



Кафедра: Жұқпалы және тропикалық аурулар

С Ө Ж

Тақырып: Жұқпалы экзантема синдромы. Салыстырмалы диагностикасы

- * Орындаған: Ауесханова А. Қ
- * Курс: VI
- * Топ: 602-2k
- * Тексерген:

Алматы 2016 ж.

ЖОСПАР:

- ◎ **I Кіріспе**
- ◎ 1. Жұқпалы экзантема синдромы.
- ◎ **II Негізгі бөлім**
- ◎ 1. Жәншәу
- ◎ 2. Кызамық
- ◎ 3. Қызылша
- ◎ 4. Энтеровирусты жұқпа
- ◎ 5. Инфекциялық мононуклеоз
- ◎ **III Қорытынды**
- ◎ **IV Пайдаланылған әдебиеттер**

*Жәншәу - бұл:

- * Жалпы интоксикация симптомдармен;
- * баспамен;
- * шеткі лимфа түйіндерінің ұлғаюымен;
- * теріде ұсақ нүктелі бөртпелердің болуымен сипатталатын жедел инфекциялық ауру.

*ЭТИОЛОГИЯСЫ

Қоздырғышы - А тобының β -гемолитикалық стрептококк-*Str. pyogenus*.

- * Бұл **грам(-)** кокктар, факультативті анаэробтар. А тобыны ішінде 80 серовары бар Стрептококктың клеткалық қабырғасында айқын антигендік қасиеттілеген **M-, T- және R-** протеиндер бар. Типті арнамалы **M-** протеин-вируленттілектің басты факторы болып табылады.
- * Стрептококктар жалпы әсер ететін токсин және тағы басқалар агрессивті факторлар болып шығарады.

Эпидемиологиясы:

Инфекцияның негізгі көзі - қызамықпен ауыратын адам, стрептококкты баспа және назофарингитпен ауыратын бала немесе үлкен адам

- Жайылу жолдары:
 - тікелей (ауа- тамшылы) сөйлегенде, түшкергенде, жөтелгенде, сүйіскенде;
 - тікелей емес (аурудың жеке заттарымен қараушы адаммен де берілуі мүмкін, қолға ірінді жара шыққанда стрептококктар тағамға түсіп, оны ішіп-жегендердің ортасында таралуы мүмкін).
- Скарлатинамен негізінен 2-7 жас арасында балалар аурады.
- Контагиозды индексі- 40%.
- Онымен күз-қыс айларында жиі кездеседі.

*Патогенезі

Жәншәудің
патогенезі 3
компоненті:

ТОКСИКАЛЫҚ

Инфекциялық
септикалық

аллергиялық

* **Токсикалық синдром**

* Стрептококк бөлетін улар организмде жайлғанынан дамитын өзгерістер, себебі әр түрлі серотипті стрептококктар ортақ эритрогенді улар бөледі.

* Ол **ОЖЖ, ЖТЖ**, теріні зақымдап, дене қызуының көтерілуін, қан-жүрек тамырларының қызметінің айнамалығын зақымдануынан тұрады.

* Жүйке жүйесінің вегетативті бөлімінің жәншәу кезінде зақымдануы:

- аурудың алғашқы кезеңінде вегетативті жүйке жүйесінің симпатикалық бөлімінің қозуы байқалады;
- екінші кезеңінде вегетативті жүйке жүйесінің парасимпатикалық бөлімінің қозуы күшейеді.
- үшінші кезеңінде бұл жүйке жүйесінің симпатикалық және парасимпатикалық бөлімдерінің әсері теңеседі.

* Септикалық синдромы

- * Стрептококктардың көбейуімен және өмір сүруімен байланысты өзгерістер
- * Бактериялардың енген жерінде катаральды қабыну дамын, ол іріндеп, некрозға айналуы мүмкін.
- * Стрептококктың агрессивтік қасиеті оның енген жерінен айналысындағы тканьге, аймақтың лимфа түйіндеріне тез таралуына мүмкіншілік береді.
- * Қан арқылы тарап, кей келген органда ірінді ошақтар пайда болады (отит, синусит, лимфаденит, септикопиемия).

