

Сіреспе – *Clostridium tetani* қоздырғышымен тудыратын жарақаттық инфекциялар тобына жататын контагиозды емес зооантропоноз, қондырмалы мотонейрондардың нейротоксинмен зақымдалуының әсерінен қанқа бұлшық еттерінің клоникалық және тоникалық тырысуымен сипатталады.

Этиологиясы. Сіреспенің қоздырғышы – *Clostridium tetani*. Ол *Clostridium* туыстығына, *Bacillaceae* тұқымдастығына жатады, облигатты анаэроб. Қоздырғыштың пішіні ірі, жіңішке таяқшалы және жан-жағы домалақтанған болады. Ұзындығы 4-8 мкм, ені 0,3-0,8 мкм. Микроб дөңгелек терминалді орналасқан, барабан таяқшасы сияқты. *Clostridium tetani* - дің 20-шақты талшықтары болады және олардың көмегімен қозғалғыш келеді. Ол барлық анилин бояуларымен жақсы боялатын Грам «оң» таяқша.

Антигендік құрылымы әр түрлі. Соматикалық О–антигені және түрлі типоспецификалық талшықты Н-антигенін ажыратады.

Бактерияның 10 серовары бар.

Микроб спора түзеді. Олар сыртқы ортаның физикалық және химиялық әсеріне төзімді болады. Топырақта, нәжісте, әр түрлі заттарда олар жылдар бойы сақталуы мүмкін. Температура 37°, ылғал анаэробты жағдайда, споралар вегетативті түріне айналып экзотоксин түзеді.

Сіреспе қоздырғышының экзотоксиндері –

- тетаноспазмин – нейротоксин
- тетаногемолизин – эритроциттердің ыдырауна қатысады
- протеин – ацетилхолиннің түзілуін күшейтетін

Токсиннің ұлы қасиеті өте жоғары, тек қана ботулотоксиннен төмен.

Токсиннің сілтілі ортада, күн сәулесінде, қыздырғанда, белсенділігі тез төмендейді, жойылады. Асқорыту жолдарының ферменттері токсинді жоя алмайды, бірақ токсин ішектің шырышты қабырғасы арқылы өте алмайды. Сондықтан, токсин ауыз арқылы түскенде қауіпсіз болады.

Эпидемиологиясы. Эпид. процесстің 1 звеносы - аурудың көзі – шөппен қоректенетін жануарлар, топырақ.. *Clostridium tetani* табиғатта кең таралған. Ол шөппен қоректенетін жануарлардың және 5-40% адамдардың ішегінде тұрақты мекендеуші болады. Нәжіс арқылы топыраққа түсіп, онда споралық түріне аусады.

Ауру адам ауру көзі болып саналмайды.

Эпид. процесстің 2 звеносы – жұқтыру жолдары – контакілі - жарақаттанған тері, шырышты қабат арқылы.

Сіреспе таяқшаларының көбеюі жоғары ылғалды жерлерде, ауыл шаруашылығы жақсы дамыған оңтүстік аудандарда жүреді. Ауру жарақат алумен байланысты болады. Споралар топырақтан адамның киіміне түсіп, одан теріге еніп аздаған жарақат болғанда ауру дамиды. Әсіресе, ауру басталуының негізгі себебі, аяқтардағы микротравмалар -62-65% жағдайда болып табылады, яғни жалаң аяқ жүргенде. Сондықтан сіреспені «жалаң аяқ ауруы» деп атайды. Сонымен қатар күйікте, үсікте, босану кезінде, асептика ережелерін сақтамағанда, үйде босанғанда (босанатын әйелдердің сіреспесі), қылмыстық жасанды түсік жүргізгенде, нәрестенің кіндік бауын кескенде (нәрестерелрдің сіреспесі) ауру даму қауіпті жоғары болады.

Бір қатар кездейсоқ жағдайларда жұғу жолы белгісіз қалады (криптогенді сіреспе).

Патогенезі.

Жұқтыру сатысы.

