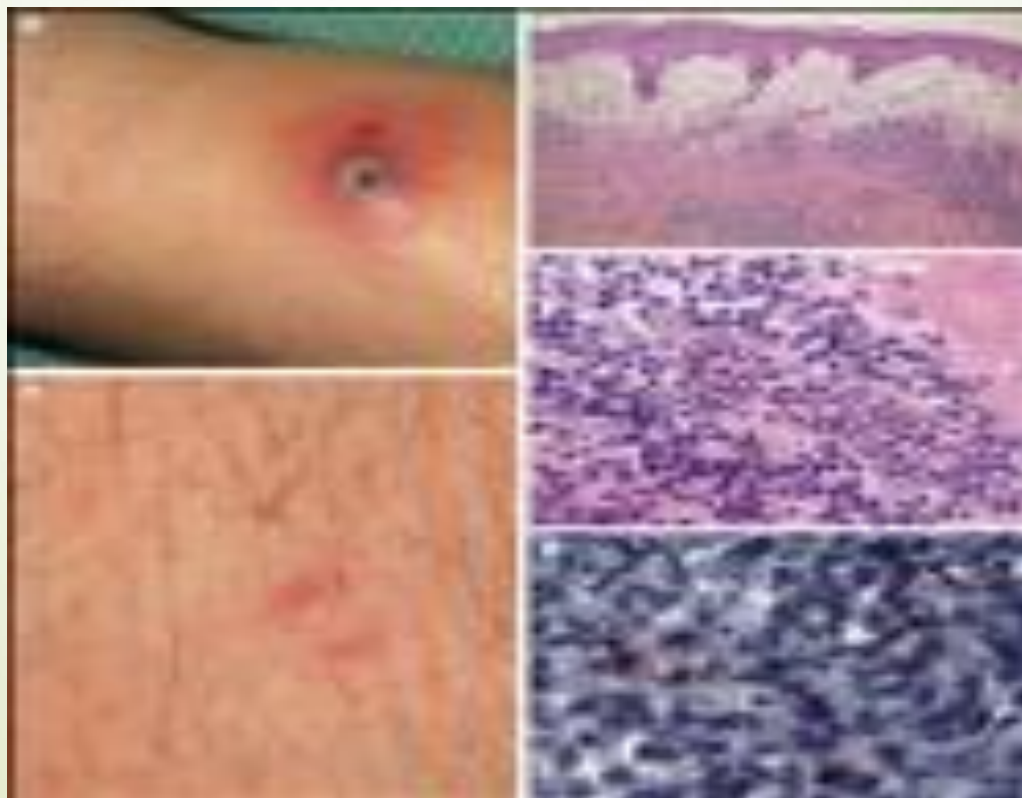


RIKKETSIOZLAR

DOS.BƏYLƏROVA REYHAN

Rikketsiozlar - Rikketsiyalar vasitəsilə törədilən, transmissiv yoluxma yolu, vaskulit və trombovaskulitin inkişafı ilə xarakterizə olunan və kliniki olaraq sikliki gediş, ümumi intoksikasiya, dəridə səpgilər və bəzən meninqoensefalit əlamətləri ilə təzahür olunan kəskin infeksiyon xəstəliklər qrupudur.



Tarixi məlumat

1909 cu ildə Amerika patoloqu Ricketts qayalı dağların ləkəli qızdırmasına tutulmuş şəxslərin qanından kürəyə bənzər mikroorqanizmlər tapmış, lakin onların təbiətini öyrənə bilməmişdir. Sonralar bu törəmələr Meksika səpgili yatalağına tutulanların qanından və bitdən əldən edilmişdir. 1916-cı ildə Da Roxa Lima bu mikrobları Rickettsin şərəfinə Rickettsia adlandırmışdır.

Rikketsiozların təsnifatı

Bütün rikketsiozlar 6 qrupa bölünür, 5 –i insanda rast gəlinir.

1.səpgili yatalaq-epidemik, bit və endemik siçovul, birə səpgili yatalaqları.

2. Ləkəli gənə qızdırması-Marsel qızdırması, Şimali Asiyanın gənə səpgili yatalağı, çiçəyəbənzər-vezikuloz rikketsioz.

3.Tsutsuqamoşi qızdırması.

4. Ku qızdırması.

5. Paroksizmal rikketsiozlar, Valin səngir qızdırması.



**Epidimioloji
xüsusiyyətlərinə görə**

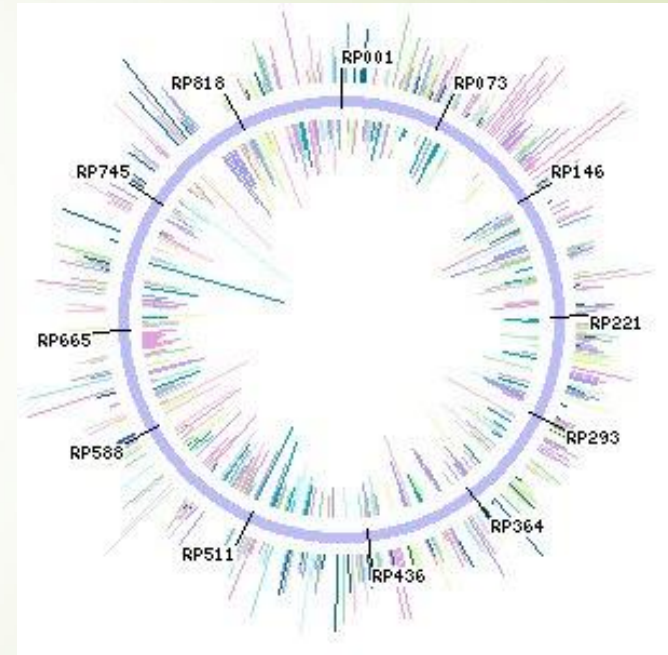
```
graph TD; A[Epidimioloji xüsusiyyətlərinə görə] --> B[Antroponoz mənşəli epidemik rikketsiozlar-səpgili yatalaq və Valın qızdırması.]; A --> C[Təbii-ocaqı, antroponoz mənşəli endemik rikketsiozlar-qalan bütün rikketsiozlar.];
```

**Antroponoz mənşəli
epidemik rikketsiozlar-
səpgili yatalaq və Valın
qızdırması.**

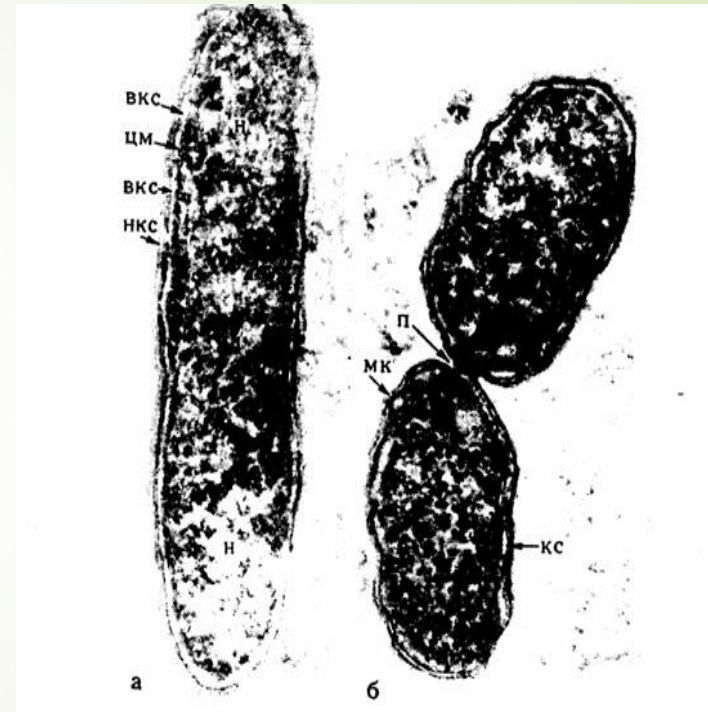
**Təbii-ocaqı,
antroponoz mənşəli
endemik rikketsiozlar-
qalan bütün
rikketsiozlar.**

Rikketsiyalar

- Bakteriyalarla viruslar arasında ara vəziyyət tutur
- İnfeksiyon prosesin fazasından və intensivliyindən asılı olaraq morfoloji formaların müxtəlifliyi qeyd olunur
- Daha erkən inkişaf fazasında-sapabənzər formalar, son inkişaf fazasında kokabənzər və çöpşəkilli formalar müəyyən olunur.
- Filtrasiya olunan formaları immunogenliyə və patogenliyə malik deyil.
- Hərəkətli, qrammənfidirlər, spor əmələ gətirmir, zülal örtüyə malikdirlər



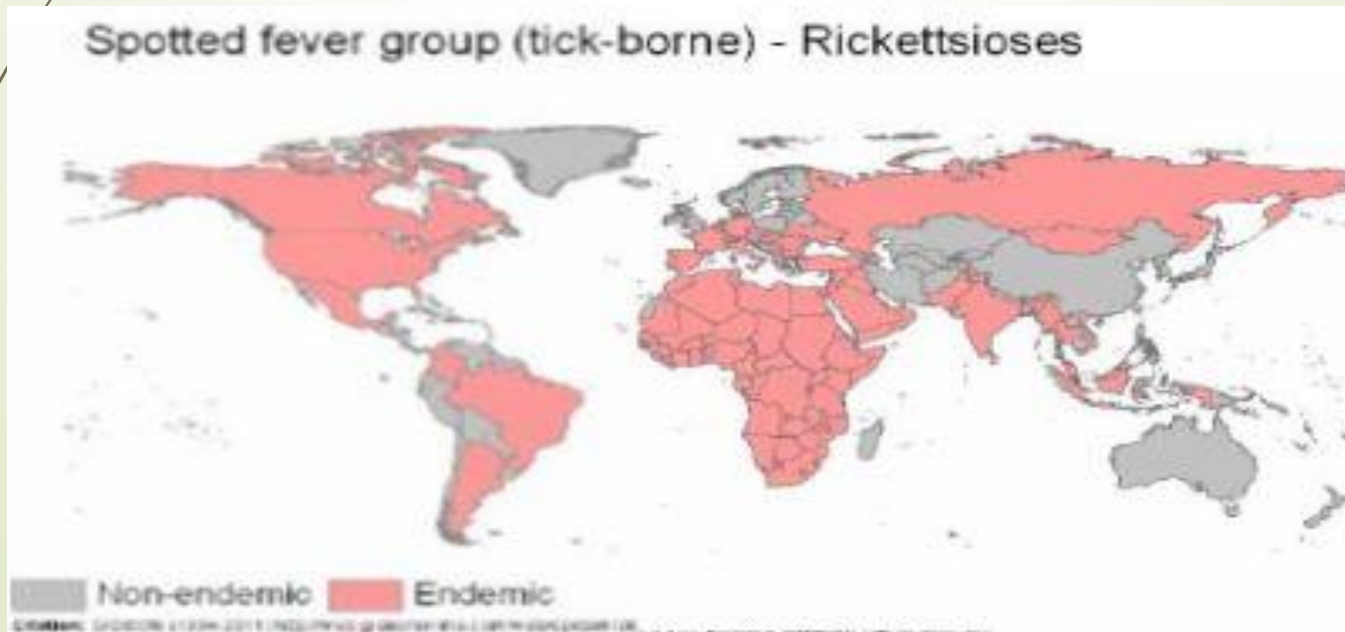
- Ultraquruluşuna görə əksər qrammənfi bakteriyalarla oxşardır
- Kimyəvi tərkibinə görə (lipidlərin miqdarı yüksək, karbohidratların miqdarı aşağıdır) viruslara yaxındır
- Obliqat hüceyrədaxili parazitlərdir
- Binar bölünmə yolu ilə çoxalırlar
- İstiliyə qarşı həssasdırlar
- Adi qatılıqlarda dezinfeksiyaedici vasitələrlə inaktivləşir.



- Rikketsiyalar vegetativ (çoxalan) və mürgüləyən formalara
- bölünür.

Mürgüləyən rikketsiya uzun müddət xarici mühitdə qaldıqdan sonra yoluxma verə bilir.

- Onları süni qida mühitində deyil, toyuq embrionunun sarı kisəciyində çoxaltmaq mümkündür. Rikketsiyaların güclü endotoksini var. Toksin qan damarlarının iltihabını və genişlənməsini əmələ gətirməklə MSS-də ağır dəyişikliklər törədir.