* Клиникасы

* **Жасырын кезені:** 2 күннен 7-12 күнге дейін

* Әдетте кесел кенеттен басталады. Дене қызуы қатты көтеріліп, басы ауырып, құсады. Жұтынған кезде тамағы аурып, тамыр соғуы жиілейді. Алғашқы сағаттарда **ОЖЖ** зақымдалған белгілері пайда болады. Баланың дене терісі құрғақтанып, ысыды. Тамағы қызарып, бадамша безде ірінді қабықтар пайда болады.

Қызамықтың клиникасы 3 синдромдан тұрады:

* бөртпе,

* баспа,

* жалпы интоксикациялық синдром.

- **Бөртпе.** Бірнеше сағаттан соң, көпшілігінде 1-ші тәуліктің аяғына қарай тері қызарып, бүкіл денені майда нүктелі бөртпе басады.
- Бөртпе буынның ішкі жағында, санының ішкі жағында, көкіректің алдыңғы және жапта жақтарында, іштің төменгі бөлігінде анықтау, көптеу болады және ұзақтау сақталады. Кейбір ауруларда осы аталған жерлерде ұзынша қанық- қызыл белдеулер сызық пайда болады (симптом Пастиа).
- Мұрын-ерін ұшбұрышы боз болады (симптом Филатова деп атайды).
- 36-48 сағат бойына анық болып тұрып, бірте - бірте көмескіленіп, 7-8 күнге қарай жойылады.
- Майда қан тамырларының зақымдануы себепті әр түрлі «жгут», шымшу (с-м Кончаловский мен Румпель-Леде) белгілері анықталады.
- Дермографизм әлдеқайда бөртпе



Рис. 93. Скарлатина. Характерная мелкоточечная сыпь на лице и шее.

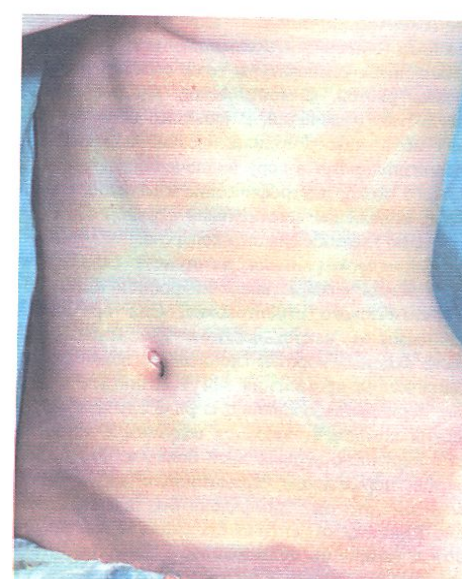


Рис. 95. Скарлатина. Геморрагическая мелкоточечная сыпь на животе. Белый дермографизм.



Рис. 94. Скарлатина. Насыщенность сыпи в подключичной области и геморрагии.



Рис. 96. Скарлатина. Насыщенность сыпи в локтевом сгибе.



БАСПА



Рис. 99. Скарлатина. Катаральная ангина.

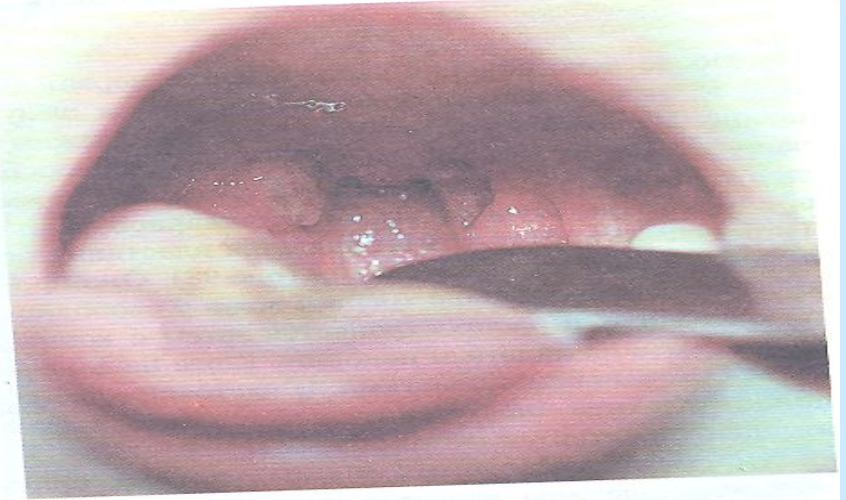


Рис. 100. Скарлатина. Некротическая ангина.

