, кейде кома болады. Брадикардия орнына тахикардия дамиды, жүрек тондары бәсеңдейді, АҚ төмендейді, метеоризм байқалады. 20-25% науқастарда бауыры ұлғаяды, оның функциясы бұзылады, кейде бауырдың жедел жетіспеушілігі дамиды. Бел аймағында ауыру сезімі, Пастернацкий симптомы «оң» болады. Кейбір науқастарда протеинурия, цилиндрурия, гематурия, меншікті тығыздығы төмендейді. Бірақ бүйректің жедел

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

жетіспеушілігі үнемі байқалмайды, олигоурия, гиперазотемия, гипоизостенурия тек кейбір науқастарда байқалады.

Шеткі қанда гипохромды анемия, лейкопения күшейеді, лейкоциттердің саны $1,2 \times 10^9$ - ге дейін, жас миелоциттер пайда болады, миелобластарға дейін жылжу, нейтропения, тромбоцитопения (1 мкл-де 50-20000), ЭТЖ-н жоғарылауы.

Қызба 1-14 күнге созылады, ауруға 2 толқынды температуралық қисық сызығы тән. Реконвалесценция кезеңі дене қызуы қалыпқа келгеннен соң және оның қайталануы жойылғаннан соң басталады. Бұл кезең ұзаққа созылады (1-2 ай), әлсіздікпен, тез шаршағыштықпен, психостениямен сипатталады. Науқастың жалпы жағдайы баяу жақсарады. Рецидивтер пайда болуы мүмкін. Эндемиялық аудандарда кейде ҚГҚ-ның геморрагиялық синдромсыз аборттивті түрлері кездеседі.

Болжамы қауіпті, өлім-жітімділігі кейде 40% жетеді. Өлім инфекциялық-токсикалық шок, массивті қан кету, бауыр-бүйректің жетіспеушілігінен туады.

Диагностикасы. ҚГҚның клиникалық диагностикасы аурудың жедел басталуына, екі толқындық қызбаның дамуына, айқын интоксикация және геморрагиялық синдромдарының дамуына, тромбоцитопенияға негізденеді. Эпидемиологиялық мәліметтерге сүйену қажет.

Лептоспироз, бөртпе сүзегі, Шенлейн-Генох ауруы, Верльгоф ауруы, менингококкты инфекция, Тұмау, жедел лейкоз, басқа геморрагиялық қызбалармен салыстырмалы диагностика жүргізу керек.

Емдеуі. Науқасты жеке бокста оқшалау керек. Науқастан зерттеуге қанды вакутейнер арқылы алу керек. Медициналық қызметкерлер көзілдірік, перчатки, маска, халат киіп жұмыс істеу тиісті. Этиотропты емі толық зерттелмеген. Вирусқа қарсы рибавирин тиімді болуы мүмкін. Иммунды сарысу немесе гипериммунды иммуноглобулин жақсы әсер көрсетеді.

Патогенетикалық емін интоксикациямен, геморрагиялық синдроммен күресу барысында жүргізіледі. Шокпен күресу мақсатымен глюкокортикостероидтар енгізіледі.

Алдын алу шаралары. ҚГҚ ошақтарында дератизация, дезинфекция шаралары, кенелердің шағуынан сақтау жұмыстары жүргізіледі. Медицина мекемелерінде гемоконтакты жолдың алдын алу шараларын жүзеге асыру керек. Эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша вакцинация жүргізіледі, арнайы глобулин тағайындалады.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

1. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
2. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦИЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
3. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгера Ю.Я., 2009.
4. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

1. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.
2. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.
3. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
4. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
5. Клиникалық хаттамалар МЗ РК

Электрондық ресурстар:

1. <https://openwho.org>
2. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
3. <http://base.ukgfa.kz>

6. Бақылау сұрақтары:

1. Геморрагиялық қызбалардың анықтамасы.
2. Негізгі, маңызды клиникалық сипаттамасы. Сыртқы ортаның әртүрлі нысандарындағы қоздырғыштардың тұрақтылығына сипаттама беріңіз.
3. Геморрагиялық қызбалар патогенезінің фундаментальді тізбегін атаңыз.
4. Геморрагиялық қызбалардың жіктемесін мазмұндаңыз.
5. Геморрагиялық қызбалардың негізгі синдромдары мен симптомдарын көрсетіңіз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз.
6. Геморрагиялық қызбалардың мүмкін асқынуларын атаңыз.
7. Геморрагиялық қызбаларды қандай жұқпалы және жұқпалы емес аурулармен дифференциальды диагностика жүргізу қажет.
8. Геморрагиялық қызбаларды верификациялау үшін қандай зертханалық және аспапты әдістерді қолдану керек.
9. Геморрагиялық қызбалардағы ауруханаға жатқызуға көрсетілімдерді атаңыз.
10. Геморрагиялық қызбаларды емдеудегі препараттарды атаңыз және тағайындалған емнің негіздемесін беріңіз.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

11. Геморрагиялық қызбалардың профилактикасының бағытын, әдістерін және тәсілдерін мазмұндаңыз.

Дәріс №10

1. Тақырыбы: Оба. Туляремия. сибір жарасы. Тілме

2. Мақсаты : білім алушыларды обаның клиникасы, диагностикасы, дифференциальды диагнозы, емдеу, болжамы мен алдын алу шараларымен таныстыру. Теориялық білімдері мен тәжірибелік дағдыларын бекіту.

3. Дәріс тезистері:

Оба - *Iersinia pestis* қоздыратын, трансмиссивті механизммен берілетін, жоғары қызбамен, айқын улану нышандарымен, лимфа түйіндердің, өкпенің және басқа ағзалардың геморрагиялық - некрозды қабынуымен сипатталатын аса қауіпті, табиғи ошақты жедел жұқпалы ауру.

