

МЕНИНГОКОКТЫ ИНФЕКЦИЯ

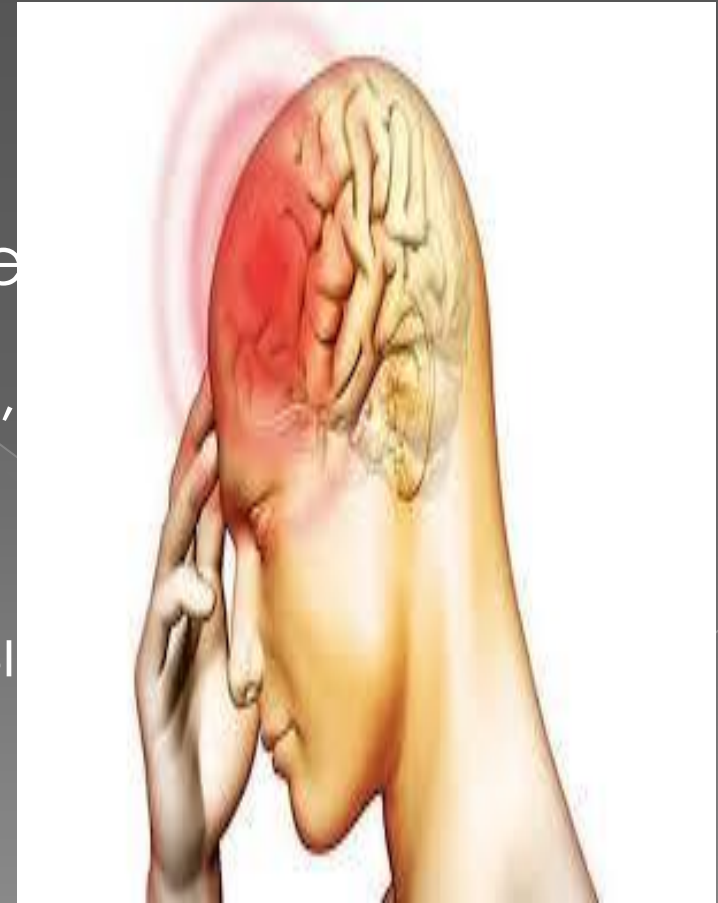
Дайындаған: Тұymeбаева А
Тексерген; Бекбатырова Г Т

Жоспары

- Менингококты инфекция
- Этиологиясы
- Инфекция көзі
- Патогенезі
- Клиникасы
- Менингококкемия
- Менингит
- Асқынулары
- Диагностикасы
- Емі
- Профилактикасы
- Қолданылған әдебиеттер

Менингококты инфекция

- **Менингококты инфекция** – ауа-тамшылы механизммен тарайтын, назофарингит және генерализденген түрлерінде өтетін клиникасында қызбамен, интоксикациямен, экзантемамен және ми қабықтарының зақымдалуымен сипатталатын антропонозды бактерияды жедел инфекциялық ауру



ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Қоздырғышы – *Neisseria meningitidis* (*Neisseriaceae* тұқымдасы, *Neisseria* туысы) Менингококк-клетка ішінде тіршілік ететін, грамм теріс боялатын, капсула түзетін L-түріне айналатын, эндотоксин және нейромидаза өндіретін сыртқы ортада тұрақсыз диплококктар. Антигендік құрамы бойынша 12 серотобы белгілі: А, В, С, Д, V, Z т.б.-оның ішінде А,В,С типтері жиірек кездеседі