Араның кілегей қабаттары қатты қызарады (Филатов айтуынша «**алаулаған аран**»).

*Баспа катаральды, фолликулярды, лакунарлы немесе некрозды түрінде қалыптасуы мүмкін. Жұтыну қиындап, ауырсынады, лимфа түйіндерінің ісінгені және ауратыны анықталады.

1 *

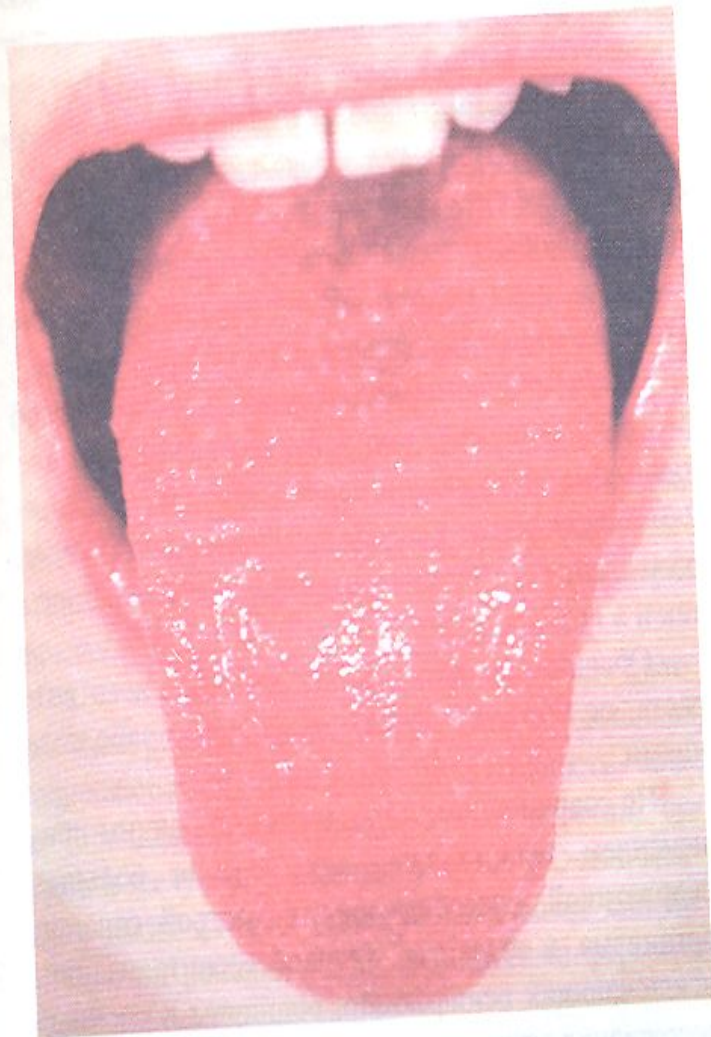


Рис. 101. Скарлатина. "Малиновый" язык.

пич

* Алғашқы 2-3 күнде тіл сұрғылт - сары жамылғымен жабылады.

со

ма

сы

фо

ст

ри

р*

ви

ге

бс

те

А

ж

к

в

н

п*

с

і

с

і

і

і

Аурудың 3-күнінен баланың тілі шетінен бастап тазарады, айқын қып- қызыл болып, емізекшілері бұлтиып тұрады , «таңқурай» тілге ұқсайды.

* Осы «таңқурай» тіл 3-6 күннен кейін пайда болатын, 9-10-ші күндерге жоғалып кетеді.

***Баспа өзгерістері 5-7-10 күн ішінде жойылып, лимфа түйіндерінің ісігі, ауруы қайтады. Тілдің бүртіктілігі де 7- 14 күнде байқалмай қалады.**

***Бөртпе біртіндеп азайып, 7-9 күннен соң жоғалады. 2-ші аптаның соңында тері тулей бастайды. Әсіресе аяқ-қолдың терісі ірі-ірі болып тулейды. Бұл өзгерістер де 2-3 аптадан соң аяқталады.**

