

Л.Б. СЕЙДУЛАЕВА., Р.Ж. БАЙХОЖАЕВА., А.А.ЕРГАЛИЕВА., Ж.К.КАШИМ., П.Ж.АРЫКОВА

(жұқпалы және тропикалық аурулар кафедрасы, ҚазҰМУ)

(И.С.Жекенова атындағы, қалалық клиникалық жұқпалы аурулар ауруханасы)

СИРЕК НЕМАТОДОЗДАР

Сирек нематодоздарға бауырлық, ішектік, өкпелік, капилляриоздар және диоктофимоздар жатады. Бұл гельминтоздар – зоонозды биогельминттер. Адам бұл гельминттер үшін кездейсоқ (факультативті) иесі болып табылады. Бауыр, ішек, өкпе зақымдалады.

Диоктофимоз- нематодоз, асқазан ішек жолдарын, бүйректің зақымдалуымен уремиялық көріністермен жүретін ауру.

Түйінді сөздер: Зоонозды биогельминтоздар, нематодоздар және эпидемиология.

Бауырлық капилляриоз – бауырдың зақымдануымен жүретін геогельминтоздар тобына жататын ауру.

Этиологиясы. Қоздырғышы – *Capillaria hepatica*, түкті гельминт, көлденең бөлінген кутикуласында ұзын бациллярлы жіпшесін көре аламыз, ол гиподермальді бездерден құралған. Көлемі: аталықтары 17,28-32,02×0,04-0,08 мм, ал аналығы 98,74-0,19 мм болады. Түкті гельминттің жұмыртқалары бөшке тәрізді, олардың көлемдері 49-50×28-32 мкм.

Биологиясы. Осылардың жұқтыру көздері – кеміргішілер, мысықтар, иттер, Оңтүстік Америка шошқалары (пекари), маймылдар болып табылады. Ал адамдар -кездейсоқ иелері болады. Жетілген аналық қоздырғышылар жұмыртқаларын бауырдың паренхимасында қалдырады, сол жерде тасталған жұмыртқалар жұқтырған адамда өмір бойы сақталады және сыртқы ортаға өлгеннен кейін ғана түседі. Жұмыртқаның дернәсілге айналуы инвазивті сатысына дейін жүреді, олар 42-45 күн ішінде, 25°С-та жетіледі. Адам инвазиялық жұмыртқалармен залалданған тағам арқылы жұқтырады. Организмде жұмыртқалардан дернәсіл шығып, ішек қабырғасы арықлы бауыр паренхимасына барады, ол жерде өзінің жетілу сатысына өтеді. Жетілу сатысы шамамен 1 ай көлемінде өтеді. Айта кететін бір жай - аралық иесінде тіршілігін сақтай тұрып, қоршаған ортаға фекальді жолмен жұмыртқалары бөлініп отырады.

Эпидемиологиясы. Инфекция көзі – дефинитивті қоздырғыш иесі. Адам лас қолмен залалданған көкөністер, жемістер, басқа тағамдар арқылы және жұмыртқалармен залалданған су арқылы жұқтырады. Гельминт жұмыртқаларының қоршаған ортада тұрақтылығы жоғары: топырақта 0°С температурада 1,5 жылға дейін, ал суда 1 жылға дейін сақталады; ол кептірілген күйде 25 күннен кейін жойылады. Көбінесе гельминттердің жұмыртқаларын қоршаған ортаға қоңыздар мен шыбындар таратады.

Адамның зақымдануы спорадикалық түрде жүреді және бұл жағдай сирек тіркеледі.

Көбінде бұл ауру жылы және ылғалды климатты елдерде кездеседі, әсіресе күнделікті санитарлық норма көрсеткіштері нашар болғанда.

Патогенезі және клиникалық көрінісі. Адамның ағзасына түскен жұмыртқалар ішекте дернәсілге айналады, бұл гематогенді жолмен қақпа венасы арқылы бауырға жетеді. Сол жерде гельминттердің аналығы жетіліп жұмыртқаларын тастайды да, өздері жойылады. Сол жердегі тіндер деструкцияға ұшырайды, дернәсілдер бауырлық тосқауылдан өтіп басқа ағзаларға да ауыса алады, мысалы, бүйрекке, өкпеге, т.б.