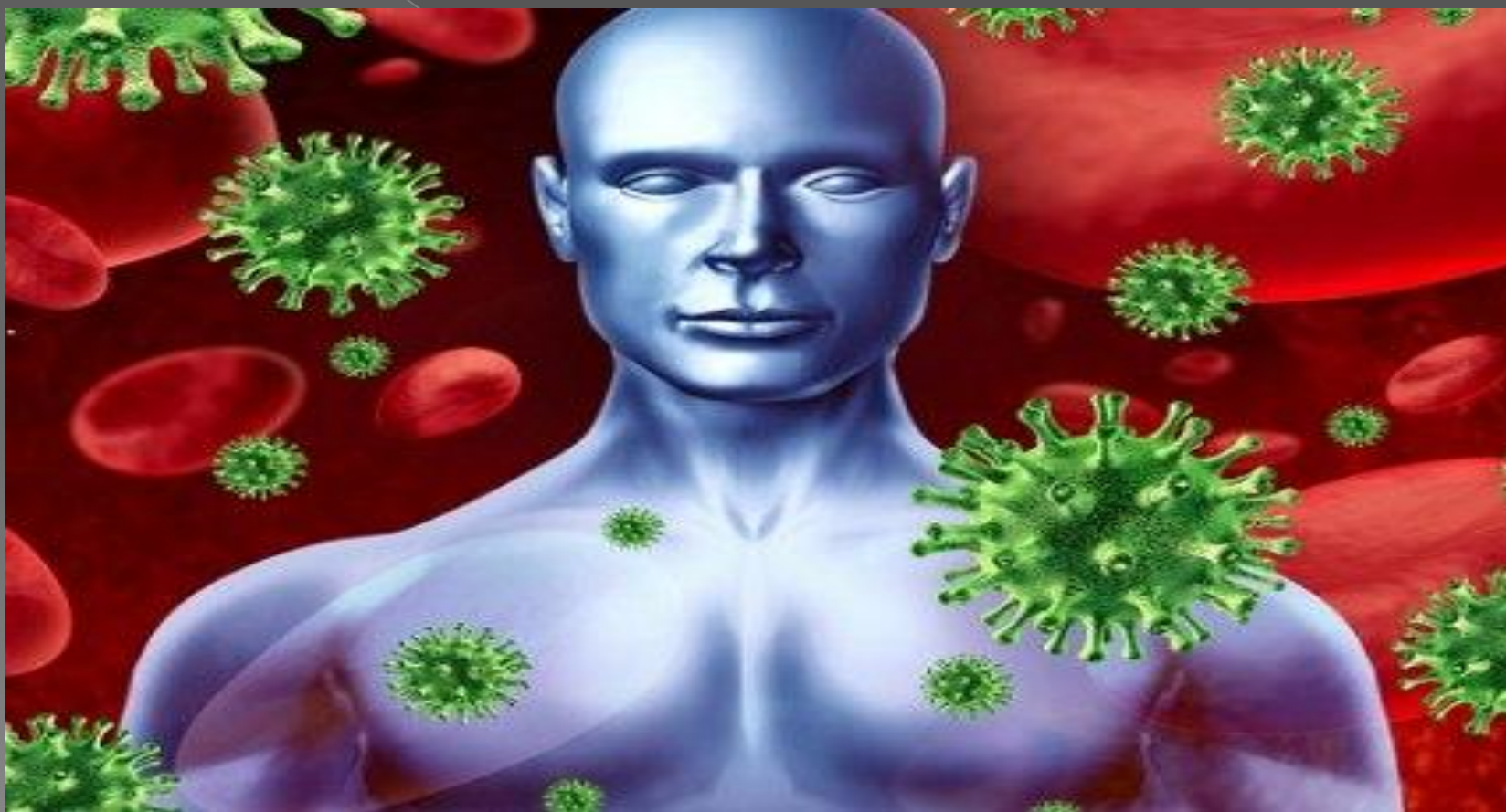
Инфекция көзі

- әр түрлі клиникалық түрлерімен науқастанған адамдар
- бактерия тасымалдаушылар.
- ==Жұғу жолы== ауа-тамшы ==Ауыратындар==: көбінесе балалар (1-5 жастағы балалар 70-80%).
==Маусымдылығы== қыс-көктем айлары (ақпан, мамыр) ==Кезеңділігі== 20-30-40 жыл аралығында.
==Инфекция қабылдаушылық деңгейі== - балалар ортасында бірталай жоғары, ересектер арасында орташа.



ИМУНИТЕТ

- Аурудан кейін тұрақты



Патогенезі

- Менингококты инфекцияда инфекциялық процесс төмендегідей қалыптасады:
- менингококктың ену қақпасы-мұрын жұтқыншақтың шырыш қабаттары.
- Орналасқан жерінде (мұрынжұтқыншақта көбінде 60-70%-ке дейін) “сау” тасымалдаушылық қалыптасады,
- 30%-де назофарингит дамиды
- 1% инфекциялық процесс жайылған түріне өтеді.