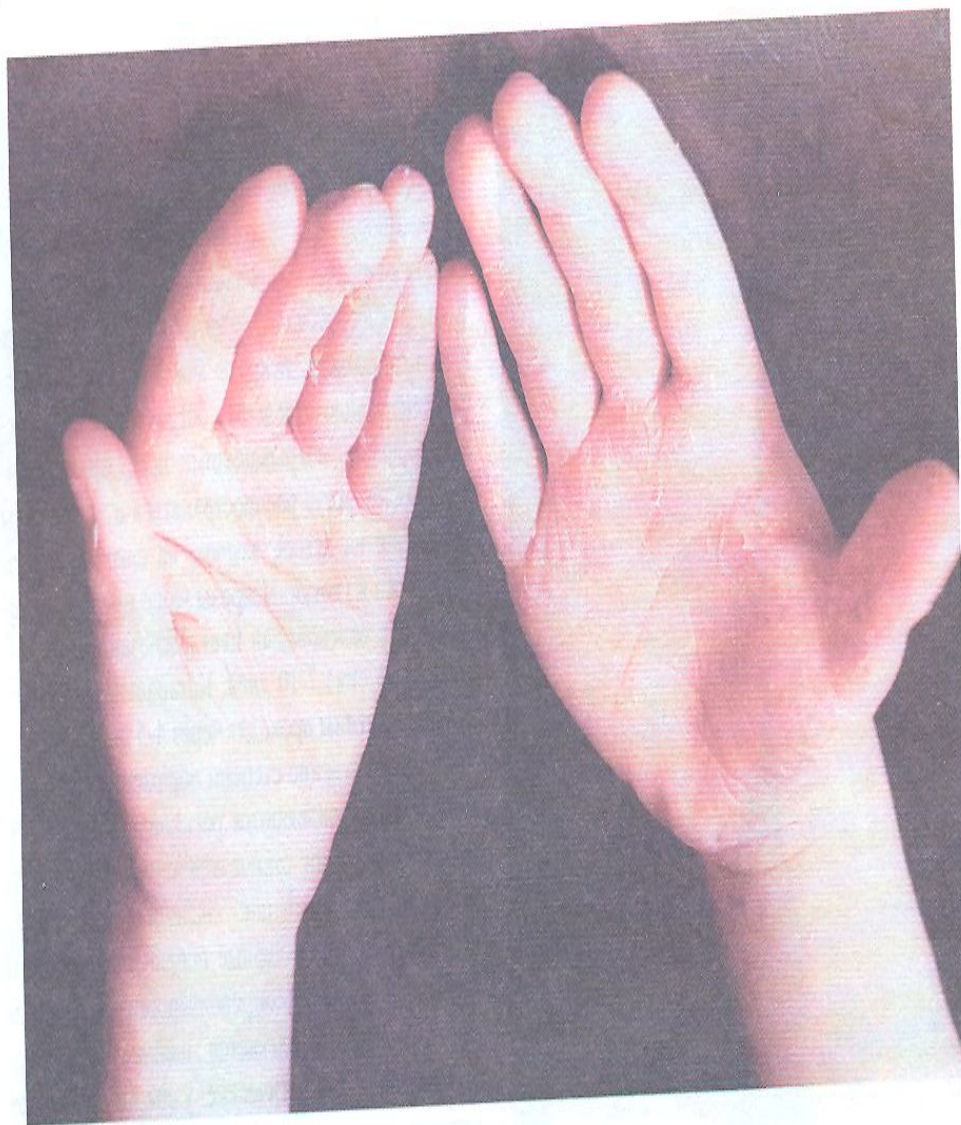


Рис. 98. Скарлатина. Крупнопластинчатое шелушение на кистях.



Емдеуі

- * Жеңіл түрінде де асқыну болуы мүмкіндігіне байланысты антибиотик емі аурудың барлық түрлерінде жүргізіледі. Емдеу курсы 10 күн.**
 - пенициллин бұлшық етке 2-3 рет 100мың ЕД/кг бір дозасы
 - септикалық түрінде пенициллин 200мыңЕД/кг дозадан аз болмау керек, күніне 3-4 рет.
- * Дезинтоксикациялық терапия: жіберілетін сұйықтың мөлшері баланың жасына және аурудың жағдайына байланысты.**
- * Симптоматикалық ем – ауыз қыусын дезинфицирлеуші ертіндісімен шаю 5-6 рет күніне шаю керек.**
- * Ауруды асқынулары болмаса, көмей және мұрын жұтқыншақ жағынан қабыну өзгерістері болмаса, қан және зәр анализі қалыпты болса, 10 күннен кейін ауруханадан шығарылады.**