Этиологиясы. Обаның қоздырғышы - *Iersinia pestis*, Enterobacteriaceae тұқымдастығына, *Iersinia* тобына жатады. Бояғанда биполярлы грам «теріс» ұсақ таяқша тәрізді, спора түзбейтін, факультативті анаэроб. Қоздырғыш қарапайым қоректі орталарда өседі. Құрамында оксидаза, фибринолизин және т.б. ферменттер бар. Антигендік құрамы күрделі - соматикалық термостабилді, капсулалық термолабилді және 30-ға жақын антигендері бар. Гиалуронидаза, коагулаза, гемолизин, фибринолизин түзеді. Жоғары температураға төзімсіз – 50-70°C- та 30 мин., 100°C-та 1 мин. аралығында жойылады. Төменгі температурада жақсы сақталады: мұз болып қатқан өлікте 7 айдан 1 жылға дейін, аш бүргенің ішінде 396 күн, таскенеді 509 күн сақталады. Залалсыздандырушы ертінделірге (сулема 1:1000, 3-5% лизол ертіндісі, 3% карбол қышқылы) сезімтал.

Патогенез сатылары:

1. Жұқтыру сатысы.

1. Регионалді инфекция және көбею сатысы - қоздырғыштың жұғу жолына және кіру қақпасына байланысты дамиды.
2. Бактериемия сатысы.
3. Септицемия сатысы.

Клиникасы. Инкубациялық кезең – 2-6 күн. Обаның клиникасына жедел басталуы (қалтарау, жоғары температура), айқын интоксикация (бас ауру, бас айналуы, миалгиялар, орталық жүйке жүйенің улану симптомдары: қозу немесе тежелу, галлюцинациялар, координацияның бұзылуы, «Гиппократ беті») тән. Шеткі қанда нейтрофилді лейкоцитоз, ЭТЖның жоғарлауы және жергілікті симптомдар тән. Лейкоциттердің саны 25 мың. жоғары болса, аурудың болжамы қолайсыз болады. Вьетнамдағы науқастарда лейкоциттердің саны 90 мың. жеткен (А.М. Дмитриевский, 1995)

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Асқынулары:

1. инфекциялық- токсикалық шок
2. тамыр ішіне шашыранды қан ұю синдромы
3. септикалық асқынулары (екіншілік-ошақтық турлері).

Диагностикасы:

1. Бактериоскопиялық әдіс. Биологиялық субстраттардан (қан, қақырық, бубонның пунктатынан, жарадан шығатын сұйықтықтан, өлген адамның өкпесінің, бауырының, көк бауырының, лимфа түйіндерінің кесінділерінен) жағынды дайындалып, Грам тәсілімен боялып, микроскопия арқылы биполярлы боялған грам «теріс» таяқшалар анықталады.

2. Бактериологиялық әдіс тек қана аса қауіпті инфекциялар зертханасында қолданылады (№ 16 а, б суреттер).

3. Биологиялық әдіс. Биологиялық субстраттарды сезімтал жануарларға (ақ тышқан және теңіз шошқаларға) енгізіледі, олар өлген соң, денелерінен бактериоскопия әдісімен қоздырғыш зерттеледі.

4. Серологиялық әдіс – имуноферментті анализ, тікелей емес гемагглютинация реакциясы, антиденелердің нейтрализация реакциясы, антигеннің нейтрализация реакциясы, т.б.

Лабораториялық зерттеу кезінде обаға қарсы киетін костюмде жұмыс істеу керек

Емдеу. Обаның емін патогенетикалық шаралардан бастау қажет, себебі обаның ағымы инфекциялық токсикалық шок ретінде өтуі мүмкін. Интоксикацияға қарсы полиионды және коллоидты ертінділер енгізіледі. 0,5л енгізілгеннен кейін **этиотропты емді** бастау керек: гентамицин, ампициллин, карбенециллин, азлоциллин, доксицилин, ципрофлоксацин, цефамезин, цефтриаксон,. Антибиотиктер орташа терапевтикалық дозамен, тамыр ішіне енгізіледі, температура төмендегеннен кейін тағы 5-7-10 күн қосып қолданылады. Стрептомицинның, тетрациклиннің, левомицетиннің сезімталдылығы төмен, оксациллиннің сезімталдылығы жоқ, пенициллиннің тиімділігі дозасын 10 есе көбейткенде ғана дамиды. Шок кезінде бактериостатикалық антибиотиктерді, шоктан шығарғаннан кейін бактерицидты антибиотиктерді қолдану қажет. 2 антибиотиктердің комбинациясы: фторхинолондармен цефалоспориноларды, ампициллинді, аминогликозидтерді тағайындауға болады. Шокпен күресу жағдайында глюкокортикостероидтар: преднизолон немесе гидрокортизон тамыр ішіне тәуелігіне 4 рет қысқа курспен тағайындалады (1-2-3 күн).

Алдын алу шаралары. Аурудың табиғи ошақтарында кеміргіштер мен бүргелерге қарсы бағыттылған комплексті шаралар (эпидемиологиялық бақылау, дератизациялық, дезинфекциялық, агрохимиялық, ветеринарлық шаралар). Спецификалық вакцина – тірі құрғақ обалық вакцина (EV) обадан

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

сақтамайды, бірақ аурудың жеңіл түрінде өтеуіне әсер етеді. Карантинді шараларды тағайындау қажет.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің №623 (15 желтоқсан 2006 ж.) бұйрығының көшірмесі «Есепке алу және тіркеу кезінде адамның аса қауіпті жұқпалы аурулары жағдайларын анықтау жөніндегі медициналық қызмет саласындағы стандарттарды бекіту туралы» Оба жағдайларының жіктемесі

Обаның бубонды (A20.0) немесе ойық жара (тері) (A20.1) нысандарының болжамды жағдайы өткір қызба (38°C – дан астам) мен қатты уыттану болатын жіті асқынған ауруда және мына белгілердің біреуі немесе екеуі болғанда қойылады:

1) бір немесе одан астам түпкірдегі лимфа түйіндердің бубоны (лимфадениті және периадениті); олар мына белгілердің кемінде үшеуімен сипатталады:

- ауырсыну;
 - саусақпен басқанда қатты болуы;
 - саусақпен басқанда қозғалмайды;
 - жекелеген лимфа түйіндерді ұстап көру мүмкін емес;
 - гипертермия (жергілікті);
 - бубон үстіндегі терінің гиперемиясы;
- 2) мына даму кезеңдерінің бірінде болатын ауырсынатын бастапқы - -- тері аффекті:
- папула;
 - пустула (іріңді немесе геморрагиялық);
 - ойық жара (тереңді, қанық, іріңі-геморрагиясы бар, инфильтрацияланған негіздегі, гиперемия талшығымен қоршалған).

