

**Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік Медицина
Университеті**

Мамандығы: Жалпы тәжірибелік дәрігер

Интерннің Өзіндік Жұмысы

Тақырыбы: Токзоплазмозды лимфаденит

Тексерген: Құрманалин Б.А

Орындаған: Асқарова Қарлығаш

Ақтөбе 2015 жыл

Жоспары:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

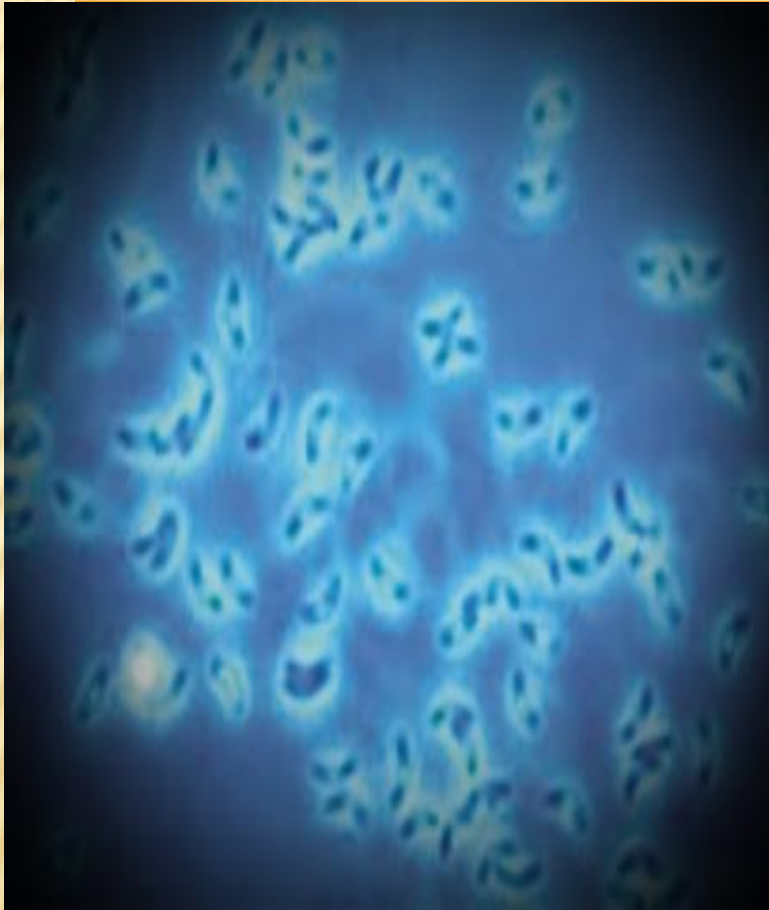
А) Токсоплазмоз

Ә) Лимфаденопатия

Б) Токсоплазмозды емдеуде препараттардың
эффeктивтілігі

III. Қорытынды

Токсоплазмозбен дүние жүзі тұрғындарының 30% инвазирленген. Бұл инвазия симптомсыз өтіп жатыр, бірақ туа пайда болған токсоплазмоз түсікке, нәрестенің өлі туылуына немесе ауыр неврологиялық зақымдануға әкелуі мүмкін. Нәресте туылғаннан кейін айқын клиникалық көріністері болмасада, бірнеше жылдан кейін хориоретинит және көз көрудің бұзылысы дамуы мүмкін. Токсоплазмоз және пневмоцистоздың симптомсыз формасы уақыт өте келе науқаста иммунодепрессивті жағдайдың дамуынан ауыр өлімге ұласуы мүмкін.



Токсоплазмоз – паразитарлы ауру, бірнеше ағзалар мен жүйелердің зақымдалу көрінісімен жүреді (алдымен нерв жүйелерді, көз, миокардты). Оны *Toxoplasma gondii* атты клеткаішілік паразит қоздырады, ол қарапайымдыларға жатады. Бұл инфекцияның патологиялық қатынасы әйелдің репродуктивті жүйесіне аса маңызды мәселе туғызады, жүктілікті көтере алмаушылықпен, туа пайда болған токсоплазмозбен, бедеулікпен көрінеді.