Скарлатинадағы алдын-алу шаралар:

- * Арнамалы профилактикасы жоқ.
- * Жалпы алдын-алу шаралары ерте білінгеннен және инфекция көзінен оқшалау.
- * Мектеп және мектепке дейінгі контактідегі балаларды 7 күнге карантинге оқшауланады. Егер ауру үйде қалса, онда контактіде болған балаларға карантин 17 күн.
- * Скарлатинаме ауырғаннан кейін профилактикалық егулер 2 айдан кейін жасалу керек, ал әлсіз балаларға 3 айдан кейін.
- * Диспансеризациялау 1 ай, сонымен қатар дене шынықтырудан 1-2 ай босатылады.

* Этиология псевдотуберкулеза

- * Иерсинии - грам(-) таяқшалар, физикалық және химикалық эдістерге сезімтал.
- * О-антиген бойынша *I.pseudotuberculosis* 6 серовар, *I.enterocolitica* - 30 сероварларға бөлінеді.
- * Төмен температура (1-4*С) мүмкін өсуі. Жоғары инвазивты қасиеті бар.
- * Эндотоксин түзеді.

Патогенез

- * Эпидемиялық фазасы;
- * Энтеральды фазасы (энтеритпен дамуымен);
- * Алғашқы регионарлы инфекция фазасы (лимфаденитпен дамуымен);
- * Жайылу фазасы (бактеріемия және токсинемия)^{• дамуымен});
- * Паренхиматозды фиксациялау фазасы
- * Токсинемии фазасы
- * Екіншілік-ошақты өзгерістер фазасы
- * Қалыптасу фазасы

*Қызылша –жедел жұқпалы ауру, ол жалпы интоксикация белгілерімен, жоғары тыныс жолдарының катары және конъюктивитпен, терідегі дақты –папулезді бөртпелермен сипатталады.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

Қызылша қоздырғышы – арнамалы вирус - Polinosa morbilliorum, Paramyxoviridae туысына жатады, сфералық формалы (d-120-250нм). РНК-алы.

Антигенді структурасы біртекті, бұл қызылша вакцинасының эффективтілігі үшін қолайлы жағдай болды.

Қызылша вирусі сыртқы ортада тұрақсыз, тек 30 мин. сақталады, күн көзіне және ультрафиолетті сәулелерге сезімтал, бірақ төменгі температураға төзімді.

Көптеген зерттеушілермен жеделдеу склерозді панэнцефалитте (Ж.С.П. Э), шашыраңқы склерозда қызылшаның этиологиялық ролі талқыланады. Персистенті қызылша инфекциясы және жүйелі қызыл жегі, жүйелі склеродермия, ревматоидты артрит және т.б. аурулар арасында байланыс жөнінде сурақтар зерттеледі.

* Эпидемиологиясы

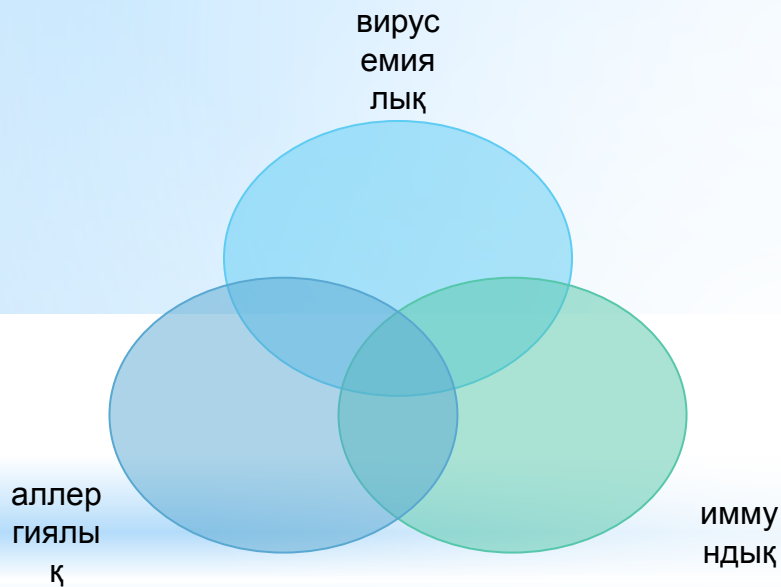
Ауру көзі:
Инкубациялық кезеңнің
соңғы 2-ші күні
және бөртпелер пайда
болғаннан
кейін 4 күнге дейін сыртқы
ортаға вирус бөлетін ауру
адам.