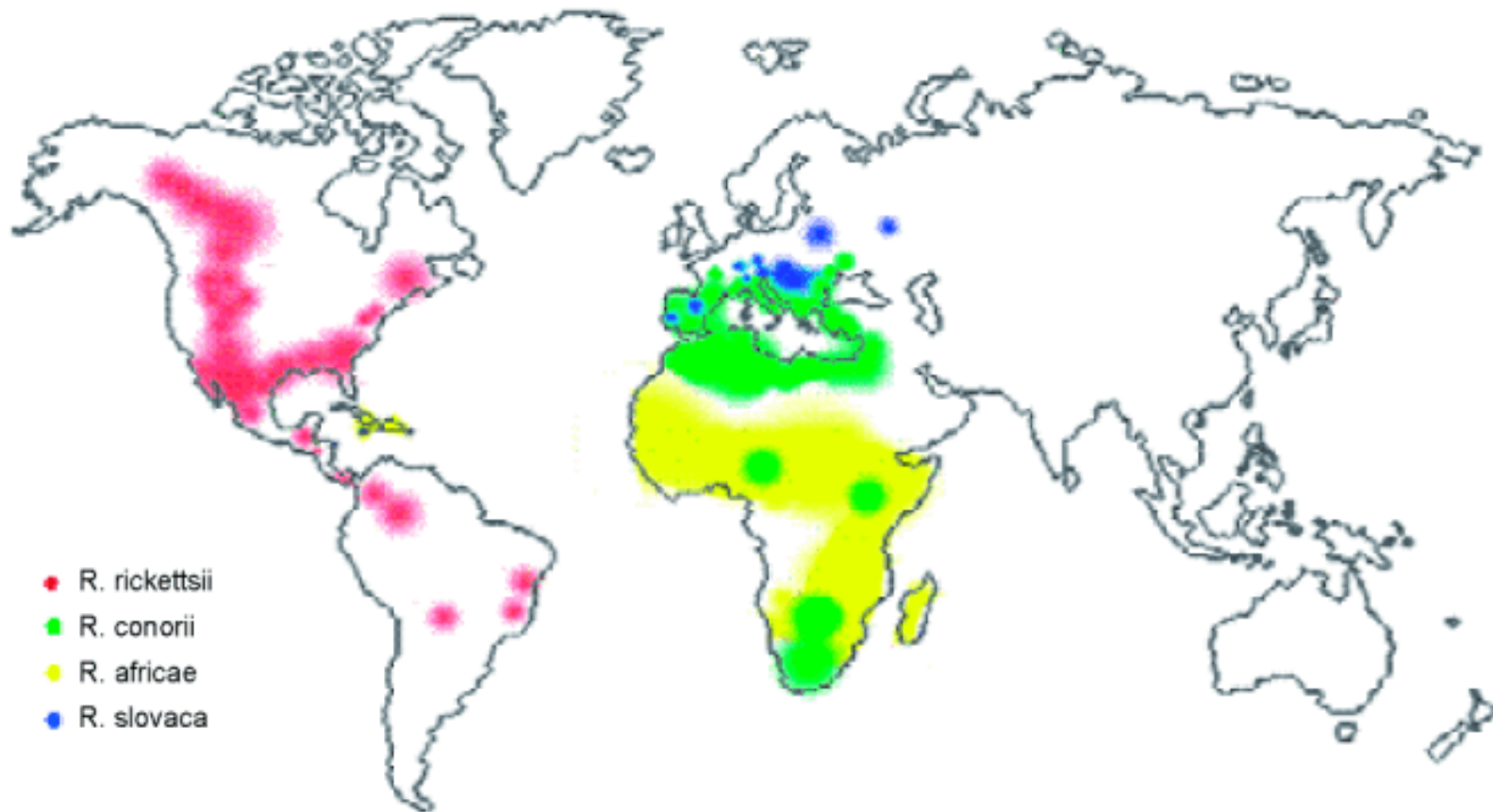
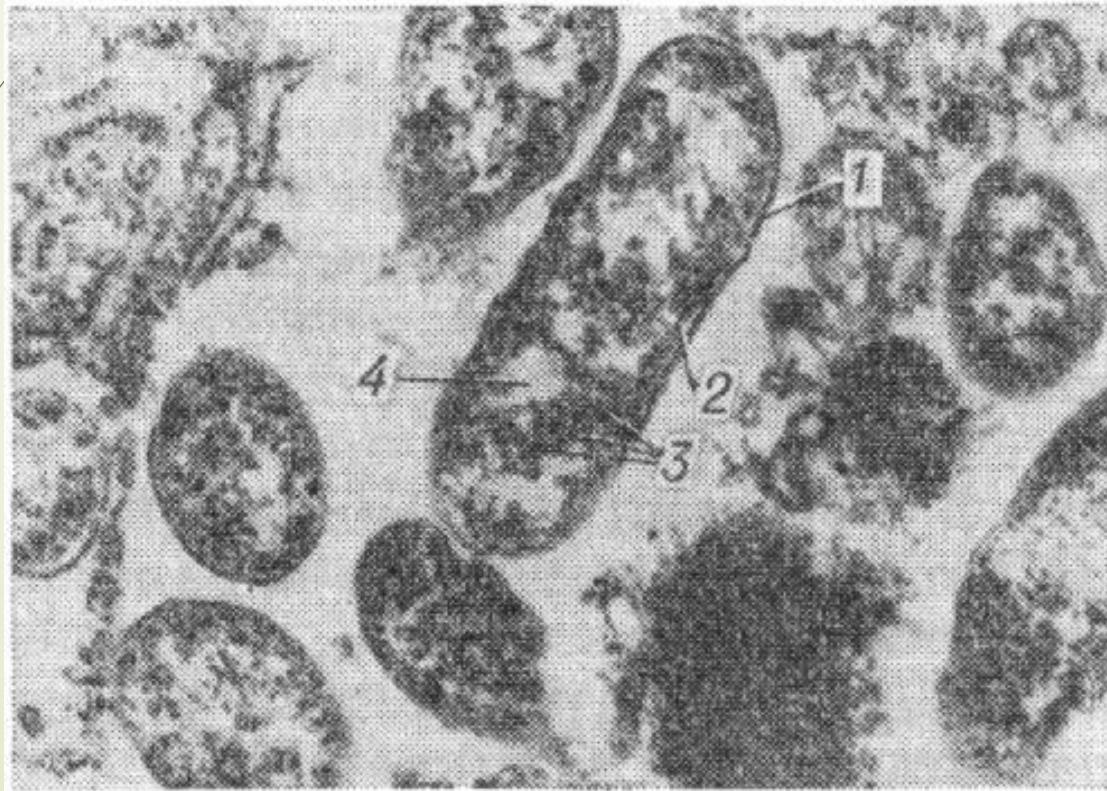


Figure 1. Distribution géographique de quelques rickettsioses du groupe boutonneux (Adapté des réf.^{2,3}).

Endemik və ya siçovul səpgili yatalağı

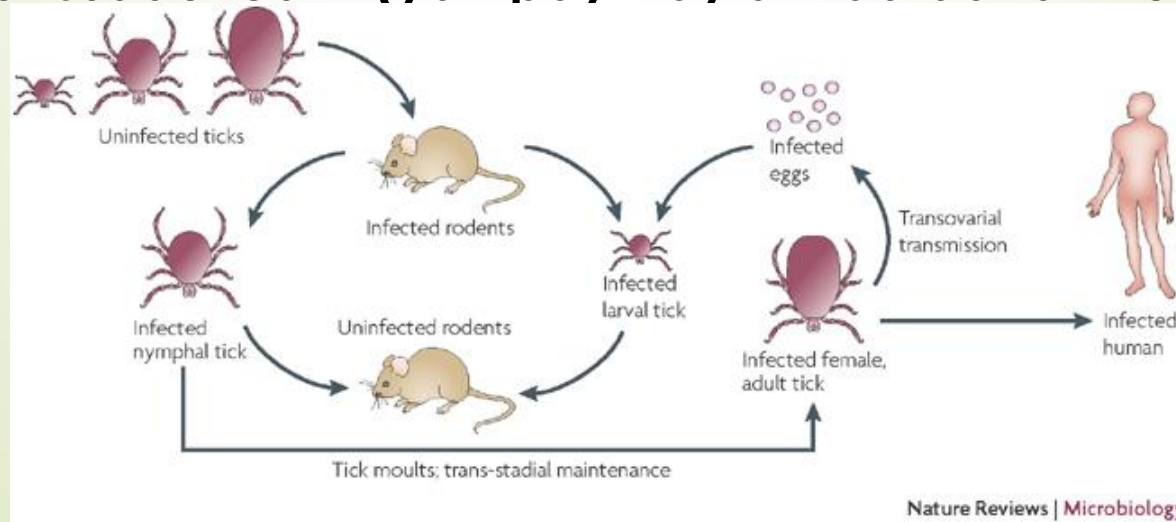
Rickettsiosis endemica murina

Zoonoz mənşəli, sporadik xəstələnmə verən və kəskin qızdırma, rozeolez-papuloz səpgi ilə gedən xoşxassəli xəstəlikdir



Etiologiya və Epidemiologiyası

- Törədicisi – *Rickettsia typhi* (mooseri)
- Mikrobu rezervuarı boz və qara siçovullar, siçanlar, ektoparazitlər-siçovul birəsi (*Xenopsylla cheopis*) və qamaz gənəsidir.
- Gəmiricinin sidiyi ilə ifraz olunur
- Alimantar, birənin nəçisindən dəriyə, selikli qişalara düşdükdə və gəmiricinin dişləməsi yolu ilə yoluxur
- İl boyu təsadüf edilir (yaz-payız aylarında daha intensiv olur)



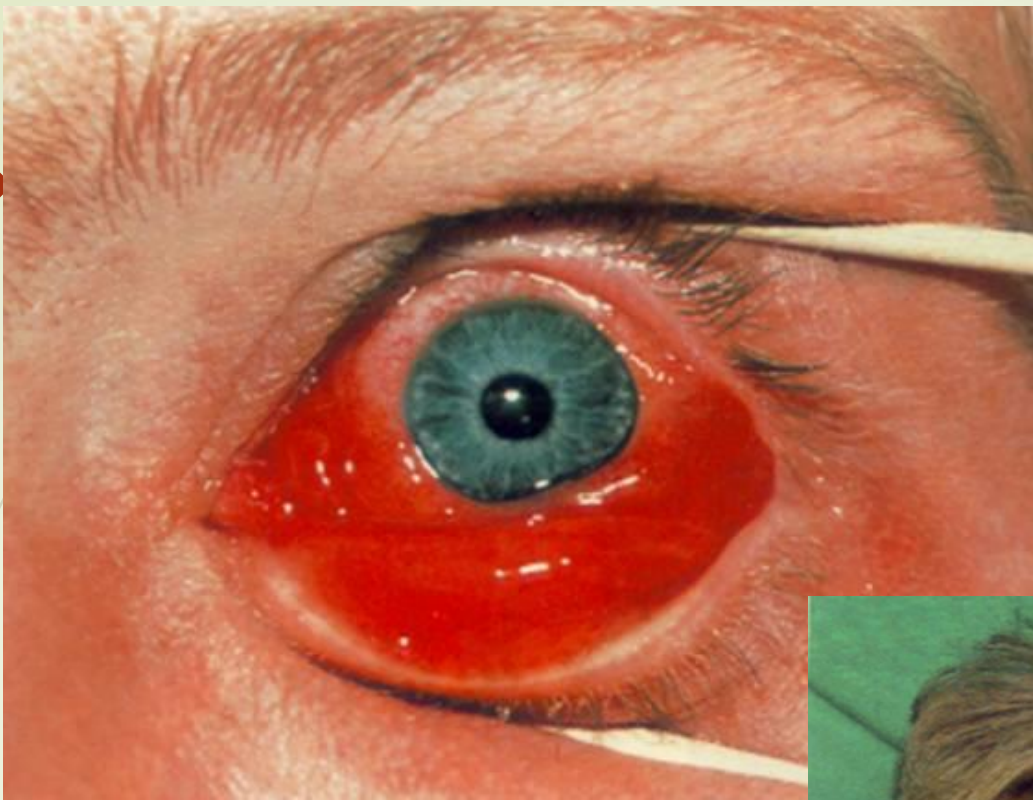
Patogenezi

- Patoloji prosesin əsasını damarların, xüsusilə kapilyarların, perikapilyarların və arteriollaların dəyişiklikləri təşkil edir
- Trombovaskulitlə birlikdə toksinin təsirindən paralitik hiperemiya baş verir
- Patogenezdə papuloz səpgi ilə özünü göstərən allergik faktorun da rolu var