Клиникалық көрінісінде субфебрильді температура, іштің ауыру сезімі, гепатоспленомегалия, пальпацияда бауыр мен көк бауырдың ауыру сезімі анықталады. Жалпы қан анализде: лейкоцитоз, эозинофилия, ЭТЖ жоғарылайды. Кейбір науқастарда тыныс алу ағзалары зақымданғанда бронхит және бронхопневмония симптомдары көрінеді. Ауыр ағымында бауыр тіндерінің некроздануы және фиброздануы дамиды, бұл циррозға, портальді гипертензияға алып келуі мүмкін. Ең ауыр түрі - ол бауыр циррозының дамуы.

Диагностика және салыстырмалы диагностикасы. Бауырлық капилляриоз диагнозын қою үшін бауыр биоптаттарында гельминт жұмыртқаларының анықталуы маңызды. Түкті гельминт жұмыртқалары нәжісте ешқашан анықталмайды және аспаптық диагностика жүргізу (УДЗ, КТ, МРТ) бұл бізге салыстырмалы диагностика үшін керек. Гепатиттерден және бауыр циррозынан, басқа аурулардан ажырату керек.

Емі: Арнайы терапия өткізілмейді, көбінесе альбендазол (немозол) қолданылады, тәуліктік мөлшері - 10-20 мг/кг күніне 2 рет 20 күнге дейін.

Болжамы: Уақытылы ем жүргілсе, қолайлы болады.

Алдын-алу және күресу шаралары: Кеміргіштерді және геогельминтоздарды жою.

Ішектік капилляриоз. Бұл зоонозды биогельминттерге жататын ауру. Асқазан ішек жолдарының құрлысының бұзылысымен көрінеді. Бұл ауру дене салмағының төмендеуіне, кахексияға әкеледі.

Этиологиясы. Қоздырғышы – *Capillaria philippensis* – түкті нематода. Жұмыртқалары домалақ пішінді, көлемі: аталығы – 2-3 мкм, аналығы – 2-4 мкм

Биологиясы. Негізгі иелері – балықпен қоректенетін құстар, сирек жағдайда -адамдар. Аралық иелері – қоймалжың судағы балықтар болып табылады.

Эпидемиологиясы. Ауру фекальді-оралді жолмен таралады. Адамдар қоймалжың судағы залалданған балықты термиялық дұрыс өңделмеген күйде тағамға қолдануы арқылы жұқтырады. Жоғары аурушылық Филиппин, Тайланд, Япония, Иран, Египет елдерінде байқалады. Көбінесе 25-40 жас аралығындағы ер адамдар ауырады.

Клиникалық көріністері мен патогенезі. Гельминттер ащы ішектің шырышты қабатын зақымдайды. Адам тағамға паразиттің дернәсілімен инвазияланған балықты қолданғаннан соң 1 ай немесе одан да көп уақыттан кейін басталады. Ауру диспепсиялық синдроммен, іштің ауыру сезімімен, іш кебуімен, жүрек айнуымен, құсумен, диареямен (күніне 5-10 ретке дейін іштің өтуі) көрінеді. Осының салдарынан су-электролиттер балансының бұзылысы күшейеді. Гипопротеинемия

дамып, кейіннен асцитке және дене салмағының азаюына алып келеді. Алғашқы клиникалық симптомдар байқалғаннан бастап 2-8 аптадан кейін екіншілік инфекциялар және жүрек-қан тамыр жүйесінің жеткіліксіздігі өлімге алып келуі мүмкін. Диагноз және салыстырмалы диагнозы. Аурудың диагнозы клиникалық және эпидемиологиялық мәліметтерге және паразит жұмыртқаларының нәжісте анықталуына негізделеді. Нәжіс 14-30 күн интервалымен қайта тексеріледі, себебі гельминттер жұмыртқалары сатылы ауысуына байланысты, нәжіспен кезңділікпен бөлінеді. Салыстырмалы диагностикасы басқа гельминтоздармен, трихоцефалезбен, дизентерия және әр түрлі этиологиялы энтероколиттермен жүргізіледі.