Жұғу жолы-
ауа-тамшылы.
Қабылдағыштық – 100%.

•Негізінен 10 жасқа дейінгі
балалар ауырады, сонын
ішінде 1-7ж.,
аралықтарындағы.

* Эпидемиологиясы

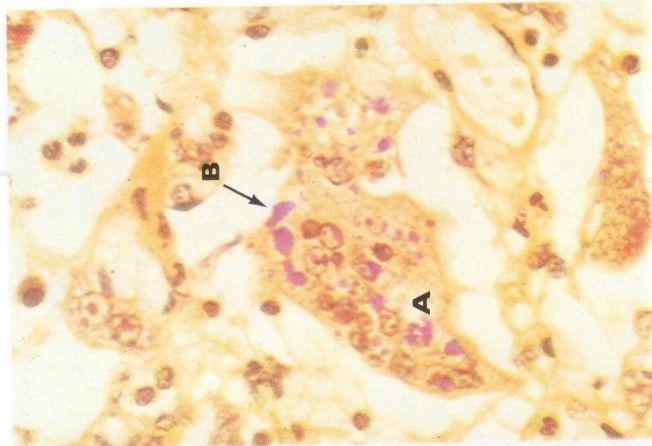
- * Ауру мерзімі - **қыс-көктем** айлары
- * Иммунизациядан өтпеген адамдар санының жоғарлауынан, әрбір **2-4 жыл сайын** ауру көрсеткішінің кезеңдегі жоғарлауы кездеседі.
- * 6 айға дейінгі балалар сирек ауырады, олар **трансплацентарлық иммунитетпен қамтамасыз етілген**, ал 9 айдан жоғары балалар қабылдағыш болып келеді.
- * Алдын-алу егулер алған балалар **4-8** есе сирек ауырады.
- * Алдын-алу егу жасалғандардың ауру **себебі вакцина сапасына**, оның дұрыс сақталуы, дұрыс жасалуына, баланың жасына байланысты болуы мүмкін.



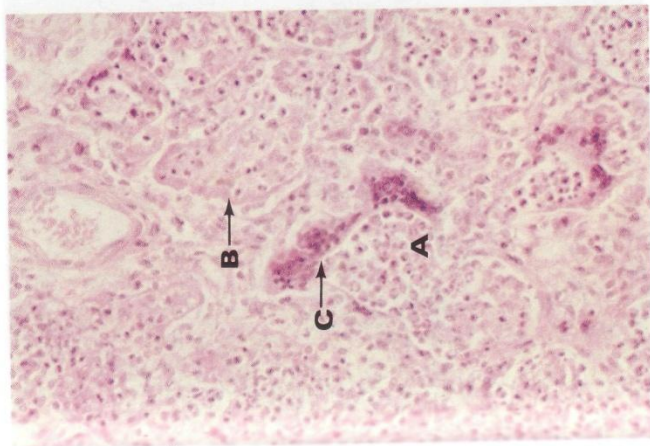
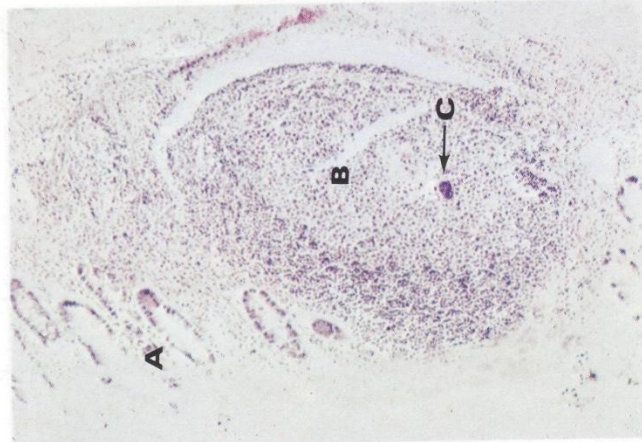
* Қызылшаның патогенезі 5 фазадан тұрады:

- * 1. Вирустың лимфоидты тканді зақымдауы және адаптациялау фазасы
- * 2. Регионарлы инфекция фазасы
- * 3. Біріншілік вирусемия және иммунды-эндотелиальды жүйенің жайылған зақымдалу фазасы
- * 4. Екіншілік өскен вирусемия және аллергиялық реакциялар фазасы.
- * 5. Тұрақты иммунитет түзілу және патологиялық процесстің жойылу фазасы.