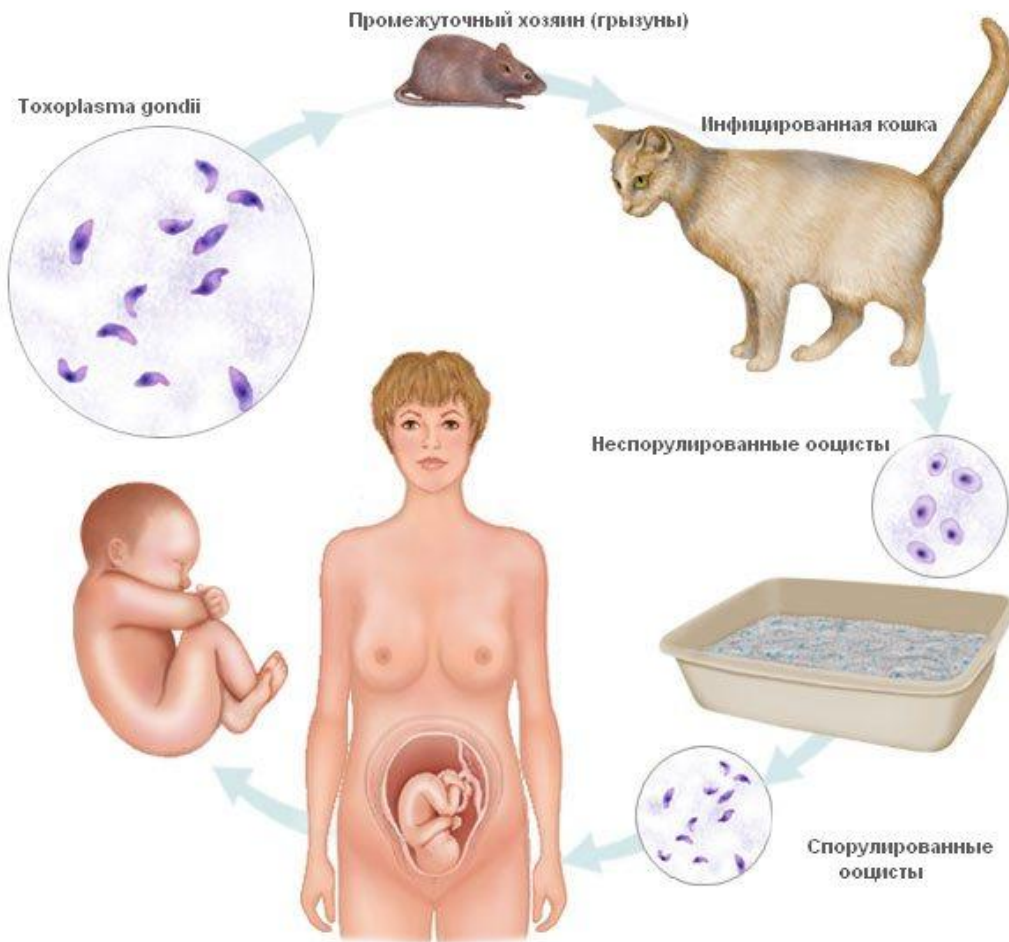
T. gondii кеңінен кездеседі және шөпқоректі, талғаусыз және жыртқыш жануарларды, соның ішінде сүтқоректілерді, құстарды, бауырымен жорғалаушыларды зақымдайды. Инфекцияның таралуы жергілікті үрдіске байланысты өзгереді; оң мәнді серологиялық реакциялардың болуы жасқа байланысты ұлғайып тұрады.



Салқын аймақта, ыстық және ылғалды зоналарда, тауларда бұл ауру жиі кездеседі. Токсоплазмоздың генетикалық факторларға әсерін қабылдау адамдарда жоқ. Токсоплазмоз эпидемиясы адамдар арасында бақыланса, дәл солай үй жануарлары арасында да бақыланады.



