

“Астана Медицина Университеті АҚ” Кафедра: Жұқпалы аурулар және эпидемиология

Дифиллоботриоз.Геминолепидоз

Орындаған:Сәкен Айжан

Тобы:427 ОМ

Тексерген:Нурахметова Г.А.

Астана,2016 жыл

Жоспар:

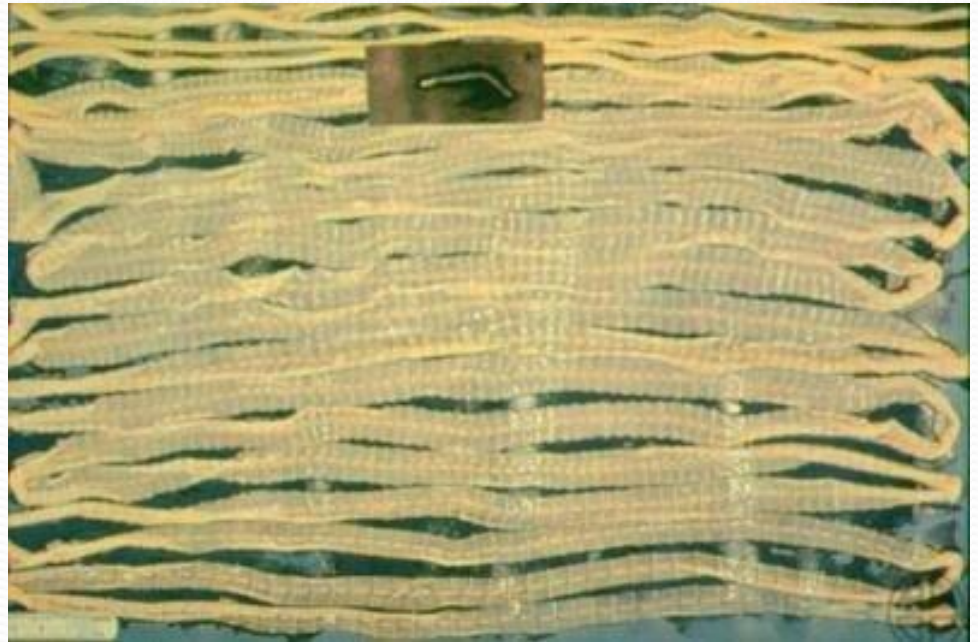
- I Кіріспе
- II Дифиллоботриоз,геминолипидоз анықтамасы
- 1.Этиологиясы,патогенезі
- 2.Клиникасы
- 3.Емі
- IIIҚорытынды

Анықтамасы

- **Дифиллоботриоз-нәжіс-ауыз механизмімен берілетін зооноз тобының биогельминтозы. АІЖ зақымдануымен және В12 жетіспеушілік анемиясымен сипатталады**

ЭТИОЛОГИЯСЫ

Қоздырғышы-
Diphyllobothrium
latum-лента тәрізді ірі
кұрт, ұзындығы 10 метр



● Инфекция көзі:

- -Адам

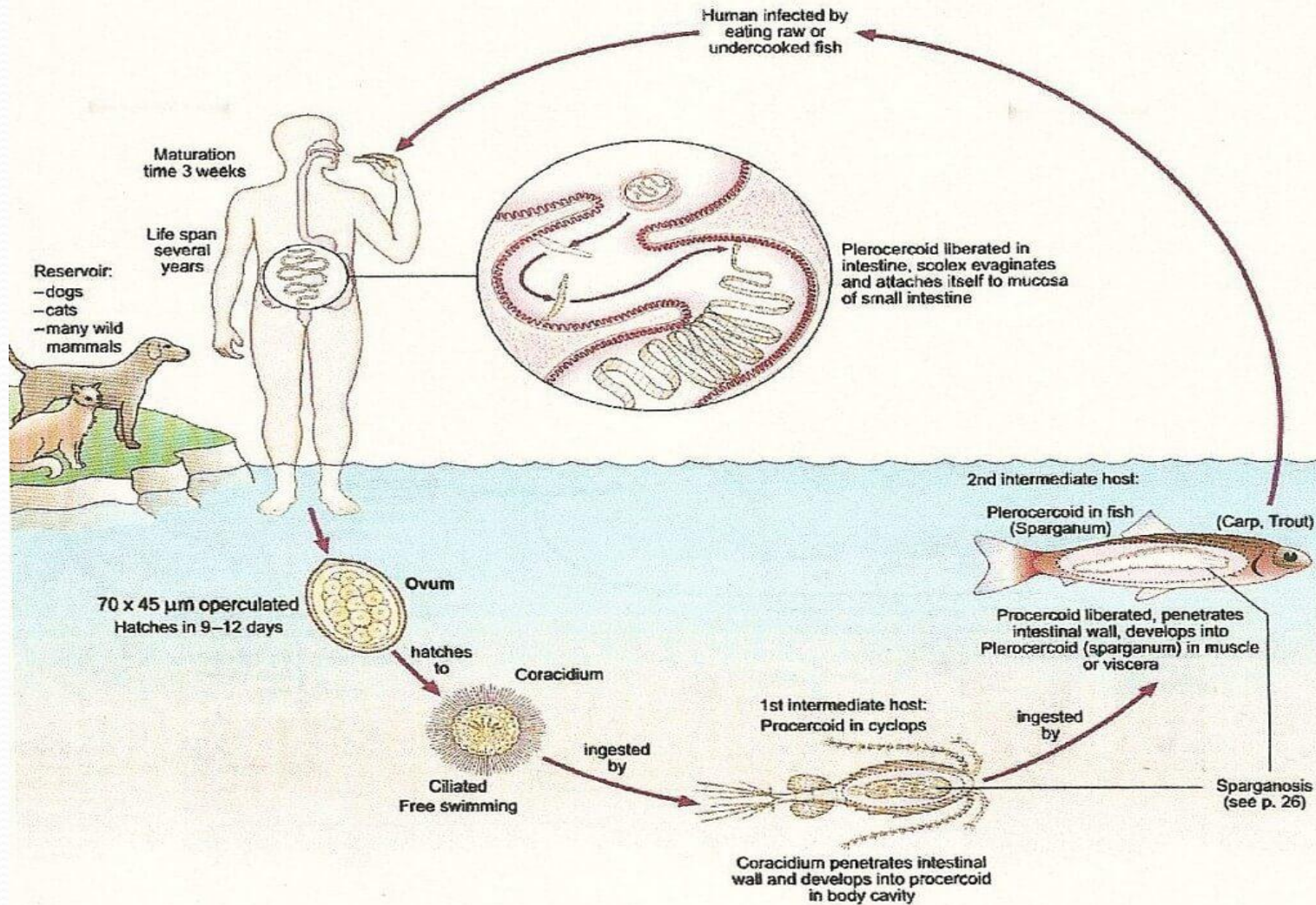
- -балықпен қоректенетін жануарлар(шошқа,мысық, ит, аю, түлкі)

Берілу механизмі: фекальді-оральді

● Берілу жолдары:

- -алиментарлы(дұрыс тұздалмаған балықтармен, уылдырықтармен)

Патогенезі



Клиникасы

- -әлсіздік, бас ауруы, бас айналуы
- -жүрек айну, құсу, эпигастрий аймағының ауырсынуы, іштің шұрылдауы
- -метеоризм, іш қату
- -гиперсаливация
- Дене салмағының төмендеуі
- В 12 жетіспеушілік анемиясы
- Тахикардия
- Хентер глосситі (лакированный язык)
- Гепатоспленомегалия
- Парестезия, ұю сезімі
- Спастикалық атаксия, гиперрефлексия