Емі. Альбендазолды 10-20 мг/кг мөлшерінде күніне 2 реттен 20 күн бойы қабылдайды, тәуліктің максималды мөлшері – 800 мг. Ересектерге мебендазол 200 мг, ал балаларға 100мг-нан 2 рет 3 апта бойы қолдануға болады. Патогенетикалық, симптоматикалық терапия жүргізіледі.

Болжамы. Интенсивті инвазия кезінде болжам қолайсыз, айқын асқынулар дамуы мүмкін.

Алдын алу және күресу шарттары. Ішектік капилляриозбен күресу барысында инвазияланған адамдарды анықтау және дегельминтизациялау негізгі роль атқарады. Әсіресе балық өнімдерімен жұмыс істейтін адамдар арасында кездеседі. Тұрғындар үшін балық және уылдырықты түпкілікті кулинариялық өңдеуден өткізу маңызды фактор болып табылады. Ішектік капилляриозбен тиімді күресу үшін эндемиялық аумақтың тұрғындары арасында кең санитарлық ағарту жұмыстары, насихаттау жұмыстарын жүргізу керек.

Өкпелік капилляриоз – бұл тыныс алу жолдарының зақымдалуымен сипатталатын созылмалы ағымды нематодоз болып табылады.

Этиологиясы. *Sarillaria aerophilus* – мөлшері 62-77×33-37 мкм, жіпше тәрізді нематода, ақшыл-сұр немесе күлгін түсті, басы орналасқан ұшы жінішкерек болып келген, жұмыртқаларының көрінісі екі жақ полюстерінде тығындары бар бөшке тәрізді болып келеді. Өлшемдері: аталығы – 15-18×0.06-0,07мм, ал аналығы – 18-20×0,1 мм.

Биология. Дефинитивті иелері – ит, мысық, түлкі, қасқыр, ақ түлкі, кірпі, күзен, сусыр, бұлғын болып табылады. Аралық иесі адам болып табылады. Жыныстық жетілген гельминттер соңғы иесінің тыныс алу мүшелерінің шырышты қабатында паразиттік тіршілік етеді. Жұмыртқалары қақырық және нәжіспен бөлінеді. Жұмыртқадан шыққан дернәсілдер аралық иесі – жауынкұрттың ағзасында 11 айға дейін тіршілігін сақтауға қабілетті. Адамның паразиттерді жұтуынан кейін дернәсілдері өкпеге еніп, жыныстық пісіп жетілген құрттарға айналады.

Эпидемиологиясы. Ауру пероральді жолмен жұғады. Адам баласы балық аулау кезінде немесе жер қазу жұмыстары барысында, жауынкұрттарды кездейсоқ езіп-жаншу салдарынан қолын гельминттердің дернәсілдерімен залалдайды. Патогенезі мен клиникалық көрінісі. Құрғақ үретін (лауший) жөтелмен сипатталатын жедел бронхит дамиды. Бірнеше уақыттан соң көп мөлшерде шырышты-іріңді қақырық бөлініп, кейде қан араласып келеді, жөтел ұстамалары түнгі уақытта күшейіп, дене қызуы жоғарылайды. Ауыр жағдайларда бронхопневмониямен асқынуы мүмкін. Тыныс жеткіліксіздігінің белгілері (ентігу, еріндердің және аяқтардың цианозы), әлсіздік пайда болады. Жалпы қан анализдерінде лейкоцитоз, эозинофилия, ЭТЖ-ң жоғарылауы байқалады. Демікпелі бронхит гельминттер жойылғаннан кейін де бірнеше жылға жалғасатын ұстамалы демікпе түрінде сақталуы мүмкін.

Асқынулары. Екіншілік инфекцияның қосылуынан өкпенің абсцесі мен демікпе дамуы мүмкін.