Увеит
Артрит
Холангит
Кожные проявления



? Иммунное повреждение

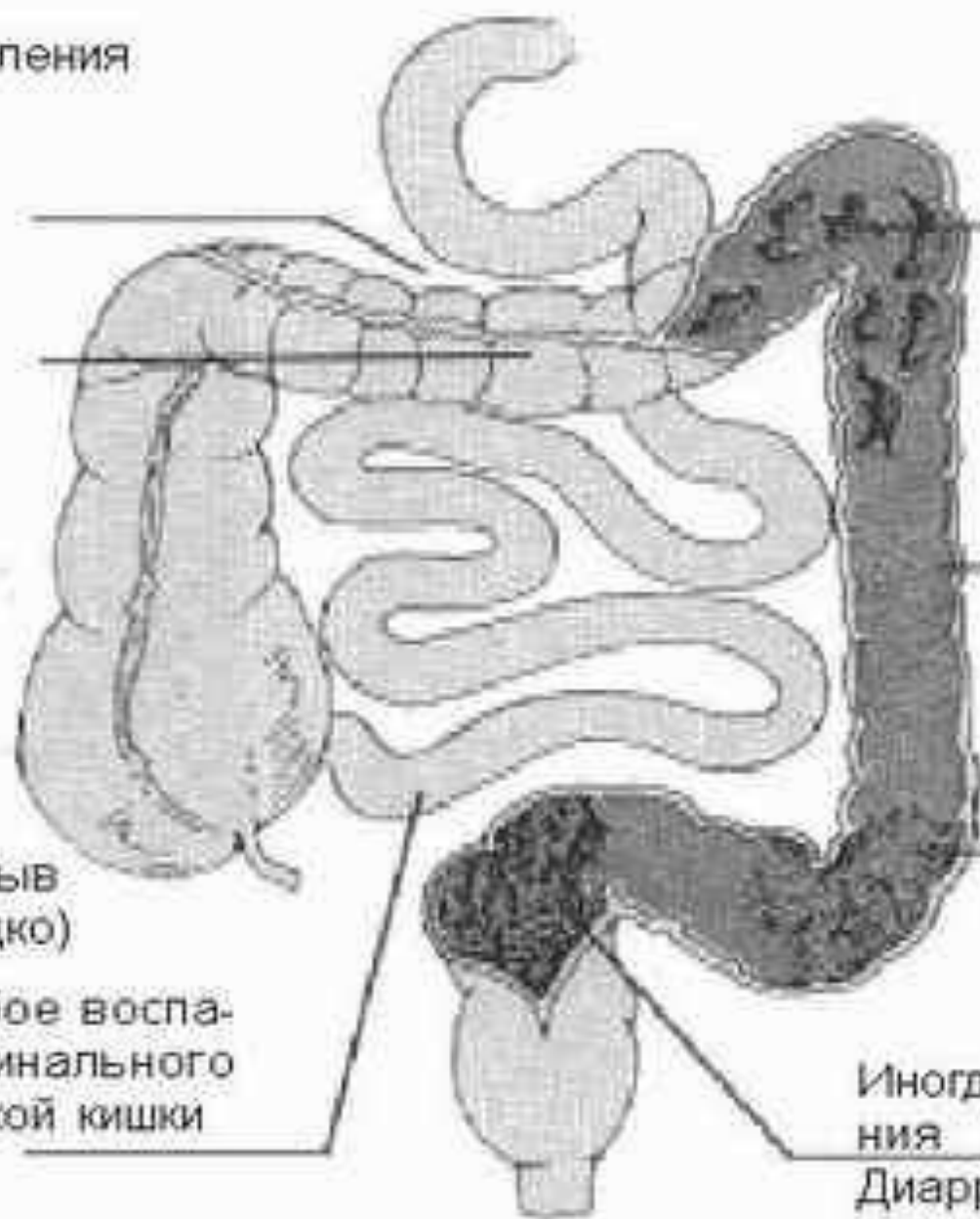
Колики

Острая дилатация при остром процессе
Токсический мегаколон



Возможен разрыв
Перитонит (редко)

Иногда слабое воспаление терминального отрезка тонкой кишки



Многочисленные поверхностные язвы

Поверхностное воспаление слизистой оболочки толстой и прямой кишки

Избыточная регенерация эпителия
— образование псевдополипов;
— дисплазия;
— высокий риск развития рака

