Оба


Оба — жұқпалы ауру, негізінен трансмиссиялық механизммен берілетін, лимфа түйінінің қабынуы, өкпе, басқа органдар, сероздық және геморрагиялық сипаты бар, немесе септикалық түрінде ағатын. Оба қауіпті инфекциялардың тобына жатады.

Оба қауіпті инфекциялардың тобына жатады. Өткен пандемия «қара қайтыс», Оба ретінде аталды, миллиондаған адамның өмірін талап етті. Оқиғаның үш жаһандық оба оқиғасы сипатталған: VI бойынша. Шығыс Рим империясында («Justinian оба»); XIV ғасырда. Қырымда, Жерорта теңізі және Батыс Еуропа; ішінен. XIX ғасыр. Хун қоңда. Қазіргі кезде эпидемияға қарсы тиімді эпидемиялық шараларды және оба қарсы вакцинаны дамытудың арқасында табиғи фокустарда жұқпалы аурулардың тек бір кездейсоқ оқиғалары тіркеледі. Ресейде Каспий алқабы обадан эндемикалық болып саналады, Ставрополь, Шығыс Орал, Алтай және Забайкалья.

Патогеннің сипаттамасы

Yersinia pestis — бұл эндобактериялардың типтік анаэробты грам-теріс бензиндері. Оба ауруы науқастарды босатудағы ұзақ мерзімді өміршеңдігін сақтай алады, мәйіттер (yersinia бубонического жасушаларында 20-30 күнге дейін өмір сүреді, адамдардың мәйіттерінде және өлі жануарларда – 60 күнге дейін), мұздатуға ұшырайды. Қоршаған орта факторларына (күн сәулелері, атмосфералық оттегі, жылыту, қышқылдықты өзгерту, дезинфекциялау) бұл бактерия өте сезімтал.

Обадағы су қоймасы және көзі – жабайы кеміргіштер (мраморлар, вольтер, кербілер, пикас). Әртүрлі табиғи ошақтарда резервуар кеміргіштердің әр түрлі болуы мүмкін, қалалық жерде – негізінен егеуқұйрықтар. Адамдық обадан төзімді иттер бүрге үшін патогенді көзі болуы мүмкін. Сирек жағдайларда (өкпе обамен ауырады, немесе бубонозды бауырмен тікелей байланыста болады) адам инфекция көзі болуы мүмкін, Бүргеулер септикалық обадан зардап шегетін науқастардан да патогендерді алады. Жиі инфекция көбінесе оба денелерінен келеді.

Оба түрлі тетіктер арқылы беріледі, олардың арасында көшбасшылық орын алады. Оба патогенді тасымалдаушылары — бұл кейбір түрлердің бүршіктері мен кенелері. Fleas жануарларды жұқтырады, көші-қоны бар патогенді алып жүреді, ақ бүргеулерді тарату. Адамдар тырнау кезінде бүргеулерді теріге ұрып-соғып, жұқтырады. Жыртқыштар 7 апта бойы жұқпалы болып қалады (Жыл бойы бүргелердің жұқпалығы туралы деректер бар).

Обадағы инфекция да байланыс арқылы болады (өлі жануарлармен әрекеттескен кезде зақымдалған тері арқылы, ұрықтандыру, тері жамылғысын дайындау және т.б.), алиментарлы (ауру жануарлардың тағамына тамақ ішу арқылы).

Адамдар инфекцияға мүлдем табиғи сезімталдығы бар, ауру кез-келген жолмен және кез келген жастағы жұқтырған кезде дамиды. Инфекциядан кейінгі иммунитет салыстырмалы, реактивтіліктен қорғайды, алайда, оба оқиғаларының қайталануы көбінесе жұмсақ нысанда орын алады.

Оба жіктелуі

Оба негізгі белгілерге байланысты клиникалық формаларға сәйкес жіктеледі. Жергілікті бар, жалпыланған және сыртқы түрлерін бөлмеу. Жергілікті оба теріге бөлінеді, бубон және былғары тәрізді, жалпыланған оба бастапқы және екінші септикалық болып табылады, сыртқы емес дененің нысаны бастапқы және қайталама өкпеге бөлінеді, және де – ішек.

Оба белгілері

Обадағы инкубациялық кезең шамамен орташа 3-6 күнді құрайды (9 күнге дейін). Жаппай эпидемия жағдайында немесе жалпыланған нысандарда инкубация кезеңі біреуіне қысқартылуы мүмкін – екі күн. Аурудың басталуы өткір, безгегінің жылдам дамуымен сипатталады, таңғажайып мұздатумен бірге жүрді, ауыр интоксикация синдромы.