Klinikası

- Gizli dövr – 5-15 gün çəkir
- 1-2 gün ərzində qızdırma 39-40S-ə çatır (10-13 gün)
- İlk günlərdə - baş ağrısı, əzələlərdə, əl-ayaq oynaqlarında ağrı
- Qızdırmanın 4-7-ci günləri səpgilər əmələ gəlir
- Rozeola (ya makula)→makulo-papuloz→papuloz→petexial (nadir hal)
- Ekzantema 3-6 gün ərzində izsiz itir
- Qızdırma dövrü üz və konyuktivalar qızarır, nəbz sürətlənir, AT düşür, ürək tonları karlaşır
- Adətən sağalma ilə qurtarır



Diaqnoz

**Seroloji reaksiyalar -
KBR, PHAR Muzer və
Provaçek rikketsiyalarının
antigenləri ilə paralel
qoyulur və anticisimlərin
titri 2-8 dəfə çox olur.**

Müalicə və profilaktikası

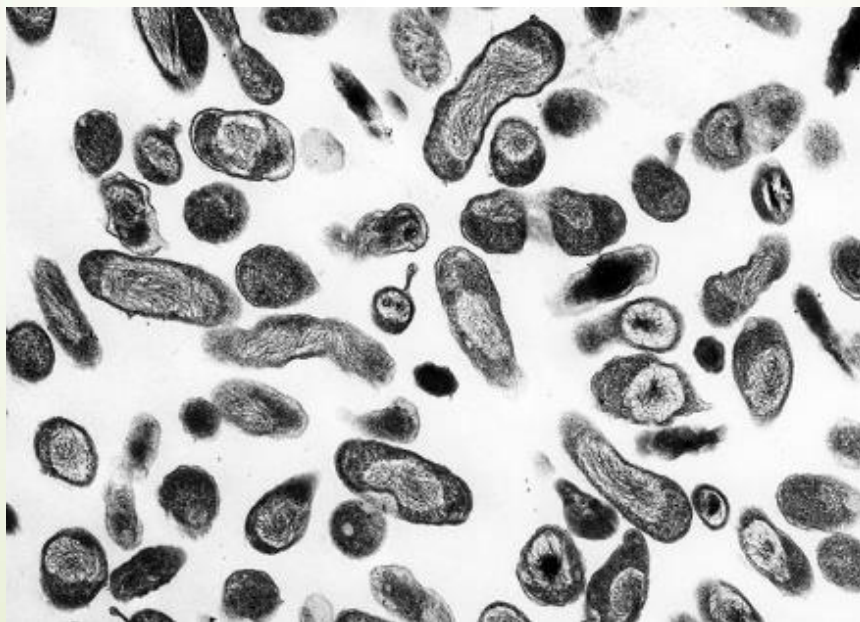
- Bütün qızdırma dövrü və temperatur normaya düşdükdən sonra bir gün ərzində 0,2q, gündə 4 dəfə tetrasiqilin verilir.
- Profilaktika tədbirlərinə deratizasiya, deinfeksiya və ərzaq məhsullarının etibarlı mühafizəsi aiddir.



EPİDEMİK SƏPGİLİ YATALAQ

Typhus exanthematicus

Bitlər vasitəsilə ötürülən, sikliki gediş, meninqoensefalitin, ürək- damar sisteminin zədələnməsi və rozeolez petexial səpgilərlə xarakterizə olunan kəskin rikketsiozdur.



Səpgili yatalağın tarixi

- İlk dəfə bizim eradan əvvəl 430-cu ildə Fukidid tərəfindən təsvir edilmişdir.
- Səpgili yatalaq epidemiyaları xalqın başına gələn fəlakətlərlə bağlıdır (xəstəliyin sinonimləri: hərbi, həbsxana, düşərgə, aclıq)
- İlk dəfə Frakastoro(1546) məlumat vermişdir, törədicini Ricetts və provazek(1913) kəşf etmişdir. Nikol(1909) xəstəliyin paltar biti ilə keçdiyini sübut etmişdir.
- Q.M.Minx 1871-ci ildə öz-özünü yoluxdurma zamanı sübut etmişdir ki, səpgili yatalağa yoluxma həşəratlar vasitəsilə baş verir.
- O.O. Moçutkovskiy- Odessa şəhər xəstəxanasının ordinatoru 1876-cı ildə 6 dəfə öz-özünü yoluxdurmaya cəhd etmiş, səpgili yatalaqlı xəstənin qanını özünə yeritmişdir. 6-cı cəhd alınmış və o, 18-ci gün səpgili yatalağa yoluxmuşdur.

**Rus alimlərindən S.P.Botkin,
N.K.Rozenberq,
K.M.Loban və b. Səpgili yatalağın
patohistologiyası,
klinikası, diaqnostikası, müalicəsi
və profilaktikasının
öyrənilməsində öz töhfələrini vermişlər.**



ETİOLOGİYA

- Törədici-Rickettsia Prowazekii, Şimali
- Amerikada R.Canada-dır,
- Çöpvari, qrammənfi, hemolizini intoksikasiya verən, anticisim əmələ gətirən endotoksini var.
- Ölçüləri 0,2-40 mkm-dir.
- Mürəkkəb antigen quruluşu var.
- Sferoplastabənzər L-formalara və filtrasiya olunan formalara çevrilə bilər.
- Toyuq embrionlarının yumurta sarısı qişasında, intranazal yoluxdurulmuş siçan, siçovul və dovşanların ağciyərlərində, kultivasiya olunur.
- Qurumaya və soyuğa davamlıdır.
- Bütün quru nəcisində 60-70S-də uzun müddət yaşayır.



EPİDEMİOLOGİYA


- Provaçək rikketsiyalarının mənbəyi- xəstə insandır.
- Xəstənin qanı 20-21 gün ərzində yoluxucu olur (inkubasiya dövrünün son 1-2 günü, bütün qızdırmalı dövr (16-17 gün və ondan sonrakı 2 gün)).
- Bəzi amerikan tədqiqatçılarının rəyinə görə uçan sişovullar infeksiya mənbəyi və potensial sahib ola bilər. Onların orqanizmlərində və ektoparazitlərində rikketsiyalar aşkar edilmişdir və onlar törədicinin əsas keçiricisinin – paltar bitinin geniş yayıldığı şəraitdə epidemik səpgili yatalağın alovlanmasına səbəb ola bilər.

- **İnfeksiya parenteral yoluxma mexanizmi ilə ötürülür.**
- **Yoluxma yolu- transmissiv yoldur**
- **Yoluxma amilləri- paltar və az hallarda baş bitidir.**
- **Yoluxma rikketsiyalarla çirklənmiş nəcisin dəri sıyrıntılarına sürdükdə və ya rikketsiyalarla yoluxmuş əzilmiş bitlərin dəriyə düşməsi zamanı baş verir.**
- **Səpgili yataqlı xəstənin qanını sormuş bitlər 4-5 gündən sonra infeksiyanı ötürmək qabiliyyətində olurlar. Bu müddət ərzində bitin mədəsinin epitel qatında rikketsiyaların çoxalması və MBT mənfəzinə düşməsi baş verir.**
- **Yoluxmuş bit 30-31 gün yaşayır. Bu müddət ərzində bit yoluxdurucu olur.**



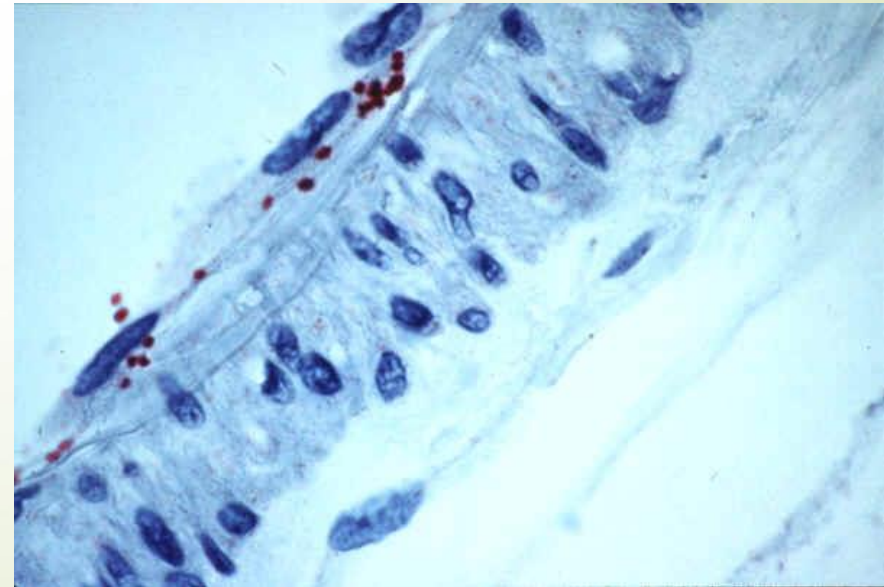
- ➔ Yoluxma bitlərin nəcisinin və ya əzilmiş bitlərin materialının gözlərin və ya yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasına düşməsi zamanı mümkündür
- ➔ Hava-damcı yolu – siçanların rikketsiyalarla intranazal yoluxdurulması üzrə işlərin aparıldığı laborator şəraitlərdə baş verir
- ➔ Hava-toz yolu – səpgili yatalağın müəyyən edilməmiş ocaqlarında (qurumuş bitlər və onların ifrazatları paltarda, məişət əşyalarında saxlanılır) baş verir.
- ➔ inkubasion dövrün son 1-2 günü götürülmüş donor qanı köçürüldükdə yoluxma baş verir.



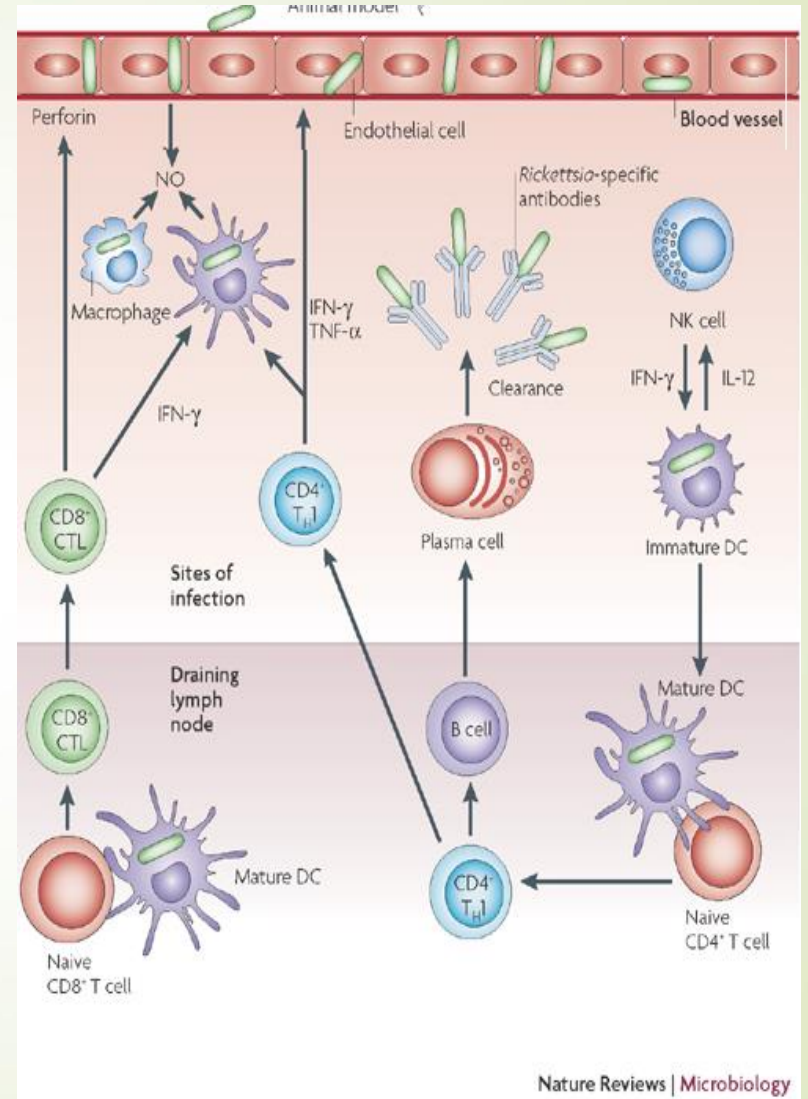
- 
- Həssaslıq yüksəkdir.
 - Xəstələrin əsas hissəsini həyat tərzinə görə yoluxma təhlükəsinə məruz qalan 18-40 yaşlı daha aktiv insanlar təşkil edir
 - Xəstəlik üçün qış-yaz mövsümliliyi xarakterikdir ki, bu da ilin bu vaxtlarında əhalinin sıxlığı, isti xəz paltarın geyilməsi və s. ilə bağlıdır.
 - Keçirilmiş xəstəlikdən sonra qeyri-steril immunitet əmələ gəlir (premunisiya halı). Bu zaman törədici orqanizmdə xroniki latent infeksiya şəklində mürgüləyən vəziyyətdə olur və daima onun müdafiə mexanizmlərini superinfeksiyaya qarşı stimulyasiya edir.
 - Rikketsiyaların insan orqanizmində uzun müddət mövcud olması keçirilmiş səpgili yataqlıdan 10 illər sonra rikketsiyaların limfa düyünlərində olması ilə eksperimental olaraq sübut edilmişdir.