Цикл циркуляции токсоплазм



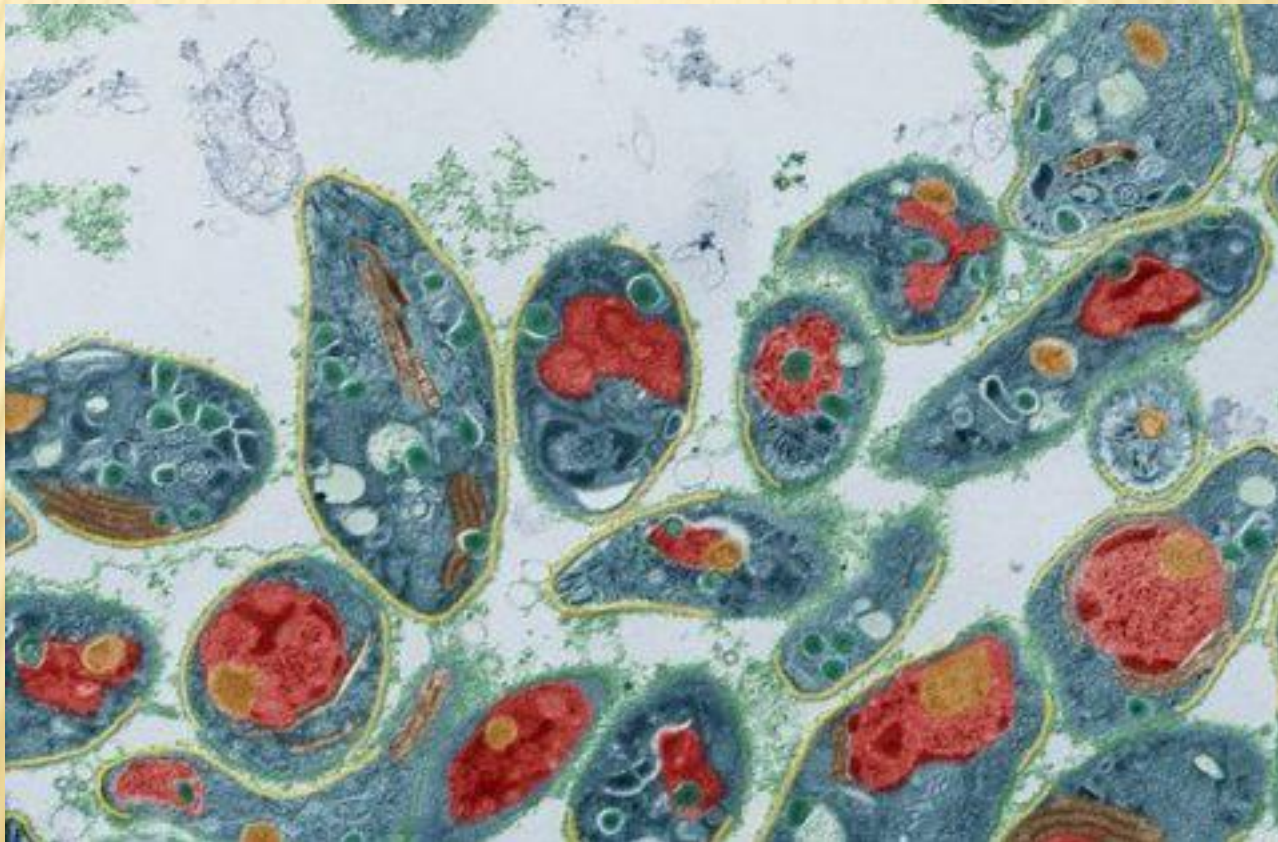
Жұқтыру цист немесе ооцистті жұтудан дамиды. Ол трансплацентарлы жолмен беріледі, қан алмастыру кезінде, лейкоциттерді енгізу, мүшелердің трансплантациясы кезінде және ішкі лабораторлы нәтижеден кейін қоздырғышпен контакт болған кезде дамиды. Экзогенді реинфекцияның клиникалық айқын ауруларының көріністері тіркелмеген.