Диагноз және салыстырмалы диагнозы. Қақырық пен нәжісте гельминттердің жұмыртқаларын анықтау диагноз қою барысында маңызды орын алады. Салыстырмалы диагнозды әр түрлі этиологиялы тыныс алу ағзаларының ауруларымен жүргізу керек.

Емі. Йодты препараттарды (Люголь ерітіндісі: 1л дистилляцияланған суға 1 гр. калий йоды) 4-8 мл-ден 7-14 күн аралығында ультрадыбысты ингалятордың көмегімен интратрахеальді жолмен енгізеді. Диэтилкарбамозин тәулігіне 0,3-0,4 гр-нан 8 күн бойы тағайындалады. Бір аптадан соң, препаратты сол мөлшер, екі-үш күндік емдеу курсымен 8-12 күн аралықпен қабылданады.

Болжамы. Уақытылы емдеу жүргізілсе нәтиже қолайлы болуы мүмкін.

Алдын алу және күресу шаралары. Балық аулау және жер қазу жұмыстары кезінде лас қолдарымен бетті және киімді ұстамау немесе жанаспау қажет. Жұмыс аяқталған соң қолды мұқият жуу керек.

Диоктофимоз – асқазан-ішек жолдарының, бүйректің зақымдалуымен, уремиялық белгілерімен және гематуриямен көрінетін нематодоз болып табылады.

Этиология. Қоздырғышы – *Diostophyme renale* (свайник-великан – алып) – қызыл түсті үлкен, аузы 2 қатар сақина түрінде орналасқан, 12 емізікшесі бар нематода. Аналығының ұзындығы – 14-40 см.

Биология. Иттер, түлкілер, көртышқандар, тюлендер - соңғы иесі болып табылады. Кейде жетілген құрттар адам, шошқа, аттар организмінде, ірі қара малдың бүйрегінде кездеседі. Иесінің зәрі арқылы паразит жұмыртқалары сыртқы ортаға шығады, 15-102 күнде 1-ші сатылы дернәсілдер дамиды және жұмыртқалардың инвазиялық қасиеті пайда болады. Аралық иесі – *Lumbriculus variegatus* құрт болып табылады. Аралық иесінің ағзасында жұтылған жұмыртқалардан дернәсілдер шығып, іш қуысының қан тамырларына еніп, 2 рет түлеп, соңғы иесіне енетін инвазивті түріне ауысыды. Резервуарлары – балықтар мен бақалар. Олардың инвазияланған Олигохеталардың дернәсілдерін жұтуынан кейін де паразит тіршілігі ұзақ сақталады, бірақ ары қарай метаморфозы жүрмейді. Соңғы иесі Олигохеталармен залалданған суды немесе залалданған резервуарлы иелерін жеу арқылы жұқтыруы мүмкін. Негізгі иесінде паразит дернәсілдері иесінің іш қуысына, одан кейін бауырға өтіп, жетіліп дамиды. Жұқтырғаннан бастап 2 айдан кейін паразит 4 түлеуден өтіп, бүйрек капсуласы арқылы паренхимаға өтіп, оның бүйрек тостаканшасына белсенді түрде енеді. Паразиттің соңғы иесінің ағзасындағы тіршілік ұзақтығы 3-5 жылға дейін созылады.

Эпидемиологиясы: Негізгі иесі – ит. Қазақстанда иттердің 1-9%-ы залалданған. Диоктофимоз Аргентинада, Парагвайда, Бразилияда, АҚШ-да, Иранда, Қытайда, Жапонияда, жиі ТМД елдерінде кездеседі.

Патогенез және клиникалық көріністері: Адам организміндегі патологиялық өзгерістер бауыр мен іш қуысына дернәсілдердің миграциясымен байланысты болып, геморрагиямен, шажырқайдың серозды-фибринозды қабынуымен, бауырдағы веналық іркілуімен, жараланған жерде гранулеманың және тыртықтануының пайда болуымен көрінеді. Бүйрек тостаканшаларындағы гельминттердің паразиттеуі бүйрек паренхимасының бұзылысына алып келеді, бұл кезде тек қана капсула сақталады.