PATOGENEZ

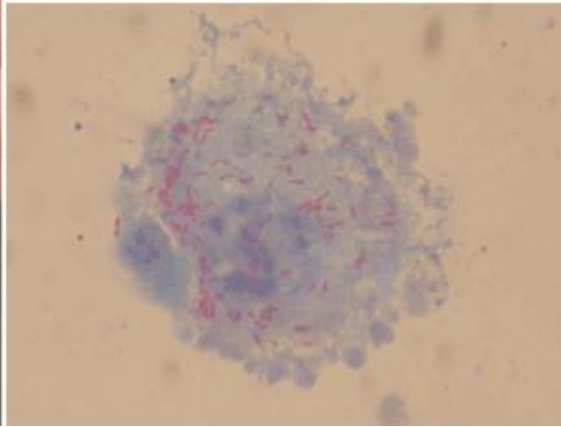
- Rikketsiyaların zədələnmiş dəridən və selikli qişalardan daxil olması
- Limfa cərəyanı, qan cərəyanı
- Rikketsiyaların bir hissəsinin ölməsi və endotoksinin çıxması
- Rikketsiyaların damarların, xüsusilə də qan cərəyanının yavaşdığı və damar mənəzləri daha kiçik olan kapilyarların və prekapilyarların divarının endotelial hüceyrələrinin səthində adsorbsiyası
- Rikketsiyaların faqositozu və hüceyrədaxili çoxalma
- Zədələnmiş endotelin şişməsi və deskvamasiyası
- Endotelin dağılması və rikketsiyaların qan cərəyanına çıxması.
- Rikketsiyaların yeni hüceyrələrə daxil olmasının təkrar prosesləri və onların çoxalması
- Toksinemiya. Kliniki təzahürlərin başlanması



- ➔ Daxil olduđu yerdə endotel qatı destruksiyaya uğrayır və ziyilli endovaskulit inkişaf edir, konusvari tromb yeni trombovaskulit əmələ gəlir. İltihab və destruksiya inkişaf edərək pan-və perivaskulitə keçir. Spesifik toksinin angioiflic təsiri nəticəsində kapilyarların genişlənməsi, keçiriciliyinin artması və plazmanın toxuma arasına ekstravazasiyası, toxumalarda mübadilə pozğunluğu, daxili orqanlarda hipoksiya və distrofik dəyişikliklər müşahidə olunur..



- Xəstəliyin 6-7-ci günündən başlayaraq zədələnmiş kapliyarlar boyu polimorf nüvəli hüceyrələrdən və makrofaqlardan ibarət çoxlu spesifik qranulemaların (Frenkelin tif düyünləri) əmələ gəlməsi. Tromb və qranulemalar damarın keçiriciliyini azaltmaqla toxumalarda işemiya əmələ gətirir. 6-8 ci günlərdə tif düyünləri orqan və toxumalarda, dəridə, konyuktivada, ağ ciyərlərdə, böyrəküstü vəzilərdə, MSSdə yerləşir. MSS də olması meninqoensefalitə oxşadır.
- Baş beyin damalarında, simpatiko-adrenal sistemdə, ürək əzələsində, dəridə, böyrəküstü vəzilərdə, tənəffüs orqanlarında, urogenital sistemdə, qan yaradıcı orqanlarda, həzm traktında, skelet əzələlərində deskvamativ-proiferativ və destruktiv-trombotik proseslər
- 1920-ci ildə İş V. Davidovski səpgili yatalağa *düyünlü disseminasiya olunmuş irinsiz mieloensefalit* kimi tərif vermişdir, çünki qranulematoz prosesi ilk növbədə yumşaq damar qişalarını, uzunsov beyni, beyin qabığı qidalandıran kortikal damar şəbəkəsini zədələyir
- Ağır formalar zamanı hemodinamiki pozğunluqlara və DDL sindroma *infeksion-toksiki şokun* ardıcıl mərhələləri kimi baxmaq lazımdır
- Ağ ciyərlərdə *pnevmoniya ocaqları* olur. Histoloji olaraq damar divarlarında qranulemalar, miokardit, Aşoff-Tavar düyünlərində distrofik və degenerativ dəyişikliklər tapılır. Başın, boyunun və göydənin damarlarını innervasiya edən boyun simpatik dqyqnləri daha çox zədələnir.



Klinikası

İnkubasion
(5-23 gün, orta
hesabla 12-14
gün)

Başlanğıc
(4 – 5 gün)

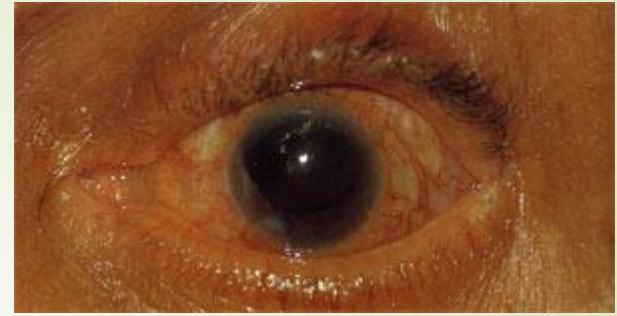
Qızgın
(5-12 gün)

Rekonvalesensiya

Başlanğıc dövr

- Kəskin başlanğıc
- Qızdırma
- İntoksikasiya əlamətləri:
 - halsızlıq
 - susuzluq
 - iştahanın azalması
 - qulaqlarda küylə müşayiət olunan
 - bütün başı əhatə edən baş ağrıları
 - yuxusuzluq

Başlanğıc dövr



- Üz şişkin, hiperemiyalaşmışdır
- Üz şişginləşir, qızarır, sklera və konyunktiva kapillyarları genişlənir gözlər “dovşan gözləri” kimi parıldayır.
- Xəstənin dərisi quru, onun mərmər kimi olması, boyunun və döş qəfəsinin yuxarı hissəsinin dərsinin hiperemiyası qeyd olunur
- Qodelye simptomu-dilin təkənla, çətinliklə bayıra çıxması, dişlərə ilişməsi, burun dodaq büküşü hamarlaşır.
- Kiari-Avtsin simptomu-3-4 cü günlər konyuktivanın keçid qatında al- bənövşəyi ləkə. Konyuktivaya 2 damla 0,1 %adrenalin tökdükdə səpqi aydın görünür.
- Rozenberq simptomu-qızdırmanın 2-3 cü günü ağzın selikli qişasında enantemalar.
- Təngnəfəslik (tənəffüs mərkəzinin toksiki qıcıqlanması)
- Temperaturun yüksəlmə dərəcəsinə müvafiq olaraq taxikardiya
- 3-4-cü günlərdən başlayaraq - splenomeqaliya
- Bəzən eyforiya, depressiya olur, eşitmə, dad, iy, işıq hissiyyatları yüksəlir. Diurez azalır.

Qızğın dövr

- Ümumi vəziyyətin pisləşməsi, intoksikasiya simptomlarının güclənməsi
- Temperaturun çox zaman daimi tipdə, az hallarda üzücü və ya qeyri-düzgün tipdə olması
- Tipik daimi qızdırma zamanı yüksək rəqəmlərə çatan temperatur gün ərzində az dərəcədə dəyişilməklə 8-12 gün ərzində bu səviyyədə saxlanılır.
- Daimi qızdırma fonunda 3-4-cü günlər (səpgilər ərəfəsində) və temperaturun normallaşmasından əvvəl xəstəliyin 8-10-cu günləri “kəsik” adlanan bəzi əhəmiyyətli dərəcədə dəyişmələr müşahidə edilə bilər
- Qızdırmalı dövrün ümumi davam etmə müddəti orta hesabla 14-16 günə bərabərdir
- Temperaturun azalması qısa lizis yolu ilə baş verir
- Dəridə səpgilərin əmələ gəlir

Tənəffüs yollarının katarı – zökəm, quru öskürək, boğazda göynəmə, ağ ciyərlərdə quru xırıltılar səpgili yatalağın erkən əlaməti ola bilər. Qızğın dövrdə töyşümə, tənəffüs ritminin pozulması, 2-ci həftənin axırı pnevmoniya baş verir. Qızdırma dövrü periferik qanda mülayim leykositoz, neytrofiloz, monositozla yanaşı EÇS bir qədər artır, hiper, bəzən hipoqlikemiya, hipoproteinemiya, Ca-un azalması, qalıq azot, kreatinin çoxalması baş verir. Lakin bu dəyişikliklər müvəqqəti xarakter daşıyır.

Qızğın dövrdə kardinal simptomların xarakterindən asılı olaraq yüngül, orta ağır, ağır, çox ağır formalar müəyyən edilir.



Dərinin zədələnməsi

- Səpgi elementləri – nahamar naxışlı kənarları olan, basdıqda yox olan tək-tək yastı, çəhrayı ləkələr (rozeolalar), həmçinin petexiyalar olur. Səpgi bədənin yuxarı hissələrindən – körpücükaltı nahiyələr, çiyin qurşağı, qolun iç tərəfi qoltuqaltından başlayır, kürəyə, döş qəfəsinin yan tərəfinə, sağırlara yayılır, ayaqlarda və qarında az olur. Ağır hallarda üz, başın tüklü hissəsi, hətta ovuc və ayağın altında səpir. Səpgi 2-3 günə əmələ gəlir.
- Xəstəliyin daha ağır hallarında səpginin hemorragik elementləri üstünlük təşkil edir
- Xəstəliyin 8-9-cu günləri xəstənin demək olar ki, bütün dərisi rozeoloz-petexial səpgilərlə, ağır hallarda isə petexial və ya hemorragik səpginin daha iri elementləri ilə örtülür
- 11-ci gündən başlayaraq səpgilər tədricən itir, yerində mərmərəbənzər piqmentləşmə qoyur, hemorragik səpgilər davamlı olur.
- 10-15% səpgi olmur.

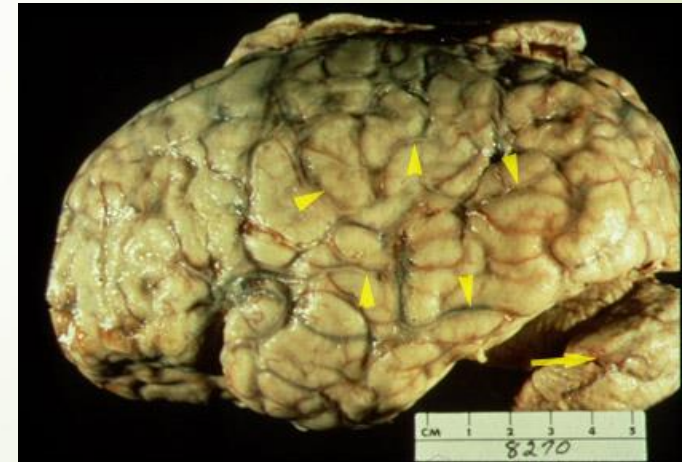
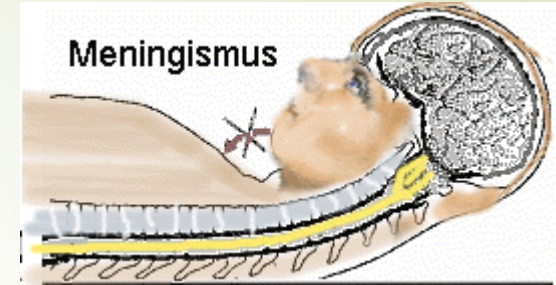


Sinir sisteminin zədələnməsi

- Sinir sisteminin bütün şöbələri zədələnir
- Simptomlar- ümumbeyin, ensefalitik, meningeal, vegetodamar pozğunluqları
- Baş ağrısı
- Huşun sopor tipində pozulması və ya əksinə sayıqlama
- Təhrif olunmuş qavramalar (görmə, eşitmə, qoxu, toxunma) fonunda xəstələr müxtəlif fiqurlar görür, qulaqlarına qəhqəhə səsi, mahnı səsləri, gizli danışiq gəlir, buz kimi soyuğun, bərk qızmış dəmirin təsirini hiss edirlər. Çox vaxt meningial sindrom - ənsə əzələlərinin rigidliyi, Kerniq, Brudzinski simptomları, serebral hipertenziya, yüngül limfositar pleositoz da rast gəlir.