Токсоплазмоздар кокцидияға қатысты және үш формада

кездеседі: • тахизоит

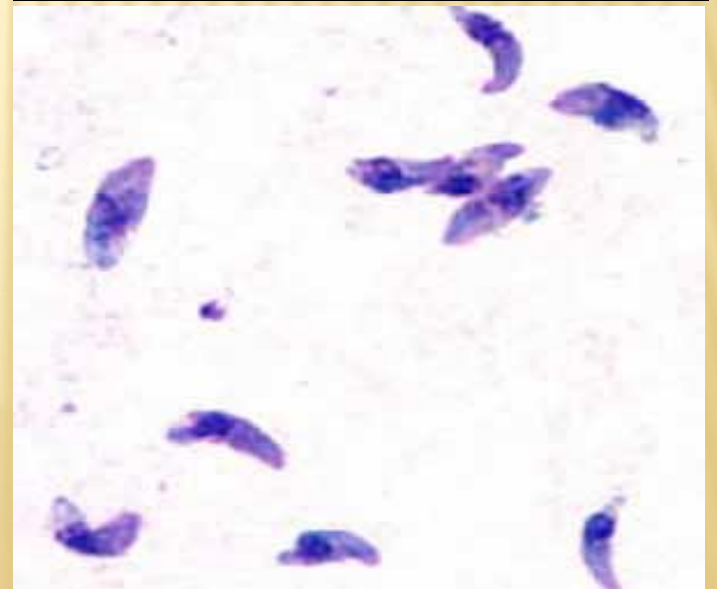
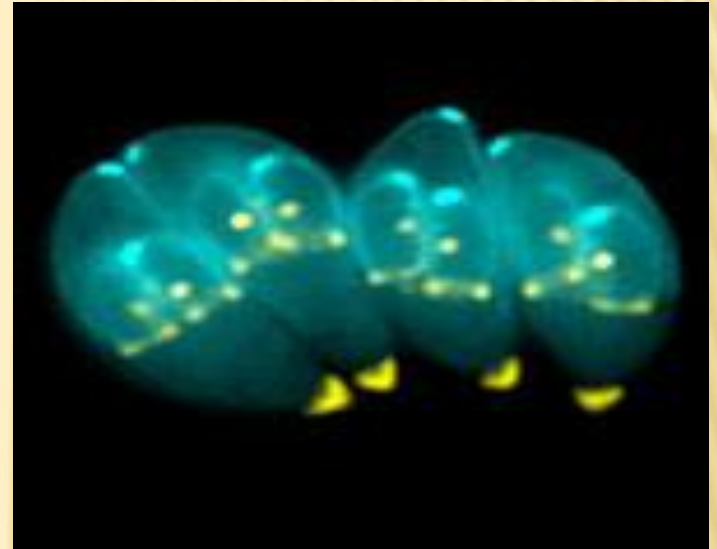
• цист

• ооцист

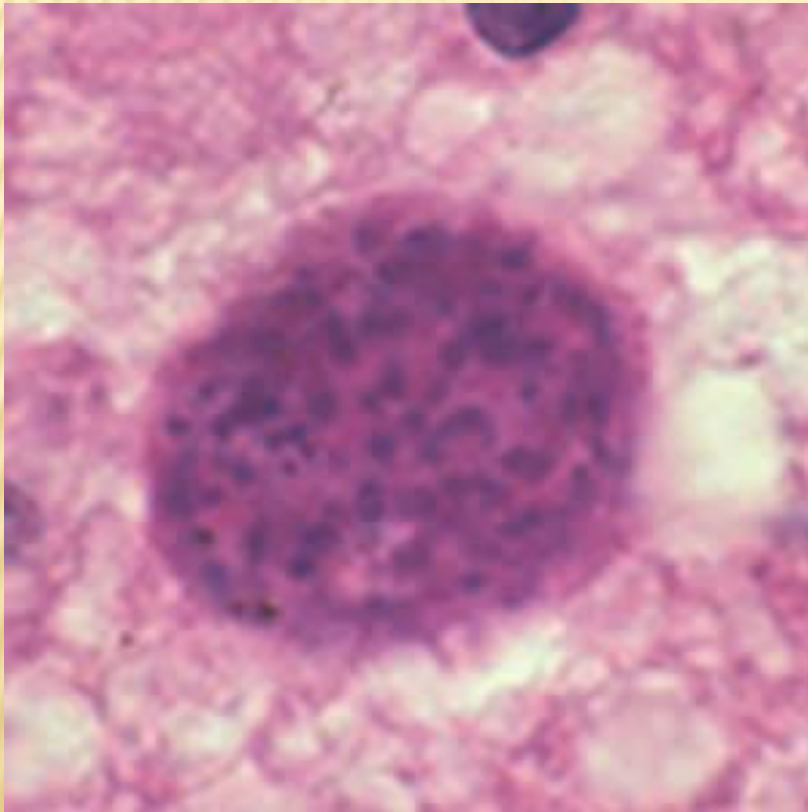


ТАХИЗОИТТЕР

Тахизоиттер жартылай тәрізді формада немесе овалды размері 3-тен 7 мкм-ге дейін, Райт немесе Гимза бояуымен жақсы боялады. Тахизоиттер эритроциттерді айтпағанда сүтқоректілердің кез-келген клеткаларын зақымдайды, және инфекцияның жедел кезеңінің тіндерінде кездесуі мүмкін.