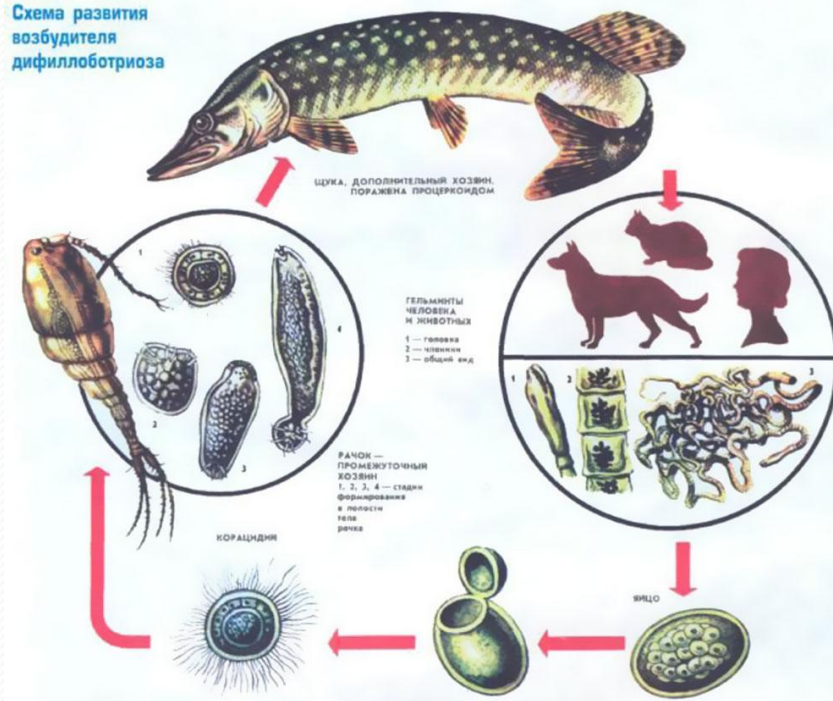
● *Гемограммада*

- анизо-пойкилоцитоз, Кебот сақиналары, Жолли денешіктері, эритроциттердің базофильді дақылдануы, ретикулоцитопения, лимфоцитоз, нейтропения, тромбоцитопения, гиперхромды анемия, ЭТЖ жоғарылауы

Диагностикасы

- гельминтоскопия(нәжісте жұмыртқа іздері)
- нативті жағынды әдісімен копроовоскопия

Схема развития
возбудителя
дифиллоботриоза



Емі

- Аунуханада жүргізіледі:
- -тәртіп
- -диета
- -антигельминтты препараттар:
- -празиквантел(билтрицид)20мг/кг 1 рет
- Фолий қышқылы
- Цианкоболамин 200-400 мг/кг

Диспансеризация

- ҚР ДСМ 28.05.2003 ж. №419 бұйрығына сәйкес Ай сайын бақылау зерттеулерін дегельминтизациядан кейін 4-6 ай бойы

Геминолепидоз

- Геминолипидоз-фекальді-оральді механізмен берілетін антропонозды созылмалы гельминтоз



ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Қоздырғышы-*Hymenolepis nana*- кішілеу цестода
- Инвазия көзі-адам
- Берілу жолдары:
- -тұрмыстық қатынас
- -алиментарлы
- -су
- -шыбындар
- Сырқаттанатындар: 3-14 жастағы балалар

Патогенезі

- Ащы ішек
- Түктерге енуі, дернәсіл
- 4-6 тәулік - Инвазивті түрлері (ларвоцистер)
- Некроз, жара
- Сонымен қатар:
 - -токсикалық-аллергиялық реакциялар
 - -аутоенсибилизация
 - -иммундық супрессия
 - -дисбактериоз бен гиповитаминоз (С, В, РР)

Клиникасы

- -әр түрлі деңгейдегі тұйық ауырсынулар
- -шырыш араласқан сұйық нәжіс
- -енжарлық, әлсіздік, шаршағыштық, бас ауру, тітіркенгіштік, ұйқысыздық
- -субфебрилитет (қысқа уақытты, жоғары температура)
- -аллергиялық бөртпе, тері қышуы, ангионевротикалық ісік (Квинке)
- -вазомоторлық ринит, астматикалық бронхит

● Гемограммада

- нормохромды немесе гипохромды айқын анемия,
- шамалы эозинофилия
- лейкопения,
- лимфоцитоз,
- моноцитопения.

Диагностикасы

- -флотация(нәжісті 5-7 күн сайын 3 рет тексеру, феносалмен провакация)
- -гельминтоовоскопия
- Копрологиялық әдістер Калантарян, Фюллеборн және Като (50 мг –нан 3 жағындыны зерттеу)

Емі

- Ауруханада жүргізіледі
- Негізгі антигельминтті препараттар:
- -празиквентал(билтрицид)
- -албендазол

● Диспансеризациясы

- ҚР ДСМ 28.05.2003 ж. №414 бұйрығы бойынша:
дегельминтизациядан кейін 6 ай ішінде 1 рет
зерттеледі-алғашқы 2 ай ішінде әрбір 2 аптада, ары
қарай ай сайын

Пайдаланылган әдебиеттер

- Дернер П. М. Глава 4. Эпидемиология, научные основы ликвидации гименолепидоза и опыт борьбы с ним в Узбекской ССР ССР // Записки эпидемиолога. — 2010. — 140 с.
- Л.А. Муковозова, Ш.А. Құлжанова