2. *Обаның ангинозды (ангиозды-бубонды) нысанының болжамды жағдайы (басқа нысандар – A20.8) өткір қызба мен инфекциялық-уытты шок және оба бубонының барлық ерекшеліктерімен сипатталатын мойын маңындағы (жақ асты) бубон белгілері болатын өте асқынған ауруда және асқынған, әдетте біржақты іріңді-некротиялық ангиноз қойылады.*

3. *Обаның абдоминальды (ішек) нысандарының (басқа нысандар – A20.8) болжамды жағдайы инфекциялық-уытты шокпен және мына белгілердің кемінде үшеуі болатын өте асқынған ауру кезінде қойылады:*

- 1) қызба;
- 2) іш ауруы;
- 3) құсу (қанды);
- 4) диарея (қанды).

4. *Обаның өкпе (қабынуы, бастапқы қабынуы) нысанының (A20.2) болжамды жағдайы өткір қызба, инфекциялық-уытты шок белгілері және/немесе диссеминацияланатын қан тамырышilik ұю және мынадай белгілердің*

QONTUSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

кемінде төртеуімен сипатталатын өкпе қабынуының асқынып дамуы белгілері бар жіті асқынған ауру кезінде қойылады:

- 1) жөтел, басында құрғақ, содан соң қақырықты;
- 2) кеудесінің (бүйірінің) ауырсынуы;
- 3) қақырықтағы қан;
- 4) өкпе ісігі;
- 5) плеврит белгісі;
- 6) өкпе инфильтраты (клиникалық немесе рентгендегі).

5. *Обаның септицемиялық* (бастапқы – генерализдендірілген) нысанының (A20.7) болжамды жағдайы өткір қызба, инфекциялық – уытты шок және диссеминацияланатын қан тамырыішілік ұю белгілері бар жіті асқынған ауру кезінде қойылады.

6. *Обаның ықтимал жағдайы* болжамды жағдайды анықтауға сәйкес және мыналардың бірі болғанда қойылады:

- 1) ауруға дейін 6 ай ішінде табиғи ошақтардың аумағында немесе оба бойынша эндемиялық елдерде тұрғанда немесе болғанда және кем дегенде мыналардың бірінде:

обаны тасымалдаушы бүргелердің, кенелердің, жабайы жануарлардың (кеміргіштердің) шағуы;

оба тасымалдаушысы болуы ықтимал кеміргіштермен (сартышқандар, құмтышқандар және басқалар) контактіде болғанда;

оба тасымалдаушысы болуы ықтимал кәсіпшіліктік жануарларды (қояндар, суыр, мысық тектестер, ақбөкен, қабандар және т.б.) аулау, өндіру және бөлшектеу;

ауру түйелерді сою және бөлшектеу;

оба тасымалдаушысы болуы ықтимал жануарлардың шикі етін пайдалану;

оба тасымалдаушысы болуы ықтимал кеміргіштер індерінің аумағындағы жер жұмыстары;

өкпе қабынуымен науқастанғанмен контактіде болғанда;

- 2) обаның расталған жағдайымен эпидемиологиялық байланыста болғанда;

3) кемінде 1:10 антиденелер титрі табыла отырып, флюоресцирлендіруші антиденелердің тікелей реакциясының нәтижесі оң болғанда; *Y. Pestis* -ке тән антиген F1 гемагглютинацияның тежелу реакциясы;

- 4) антиденелердің F1 антигендерде титрлерінің кемінде төрт есе көбеюі;

5) клиникалық материал үлгілерінің микроскопиясында биополярлық грамтеріс бактериялардың табылуы.

7. *Обаның расталған жағдайы* мыналардың ең болмаса бірі болғанда қойылады:

- 1) бубонның ішіндегі, пустуладан, бөлінетін ойық жарадан, қаннан, жұлын сұйығынан, қақырықтан, ауыз-жұтқыншақ шырыштыларының жағындысынан, зәрден, нәжістен *Y. pestis* –тің бөлінуі;

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

- 2) ПТР нәтижесі оң болғанда;
- 3) ИФА нәтижесі оң болғанда;
- 4) қос сарысумен енжар гемагглютинациялау реакциясында белгіленген *Y. pestis* –ке тән F1 антигеніне антиденелер титрінің кемінде төрт есе көбеюі.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

1. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
2. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
3. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я., 2009.
4. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

1. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.
2. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.
3. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
4. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
5. Клиникалық хаттамалар МЗ РК

Электрондық ресурстар:

1. <https://openwho.org>
2. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
3. <http://base.ukgfa.kz>

6. Бақылау сұрақтары:

1. Обаның анықтамасы.
2. Негізгі, маңызды клиникалық сипаттамасы. Сыртқы ортаның әртүрлі нысандарындағы қоздырғыштардың тұрақтылығына сипаттама беріңіз.
3. Обаның патогенезінің фундаментальді тізбегін атаңыз.
4. Обаның жіктелісін мазмұндаңыз.
5. Обаның негізгі синдромдары мен симптомдарын көрсетіңіз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз.
6. Обаның мүмкін асқынуларын атаңыз.
7. Обаны қандай жұқпалы және жұқпалы емес аурулармен дифференциальды диагностика жүргізу қажет.