Пациенттер бұлшықет ауырсынуына шағымдана алады, қосылыстар, құмарлық аймақ. Құсу пайда болады (жиі – қанмен), шөлдеу (ауыр). Алғашқы сағаттан бастап науқастар қозғалады, қабылдау қабілетінің бұзылуы мүмкін (ақылсыз, галлюцинация). Үйлестіру бұзылған, сөйлеу түсінігі жоғалады. Кедейлік пен апатияны айтарлықтай азайтады, науқастар төсекден шығу мүмкіндігінің жоқтығынан әлсіреді.

Пациенттердің беті ісік, гиперемиялық, склера енгізілді. Ауыр жағдайларда геморрагиялық бөртпелер пайда болады. Обадағы тән белгісі «бор тілі» — құрғақ, тығыздалған, жарқын ақ патинамен қапталған. Физикалық сараптама айқын тахикардияны көрсетеді, прогрессивті гипотония, тыныс алу және олигурияның қысымы (анурияға дейін). Оба ісігінің алғашқы кезеңінде бұл симптоматикалық көрініс обадағы барлық клиникалық түрлерде байқалады.

**Тері пішіні** патогенді енгізу аймағында карбункул түрінде көрініс тапты. Карбункул дамып келеді, келесі кезеңдерден өтеді: алдымен гиперемиялық, шағылысқан тері піспесі (өте ауыр, геморрагиялық мазмұнмен толтырылған), ол ашылғаннан кейін, жоғарғы бөлігімен және сарғыш түбі бар жараларды қалдырады. Хирург көбейеді. Көп ұзамай оның орталығында некротикалық қара қыртысы пайда болады, жараның түбін жылдам толтырады. Бөртпелерді қабылдамағаннан кейін карбункул емдейді, қатты шрамды қалдырады.

**[Сондай-ақ оқыңыз](http://mundamedicina.info/awrwlar/kpeni-aspergillezi.html%22%20%5Ct%20%22_blank)**[Өкпенің аспергиллезі](http://mundamedicina.info/awrwlar/kpeni-aspergillezi.html%22%20%5Ct%20%22_blank)

**Bubonic нысаны** оба түрінің ең таралған түрі болып табылады. Бубондар арнайы лимфа түйіндері деп аталады. Осылайша, бұл инфекция түрінде аймақтық іріңді лимфаденит басым клиникалық көрініс болып табылады. Бубо, ереже бойынша, жалғыз, кейбір жағдайларда бірнеше болуы мүмкін. Алғашында лимфа түйін аймағында ауыру байқалды, 1-2 күн өткен соң, пальпация кеңейтілген ауыр лимфа түйіндерін анықтайды, бірінші тығыз, Процесс жүріп жатқан сайын олар пастерлік дәйектілікке жұмсартады, қоршаған тіндерге дәнекерленген жалғыз конгломератқа біріктіру. Бубодың одан арғы курсы оның өзін-өзі қалпына келтіруіне әкелуі мүмкін, және жара пайда болуына байланысты, қатаю немесе некроз аймақтары. Аурудың биіктігі бір апта бойы жалғасады, онда қалпына келтіру кезеңі келеді, және клиникалық симптомдар біртіндеп төмендейді.

**Тері және бубоникалық пішін** лимфаденопатиямен тері көріністерінің комбинациясы сипатталады. Оба түрінің жергілікті нысандары екінші сесептік және қайталама өкпелік нысандарға жетуі мүмкін. Бұл нысандардың клиникалық курстары олардың бастапқы аналогтарынан ерекшеленбейді.

**Негізгі септикалық нысаны** найзағай жылдамдықта дамиды, қысқа инкубациядан кейін (1-2 күн), ауыр интенсивтіліктің жылдам өсуімен сипатталады, ауыр геморрагиялық синдром (терідегі көптеген қан кетулер, шырышты қабықшалар, конъюнктива, ішек және бүйрек қан кету), жұқпалы-токсикалық шок жылдам дамуы. Уақтылы медициналық көмек көрсетпеген обадан септивтік нысаны қайтыс болады.

**Алғашқы өкпе формасы** инфекцияның әуедегі жолдарында орын алады, Инкубациялық кезең қысқартылды, бірнеше сағат болуы мүмкін немесе екі күнге созылады. Өткір бастау, Обаның барлық түрлеріне тән – маскүнемдіктің артуы, қызба. Өкпенің симптомдары екіншісіне көрінеді – аурудың үшінші күні: қатты күшті жөтел бар, алдымен мөлдір шыны тәрізді, кейінірек — көпіршікті қанды кілегейі бар, кеуде ауыруы пайда болады, тыныс алу қиын. Прогрессивті уыттану өткір жүрек-тамыр жеткіліксіздігінің дамуына ықпал етеді. Бұл жағдайдың нәтижесі спур және кейінгі кома болуы мүмкін.