Иногда острые кровотечения

Диаррея (иногда тяжелая) с примесью слизи и крови

- Менингококктар алғашында мұрын жұтқыншақтың шырышты қабатында орналасып, онда жеткілікті қабыну процесін туғызады (клиникалық белгілерсіз) – “сау” тасымалдаушылық, назофарингит кезінде жергілікті өзгерістермен қатар, айқын токсинемия және бактеремия байқалады. Генерализацияланған түрінде қоздырғыш жергілікті тосқауылдардан өтіп, бактеремия туғызады. Бактеремия арнайы монополисахаридтердің әсеріне байланысты айқын токсинемиямен қатар өтеді (менингит, артрит, иридоциклит). Процестің жайылуында мына факторлар маңызы болуы мүмкін: - қоздырғыштың инфицирлеуші дозасы, оның вируленттігі мен инвазивтілігі -жастық фактор (балаларда ересектерге қарағанда жайылған түрі жиі кездеседі) -ағзаның иммуногенетикалық ерекшеліктері (жергілікті иммунитеттің, иммунитеттің клеткалық звеносының фагоцитарлық жүйенің, комплемент жүйесінің т.б. жағдайы) -менингококктардың басқа бактериялармен, вирустармен ассоциациясы.

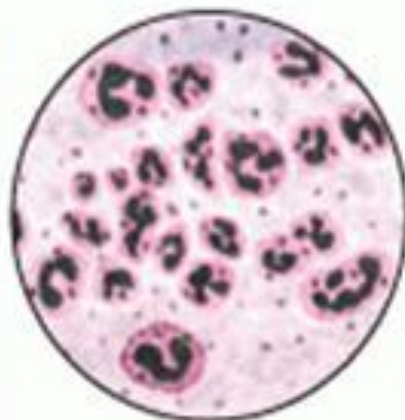
Менингококковая инфекция



Характерная поза – в положении на боку голова запрокинута, ноги согнуты и притянуты к животу



Спинальная пункция – ликвор мутный, вытекает частыми каплями.



Нейтрофильный цитоз с внутриклеточным расположением менингококков



Мозговые оболочки, пропитанные густым экссудатом – «пенистый чепчик»

Патогенезі

- Токсиннің әсерінен (липополисахарид) гемостазды бұзатын бірқатар қиын процестер туындайды. Бұл тұрғыда липополисахаридтің концентрациясының маңызы бар (токсинемия дәрежесі): төмен концентрация арнайы және арнайы емес қорғаныс факторларын белсендірсе, ал жоғары керісінше тежейді, сондықтан ауыр ағымда токсикалық-инфекциялық шокпен өтеді. Жайылған формалардың патогенезінде сонымен қатар баяу типті гиперсезімталдық және миокардит, перикардит, полиартрит дамуына келтіретін иммундық комплекстердің маңызы да зор.

Клиникасы

- Менингококкты инфекцияның клиникалық жіктелуі (В.И. Покровский, 1965).
- . Біріншілік – локальды түрлері:
 - менингококктасымалдаушы
 - жедел назофарингит
- . Гематогенді – жайылған түрлері
 - менингококкемия: типті-найзағай тәрізді, созылмалы
 - менингит
 - менингоэнцефалит
 - аралас түрі (менингит+менингококкемия)
- Сирек түрлері: эндокардит, артрит, пневмония, радикулит.
- Ағымы бойынша:
 - жеңіл
 - орташа
 - ауыр
- Инкубациялық кезеңі 1-10 күн (орташа 2-4 тәулік).



KazMedic.kz



Менингококкемия

- клиникасына 2 синдром тән: интоксикация және экзантема. Басталуы жедел, дене қызуы 38-40⁰С-қа дейін көтерілуі, қалтырау, тез үдейтін әлсіздік, бас ауруы, бұлшық еттерінің ауырсынуы, құсу .