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

8. Обаны верификациялау үшін қандай зертханалық және аспапты әдістерді қолдану керек.
9. Обадағы ауруханаға жатқызуға көрсетілімдерді атаңыз.
10. Обаны емдеудегі препараттарды атаңыз және тағайындалған емнің негіздемесін беріңіз.
11. Обаның профилактикасының бағытын, әдістерін және тәсілдерін мазмұндаңыз.

Дәріс №11

1. Тақырыбы: Безгек. Жүйелік кене боррелиозы

2. Мақсаты: білім алушыларды безгектің клиникасы, диагностикасы, дифференциальды диагнозы, емдеу, болжамы мен алдын алу шараларымен таныстыру. Теориялық білімдері мен тәжірибелік дағдыларын бекіту.

3. Дәріс тезистері:

Безгек (*Malaria* - безгек) — бұл инфекциялық қан ауруы, ол адамды қалтыратып, аласұрғызады. Бұл безгекпен ауыратын адамның қанынан безгек паразиттерін сорып алатын шыбын-шіркейлер, маса-соналар арқылы тарайды және олар басқа адамды шағып, оның қанына безгек инфекциясын түсіреді, бірнеше мәрте қайталатын ауру түрі. Безгек - *Plasmodium* тұқымдасындағы қарапайымдылармен шақырылатын, трансмиссивті механизммен берілетін адам организмінде эритроциттерді зақымдап, клиникасында ұстама тәрізді қызбамен, гепатоспленомегалиямен, анемиямен өтетін антропонозды инфекция.. Таратушы *Anopheles* тобына жататын масалар. Клиникасында ұстамалы қызба, гипохромды анемия, талак пен бауырдың өсуі болады.

Этиология. Қоздырғышы- *Plasmodium* тұқымдасының, *Spizjela* класының қарапайымдылары. Адамда плазмедийлардың 4 түрі ауруды тудырады:

1. *P.vivax*- 3 күндік безгектің қоздырғышы
2. *P.falciparum*- тропикалық безгектің қоздырғышы
3. *P.malariae*- 4 күндік безгектің қоздырғышы
4. *P. elae*- овале безгектің қоздырғышы

Плазмодийлардың биологиялық циклі 2 түрде өтеді:

- спорогония (жыныстық циклы) *Anopheles* тұқымдас масалардың организмінде өтеді.
- щизогония (жыныссыз цикл) адам организмінде

Масалар ауру адамды немесе тасымалдаушыларды шаққан кезде қанмен бірге маса организмiне еркек және ұрғашы гематоциттер енеді. Спорогония 1

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

- 1-5 ай ішінде өтіп, спорозиттер қалыптасуымен аяқталады. Адам организміне спорозиттер инфекцияланған масаның сілекейімен де (шаққан кезде) щизогония 2 кезеңмен өтеді:

1. бауыр клеткаларында – тінді щизогония
2. эритроциттерде – эритроцитарлы щизогония

Эпидемиология Инфекция көзі: ауру адам, тасымалдаушы және *Anopheles* тұқымдас масалары. Инфекцияландыру уақыты:

- тропикалық безгекте – 1 жылға дейін
- 3 күндік және овале безгекте 1-2 жыл
- 4 күндік безгекте – көп жылдар (10 жылдан аса)

Тарау механизмі трансмиссивті. Таратушысы: *Anopheles* тұқымдасының масалары. Тарау жолдары – трансмиссивті (гемотрансфузиялық) сирек:

1-Трансплацентарлы

2-босанған кезде

Патогенез. Тінде щизогония безгектің барлық түрлерінде инкубациялық мерзімге сәйкес өтеді. Безгектің барлық клиникалық көріністері эритроцитарлы щизогонияға байланысты: инкубациялық мерзім аяғында эритроциттердің ішіне тінді мерозоиттар енеді.

- эритроцитарлы щизогония басталады

Оның ұзақтығы:

- 3 күндік 48 сағат
- тропикалық – 48 сағат
- овале безгекте – 48 сағат
 - 4 күндік безгекте – 72 сағат.

Нәтижесінде безгек пароксизмі пайда болады. Безгек пароксизмі бұл эритроцитарлы щизогония нәтижесінде пайда болатын пирогенді заттарының патогенезі әсеріне сенсibiliзденген организмнің спецификалық емес жауапты реакциясы. Әр ұстама кезінде:

- қанға биологиялық белсенді заттар шығады
- тамырлардың өткізгіштігі жоғарылайды

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

- қан сұйықтығы тінге шығып, ісіндіреді
- трембтар пайда болады

Анемия пайда болуындағы жағдайлар:

- паразитемияның деңгейі
- зақымдалған эритроциттердің саны
- аутоиммунды өзгерістер (гемолиз, әсіресе тропикалық безгекте)

Клиника Безгек ұстамасы әдетте 3 сатыдан тұрады:

1. Безгек қалтыраудан басталады және бас жиі ауырады. Науқас 15 минуттан 1 сағатқа дейін қалтырайды.
2. Қалтырау ыстықтың көтерілуіне жалғасып, ол 40°-қа дейін және одан да жоғары көтеріледі. Адам әлсірейді, терісі қызарады, сандырақтайды. Ыстық бірнеше сағат немесе күн бойы сақталады.
3. Ақырында адам малшына терлейді және ыстық түседі. Ұстамадан кейін адам әлсірейді, бірақ өзін біршама сергек сезіне бастайды.