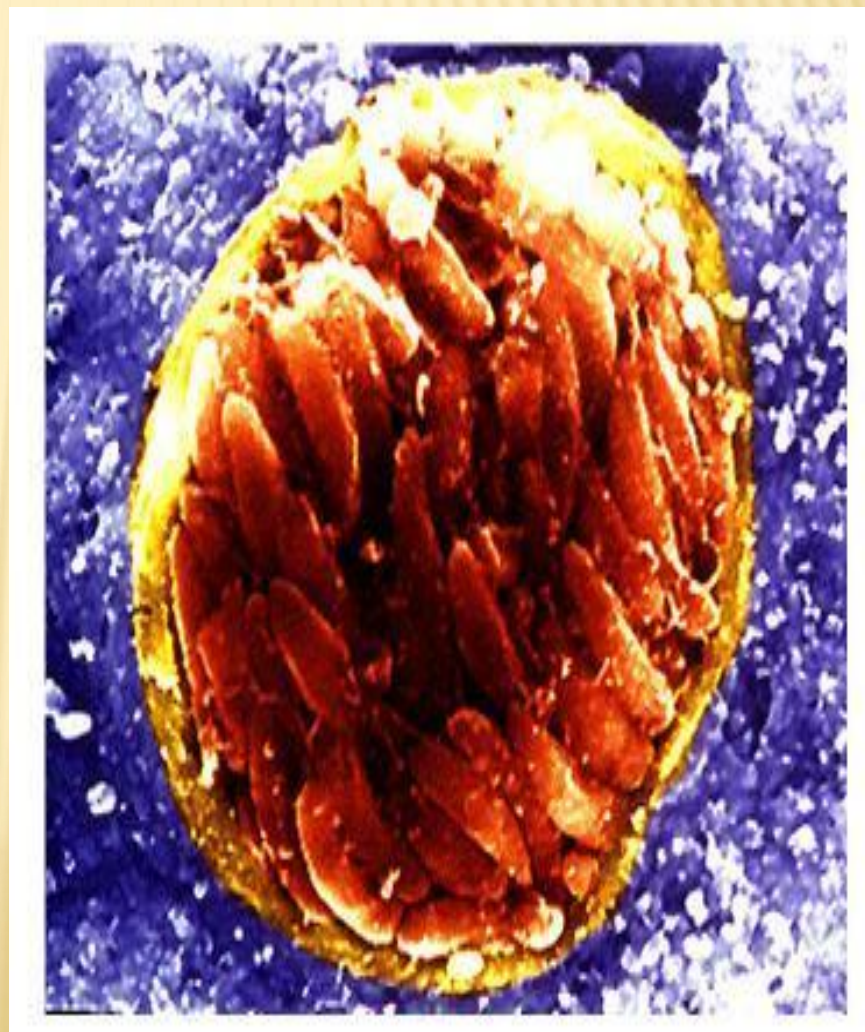
ЦИСТТЕР



Тіндік цисттер науқастың ішкі клеткасында қалыптасады және олар миллиондаған паразиттерді қамту мүмкін. Олардың өлшемi 10-нан 100 мкм-ге дейiн, олар қышқылды Шифф бояуымен жақсы боялады; цисттің қабырғасы күміспен боялады. Цисттер аурудың берілу жолында маңызды рөл атқарады, олар жыртқыш аңдармен қоректенетін жануарлардың тінінде кездесуі мүмкін. Олар кез-келген ағзада ұзақ сақталуы мүмкін, дегенмен жиі созылмалы (латентті) формадағы миокардтың қаңқалық бұлшықетінің аурулары және орталық нерв жүйесі зақымдалады.