Sinir sisteminin zədələnməsi

- Bəzi xəstələrdə koma inkişaf edir: gözlər geniş açılır, baxışlar fəzaya dikilir, alt çənə sallanır, mimiki əzələrin arabir yığılması baş verir
- Xəstəni soyuq tər basır, tənəffüs səthi- Biot və ya Çeyn-Stoks tiplidir
- Əzələlərin hipertoniyası və əsmə sindromu təzahür olunur
- Ensefalitin daimi əlamətləri qıcolma və əsmə sindromları- Qovorova-Qodelye sindromu, mimiki əzələrin arabir yığılması, udma əzələlərinin qıcolmaları, alt çənənin, ətrafların əsməsidir
- Likvorun seroz iltihab tipində dəyişilməsi
- Az hallarda- dizartriya şəklində bulbar pozğunluqlar, tənəffüsün şətinləşməsi və ya iflici
- Vegetativ sinir sisteminin disfunksiyası- paradoksal işuriya, bağırsağın parezi, üzücü hıçqırıqlar



Ürək-damar sisteminin zədələnməsi

➔ **Taxikardiya**

➔ **ürək tonlarının karlaşması**

➔ **arterial təzyiqin azalması**

Təsnifat

- yüngül, orta ağır, ağır və çox ağır
- subklinik forma (simptomsuz gedir və ocaqlarda müsbət seroloji reaksiyalara görə diaqnostika olunur)
- silinmiş və ya ambulator formalar (zəif təzahür olunmuş kliniki simptomatika)
- kataral səpgili yatalaq
- səpgili yatalağın abortiv formaları
- hiperpiretik forma (xəstəliyin ilk günlərindən ağır intoksikasiya, sayıqlama, qıcolmalar, beyin koması, infeksiyon-toksiki şok inkişaf edir)
- ildırımsürətli forma (xəstələr xəstəliyin 2-4-cü günləri ölürlər)
- hemorragik forma (DDL-sindromun güclü simptomları ilə birlikdə)

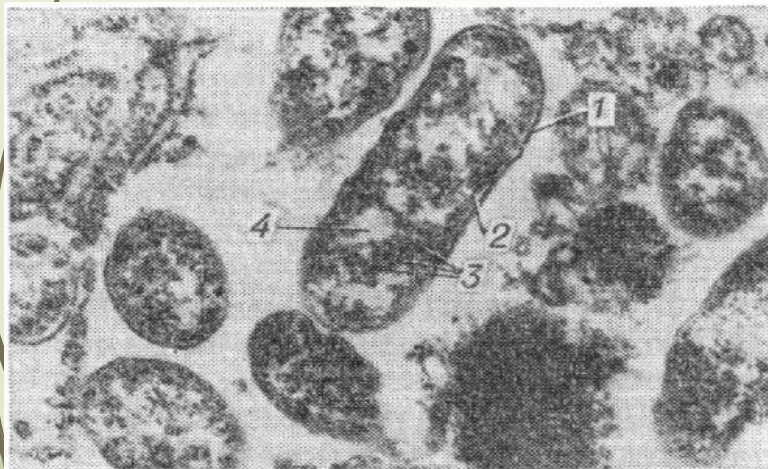
Ağırlaşmalar

- infeksiyon-toksiki şok
- DDL-sindrom və orqanların nekrozuna və ətrafların qanqrenasına gətirib çıxaran trombozlar və emboliyalar
- qeyri-spesifik ağırlaşmalar:
 - bakterial ikincili pnevmoniyalar
 - faringit
 - parotit
 - sidik-ifrazat sisteminin infeksiyaları
 - Ölümün əsas səbəbi ürək-damar çatışmazlığı və meninqoensefalitdir.

BRILL XƏSTƏLİYİ

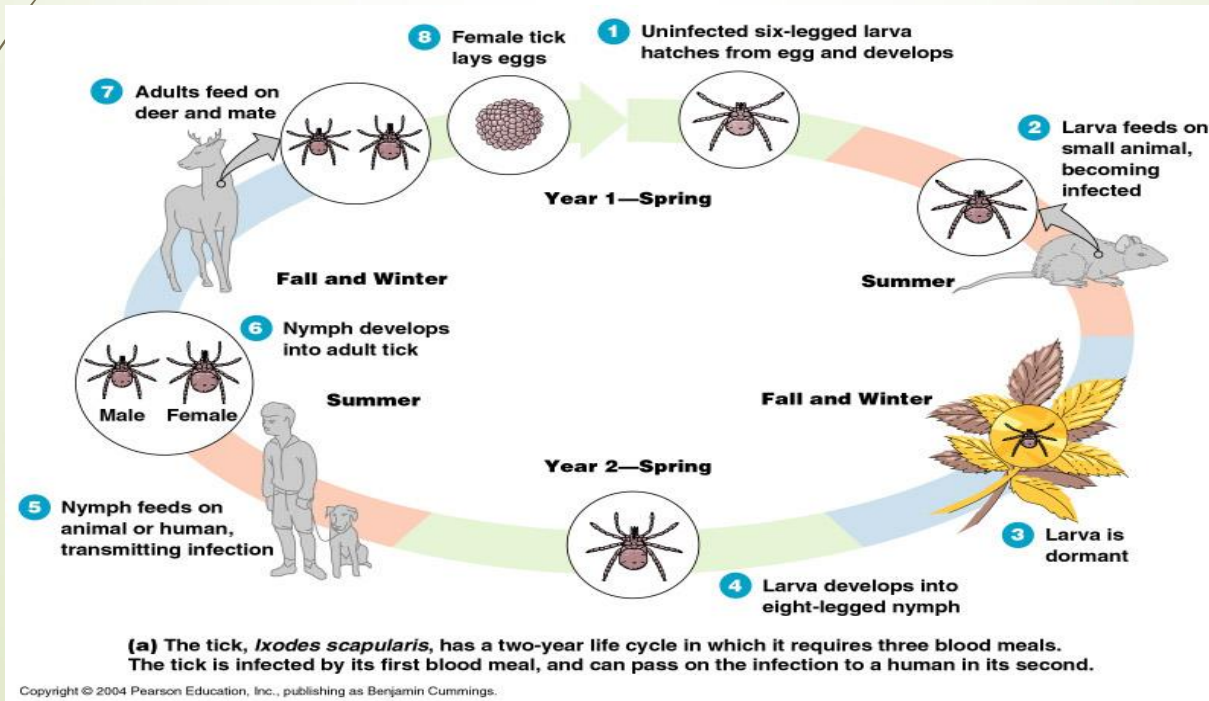
Əvvəllər səpgili yatalaq keçirmiş şəxslərin orqanizmində latent vəziyyətdə saxlanılan Provaçek rikketsiyalarının aktivləşməsi nəticəsində təkrar səpgili yatalaq və ya səpgili yatalağın gecikmiş endogen residivi olub, epidemik səpgili yatalağın əsas xüsusiyyətlərini saxlamaqla sporadiklik və xoşxassəli yüngül gedişlə xarakterizə olunur.

- Sporadik səpgili yatalaq öz adını Brill tərəfindən 1900-ci ildə kliniki simptomatikasının birinci dəfə öyrənilməsi və 1934-cü ildə Sinsər tərəfindən residiv yolu ilə əmələ gəlməsi ehtimal edilməsi ilə əlaqədar olaraq almışdır.



Etiologiya

Provaçek rikketsiyaları- törədicilər öz morfoloji, bioloji və antigen xüsusiyyətlərinə görə klassik ştamlara analojidir, onun daha yüngül gedişi isə əvvəllər keçirilmiş səpgili yatalaqdan sonra qalığ immunitetin olması ilə izah edilir



Epidemiologiya

- Brill xəstəliyi — əvvəllər səpgili yatalaq keçirmiş orqanizmdə uzun müddət latent vəziyyətdə olan infeksiyanın endogen residivinin nəticəsidir
- Infeksiya mənbəyi xəstənin özüdür
- Yoluxma mexanizmi yoxdur
- Hal-hazırda səpgili yatalağın 60-100%-i sporadiklik, bitlilik, ocaqlıq və mövsümliliyin olmamasının xarakterik olduğu Brill xəstəliyi kimi gedir
- Brill xəstəliyi olan xəstələrin özləri bitlilik zamanı infeksiya mənbəyi olurlar
- Sporadik səpgili yatalaqla əsasən səpgili yatalaq epidemiyalarını keçirmiş yaşlı xəstələr xəstələnirlər

Patogenez və patanatomiya

- Epidemik səpgili yatalağa analojidir, lakin miqdarı baxımdan daha zəif təzahür olunmuşdur
- Xəstəlik klassik səpgili yatalaq keçirən insanda uzun müddət latent vəziyyətdə qalan Provaçek rikketsiyalarının aktivləşməsi nəticəsində baş verir
- Törədiciyin latensiyası spesifik immunitetin təsirindən törədiciyin məcburi depressiya vəziyyəti ilə bağlıdır
- Bu zaman törədici hüceyrədəxilində yerləşdiyindən, o, nə faqositoza, nə də anticimlərin təsirinə məruz qalır, stres vəziyyətləri zamanı spesifik immunitetin dayandıran təsirlərin yox olması ilə isə (soyuq, cərrahi müdaxilə, şok, travmalar, infeksiyon xəstəliklər) səpgili yatalağın təkrar baş verməsini müəyyən edən rikketsiyaların tipik mikroskopik formaları inkişaf edir və bu zaman qanda törədiciyin qatılığı nisbətən kiçik olur.

Klinikası

Klinik gedişi epidemik səpgili yatalağın yüngül formasını xatırladır və adətən sağalma ilə qurtarır. Yüksək qızdırma ilə güclü baş ağrısı, yuxusuzluq, iştahsızlıq, susuzluq olur. Qızdırma 38-39 olur. Kiari-Avtsin simptomu 20%, «çimdik» və «turna» simptomları əksər xəstələrdə tapılır.

Rozeolayabənzər səpgilər qızdırmanın 4-5 ci günü əmələ gəlir, 3 gündən sonra solğunlaşır və piqmentləsir, 6-7 günə itir. Başqa orqanlarda olan dəyişikliklər səpgili yatalaqdakı kimidir. Lakin Brill xəstəliyi də gedişinə görə yüngül, orta ağır, ağır, xeyli ağır ola bilər. Ölüm 1,65%-ə qədər olur.

DİAQNOSTİKA

- **Kliniki, epidemioloji və laborator məlumatlar. 5 gün ərzində səbəbsiz qızdırma, baş ağrısı, yuxusuzluq, Kiari-Aytsin, Rozenberq, Qodelye simptomları, dalağın erkən böyüməsi. Qızdırmanın 4-cü gününə qədər diaqnoz qoyulmalıdır, çünki bit xəstəni dişlədikdən 4 gün sonra yoluxucu olur.(4-cü gün qanunu)**
- **Xəstəliyin qızğın dövründə hemoqrammada:**
 - eritrositlərin və hemoqlobinin səviyyəsinin azalması,
 - trombositopeniya,
 - eozinofiliya və ya aneozinofiliya,
 - neytrofil meyilliliklə gedən orta dərəcəli leykositoz və gənc və çubuqnuvəli elementlərin meydana çıxması,
 - EÇS-nin orta dərəcədə sürətlənməsi
- **Seroimmunoloji metodlar-KBR,DHAR,FAR, İFA Qanda anticisimlər 6-7 ci gün əmələ gəlir, 12-20-ci günlər maksimuma çatır.Provaçək rikketsiyalarının antigeni ilə qoyulan KBR-in titri 1:160-dan 1:1280-ə qədər yüksəlir. Dəqiq diaqnoz PZR ilə qoyulur.**
- **Dəri allergik sınaq Provaçək rikketsiyasının antigeni ilə qoyulur və əhalinin səpgili yatalağa görə immunologi vəziyyəti yoxlanılır.**

DİFERENSİAL DİAQNOZ

- qarın yatalağı
- Ku qızdırması
- qızılca
- meningokok infeksiyası
- qrip
- maliyariya
- hemorragik qızdırmalar
- leptospiroz

Diferensial diaqnoz

Ku qızdırmasında qızdırmanın birdən-birə yüksəlməsi, menindizm və seroz meningit əlamətləri səpgili yatalağın başlanğıc dövrünə oxşayır. Fərqli əlamətlər- Ku qızdırmasında epid anamnezdə çiy südün içilməsi, heyvanlar, quşlar onların məhsulları ilə təmas, təkrar üşütmə və tərləmə, qaraciyər və dalağın daha çox böyüməsi, bel, baldır əzələlərində kəskin ağrı və s.