Әдетте адамда безгек кезінде әр 2—3 күн сайын қызу болады (безгектің түріне қарай), ал ұстама басталатын кезінде қызу күн сайын қайталайды. Ыстықтың түсуі мен кетерілуі оқтын-оқтын өзгеріп тұрады Сондықтан себепсіз ыстығы көтерілген әрбір адам қанын безгекке тексерту керек. Созылмалы безгек көбіне талақтың үлкеюі мен қанның азаюына себепші болады. Жас балаларда беттің бозаруы мен қанның азаюы бір-екі күннен кейін басталады. Бұл жағдай безгек миды зақымдаған кезде болады (церебральды безгек), қызба ұстамасы естен тану ұстамасына жалғасады. Науқастың қолы көгіс тартады, демалысы жиілеп, тереңдейді.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

9. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
10. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
11. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я., 2009.
12. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

Қосымша:

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

11. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.
12. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.
13. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
14. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
15. Клиникалық хаттамалар МЗ РК

Электрондық ресурстар:

7. <https://openwho.org>
8. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
9. <http://base.ukgfa.kz>

6. Бақылау сұрақтары

1. Безгек ауруына анықтама беріңіз
2. Қоздырғыштың сипатын, олардың қоршаған ортаға әр түрлі факторларға төзімділігін атаңыз
3. Безгек патогенезінің өзектілігі
4. Безгектің жіктелуін баяндаңыз
5. Безгек кезіндегі жетекші синдромдар мен симптомдарды анықтаңыз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз
6. Безгек кезіндегі ықтимал асқынуларды атаңыз
7. Безгек кезінде қандай инфекциялық және инфекциялық емес аурулармен дифференциалды диагностика жүргізу керек
8. Безгекті верификациялау үшін қандай зертханалық және аспаптық әдістерді белгілеу керек
9. Безгек кезіндегі госпитализацияға көрсеткіштерді атаңыз
10. Безгек ауруын емдеуге арналған препараттарды атаңыз және тағайындалған емді негіздеңіз
11. Безгектің алдын алу әдістерін атаңыз

Дәріс №12

1. Тақырыбы: АИТВ – жұқпасы.Сіреспе.Құтыру

2. **Тақырыбы:** білім алушыларды ересектердегі АИТВ - жұқпасының клиникасы, диагностикасы, дифференциальды диагнозы, емдеу, болжамы мен алдын алу шараларымен таныстыру. Теориялық білімдері мен тәжірибелік дағдыларын бекіту.

3. Дәріс тезистері:

АИТВ-жұқпасы – ауыр иммун тапшылығы дамуымен иммундық жүйенің спецификалық зақымдануымен сипатталады, ол оппортунистік

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

инфекциялармен, қатерлі ісіктермен және аутоиммундық процестермен көрінеді.

Этиология. Қоздырғыштар-адамның иммун тапшылығы вирусы 1-ші, 2-ші типті (АИТВ-1, АИТВ-2), ретровирустар тұқымдастығына (Retroviridae), баяу вирустардың тұқымдасына (Lentivirus) жатады. Вириондар диаметрі 100-140 нм сфералық бөлшектер болып табылады. Олардың құрылымында оқ тәрізді нуклеокапсид және қабығы (суперкапсид) бар. Нуклеокапсидте екі қабатты белокты құтыға вирустың геномы ретінде екі тізбекті РНК мен кері транскриптаза (ревертаза) орналасқан. Қабығы фосфолипидтер мен гликопротеиндерден тұрады, соңғылардың құрылымы вирустың әр түрлі жасушаларына троптылығын анықтайды.

Жұқтырылған адам ағзасында АИТВ аса тұрақты және ең көп мөлшерде қан, цереброспинальды сұйықтық, лимфоидты тіндерде, бас миы мен ішкі мүшелерде, спермада, қынап секретінде, кеуде сүтінде, аз концентрацияда – жас сұйықтығында, сілекейде, тер бездерінің секретінде байқалады, бұл қоздырғыштың таралу ерекшеліктерін анықтайды.

Сыртқы ортаға АИТВ тұрақты емес. Ол 30 мин бойы 56⁰С-қа дейін қыздырғанда, 1-5 мин бойы қайнатқанда, рН ортаның күрт өзгеруі кезінде (1-ден кем және 13-тен астам), жұмыс концентрацияларындағы дезинфектанттар әсерімен белсенділік қабілетін жоғалтады, алайда ультракүлгін сәулеленуге және иондаушы радиацияға төзімді.

Эпидемиология. Инфекция көзі - аурудың кез келген сатысындағы АИТВ жұқтырған адам. Инфекцияның негізгі берілу механизмі - гемоперкутанды (қан контактілі). Берілу жолдары табиғи болуы мүмкін, соның арқасында АИТВ табиғатта және жасанды болуы мүмкін. Табиғи беру жолдарына жатады:

- 1) жыныстық – жыныстық қатынаста, әсіресе гомосексуалдарда;
- 2) вертикальді – анадан балаға трансплаценталық жолмен, интранаталдық және постнаталдық (емшекпен тамақтандыру процесінде) кезеңдерімен беріледі (балаға); екінші жағынан емдеу мекемесінде АИТВ-инфекциясын жұқтырған баладан емшекпен емізу кезінде сау ананың жұқтыру қаупі бар.;
- 3) Тұрмыстық парентеральді жұқтыру ұстара аспаптары және басқа да шаншу-кесетін заттар, тіс щеткалары арқылы берілуі жоққа шығарылмайды (вирусты В гепатитіне қарағанда жұғу қауіптілігі төмен) .

Жасанды берілу жолы – парентеральды емдеу диагностикалық манипуляциялар (қан және оның препараттары трансфузиясы, ағзалар мен тіндерді трансплантациялау, инъекциялар, операциялар, эндоскопиялық процедуралар және т.б.), жасанды ұрықтандыру, есірткі заттарын көктамыр ішіне енгізу, әртүрлі татуировкалар мен салт манипуляцияларды орындау кезінде зақымдалған тері, шырышты қабықтар арқылы вирустың ену кезінде іске асырылады.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

АИТВ - ға жалпы сезімталдық.