* Қызылшаға тән гигантты көп ядролы (50-100) Уортина-Фичелльдея клеткалар



378



377

* Клиникасы

Қызылша- циклді ауру, онда 4 клиникалық кезең анық көрінеді:

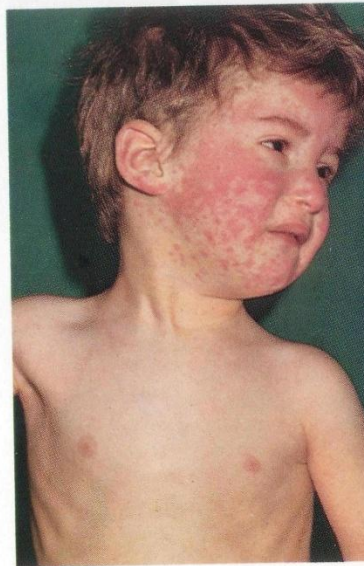
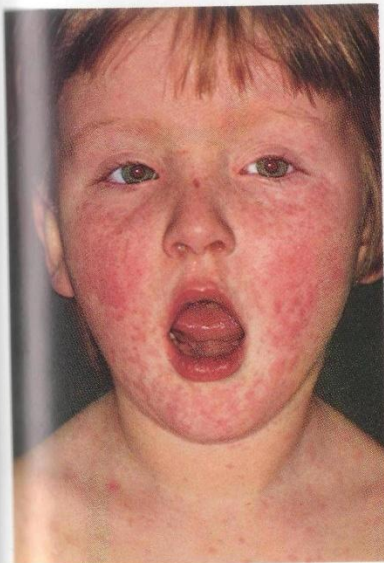
- * инкубациялық,
- * продромальды немесе катаральды,
- * өршу немесе бөртпе кезеңі
- * пигментациялау кезеңі

* Катаральды кезеңі

- * Аурудың басталуы сипатталады: жалпы улану және кілегей қабаттарының катар синдромымен: дене қызуы $38-39^{\circ}\text{C}$, бас ауру, тұмау және жөтел, жалпы әлсіздік, селқостық, жылағыштық, тәбеті төмендеуі, ұйқысы бұзылуы.
- * Катаральды симптомдар күшейеді: тұмау күшейеді, науқаста түшкіру, серозды секрет бөліну байқалады; құрғақ жөтел, дауысының қырылдауы, айқын гиперемиялы конъюнктивит анықталады. **Тұмау, жөтел және конъюнктивит - Стимсон триадасы.**
- * Ауыз және жұмсақ таңдай кілегей қабаттарында нүктелі қан құйылулар пайда болады - **Петени «геморрагиялық презнантемасы».**
Бельский-Филатов-Коплик дағы - кіші азу тіске қарсы ұрттың кілегей қабаттарында нәзік, жұмсақ, ақ дақтар түрінде, дақ деңгейі шығыңқы және шекарасы дұрыс емес, қызыл жабындымен қоршалған.
- * Жұмсақ және қатты таңдайдың кілегей қабаттарында қызыл, дұрыс емес формалы, мөлшері түйреуіш басының мөлшеріне сәйкес бөртпелер - қызылшалық энантема деп аталады.