ООЦИСТТЕР

Ооцисттер овальды формалы және диаметрі 10-нан 12 мкм-ге дейін. Олар тек ішектің кілегей қабатының клеткаларында дамиды, кейін нәжіспен ерекшеленеді. Қоздырғыштың ішекте дамуына бірден-бір әсер ететін жануар – мысық, әрі мысықтарда генерализденген инфекция *T. Gondii* дамуы мүмкін.



Половая стадия жизненного цикла паразита

Бесполовая стадия жизненного цикла паразита



ТОКСОПЛАЗМОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІНІҢ ВАРИАНТТАРЫ

- Лимфаденопатия және иммунокомпетентті науқастарда басқада көріністері
- Көз мүшелерінің зақымдалуы
- Әлсіз иммунитетті науқастардағы токсоплазмоз (ЖИТС вирусын жұқтырмаған)
- Токсоплазмозды энцефалит және ЖИТС
- Токсоплазмоз және жүкті әйелдердегі токсоплазмозды инфекция

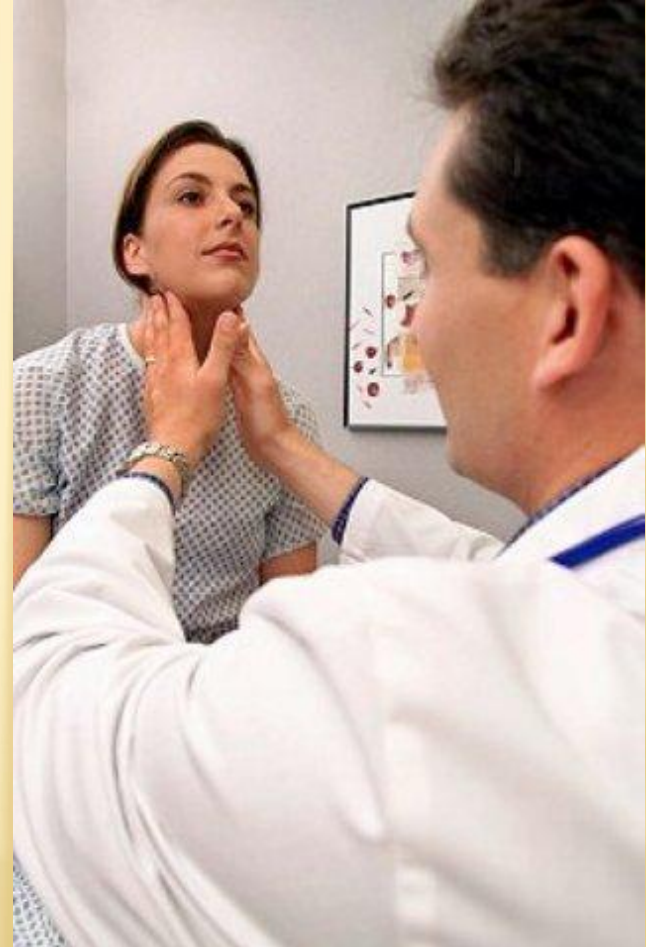
ЛИМФАДЕНОПАТИЯ

Лимфаденопатия
токсоплазмоздың жиі жедел
клиникалық көріністерінің бірі
болып табылады. Ережеге сәйкес
патологиялық үрдіске бір немесе
бірнеше мойын лимфа
түйіндерінің ұлғаюы қатысады.



ЛИМФАДЕНОПАТИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ СИМПТОМДАРЫ

Клиникалық симптомдары айқын немесе мүлдем жоқ. Симптомсыз лимфаденопатия лимфоманы көрсетеді, ал кеуденің лимфа түйіндерінің зақымдалуы сүт безінің ісігіне күдік тудырады. Желкеүстілік, бұғанаүстілік, қолтықастылық, шап және көкірек үсті лимфа түйіндері зақымдалады. Шажырқай немесе ішастар лимфа түйіндерінің зақымдалуы іш аймағында ауырсынуын және дене температурасының жоғарылауын (40°C) шақырады. Зақымдалған лимфа түйіндер тығыздығымен ерекшеленеді, ауырсынуы мүмкін, бірақ іріндеусіз және жабысқақсыз.