Патогенез. АИТВ-инфекциясы оппортунистік инфекциялардың, қатерлі ісіктердің және аутоиммундық процестердің пайда болуы мен дамуы салдарынан науқастардың иммун тапшылығының дамуымен және өлуімен прогрессивті ағымға тән. Адам ағзасына енген АИТВ-ны макрофагтармен басып алады және олар әртүрлі жүйелерге, соның ішінде гематоэнцефалдық кедергіні айналып, миға енгізеді. Вирустың диссеминациясы интоксикациялық синдромның дамуымен, лимфа түйіндерінің гиперплазиясымен, инфекцияның жіті фазасының клиникалық көріністерін анықтайтын бауыр мен көкбауырдың ұлғаюымен қатар жүреді.

АИТВ-ның негізгі нысаны -Т4-лимфоциттер болып табылады. Вирусты РНК негізінде ревертазаның әсерімен инфекцияланған жасушада вирустық ДНК-көшірменің синтезі жүргізіледі, ол вирусты ферменттердің интегразиялық белсенділігінің әсерімен хромосомдық ДНК-на еніп, провирус болып қалыптасады. Жаңа вирусты бөлшектердің интенсивті емес репликациясы бар мұндай "белсенді емес" жағдайда вирус ұзақ уақытты (бірнеше айдан 8-10 жасқа дейін және мүмкін одан да көп) персистациялай алады, науқастың жай-күйінің елеулі нашарлауын тудырмайды, бірақ антиденелердің пайда болуына себеп болады (АИТВ антигендеріне сероконверсия).

Әртүрлі кофакторлардың, атап айтқанда герпетикалық вирустармен суперинфекцияның (немесе коинфекцияның), көптеген жыныстық серіктестер аллогендік спермасының сенсбилизациялық әсері, уытты заттардың (есірткілердің, дәрі-дәрмектердің және т.б.) әсері, терапевтік немесе экологиялық жағынан келісілген иммуносупрессияның әсер етуі кезінде иммуноциттердің өлуімен, Т-лимфоциттер популяциясының басым бөлігінің азайып иммунитет тапшылығының дамуымен, вирустық бөлшектердің қарқынды репликациясымен жүреді. Иммундық жүйе қызметінің бұзылуы нәтижесінде, әсіресе Т4-лимфоциттер санының 1 мкл қанда 400-ге дейін және жасушалар санының одан да төмен түсуі кезінде, ағзаның әртүрлі ортасындағы вириондар санының ұлғаюымен АИТВ бақыланбайтын репликациясы үшін жағдайлар туындайды; вирустардан (герпесвирустар, паповавирустар және т. б.), бактериялардан (атиптік микобактериялар, легионеллалар және т. б.), саңырауқұлақтардан (Кандид, криптококктар, гистоплазмалар және т. б.), және т. б.) және гельминттермен (стронгилонидтер және т. б.)); қатерлі ісіктердің (Капоши саркомасы, лимфома және т. б.), аутоиммунды процестердің (васкулиттер, нефропатия және т. б.) пайда болуы, ЖИТС-тің кері көріністерін дамытып өлімге әкеледі.

Патологоанатомиялық өзгерістер АИВ-инфекциясымен ауыратын науқастарда өте көп кездеседі. Ұзақ уақыт бойы фолликулярлық гиперплазиямен немесе темір тінінің инволюциясымен лимфа түйіндерінің

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

ұлғаюы байқалады. Сүйек кемігінде аплазия, жүйке тінінде демиелинизация және спонгиоздық дегенерация болуы, васкулиттер, нефропатиялар, гепатит және АИТВ әсерінен болатын басқа да зақымданулар болады және екіншік инфекциялар мен ісіктерге тән морфологиялық өзгерістер анықталады.

Клиника. АИТВ-ның тікелей әсерінен, екіншілік инфекциядан, ісік және аутоиммундық процестерден туындаған әртүрлі жүйелер мен мүшелерді зақымдайтын, үдемелі ауру.

Біздің елде акад. В. И. Покровский ұсынған АИТВ-инфекциясының клиникалық жіктелуі қолданылады., оған сәйкес аурудың келесі кезеңдері мен фазаларын ажыратады:

I. инкубация сатысы.

II. Бастапқы көрініс сатысы. А. жіті қызба фазасы. Б. симптомсыз фаза. В. Персистирленген генерализденген лимфаденопатия.

II. Қайталама аурулар сатысы.

А. дене салмағының 10% - дан кем болуы, тері мен шырышты қабықтардың бактериялық немесе вирустық зақымдануы, белдемелі теміреткі, қайталамалы фарингиттер, синуситтер.

Б. дене салмағының 10% - дан астам үдемелі жоғалуы, диарея немесе бір айдан астам қызба, тілдің "түкті" лейкоплакиясы, өкпе туберкулезі, тері мен шырышты қабықтардың қайталанған немесе тұрақты бактериялық, саңырауқұлақтық, вирустық және протозойлық зақымданулары, қайталанған немесе диссеминацияланған белдемелі теміреткі, Капоши саркомасының локализацияланған түрі.

В. генерализацияланған бактериялық, вирустық, саңырауқұлақ, протозойлық, паразиттік аурулар, пневмоцистік пневмония, өңеш кандидозы, атиптік микобактериоз, өкпеден тыс туберкулез, кахексия, диссеминирленген Капоши саркомасы, әртүрлі этиологиядағы орталық нерв жүйесінің зақымдануы.

IV. Терминалдық кезең.

Инкубациялық кезең 2 аптадан 2 айға дейін, кейде 6 айға дейін жалғасады.