Qarın yatalağında erkən dövədə çoxlu rezeolez səpkilər, B paraifi meninqoensefalit, uzun hiperemiyalaşması, polimorf səpgi ilə başladıqda səpgili yatalağa oxşayır. Fərqli paratiflərdə- mədə-bağırsağın pozulması, ərpli dil, sağ qalça çuxurunda qurultu və ağrı, laborator mqayinələr.

Qızılca - epidemioloji anamnez-qızılcalı xəstə ilə təmas, prodromal dövrdə tənəffüs yollarının katarı, işıqdan qorxma. Koplik enanteması, 3-cü gündən mərhələ ilə yayılan eritematoz-papuloz səpki qızılca diaqnozunu təsdiq edir.

Meninqokok - infeksiyası – üşütmə, qusma təkrar olur, səpgi qızdırmanın 1-2-ci günündən başlayır, müxtəlif ölçülü hemorrağik elementlər ulduzabənzər olur, dəridən hündürə qalxır, əllədikdə bərk əsası müəyyən edilir. Müxtəlif rəngli olur. Ənsə əzələlərinin riğitliyi, Brudzinski və Kerniq simptomları. Patoloji reflekslər və ocaq əlamətləri meninqokok infeksiyasını səpgili yatalaqdan kəskin fərqləndirir.

MÜALİCƏ

- yalnız stasionar şəraitində;
- daimi və diqqətli qulluq;
- yataq rejimi;
- qızdırmalı dövrdə qida asan mənimsənilən və əsasən duru olmalı;
- xəstələr gündə 4-5 dəfə olmaqla kiçik porsiyalarla qidalandırılmalıdır.

Etiotrop müalicə

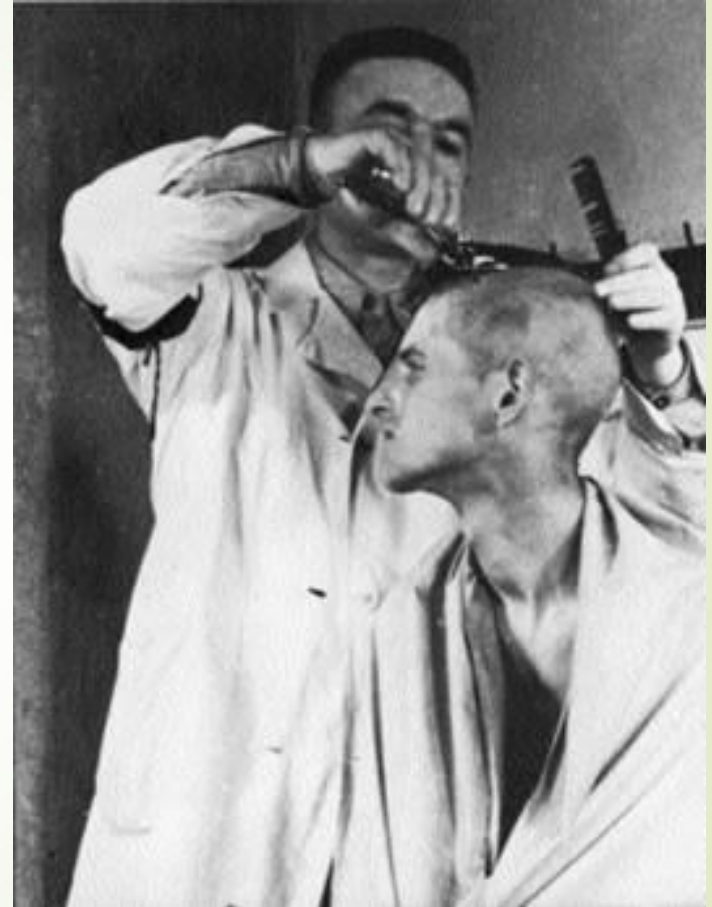
- **Tetrasiklin sırası antibiotikləri və ya levomisetin**
- **Tetrasiklin - gündə 4 dəfə olmaqla hər dəfə 0,3-0,4 q daxilə,**
- **Levomisetin- bütün qızdırma dövrü ərzində və temperatur normallaşdıqdan sonra 3 gün ərzində gündə 4 dəfə olmaqla hər dəfə 0,5 q daxilə**
- **Ağır hallarda isə antibiotiklər parenteral yeridilir**
- **Tetrasiklin sırasından olan digər antibiotiklərdən də istifadə etmək olar, məsələn, həmin sxemlə ortaterapevtik dozalarda doksisisiklindən**

Patogenetik terapiya

- Ümumi prinsiplər əsasında detoksikasiya
- DDL-sindromun korreksiyası
- Antikoagulyantlar (heparin, neodikumarin),
- Antiaqreqantlar (aspirin, trental, reopoliqlükin
- Ürək-damar pozğunluqlarının korreksiyası (ATF, kokarboksilaza, riboksin, C, E vitaminləri)
- İTŞ-nin müalicəsi
- Qeyri-spesifik ağırlaşmaların müalicəsi

Profilaktika

- Xəstələrin evə yazılması – kliniki təzahürlər yox olduqdan sonra, lakin normal temperaturun 12-ci günündən tez olmayaraq
- Səpgili yatalıqlı xəstələrin hospitalizasiyası
- Xəstəliyin 5-ci gününə qədər diaqnozu müəyyən edilməyən qızdırmalı xəstələr müvəqqəti hospitalizasiya edilir və səpgili yatalığa görə seroloji müayinə edilir
- Səpgili yatalıq ocağında dezinfeksiya və dezinseksiya, bitli şəxslərin sanitar işlənməsi həyata keçirilir, təmasda olmuş xəstələr üzərində hər gün temperatur ölçülməklə yanaşı 25 gün ərzində müşahidə aparılır. Rikketsiyanın həll olan antigenindən alınmış kimyəvi spirt vaksini 0,5ml bir dəfə dəri altına vurulur.
- Müəyyən əhali qruplarının profilaktik vaksinasiyası
- Ocaqda dezinfeksiya və dezinseksiya tədbirləri



Kü qızdırması

Rickettsia (coxiella) Burnetti

Q-febris

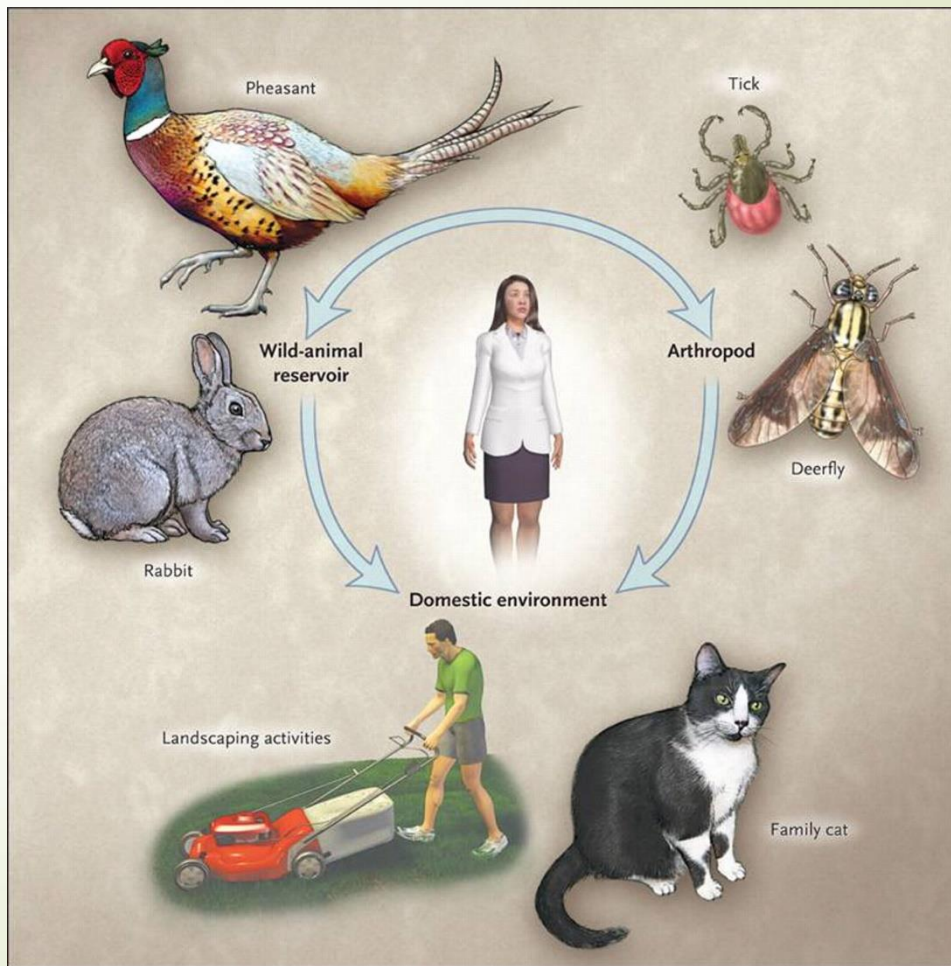
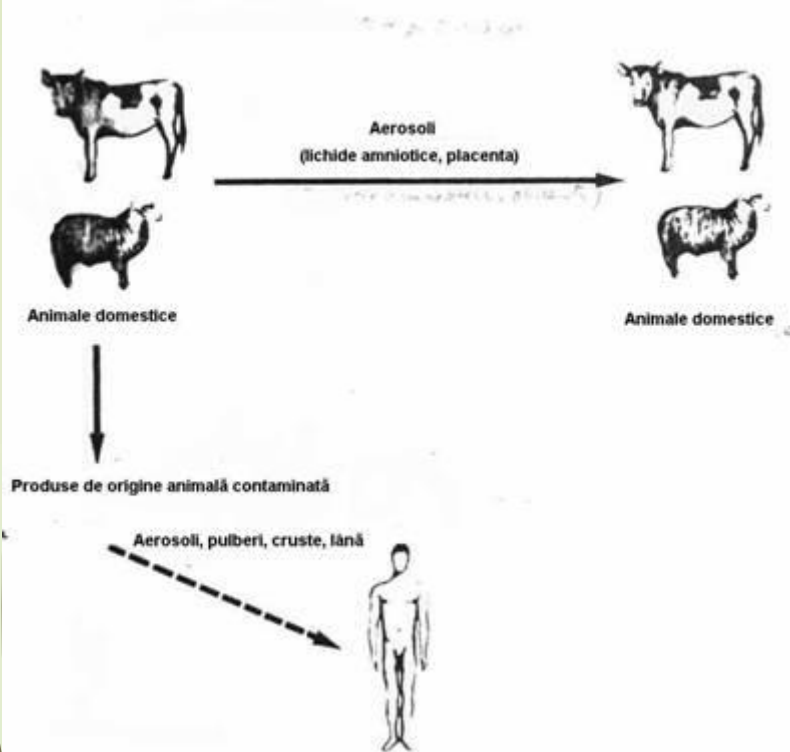
➤ Retikuloendotelioz, intoksikasiya sindromu, tez-tez atipik pnevmoniyanın inkişafı ilə xarakterizə olunan təbii ocaqlı zoonoz infeksiyadır