Клиникалық көріністері: Бүйректің шаншу тәрізді ауыру сезімі, пиурия, гематурия, олигурия (анурияға дейін) тән.

Асқинуы: Бүйректік кома.

Диагноз және салыстымалы диагностикасы: Диагноз эпидемиологиялық анамнезге негізделіп қойылады: эндемиалық аймақтан келуі, термиялық өндеуі жеткіліксіз балық пен бақадан жасалынған тағамды пайдалануы. Аспаптық зертеулерден УДЗ, КТ көптеген мәлімет береді.

Емдеуі: Арнайы медикаментозды терапия жоқ. Емдеу – тек хирургиялық жолмен.

Болжам: Сирек жағдайда ауыр асқинулар дамиды.

Алдын алу: Алдын алу шараларына тағамға толық термиялық өңделген балықты қолданы және залалсыздандырылған су ішу жатады.

Токсокароз – ауыр зоонозды паразитарлық аурулардың бірі. Нематода үй жануарларының, әсіресе иттің ішегінде тіршілік етеді. Сонғы жылдары иттер санының көбеюі және олардың қоршаған ортаны ластауы байқалады. Бұл ауру әлемнің көптеген елдерінде медицина-санитарлық мәселеге айналды. Иттердің 21,9%-ң заладануы манызды экологиялық мәселе болып табылады. Тұрғындар арасында 10,1%-ын 4-10 жастағы балалар құрайды. Бұл саябақтардың, ойын алаңдарының токсакаралардың паразиттік жұмыртқаларымен ластануынан болады.

Токсакароз кен профилді дәрігер мамандарының қызығушылығын тудырып отыр. Бұл аурудың мәселесі педиатрлар, терапевтер, инфекционисттер, сонымен қатар окулистер, невропатологтар және соның ішінде жанұя дәрігерлері үшін манызды болып саналады. Патологиялық үрдіс әр мүшеде әр түрлі симптомдармен білінеді

Этиология: Токсокароз қоздырғышы *Nemathelminthes munihe Nemftoda Rudolphi* классына (1809 ж.), *Ascaridate skrjabin* топшасына (1915 ж.), *Anisakidae skrjabin et Kokorkhin* тұқымдастығына (1945 ж.), *Toxocara stiles* (1905 ж.) туыстастығына жатады. Токсокараның 2 түрі белгілі: ит тұқымдас гелмиттері, олар иттер, түлкілер және қасқырлар организмінде тіршілік етеді. Ал *T.mistax* гелминті мысық тұқымдастарға тән. Қазіргі мәліметтер бойынша токсакароздың негізгі қоздырғышы *T. canis* ол толық зерттелмеген. *T. canis* – ашық-сары түсті, құйрық жағында конус тәрізді қосымшасы бар нематода. Аналығының ұзындығы – 6-18 см. Бас жағында үрілген кутикулалар орналасады, олар кең бүйірлік қанаттарын қалыптастырады, олардың ұзындығы мен кеңдігінің диагностикалық маңызы бар.

Жұмыртқаның сыртқы қабаты қалың, қатты, бүдірлі. Оның түсі ашық қонырдан қараға дейін өзгеріп отырады.

Қоздырғыштың өмірлік циклі және таралуы көптеген механизмдермен сипатталады.

Иттер токсакарозының жұқтырылуы 4 механизммен жүреді .

1. Тікелей

2. Құрсақ ішілік

3. Трансмаммарлы

4 Паратеникалық иелері (резервуарлар) арқылы

Иттер топырақпен немесе топырақпен ластанған тағаммен қоректенген кезде токсакароз жұмыртқаларын жұтып, тікелей зақымданады.