Экзантема

- Ең типті көрінісі болып табылады және мына белгілермен сипатталады: -бөртпе аурудың алғашқы күндерінде пайда болады (5-12 сағ) - бөртпе көп, басында дақты, розеолезды, папулезды, кейіннен геморрагиялық петехиядан экхимоздарға дейін, “жұлдызды” формада ортасында тығыздалған, көбінесе аяқ – қолдарында әсіресе, жамбастарында, сирек беттерінде кездеседі. Менингококкемияның ауыр ағымында геморрагиялық белгілер болуы мүмкін: кофе қоюындай құсу, мұрыннан, жатырдан, ішектен қан кету. Асқазан – ішек жолдары жағынан келесі өзгерістер болуы мүмкін болуы мүмкін: тәбетінің төмендеуі, құсу, аузының құрғауы, тілінің жабынмен жабылуы, кейде бауырдың ұлғаюы.



1 күн



4 күн



KazMedic.kz

Менингит

- Ересектерде менингококкты инфекцияның басты жайылған түрі және интоксикациямен, менингеальді синдроммен сипатталады. Басталуы жедел, аяқ астынан дене қызуының 39-400С-қа дейін көтерілуі, қалтырау, қатты бас ауруы, қайталап құсу (жүрек айнусыз) болады. Бұл триада ерте көрінеді және ең тән және тұрақты көрініс болып табылады. Науқастарда өте тез мазасыздану, қимылдық қозу, терінің гиперестезиясы, дамиды.

- Алғашқы тәулікте менингияльды синдром дамиды: желке бұлшықеттерінің ригидтілігі, Керниг, Брудзинский симптомдары, жұлын нервтерінің зақымдануы мүмкін (жиі III, IV, V жұп нервтері), ақыл – есі бұзылуы мүмкін, есеңгіреуден комаға дейін қатты айқындалған психомоторлы қозумен көрінуі мүмкін. Науқастың сыртқы келбеті: мойын, бет терісінің гиперемиясы, ерін шырышты қабығы құрғақ, склера және конъюктива тамырлары инъекцияланған болады. Науқас міндетті қалып қабылдайды, бүйіріне жатады, аяқтары бүгілген және ішіне қарай тартылған, басы біраз артқа шалқайған.
- Энцефалит қатты интоксикация фонында, әр түрлі бұлшық еттердің тырысуымен, парездермен, параличтермен байқалады.

1.0T GEMSO
Ex: 48767
Ax Flair irFSE
Se: 2/4
Im: 6/19
Ax: S59.6 (CO)

A₁

R₀

L₀



ET: 0
TR: 8402.0
TE: 154.9
HEAD
5.0thk/2.0sp
Id:DCM/Lin:DCM/Id:ID
W:400 L:196

P₀

DFOV: 24.0 x 24.0cm



Асқынулары

- Менингококты инфекцияда мынандай асқынулар болы мүмкін:
- инфекциялық – токсикалық шок
- жедел бүйрек үсті безі жетіспеушілігі
- жедел бүйрек жетіспеушілігі
- мидың ісінуі
- екіншілік инфекцияның қосылуы



Диагностикасы

- Менингококты инфекция клиникалық белгілердің, эпидемиологиялық және лабораторлық мәліметтердің көмегімен анықталады:
- мұрын жұтқыншақтың бөлінісін, қанды, ликворды т.б. бактериологиялық тексеру жүргізіледі;
- серологиялық тексеру (РПГА) жүргізіледі.



Емі

- тәртіп және диета (клиникалық формаға байланысты)
- этиотропты ем
- патогенетикалық, дезинтоксикациялық, дегидратациялық (менингит және менингоэнцефалитте), гормонотерапия (көрсеткіш бойынша)
- симптоматикалық ем
- оксигенотерапия
- Этиотропты ем (негізгі) барлық науқастарға міндетті түрде жүргізіледі. Таңдаулы препараттары: Пенициллин (300-500 мг ЕД(кг/тәул) 4-8 күн ішінде. Ампициллин (200/300 мг/кг тәуг) Левомецетин (50-100 мг/кг тәул)
- Роцефин (50 мг/кг тәулігіне бірақ 4 таблеткадан көп емес 10 күн ішінде) және басқа антибиотиктер монотерапия түрінде.



SMEDVEL



Профилактикасы

- Науқастарды уақытында анықтау және изоляциялау, ошақта басқа да эпидемияға қарсы шаралар өткізу
- Вакцинациялау (эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша).



Назарларыңызға
рахмет