1. Анаэробты жағдайда споралар вегетативті түріне ауысып экзотоксин бөледі. Ең қауіптісі тетаноспазмин.
2. Тетаноспазмин гематогенді, лимфогенді және периневралді жолдарымен бүкіл организме тарап жүйкелік жасушалардың сыртқы талшықтарына бекінеді.
3. Эндоцитоз арқылы жасушаның ішіне кіріп аксон арқылы ОЖЖ жетеді.
4. Тетаноспазмин синаптобrevиннің және целлюлобrevиннің нейромедиаторлардың түзілуін төмендетеді, полисинаптикалық рефлекторлық доғаның қондырмалы нейрондарының қызметі бұзылады.
5. Нәтижесінде мотонейрондардан түскен импульстер бұлшық еттерге үздіксіз беріліп, көлденең жолақты бұлшық еттерінің тоникалық тырысуын шақырады.
6. Бұл тырысулар әр түрлі дыбыстық, жарықтық, тактилі, иіс рецепторлардың импульстарынан басталуы мүмкін.
7. Ұзаққа созылған тырысулар гипертермия және энергия жоғалту әсерінен ацидоз шақырады. Диафрагмалді және қабырғааралық бұлшық еттерінің тырысу әсерінен өкпе жетіспеушілігі дамиды.
8. Тетаногемолизин гемолитикалық және кардиотоксикалық касиеттерімен жергілікті некроз шақырады.
9. Ретикулярлы формацияның нейрондарының блокадасының әсерінен парасимптикалық жүйке жүйесінің жұмысы бұзылып тыныс

орталығы және тамырқозғалыс орталығы зақымдану нәтижесінде жүрек, тыныс тоқтап қалады.

Клиникалық көріністері. Жасырың кезеңі - 1-21 күн, көбіне 1-2 апта, бірақ 30 күннен артық болуы мүмкін. Аурудың клиникасы жара жазылғаннан кейін басталуы мүмкін. Қысқа жасырың кезеңнен кейін сіреспенің ауыр түрлері дамиды. Сіреспенің басталуы жедел. Нышандардың классикалық триадасы дамиды:

1. Тризм – шайнау бұлшық еттерінің керіліп тырысуы, ауыз ашуы қиындайды
2. Сардоникалық жымию – мимикалық бұлшық еттерінің тырысуы. Бұл кезде адам бір жағынан күліп, бір жағынан жылап тұрғандай болады, маңдайы әжімденіп, ауызы керіліп, езуі түсіп тұрады.
3. Дисфагия – жұтқыншақ бұлшық еттерінің керуілінің әсерінен жұтыну қиындайды.

Желке бұлшық еттерінің ригидтілігі және ауру сезімі байқалады. Басы артқа қарай тартылып, аяқ қолдардардың бұлшық еттері тартылады, денесі созылып доға тәрізді иіледі - опистотонус. Іш бұлшық еттерінің тартылуы нәтижесінде іш тақтай тәрізді болады. Тырысулар шудан кейін, жарықтан кейін, аздаған шайқалудан дамуы мүмкін. Тырысулар бірнеше секундтан бірнеше минутқа созылады, жиілігі аурудың ауырлық дәрежесіне байланысты. Жеңіл дәрежесінде тәулігіне 1-2 рет, ауыр түрлерінде үздіксіз, сағатына 10-шақты ұстамалары қайталанып отырады. Науқас өте әлсірейді, қызуы көтеріледі – 41-42°, терлейді, зәр шығару мен дефекация қиындады, ұйқысыздық байқалады. Ал науқастың санасы болады. Тахикардия, жүрек тондары тұйықталған, гипертензия байқалады. Ошақты және менингеалді симптомдар болмайды. Ішкі ағзаларда өзгеріс болмайды. Қанның, зәрдің, ликвордың лабораториялық көрсеткіштері қалыпты.

Сіреспе кезіндегі бұлшық еттердің зақымдалуының ерекшеліктері:

1. Тұрақты гипертонус
2. Тек қана ірі бұлшық еттер зақымданады
3. Бұлшық еттердің жоғары ауру сезімі байқалады
4. Бұлшық еттер жоғарыдан төмен қарай зақымданады

Сіреспенің жіктелуі

I.Инфекцияның кіру қақпаларына байланысты:

1. Жарақаттық сіреспе (жарақаттанудан, операциядан, босанғаннан, күйіктен, үсінгеннен, электрожарақаттан кейін);
2. Қабыну және деструктивті процесстер (ойық жара, терінің ойылуы, ісіктердің ыдыруы) нәтижесінде дамидын сіреспе;

3. криптогенді сіреспе (инфекцияның кіру қақпалары анықталмаған).

II. Таралуы бойынша:

1. Жайылмалы сіреспе

2. Жергілікті сіреспе

- Жергілікті жара аймағында – сирек кездеседі. Жарақаттанған аймақтың бұлшық еттерінде ауру сезімі болады, бұлшық еттердің гипертонусы, кернеуі, тырысулары байқалады. Жұлынның зақымдануынан процесс жайылмалы түрге аусуы мүмкін.
- Бульбарлы немесе Бруннер сіреспесі – бұл кезде сопақша ми мен жұлынның жоғары бөліктері зақымдалады. Жүрек немесе тыныс алу салдануының әсерінен науқас өлімге ұшырайды.