Аурудың жіті фазасында бастапқы көріну сатысы айқын клиникалық симптомдарсыз жиі өтеді, бірақ жұқтырғандардың 30-50%-да жіті АИТВ-жұқпасының ("жіті ретровирустық синдром") белгілері пайда болады, "мононуклеозға ұқсас", "ға ұқсас" немесе "экзантематоздық" ауру түрінде жиі пайда болады. Бұл жағдайларда аурудың жіті қызба фазасы: қызба (96% - да), лимфаденопатия (74% - да), эритематозды және макулопапулезді бөртпемен бет, дене, кейде аяқ-қолдарда (70% - да), миалгиямен немесе артралгиямен (54% - да) жүреді. Диарея, бас ауруы, жүрек айнуы және құсу, бауыр мен көкбауырдың ұлғаюы сияқты басқа да симптомдар сирек кездеседі. Неврологиялық симптомдар шамамен 12% науқастарда кездеседі

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

және менингоэнцефалиттің немесе қатерсіз ағымы бар асептикалық менингиттің дамуымен сипатталады. Жіті қызба фазасының ұзақтығы әдетте 1-3 апта. Жіті АИТВ-инфекциясы әдетте симптомсыз фазаға ауысады. Келесі кезең басталады - бірнеше жыл жалғасатын (1-ден 8 жасқа дейін, кейде одан да көп) симптомсыз фаза, адам өзін сау деп санайды, инфекцияның көзі бола отырып, қалыпты өмір салтын ұстанады.

Жіті инфекциядан кейін персистирлеуші генерализацияланған лимфаденопатия (ПГЛ) кезеңі басталады және кейде ерекше жағдайларда ғана ауру ЖИТС-ы сатысына дейін бірден өршиді.

ПГЛ кем дегенде 3 ай сақталатын екі және одан да көп топта (ересектердегі шап лимфа түйіндерін қоспағанда) лимфа түйіндерінің ұлғаюымен сипатталады. Үлкейген лимфа түйіндері ересектерде диаметрі 1 см және одан да көп және балаларда 0,5 см-ге жетеді. Ең жиі мойын, желке, қолтық асты лимфа түйіндері ұлғаяды. Олар ауырсынусыз, эластикалық, жан жағындағы тіндермен жабыспаған, тері қабаты өзгермеген. ПГЛ кезеңі - 5-8 жылға дейін өте ұзаққа созылады, сол уақыт аралығында лимфа түйіндері кішірейіп не қайтадан өсуі мүмкін. Симптомсыз инфекция және ПГЛ сатыларында пациенттер, әдетте, дәрігерге жүгінбейді және кездейсоқ тексеру кезінде анықталады.

Осы кезеңдерден кейін вирусты, бактериялық, саңырауқұлақ этиологиялы әртүрлі инфекцияларымен шақырылатын, бастапқыда өте қолайлы ағыммен жүретін және әдеттегі терапевтік дәрілермен басылатын екіншілік аурулар (АИТВ-инфекциясының созылмалы клиникалық манифестирленген фазасы) сатысы басталады. Жоғары тыныс алу жолдарының қайталанған аурулары пайда болады – отит, синусит, трахеобронхит және т. б., терінің беттік зақымдануы – қайталанатын қарапайым ұшақтың оқшауландырылған тері-шырышты түрі, қайталанатын белдемелі герпес, шырышты қабықтың кандидозы, дерматомироз және т. б.

Содан кейін бұл өзгерістер неғұрлым тереңдей бастайды, стандартты емдеу әдістеріне жауап бермейді. Науқас арықтап, дене салмағының жоғалуы 10% - дан асады, қызба, түнгі тершендік, диарея пайда болады.

АИТВ-инфекциясының прогрессивті факторлары болып зертханалық зерттеулердің нәтижелері мен клиникалық деректер саналады.

Зертханалық деректерден ең маңыздылары:

– Ең айқын болжамдық фактор - вирустық жүктеме, сонымен қатар антиретровирустық терапия тиімділігінің ең маңызды өлшемі болып табылады.

- CD4 Т-лимфоциттер деңгейі. Бұл аурудың өршуінің ең маңызды критерийлерінің бірі.

Клиникалық симптомдары:

- қайталанатын кандидоз;

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

- үдемелі диарея;
- "түкті" тіл лейкоплакиясы;
- қайталанған белдемелі герпес;
- ұзақ және айқын жедел ретровирустық синдром;
- антиретровирустық емнің болмауы.

Қазіргі таңда антиретровирустық терапияның енгізілуіне байланысты АИТВ-инфекциясының клиникалық көрінісі айтарлықтай өзгерді, науқастардың өмір сүру ұзақтығы артты, екіншілік ЖИТС-индикаторлық аурулар сирек тіркеле бастады, ал антиретро-вирустық терапия аясында олардың алдын алу қажеттілігі жойылды.

Диагностика. АИТВ инфекциясын зертханалық диагностикалаудың негізгі әдісі иммуноферменттік талдау арқылы вирус антиденелерін анықтау болып табылады. ИФТ әдісі скринингтік болып табылады. Оң нәтиже болған жағдайда зертханада талдау екі рет (сол сарысумен) жүргізіледі және тағы бір оң нәтиже алған кезде сарысу растаушы тест қою үшін жіберіледі.

ИФТ алынған нәтиженің растау үшін иммуноблот әдісі қолданылады, оның принципі вирус ақуыздарының тұтас қатарына антиденелерді анықтау болып табылады.

АИТВ инфекциясын болжау мен ауырлығын анықтау үшін "вирустық жүктемені" - полимеразды тізбекті реакция (ПТР) әдісімен плазмадағы АИВ РНК көшірмелерінің санын анықтаудың маңызы зор.

АИТВ-инфекциясының диагнозы екіншілік ауруларды егжей-тегжейлі ашып көрсете отырып, кезеңін көрсете отырып, эпидемиологиялық, клиникалық, зертханалық деректер негізінде қойылады.

Емі. Терапияның негізгі принциптері мынадай:

- психологиялық қорғау режимін құру;
- вирусқа қарсы терапияның уақтылы басталуы;
- екіншілік аурулардың ерте диагностикасы, оларды емдеу, біріншілік және екіншілік алдын алу.

Вирусқа қарсы терапия АИВ-ның CD4 Т-лимфоциттердің гликопротеидтеріне бекітілуін тежеуге қабілетті препараттар тобын қамтиды.