Иттің асқазанында және ащы ішегінде жұмыртқаның ішінен дернәсілдер шығады. Олар миграцияланады. Бұл миграция адамның *Ascarida Lumrikoides* миграциясына ұқсас. Асқазанның шырышты қабатындағы көк тамырларынан өтіп, қақпа венасына түседі. Одан кейін бауырға, бауырдан төменгі қуыс венасына барады. Ал қуысты венадан жүректің оң жақ бөлігіне жетеді. Өкпе артериясы арқылы, өкпенің капиллярлы жасушаларына барады, ал содан соң альвеолалар мен бронхиолаларға өтеді. Бронхиолалардан дернәсілдер бронтарға, одан соң трахеяға, содан кейін жұтқыншаққа жетеді. Мұндай миграция 5 аптаға дейінгі күшіктерде кездеседі. Дернәсілдердің барлығы өкпеге жетіп, өкпе венасын пенетрациялайды, үлкен қан айналым шеңберіне өтіп, артериялар жүйесі арқылы өртүрлі ағзалар мен тіндерге жайылады. Бұл жұғу миграциясы үлкен жануарларға тән. Дернәсілдер соматикалық тіндерде өзінің тіршілік ету қабілетін бірнеше жыл сақтай алады.

Жануарлар жүкті кезінде дернәсілдер бала жолдасы арқылы ұрыққа барады. Нәтижесінде жаңа туылған 3-4 апталық күшіктердің организмінде жыныстық жетілген гелминттер дамиды.

Адам *T. canis* қоздырғышының факультативті иесі болып табылады. Бұл гелминт тек дернәсіл түрінде паразиттейді. Жұмыртқалары ауызға ластанған топырақпен, жеміс-жидектермен және көкөністермен түсуі мүмкін. Піспеген және жеткіліксіз термиялық өндеуден өтпеген ет тағамдарымен жұғуы да мүмкін. Токсокароздың жүкті және емізуші әйелдердің трансплацентарлы және трансмамиллярлы жолмен берілетіні дәлелденген. Адам ауруды пероральді жолмен жұқтырғанда токсакараның инвазияланған жұмыртқалары асқазанға түседі, ащы ішектің проксимальді бөлігінде олардан дернәсіл шығады. Дернәсілдер ішектің шырышты қабатынан қанға, одан бауырға, содан кейін жүректің оң жағына өтеді. Өкпе артериаларына түскен дернәсілдер өкпе капиллярларынан өкпе венасына өтіп, жүректің сол бөлігіне жетеді де артериялар арқылы мүшелер мен тіндерге жетеді. Тар капиллярларға түскен дернәсілдер миграция үрдісінің нәтижесінде паренхималық мүшелерде (бауыр, өкпе, ұйқы безі, қанқа бұлшықеті, ми, көз, т.б.) тұрып қалады. Олар өспейді, өзгермейді, бірақ ұзақ айлар, жылдар бойы тіршілігін сақтайды. Ағзаның қорғаныштық қызметі әлсірегенде дернәсілдердің белсенуі және миграциясының жалғасуы мүмкін. Бірнеше уаыттан кейін дернәсілдер инкапсуляцияланып өлімге ұшырайды.

Патогенезі: Токсокароздың патогенезі күрделі түрде өтеді. Инвазия патогенезінде маңызды рольді организмнің сенсбилизациясы атқарады. Сенсбилизацияның себептеріне гелминт тіршілігінің өнімдері (метаболизм және соматикалық антигендер), жылдам және баяу гиперсезімталдық реакцияларының дамуы жатады.

Жылдам аллергиялық реакциялардың клиникалық-лабораторлық көріністері – қайталамалы қызба, аллергиялық бөртпе (крапивница), эозинофилия, бронхиолалардың және ас қорыту жолдарының тегіс бұлшық еттерінің жиырылуы.

Токсокароз кезінде бауырда, өкпеде, миокардта, ұйқы безінде, лимфа түйіндерінде, қаңқа бұлшық еттерінде, мида көптеген гранулемалар түзіледі.

Личинкалар миграция барысында тіндердә зақымдайды, геморрагия, некроз шақырады және патогенді микрофлораның өткізуші және инокуляторы болып табылады.