III. Ағымының ауырлығы бойынша

- Жеңіл, орташа ауырлықта, ауыр

IV. Асқынулар бойынша

А. Ерте: бронхит, аспирациялық, гипостатикалық пневмония, ателектаз, асфиксия, миокард инфаркты, жүрек салдануы, миокардит, омыртқалардың сынуы, бұлшық еттердің жыртылуы.

Б. Кеш: ұзақ тахикардия және гипотензия, жалпы әлсіздік, омыртқа жотасының деформациясы, бұлшық еттермен буындардың контрактурасы.

Диагностикасы клинико-эпидемиологиялық мәліметтерге негізделеді, себебі токсин қанда анықталмайды және антитоксикалық антиденелер бұрынғы прививканың ізі болуы мүмкін. Эпидемиологиялық анамнезінің ролі маңызды. Клиникалық көріністердің ішінде жара тұсының ауыруы, тартылуы. Тістің арасына шпатель салып оның үстіне перкуссия жүргізгенде шайнау бұлшық еттерінің жиырылуы – тризмнің алдында дамиды.

Емдеуі. Сіреспемен ауырған науқастарды тыныш жеке палатыға жатқызу керек. Науқасқа жеке пост және тұрақты бақылау қажет. Жоғары калорийлі тағам зонд арқылы беріледі. Біріншіден, жараның біріншілік хирургиялық обработкасын жасау керек. Бұл манипуляцияны наркозбен жасау керек. Алдымен, науқастың жара аймағындағы терісіне 1000-3000 ҚБ сіреспеге қарсы сарысу енгізіледі.

Науқасқа бұлшық ет ішіне сіреспеге қарсы сарысу енгізіледі: ересектерге- 100000-150000 ҚБ, жаңа туылған нәрестелерге – 20000-40000 ҚБ, балаларға – 80000-100000 ҚБ.

Сарысу енгізудің алдында наукаға десенчибилизация жүргізу қажет. Сонғы кезде антитоксикалық мақсатымен сіреспеге қарсы адамның иммуноглобулинін – 900 ҚБ (6 мл) бұлшық етіне бір рет енгізеді.

Тырысуларға қарсы седативті наркотикалық, нейроплегиялық препараттар, миорелаксантар қолданылады.

Алдын алу шаралары. Біріншіден әр түрлі жарақаттардан сақтану керек. Сіреспенің арнайы алдын алу шаралары жоспар ретінде және қауыпты жағдай туғанда жүргізіледі. Жоспар бойынша балаларға АКДС және АДС ассоцияцylanған вакциналар егіледі. Бірінші ревакцинация 9-12 айдан кейін, қалғаны 5-10 жыл сайын жүргізіледі. Анатоксин балаларға 5-6 ай мен 17 жасқа дейін енгізіледі. Қауіпті жағдайларда сіреспелік анатоксин ересектерге 1 ай интервалымен 2 рет 0,5 мл тері астына тағайындау керек. Бұрын привика қабылдамаған адамға 1 мл сіреспелік анатоксинді 3000 ҚБ сіреспеге қарсы сарысуды Безредка әдісі бойынша енгізеді. Сосын 1 айдан кейін тек қана анатоксин енгізіледі.

Халық арасында санитарлы ағарту жұмыстар жүргізілу қажет.

Қорытынды:

Сіреспе мәселесі күрделі, глобалді, жалпы адамзаттық, өлімге әкелетін өте қауіпті ауру. Өлім – жітімділігі – 70-90%, адекватты ем қолданғанда - 10%.

Сіреспе ежелгі заманнан белгілі ауру болып есептеледі. Оның ең алғашқы клиникалық сипаттамасын Гиппократ берген, өйткені Гиппократтың баласы Скамандрос сіреспеден өлген. Пироговтың баласыда осы аурудан қайтыс болған. Бұрын сіреспенің пайда болуын жарақат алумен байланыстырған. Сіреспемен ауру әсіресе соғыс кезінде көбейген.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. «Инфекционные болезни» - Черкасов И. П. Москва 2004
2. Клинические рекомендации для практикующих врачей. Доказательная медицина. “Гэотар- Медицина”, 2003г., 2. Черкасов В. Л. Рожа. 1986г.
3. А.Қ. ДҮЙСЕНОВА «Жұқпалы аурулар» оқулығы.
Источник: <http://freeref.ru/wievjob.php?id=225243>
4. Интернет желісінен:
<https://diseases.medelement.com/disease/view/MTMyMTk%253D/fDB8>

Жоспары:

I. Кіріспе

Сіреспе ауруы туралы түсінік.

II. Негізгі бөлім

а) Сіреспенің этиологиясы, патогенезі.

б) Сіреспе ауруының алдын алу және күресу жолдары.

III. Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.