Антиретровирустық терапия АИТВ-инфекциясының кешенді терапиясының ажырамас және маңызды бөлігі болып табылады, ол сондай-ақ оппортунистік инфекцияларды емдеу мен алдын алуды, патогенетикалық, иммунокоррекциялық, симптоматикалық, жалпы бекітетін терапияны және психоәлеуметтік көмекті қамтиды.

Антиретровирустық дәрілер препараттардың үш негізгі тобын ажыратады:

- 1) кері транскриптазаның нуклеозидті тежегіштері (КТНТ);
- 2) кері транскриптазаның нуклеозидті емес тежегіштері (КТНЕТ);

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

3)протеаза тежегіштері (ПТ). Қазіргі таңда КТНТ құрамына: азидотимидин (3'-азидо,2'3'-дидезокситимидин, AZT, зидовудин, ретровир, отандық препарат – тимазид), тәулігіне 600 мг дозада, отандық препарат – фосфазид (5'-Н-фосфонат натрий тұзы азидотимидин, никавир) 800 мг/тәул, диданозин (2'3'-дидеок-сиинозин, ddl, видекс) 250-400 мг/тәул, зальцитабин (2'3'-дидеоксицитидин, ddC, стивид) 0,75 мг-нан тәулігіне 3 рет, ставудин (2'3'-дидегидро-2'3' - дидеокситидин, d4T, зерит) 60-80 мг/тәул бойынша, ламивудин (2'3'-дидеокси-3'-тиацитидин, ЗТС, эпивир) 300 мг/тәу, комбивир (1 таблеткада құрамында 150 мг азидотимидин және Ламивудин бар) тәулігіне 1 таблеткадан 2 рет, абакавир (зиаген, гуанозин аналогы) 600 мг/тәу, адефовир 1,2 г/тәу, тризивид (азидотимидиннің, ламивудиннің және абакавирдің үйлесуі) күніне 2 рет 1 таблеткадан.

ННИОТ мыналарды қамтиды: делавирдин (рестриктор 1,2 г/тәул, невирапин (вирамун) 200 мг/тәулігіне алғашқы 14 күн бойы, содан кейін 400 мг/тәул бойынша, эфавиренц (стакрин) 600 мг/тәул, ловирид, эмитрицитабин.

ПТ болып табылады: саквинавир (инвираза) 600-1200 мг-нан күніне 3 рет, басқа препараттармен біріктіріп күніне 1 рет 1600 мг дозада, нельфинавир (вирасепт) 750 мг-нан күніне 3 рет, ритонавир (норвир) күніне 2 рет 600 мг-нан, индинавир (криксиван) күніне 3 рет 800 мг-нан, ампренавир тәулігіне 1200 мг-нан тәулігіне 2 рет. Осы топтың жаңа препараттары арасында: типранавир және лопинавир.

Алдын алу. АИВ инфекциясының ерекше алдын алу үшін қаражаттың болмауына байланысты аурудың таралуын шектеуде инфекцияланған адамдарды барынша ерте анықтау, донорлық қан мен оның препараттарын қатаң бақылау, трансплантаттарды бақылау, санитариялық-ағарту қызметі маңызды. Халықтың дұрыс жыныстық және адамгершілік тәрбиесі шешуші мәнге ие.

Молекулалық биология мен гендік инженерия жетістіктерінің негізінде вакцина жасау бойынша қарқынды зерттеулер жалғасуда.

4. Иллюстрациялық материал:

5. Әдебиет:

Негізгі:

1. Абуова Г.Н. жұқпалы аурулардан дәрістер жинағы: оқу құралы - шымкент, 2017ж. 448 б
2. Руководство к практическим занятиям по инфекционным болезням для студентов медицинских вузов. [Е. С. БЕЛОЗЕРОВ](#), [Ю. В. ЛОБЗИН](#), [Е. И. АРХИПОВА](#) , Издательство [СПЕЦЛИТ](#), 2017 г.; 576 с.
3. Национальное руководство по инфекционным болезням +CD. Под ред. Ющука Н.Д., Венгеровой Ю.Я., 2009.
4. Harrison's Infectious Diseases / Kasper D. L., Fauci A. S.; McGraw-Hill

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

Қосымша:

1. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-400с.
2. Шурыгина И.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т. и др. Псевдотуберкулез. – Новосибирск: Наука, 2003. – 320с.
3. Ющук Н.Д., Ценева Г.Я., Кареткина Г.Н., Бродов Л.Е. Иерсиниозы.- М.: Медицина, 2003-208с.
4. Oxford Handbook of Tropical Medicine / Eddleston M. [et al.]; Oxford University Press
5. Клиникалық хаттамалар МЗ РК

Электрондық ресурстар:

1. <https://openwho.org>
2. <https:kibidv-ukgfa.usite.pro>
3. <http://base.ukgfa.kz>

6. Бақылау сұрақтары:

1. АИТВ инфекциясына анықтама беріңіз
2. Қоздырғыштардың сипатын болжау, клиникалық көрінісіне сипаттама беріңіз, олардың қоршаған ортаның әр түрлі факторларына төзімділігін сипаттаңыз
3. АИТВ инфекциясының патогенезінің өзектілігін атаңыз
4. АИТВ-инфекциясының жіктелуін баяндаңыз
5. АИВ - инфекция кезіндегі жетекші синдромдар мен симптомдарды анықтаңыз, олардың патофизиологиялық механизмдерін атаңыз
6. АИТВ-инфекциясы кезіндегі ықтимал асқынуларды атаңыз
7. Қандай инфекциялық және инфекциялық емес аурулармен АИТВ - инфекциясы кезінде дифференциалды диагностика жүргізу керек
8. АИТВ инфекциясын верификациялау үшін қандай зертханалық және аспаптық әдістерді тағайындау керек
9. АИТВ-инфекциясына күдікті науқасты тексеру жоспарын белгілеңіз
10. Антиретровирустық препараттардың негізгі топтарын атаңыз
11. АИТВ-жұқпасының алдын алу жолдары мен әдістерін баяндаңыз

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
Дәріс кешені		044 -49/19 76 беттің 1 беті