Клиникасы. Зақымдану интенсивтілігі, дернәсілдердің адам организміңде таралуы, оның иммунологиялық статусы клиникалық көріністерінің әртүрлілігі және инвазия ауырлығының себепшісі болып табылады. Висцеральді және көз таксокорозын ажыратамыз.

Висцеральді токсокароз көбіне 1,5-4 жас аралығындағы балаларда кездеседі, ересектер сирек шалдығады және оларда ауру жеңіл түрде өтеді. Топырақпен белсенді қатынаста болғандықтан, лас қолдан, пикацизм себебінен көп жағдайда ер балалар ауырады.

Висцеральді токсокароздың көріністері: рецидив беретін қызба, өкпелік синдром, бауырдың ұлғаюы, эозинофилия, гиперглобулинемия.

Температура, көбінесе субфебрильді, сирек фебрильді, тәуліктің екінші жартысында немесе кешкі уақытта байқалады, жоғарғы деңгейге дейін көтеріліп, төмендегенде айқые тершеңдікпен сипатталады.

Өкпенің зақымдалу синдромын катаральді синдроммен, бронхитпен, бронхопневмониямен, демікпемен көрінеді.

Кейбір науқас балаларда түнгі жөтел ұстамасы кездеседі, ентігу, асмастикалық тыныс алу байқалады, аускультацияда құрғақ немесе ылғалды сырыл естіледі. Рентгенологиялық зерттеу арқылы «ұшқыш» инфильтраттар көруге болады.

Жиі кездесетін белгі – гепатомегалия, бірақ интенсивті емес инвазияда байқалмауы да мүмкін. Науқастардың жартысында көкбауырдың ұлғаюы, сонымен қатар, лимфалық түйіндердің де ұлғаюы байқалады.

Кейбір науқастарда токсокароз абдоминальді синдроммен өтеді: науқастар іштің ауыру сезіміне, құсуға, жүрек айнуына, метеоризмге, іш өтуіне шағымданады.

Сирек жағдайда орталық жүйке жүйесінің зақымдалуы кездеседі: тітіркенгіштік, тұстің нашарлауы және бас миының ошақты зақымдалуының басқа белгілері.

Висцеральды токсокароздың нақты белгілерінің бірі – жоғары деңгейдегі эозинофилия (эозинофильді-лейкоцит реакциялардың қалыптасуына дейін). Салыстырмалы эозинофилия 30 %-дан асып, 90 %-ға дейін жетуге мүмкін. Лейкоциттердің жалпы саны $15-100 \times 10^9 / л$ деңгейіне дейін жоғарылайды. Жиі жағдайларда ЭТЖ жылдамдайды.

Кейде теріде эритемотозды немесе уртикарлы бөртпелер пайда болады. Токсокароз миокардитпен, панкреатитпен, бүйректің әртүрлі зақымдалуларымен көрінуі мүмкін. Ұзақ ағымында анемия үдейді.

Токсокарозға ұзақ, рецидив беретін ағым тән. Ауру бірнеше айдан бірнеше жылға дейін созылуы мүмкін. Сирек жағдайларда аллергиялық реакцияның күшеюінің, миокард, орталық жүйке жүйесінің, өкпенің зақымдалуының себебінен өлімге әкеп соғады.

Диагностикасы: Висцеральды токсокароздың арнайы өзіне тән белгілері болмағандықтан клиникалық диагноз қою қиынға түседі. Диагностикасында иммунологиялық әдіс маңызды орын алады. Ең алдымен серологиялық реакциялар – ИФА және РЕМА. Бұл әдістерге жоғары сезімталдық және арнайылыққа тән.

Токсокароздың клиникалық көріністері мен эозинофилиидер деңгейінің және арнайы антиденелер тирінің арасында корреляция байқалады. РЕМА сынамасының 1:800-ден астам титрі ауру туралы мәлімет береді. Ал егер титр 1:200-1:400 болса, токсокароздың клиникалық көріністерінің айқын емес үрдісін көрсетеді.

Токсокароз диагнозын лаборатория емес, емдеуші дәрігер клиникалық көріністеріне баға бере отырып, салыстырмалы диагностика өткізіп, ауру белгілеріне сай басқа мамандарды кеңесін ескере отырып, қояды.