**Ішек нысаны** ауыр іштің өткір іштің ауырсынуымен сипатталады, тез арада құсу пайда болады, диарея. Кең орындық, шырыш және қан бар. Жиі – онесмус (ауырсынуды талап етеді). Басқа ішек инфекцияларының таралуын ескере отырып, Қазіргі уақытта мәселе шешілмеген: аурудың тәуелсіз нысаны ішек оба болып табылады?, микроорганизмдердің ішекке енуі нәтижесінде пайда болды, немесе ішек флорасын белсендіруге байланысты.

Оба диагностикасы

Инфекцияның ерекше қауіпі және микроорганизмге өте жоғары сезімталдыққа байланысты, патогенді оқшаулау арнайы жабдықталған зертханалар жағдайында жүзеге асырылады. Материал көпіршіктерден алынған, карбункулдар, жаралар, ауыз қуысының флегм және слизи. Қаннан патогенді босату мүмкіндігі. Клиникалық диагнозды растау үшін нақты бактериологиялық диагноз жасалады, не, науқастарда созылмалы қатты безгегі бар, эпидемиологиялық бағытта.

Оба диагностикасын РНҚ көмегімен жасауға болады, ELISA, RNAT, RNAG және RTPGA. PCR арқылы оба бөксесінің ықтимал ДНҚ оқшаулануы. Нақты емес диагностикалық әдістер — қан анализі, несеп (өткір бактериялық зақымданудың суреті бейнеленеді), өкпе түрімен — өкпенің радиографиясы (пневмония белгілері байқалады).

Обадан емдеу

Емдеу аурухананың мамандандырылған инфекциялық бөлімшелерінде жүргізіледі, қатаң оқшаулауда. Этиотропты терапия аурудың клиникалық түріне сәйкес бактерияға қарсы агенттермен жүзеге асырылады. Курс 7-10 күн алады.

Тері пішінінде ко-тримоксазол тағайындаған кезде, бубоникалық – стрептомицинмен ішілік ішілік левомицетин. Тетрациклин антибиотиктерін де қолдануға болады. Тетрациклин немесе доксициклин омыртқаның пневмониясына және сепсисіне арналған стрептомицинмен хлорамфеникол кешенін толықтырады.

Ерекше емес терапия детоксикация шараларының кешенін қамтиды (тұзды ерітінділерге инъекцияға енгізу, декстран, альбумин, плазма) диурезді арттырумен бірге, білдіреді, микроциркуляцияны ілгерілету (пентоксифиллин). Қажет болса, жүрек-қан тамырлары тағайындалады, бронходилататорлар, противогазивті дәрілік заттар.

Оба үшін болжам

Қазіргі уақытта қазіргі заманғы ауруханаларда бактерияға қарсы агенттерді қолдану обадан өлім деңгейін төмендетеді – 5-10 артық емес%. Ерте медициналық көмек, жалпыланудың алдын алу айқын әсер етпей қалпына келтіруге ықпал етеді. Сирек жағдайларда созылмалы оба сепсі дамиды (найзағай оба), диагноз қою және емдеу, жиі өлімге әкеледі.

Оба алдын-алу

Қазіргі уақытта дамыған елдерде инфекция дерлік жоқ, сондықтан негізгі профилактикалық шаралар эпидемиологиялық қауіпті аймақтардан патогенді әкелуді болдырмауға және табиғи ошақтарды қалпына келтіруге бағытталған. Ерекше профилактика вакцина тірі вегетациялық вакцина болып табылады, жағымсыз эпидемиологиялық жағдайдағы аудандарда адамдарға өндірілген (кеміргіштер арасында оба таралуы, үй жануарларын жұқтыру жағдайлары) және адамдар, жұқтыру қаупі жоғары аймақтарға барады.

Обадағы науқасты анықтау оны оқшаулау үшін шұғыл шаралар қабылдаудың көрсеткіші болып табылады. Жеке алдын-алу құралдарын қолданатын пациенттермен күштеп байланыста болған кезде – оба жамылғысына қарсы костюмдер. Байланыс тұлғалары 6 күн ішінде байқалады, профилактикалық антибиотикалық терапия өкпе обамен ауыратын науқаспен байланысқан жағдайда жүргізіледі. Пациенттерді ауруханадан шығару — клиникалық қалпына келтіруден кейін 4 аптадан кейін және бактериялық секреция үшін теріс сынақтардан кейін (өкпе түрімен – 6 аптадан кейін).