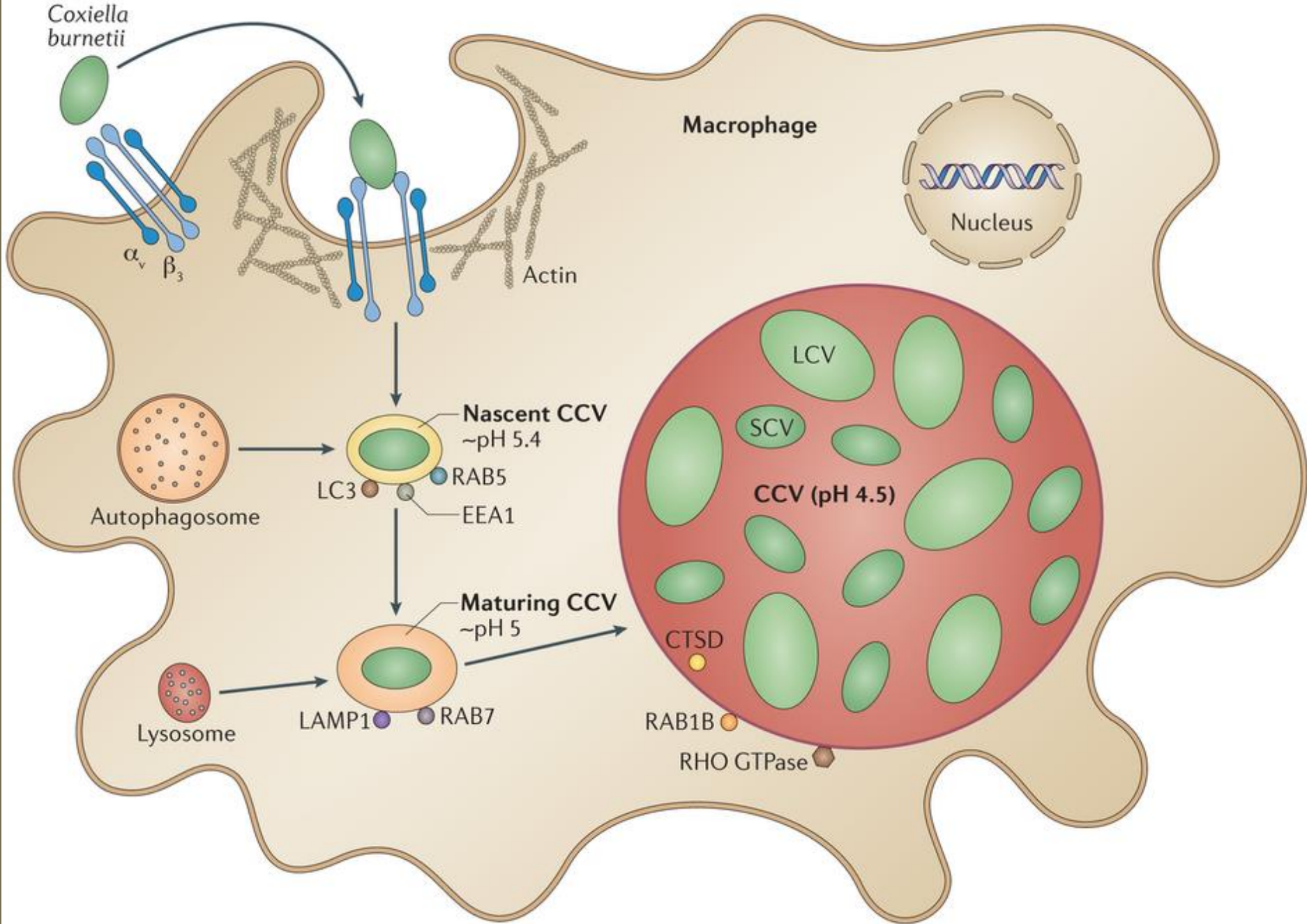
➤ Infeksiya mənbələri:

- Vəhşi kiçik məməlilərin (gəmiricilərin) 60 növü
- Quşların 50 növü
- Gənələrin 77 növü (ixsod, arqas, qamazov)
- Ev heyvanları (pişiklər)



CICLUL DE TRANSMITERE PRIN ANIMALE DOMESTICE

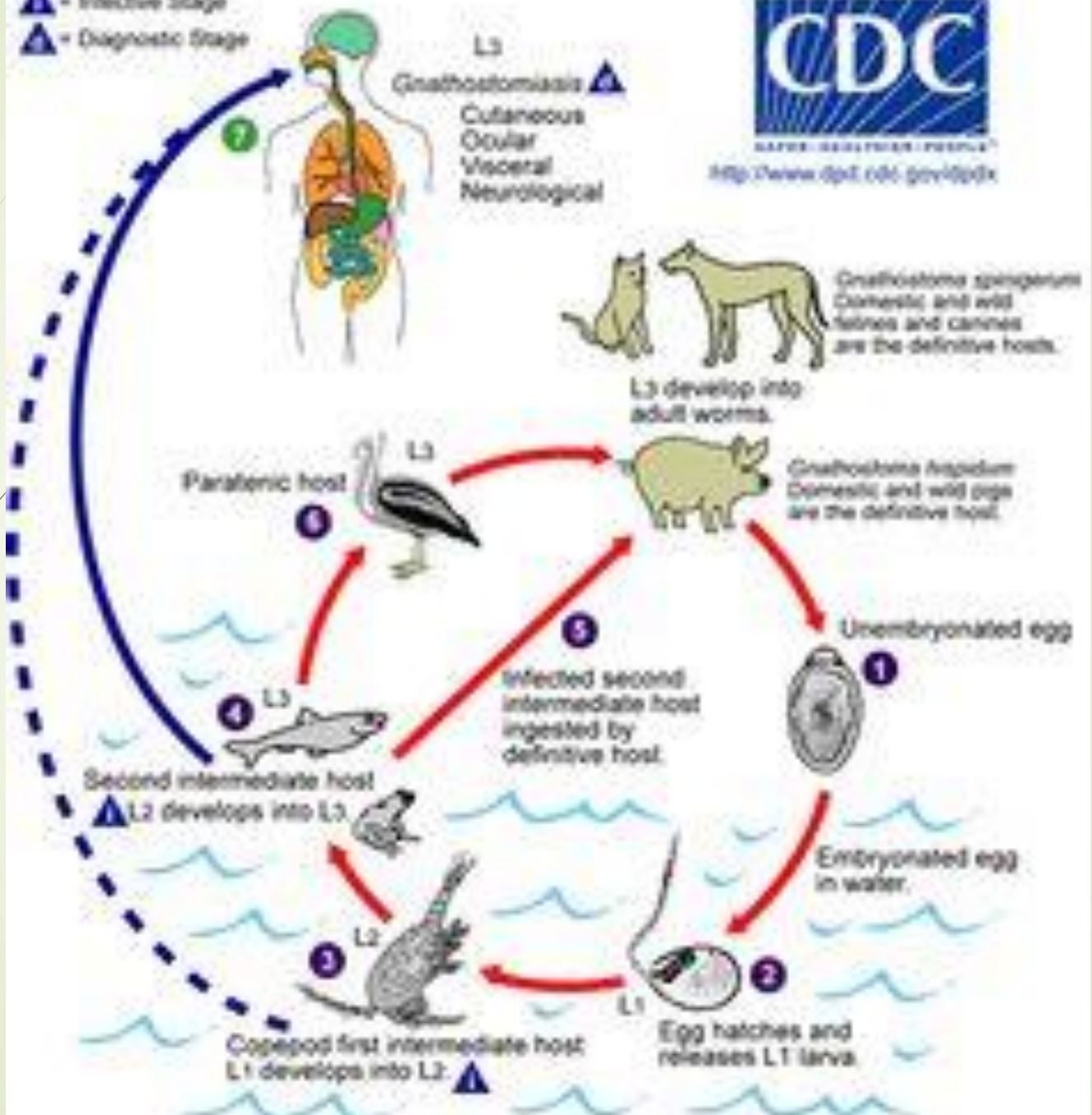




Epidemiologiyası

- Aerogen (xəstə heyvanların qurumuç nəcis və sidiyin tozla tənəffüs yollarına daxil olması, mikrobla çirklənmiş dərinin, pambığın, yunun işlənməsi zamanı)
 - Təmas (xəstə heyvanların dölyanı suyu, abortusları ilə çirklənmiş əllər vasitəsilə)
 - Qida (mikrobla çirklənmiş sü və süd məhsulları, ət, su vasitəsilə)
-
- Antropurgik və təbii ocaqlar
 - Xəstələnmə peşə ilə bağlıdır
 - Daha tez-tez ovçular, heyvandarlar və heyvan xammalının yığılması, saxlanması və işlənməsi ilə məşğul olan şəxslər xəstələnilər
 - Təbii ocaqlarda yoluxma əsasən yaz, yay və payızda baş verir

▲ = Infective Stage
▲ = Diagnostic Stage

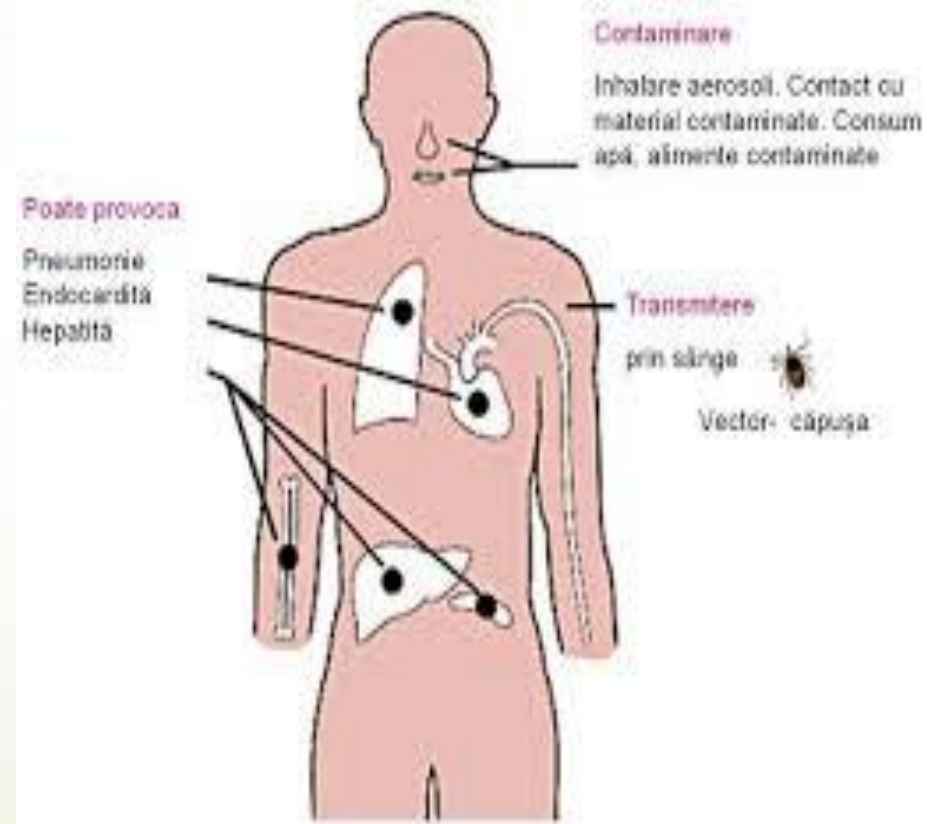


Patogenez

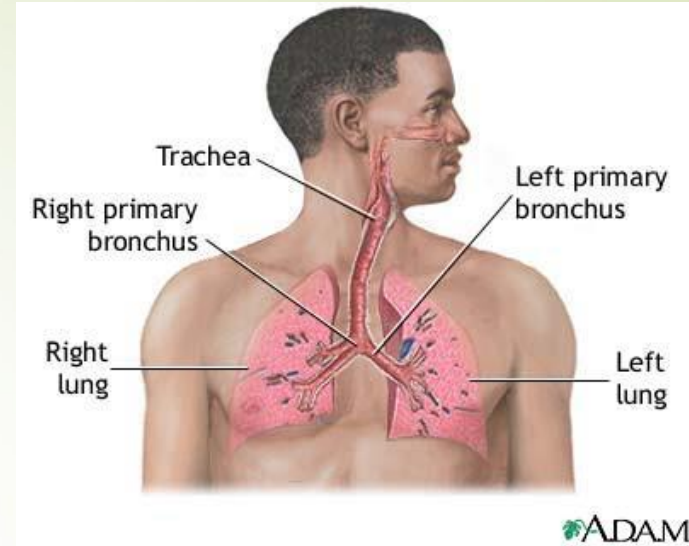
- **Dəri, tənəffüs yolları, mədə-bağırsağın selikli qişaları və konyuktivadan qan və limfa axarına düşür**
- **Klinik təzahürləri olmur**
- **İlkin intoksikasiya- kəskin infeksiyon retikuloendotelioz əmələ gəlir**
- **Panvaskulit olmur**
- **İmmunitet faktoru və faqositozun aktivləşməsi orqanizmi mikroblardan təmizləyir**