Әлемдік әдебиеттерде жарияланған, науқастарға жүргізілген көптеген бақылауларға негізделіп, токсокароз кезіндегі клиникалық белгілермен лабораториялық көрсеткіштердің диагностикалық маңыздылығы балдық жүйе бойынша кестеде көрсетілген. Кесте бойынша 12 баллдан астам болса, токсокароз диагнозын қоюға болады негіз бар.

Таблица 1 - Токсокароз кезіндегі клиникалық симптомдар мен лабораториялық көрсеткіштердің диагностикалық маңызы.

№	Белгілер	Балл-диагностикалық бағалау
1	Перифериялық қандағы эозинофилия	5
2	Лейкоциты	4
3	ЭТЖ жоғарлауы	4
4	Гипергаммаглобулинемия	3
5	Гиперальбуминемия	3
6	Анемия	2
7	Рецидивті қызба	3,5
8	Өкпелік синдром	3,5
9	Өкпенің рентгенологиялық зерттеуі	2
10	Бауыр көлемінің ұлғаюы	4
11	Асқазан-ішектің бұзылуы	2
12	Жүйке жүйесінің бұзылысы	1,5
13	Тері қабатының өзгерісі	1
14	Лимфаденопатия	1

12 баллдан астам болса, науқасқа серологиялық тексеру жүргізілуі тиіс. Токсокароз жұқтыртуына себеп туғызатын мәліметтер эпид.анамнезде қаралады: балалар геофагиясы, үй жағдайында ит ұстау, үй маңында бақшаның болуы, тамақ алдында қол жуу тәртібінің болмауы, жуылмаған жеміс-көкөністер тағамға қолдану.

Емі. Токсопароздың емінде минтезол (тиабендазол) қолданылады. Емінің ұзақтығы 5-10 күнге жалғасады, мөлшері – 25-50 мг/кг, тәулігіне 2 рет 100 мг-нан, 2-4 апта тағайындалады. Ересектерге кейде тәуліктік мөлшерді 300 мг-ға дейін көбейтіледі, 2-6 мг/кг дитразин цитраты 2-4 аптаға тағайындалады. Альбендазол: 10-20 күнге 10 мг/кг.

Этиотропты препараттармен қоса, антигистаминді препарат тағайындалады

Алдын алу. Жеке бас гигиенасын сақтау, топырақпен және жануарлармен контакта болған соң қолды жуу, қалалық жерлерде ит, мысық нәжісімен ластануын гелминтизация арқылы алдын-алу. Жеміс-жидектерді мұқият тазалап жуып пайдалану.

Л.Б. СЕЙДУЛАЕВА., Р.Ж. БАЙХОЖАЕВА., А.А.ЕРГАЛИЕВА., Ж.К.КАШИМ., П.Ж.АРЫКОВА
РЕДКИЕ НЕМАТОДОЗЫ

Резюме: К редким нематодозом относятся печеночные, кишечные и легочные капилляриозы и диоктофимозы. Эти гельминтозы - зоонозные биогельминты. Человек является случайным (факультативным) хозяином. Поражаются ткань печени, легких и кишечника.

Диоктофимоз- нематодоз, проявляющийся поражением желудочно-кишечного тракта, поражением почек, уремическими явлениями.

Ключевые слова: Зоонозные биогельминтозы, нематодозы и эпидемиология

L.B. SEYDULAIYEVA., R.J. BAICHOJAIYEVA., A.A.YERGALIYEVA., J.K. KASHIM., P.J. ARTYCOVA
RARE NEMATODOSIS

Resume: The rare nematodosis include liver, intestinal and pulmonary capillariasis and dioctophymosis. These helminthiasis - zoonotic biohelminthosis. Human infection is rare. Liver, lungs and intestinal tissues are affected. Diocophymosis-nematodosis manifested by lesions of the gastrointestinal tract, kidney, uremic phenomena.

Keywords: zoonotic biohelminthosis, nematodosis, epidemiology