Токсоплазмозды лимфаденопатия өзін-өзі тежеуші ауру болып табылады, ол әлсіздік көрінісімен ұзаққа созылады немесе бірнеше ай бойы қайталануы мүмкін.

КӨЗ МҮШЕЛЕРІНІҢ ЗАҚЫМДАЛУУЫ

Токсоплазмдар 35% жағдайда балаларда және ересектерде хориоретинитпен шақырылуы мүмкін. Дегенмен хориоретинит 1% науқастарда жедел жүре пайда болған инфекциямен кездесуі мүмкін, оны туа пайда болған токсоплазмдармен жұқтыру нәтижесінен деп қарастыруға болады.



ХОРИОРЕТИНИТТІҢ КЛИНИКАСЫ



Активті хориоретинит, әдетте жасөспірімдерде және ересектерде жедел жүре пайда болған және туа пайда болған инфекциядағыдай бір жақты болып келеді, олар көз көрудің нашарлауына, зағиптыққа (скотома), ауырсынуға, жарықтан қорқынышқа немесе жастың ағуына алып келеді. Көзде дақтың пайда болуының зақымдалуынан орталық көру жүйесінің төмендеуіне немесе соқырлыққа әкелуі мүмкін. Балаларда хориоретиниттің ерте көрінісі қыли көзділік болуы мүмкін.

Жедел зақымдалуы сарғыш-ақшыл дақ түрінде көрінеді, іші мақта тәрізді, шеттері анық емес гиперемия зоналарымен қоршалған. Орталық нерв жүйесінің зақымдалуы көру нервісінің (папиллит) дискісінің қабынуын ескереді. Экссудаттың қабынуы шыны тәрізді денеде көз түбінің қараңғылануына алып келеді. Зақымдалу әдетте торлы қабықтың артқы бөлігіне локализацияланады, дегенмен ол периферияда орналасуы мүмкін, бір түрде, бірақ жиі – бірнеше түрде болады, әртүрлі кезеңді болып келеді.



ТОКСОПЛАЗМОЗДЫ ЭНЦЕФАЛИТ ЖӘНЕ ЖИТС



Токсоплазмозды энцефалит ЖИТС-пен ауыратын науқастарда негізгі аурудың және өлімнің негізгі себебі болып табылады. ЖИТС-пен және энцефалитпен ауыратын науқастарда токсоплазмозды энцефалиттің кездесетін жиілігі 25-тен 80%-ға дейін.

ЖИТС-ПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ТОКСОПЛАЗМОЗДЫ ЭНЦЕФАЛИТТИҢ ІШКІ КӨРІНІСТЕРІ ЖӘНЕ СИМПТОМДАРЫ:

- қалтырау
- қызба
- бас ауру
- ұстамалар
- депрессия
- неврологиялық бұзылыстар

-
- ЖИТС-пен және токсоплазмозды энцефалитпен ауыратын көптеген науқастарда сарысуында токсоплазмоздың жедел түрін көрсететін спецификалық антител жоқ.
 - Жұлынми сұйықтықта плеоцитоз анықталады, белок көлімінің ұлғаюы жоғарылайды және гипогликорахия; жұлынмилық сұйықтықтың центрифугадан алынған препараттарында тахизоит анықталуы мүмкін.
 - Жұлынми сұйықтықты тексеру кезінде (немесе ми тінінің) токсоплазмды анықтау мақсатында клеткаларды қадағалау керек, сонымен қатар түйіндердің немесе цитопатикалық эффектілердің болуын шақырады. Клеткалар Гимза бояуымен боялуы мүмкін.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ТОКСОПЛАЗМОЗ ЖӘНЕ ТОКСОПЛАЗМОЗДЫ ИНФЕКЦИЯ

Жүктілік кезіндегі
анасындағы
ТОКСОПЛАЗМОЗДЫ
инфекцияның клиникалық
көріністері тек 10-20%
жағдайда көрінеді.



ТОКСОПЛАЗМОЗДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ



Жедел токсоплазмоздың диагностикасы ағзаның сұйықтығынан немесе қаннан токсоплазмның анықталуына негізделген, гистологиялық ортадан немесе ағза сұйықтығынан тахизоиттердің анықталуы, лимфатикалық түйіндерде, соның ішінде тест қорытындысы бойынша гистологиялық өзгерістердің көрінісі көрінеді.