Klinikası

- İnkubasion dövr 3-39 gün
- Kəskin başlayır
- İlk gündən yüksək qızdırma,baş ağrısı,zəiflik,çoxlu tərləmə,iştahanın itməsi,yuxusuzluq,mialgiya
- Üzün,boynun və damağın qızarması,sklera damarlarının genişlənməsi
- Dil qalınlaşır,ağ ərplə örtülür və kənarlarda dişlərin izi qalır
- Periferik qanda leykopeniya,nisbi limfomonositoz,eozinopeniya və EÇS-in bir qədər artması



- Simptomatiikanın polimorfizmi
- İntoksikasiya sindromu (21 gündən çox davam etməyən qızdırma)
- Dərinin zədələnməsi (hiperemiya, ekzantema- xəstələrin 11%-ində rozeolez, rozeolez-papulez, az hallarda- hemorragik)
- Ağciyərlərin zədələnməsi – interstisial pnevmoniya
- Ürək-damar sisteminin zədələnməsi – miokardit, endokardit
- Hepatosplenomeqaliya
- Az hallarda – poliartritlər



10-14 gün çəkər
və tem.
normaya düşür
və yaxşılaşır

<1 ay
Dalğavari
qızdırma (10-15
gündən bir)

<1 il

Kəskin

**Yarım
kəskin**

Xroniki

Yüngül

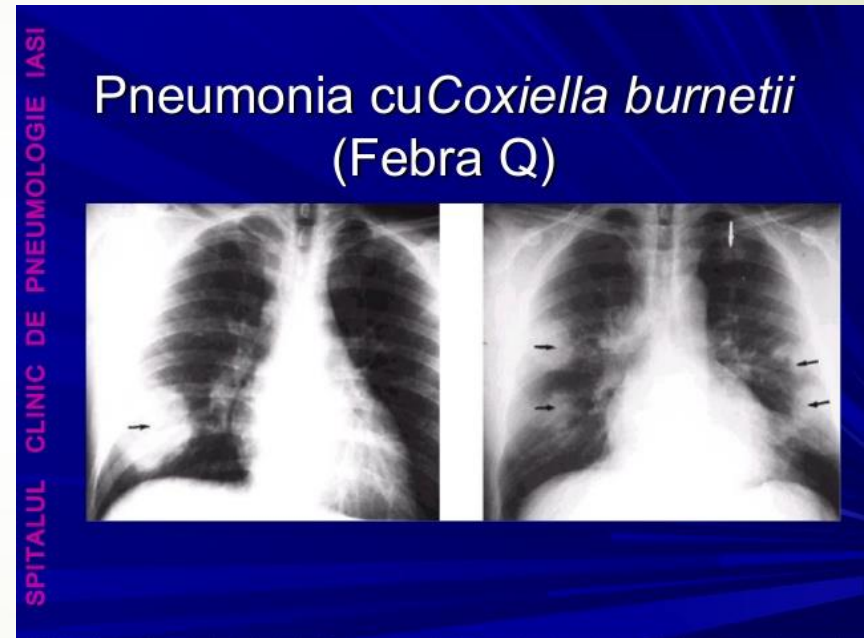
Orta ağır

Ağır

Silinmiş (bəzən)

Ağırlaşmaları

- Tromboflebit
- Pankreatit
- Pielonefrit
- Epididimit
- Plevrit
- Bronxoektaz
- Ağ ciyər infarktı



Diaqnozu

- ✓ Qandan, sidikdən və bəlgəmdən rikketsiyanın tapılması (hətta silinmiş formada da)
- ✓ Aqlütinasiya reaksiyaları 8-10-cu günlərdən tətbiq olunur və 4-6 gündən bir yoxladıqda anticism titri 2-4 dəfə artır
- ✓ Bəzi hallarda dəri sınağı

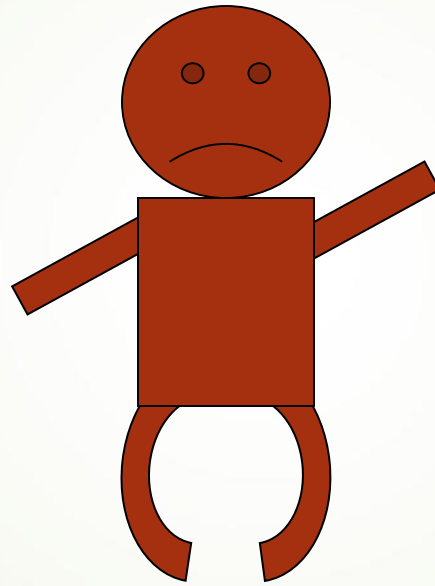


Müalicə və profilaktikası

- Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq etiotrop,patogenetik və simtomatik preparatlarla aparılır
- Antibiotikoterapiya (Silinmiş forma istisna) - ən azı 10 gün
- Tetrasiklin (bəzən levomisetinlə) ilk 2-3 gün peroral,sonra parenteral
- İltihabəleyhinə və antihistamin preparatlar
- Residivlərin qarşısını almaq üçün immunitetin qeyri-spesifik stimulyatorları
- Profilaktika- sanitar-gigiyenik tədbirlər,vaksinlərin vurulması (çox vaxt brusellozla birlikdə)



Rickets ilə Rickettsia'ni qarışdırmayın!



**Vitamin D və ya kalsiyum çatışmazlığı
nəticəsində
sümüklərdə yumşalma**

A microscopic image of a blood smear stained with Giemsa stain. The background shows a grid of red blood cells. Several purple-stained organisms are visible, with one in the center being larger and more distinct. A thin black vertical line points from the word 'Ehrlichia' to this central organism. The word 'Ehrlichia' is written in a large, bold, italicized black font across the middle of the image.

Ehrlichia

© CD-ROM ILLUSTRATED LECTURE NOTES ON TROPICAL MEDICINE



ETİOLOGİYASI

Erlixiozun törədicisi *Rickettsiaceae* ailəsinə mənsub olub insanda 2 növü xəstəlik törədir.

- Ehrlichia canis
- Ehrlichia sennetsu

EPİDEMİOLOGİYASI

Xəstələnmə yazdan payıza qədər baş verir. İt sahibləri daha çox xəstələnir. Xəstələrin 75% - də gənələrin dişləməsi müşahidə olunur. Ən çox rast gəlinən isə *Rhipicephalus sanguineus* gənəsidir.



PATOGENEZİ

Gənənin dişlədiyi yerdən iltihabi dəyişiklik törətdikdən sonra limfa yolları ilə qana keçir və damarların endotel hüceyrələrində, monositlərdə çoxalır. Dəridə, qaraciyərdə, MSS-də, sümük iliyyində gedən proses xüsusi düyünlərin – qarnulemlərin əmələ gəlməsilə təzahür edir. Xəstəlikdən sonra davamlı immunitet yaranır.



KLİNİKASI

- Ekzantema
- Güclü baş ağrıları
- Mialgiya
- Artralgiya
- Ürəkbulanma və qusma
- Makulo-papuloz səpgilər
- Dəridə eritema sahələri
- Qanda leykopeniya, anemiya, trombositopeniya
- ALT, AsT, QF, LDH-in aktivliyi artır



DİAQNOZU

- İtlə təmas
- Gənə dişləməsi
- Xəstəlik regionunda olmaq
- Klinik əlamətlərin kəskin başlanğıcı
- Periferik qanda gedə dəyişikliklər
- QDİF reaksiyası

MÜALİCƏ VƏ PROFİLAKTASI

- Etiotrop müalicə zamanı gündə 4 dəfə 0,3-0,4 q tetrasiklin 3-5 gün müddətində qəbul edilir.
- Profilaktika məqsədilə gənələrə qarşı müalicə və itlərlə təmasda ehtiyatlı olmaq lazımdır.

ŞİMALİ ASİYA GƏNƏ RİKKETSİOZU

Xəstəlik

1936-cı ildə

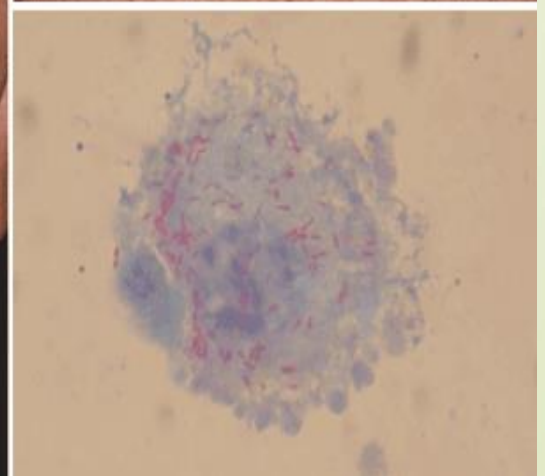
Uzaqşərqdə

və

Primoryedə

müəyyən

edilmişdir.





ETİOLOGİYASI

ŞAGR-ın törədicisi *Rickettsia sibirica* hüceyrədaxili, çubuq və basilyar formalı parazitdir. İksod gənələri – *Dermacentor*, *Haemophysalis*, *Ixodes* vasitəsilə keçirilir.



PATOGENEZİ

Dəridə ilkin affektdən rikketsiya regionar limfa vəzinə və qana keçir, damarların endotel hüceyrələrində çoxalaraq ikincili rikketsemiya verir. Bu endotoksinemiya və kliniki əlamətlərlə özünü büruzə verir. Eyni dəyişiklər daxili orqanların qan damarlarında da inkişaf edir. Lakin anatomik təzahürləri yüngül və xoşxassəli xarakter daşıyır.

KLİNİKASI

- İnkubasion dövr (4-7 gün)
- İlkin affekt
- Üşütmə
- Əzələ-oynaq ağrıları
- Remittens və ya daimi tip qızdırma (8-10 gün)





DİAQNOZU

- Klinik-epidemioloji məlumatlar
- Qanda rikketsiyaların tapılması
- KBR



MÜALİCƏSİ və PROFİLAKTİKASI

➤ Etiotrop müalicə üçün apireksiyanın 2 - 3-cü günlərinə qədər 2,0 q Levomisetin və ya 1,2 – 1,6 q Tetrasiklin gündə 4 dəfəyə verilir. Əlavə olaraq patogenetik və simptomatik müalicələr də təyin olunur.

➤ Profilaktik olaraq gənələrə qarşı mübarizə

TSUTSUQAMUŐI QIZDIRMASI

Tsutsuqamuőu qızdırmasına və ya Tropik yatalađa Cənub-Ő rqi Asiyada və onun Sakit Okean sahilboyu ərazilərində rast gəlinir.





ETİOLOGİYASI

- Törədicisi *Rickettsia orientalis*
- Polimorf, qram mənfi
- Hüceyrədaxili parazit

EPİDEMİOLOGİYASI

TQ-nin mənbə rezervuarı *Leptotrombidium* və *Neotrombicula* cinsinə aid *L. akamushi*, *L. pallida* və *L. dilensis* və s. qırmızıbədən gənələrdir. Onlar rikketsiyanı transovarial keçirirlər.






PATOGEEZİ

- İlkin affekt
- Limfa vəzinin iltihablaşması
- Hematogen disseminasiya
- Dəri səpgiləri və daxili orqanlarda qansızma
- Damarlarda destruktiv-trombotik dəyişikliklər
- Kapilyarlar boyu kəskin infiltrasiya
- Qranulemlər

KLİNİKASI

TQ-nin 2 mümkün formasına rast gəlinir:

- Ağır forma
- Yüngül forma

- 
- İnkubasion dövr (5-17 gün)
 - Prodromal əlamətlər
 - İlkin affekt (60-100%)
 - Regionar adenit
 - Limfadenit
 - Bədən hərarətinin yüksəlməsi
 - Makula-papulyoz səpgilər
 - Bəzən efemer səpgilər



DİAQNOZU

- Klinik epidemioloji məlumatlar
- Bioloji sınaq

MÜALİCƏ VƏ PROFİLAKTİKASI

- Etiotrop müalicə 1,2 – 1,5 q tetrasiklinlə 2-3 həftə müddətində aparılır. Göstərişə görə patogenetik və simptomatik müalicə də aparıla bilər.
- Profilaktik məqsədlə qırmızıbədən gənələrdən qorunmaq lazımdır. Vaksinlərin zəif təsir göstərməsilə əlaqədar olaraq tetrasiklin və ya levomisetinlə birgə kimyavaksinoprofilaktika məsləhət görülür.



DIQQƏİNİZƏ GÖRƏ
TƏŞƏKKÜRLƏR