ТОКСОПЛАЗМОЗДЫҢ ЕМІ

- Токсоплазмоздың универсальды жалпы негізделген ем схемасы жоқ. Препараттарды таңдау, олардың комбинациясы, дозалары көптеген ережелермен анықталады —иммунодефициттің ағымы және кезеңі, науқас жасы, қосымша патологиялардың көрінісінің болуы және т.б. Бірақ барлық схеманы келесі біріктіреді: • олардың негізі пириметамин (син.—хлоридин, тиндурин, дараприм);
- Міндетті түрде 2-3 препараттардың комбинациясы қажет (оның ішінде міндетті түрде пириметамин болу керек); ол монотерапияға қарағанда, эффективтілігі жоғары, бірақ токсикалық реакциялардың дамуы бұл кезде ұлғаяды.
- Жиі пириметаминді сульфаниламид препараттарымен комбинациясында тағайындайды (сульфадимезин, сульфадиазин), пириметаминмен синергиялық әсері бар, гематоэнцефалдық барьердің өтуінің ұлғаюы жоғары.

ПИРИМЕТАМИННІҢ СУЛЬФАДИАЗИНМЕН КОМБИНАЦИЯСЫ:

- ❖ 1-і күн — жедел доза (пириметамин— 100—200 мг/тәул 2 рет қабылдауға, сульфадиазин — 75 мг / кг тәул, осы дозаны 4-ке бөліп қабылдауға; максимальді тәуліктік доза — 4—6 г);
- ❖ пириметаминнің келесі күндерге дозасы: иммунокомпетентті науқастарға токсоплазмоздың барлық формасында — 25—50 мг/тәул, ЖИТС-пен ауыратын науқастарда — 50—75 мг/тәул; сульфадиазиннің дозасы барлығына бірдей — 500 мг тәул 4 рет. Сульфаниламидтерді тағайындағанда кристаллурияны алдын алу үшін науқастың толық сұйықтық ішуін қадағалауымыз керек.
- ❖ Емнің ұзақтығы (үздіксіз) — 2—4 апта, ЖИТС-те — 4—6 апта.
- ❖ Пириметаминнің жартылай шығарылуының ұзақтығын есептеу (4-5 тәул), осы препараттың тағайындалуы кезінде ұзақ интервал 2-4 күн.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЕМІН АЖЫРАТУ ДИАГНОЗЫ АРҚЫЛЫ ҚОЙЫЛҒАН МАҚСАТ БОЙЫНША ЖҮЗЕГЕ АСАДЫ, СОНЫҢ ІШІНДЕ:

- ✓ Медикаменттерді инфицирленген анасын ұрыққа инфекцияның берілуін тоқтату мақсатында тағайындалады;
- ✓ Препараттар ұрықтық нақты инфицирленген жағдайында беріледі.

-
- ✓ Бірінші жағдайда көбінесе эффективті әсері болған спирамицин (3 г тәул). Ол ұрықжолдас арқылы шықпайды, сондықтан ұрыққа қауіпсіз, бірақ 60%-ға инфекцияның берілу қаупін төмендетеді.
 - ✓ Екінші жағдайда пириметамин комбинациясын тағайындауға болады (25 мг/тәул) және сульфадиазинді (4 г/тәул). Бұндай терапия альтернативті болуы мүмкін, егерде қандай да бір себептердің әсерінен жүктілікті үзуді болдырмаса. Бірақ пириметаминді жүктіліктің алғашқы 12-14 аптасында тағайындалмауын ескеру керек, өйткені препараттың тератогенді әсері бар, сондықтан бұндай жағдайларда тек бір ғана сульфадиазинмен шектелу керек.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- ✓ 1. Грачёва Л.И. және басқалары. Токсоплазмоздың эпидемиологиясы, клиникасы, диагностикасы және емі Москва, 1996 ж.
- 2. Руководство по инфекционным болезням под ред. проф. Ю.В. Лобзина СПб, 1996 ж.
- 3. Шувалова Е.П. Инфекционные аурулар. Москва, 1995 ж.
- 4. <http://www.bestreferat.ru/referat-122310.html>
- 5. <http://www.drmed.ru/zdorove/toksoplazmoz>