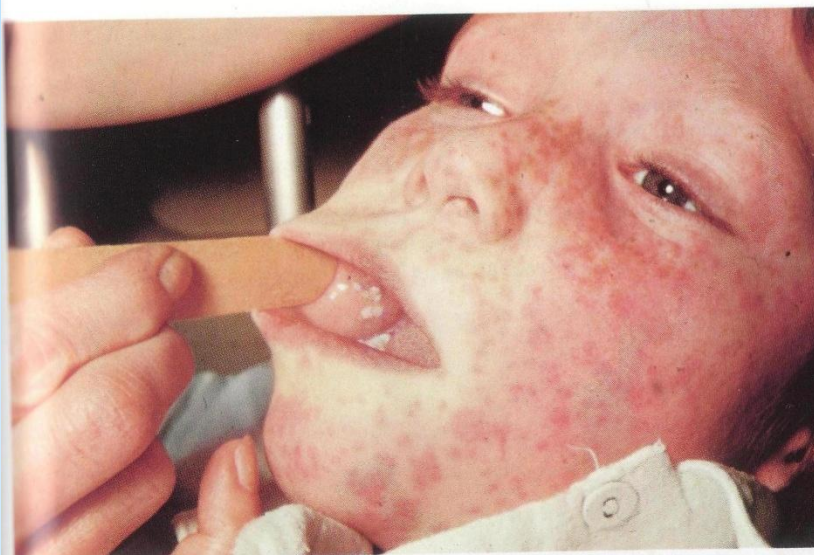


382

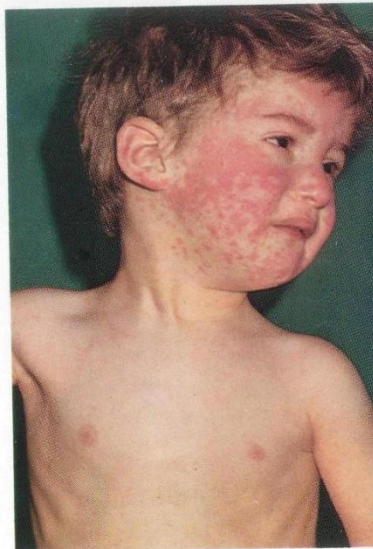
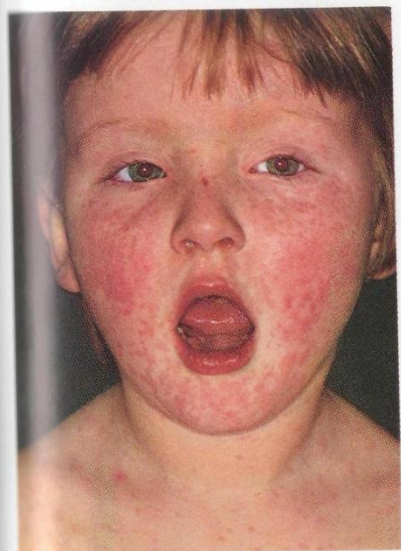


Бөртпелер пайда болу кезеңінде:

- дене қызуы көтеріледі ($39-40^{\circ}\text{C}$ -қа дейін), 2-ші күні максималды шегіне жетеді, сосын қалыптыға дейін төмендейді;
- Осымен қатар, барлық ұлану және кілегей қабаттардың қатар симптомдары күшейе бастайды: жөтел, ринорея және конъюнктивит;
- кеуде клеткасы жағынан - жиі трахеобронхит байқалады;
- жүрек-тамыр жүйесі жағынан тондарының тұйықтылуы және айқын аритмия, артериальды гипотензия, пульстың жиілеуі байқалады.



382



* Бөртпелер келесі белгілерімен ерекшеленеді:

- * 1) бөртпелердің этаптылығы;
 - * 2) макуло-папулезді сипатта және қосылуға бейімділігі;
 - * 3) терінің қалыпты фонында орналасуы;
 - * 4) жеңіл қышу;
 - * 5) бөртпеден кейін пигментациялау және қабыршақтануы.
- * 1. Бөртпелердің этаптылығы- бөртпелер 3 күн ішінде жоғарыдан төмен дамиды, 1-ші тәулікте құлақ артында, мұрын қырында және алғашқы 24 сағат ішінде бетте, бастың, шашты бөлігінде, мойын, кеуденің жоғарғы бөлігінде болады



386

2-ші күні бөртпелер дененің барлық бөлігін жайылады.

3-ші күні аяқ-қолға тарайды.

2. Бөртпе жеке ұсақ дақтан басталып, біртіндеп ұлғаяды, терінің деңгейінен көтеріліп тұрады, дақты-папулезді сипатта болады. Бөртпе түсі әлсіз, қызғыш түстен- қанық қызыл түске дейін. Бөртпелер элементтері қосылуға бейім, кейде тұтас эритема түзеді.



387

3. Бөртпелер қосылғанда терінің қалыпты фонында орналасады және тұтас эритема кезінде терінің қалыпты түсін байқауға болады. Тері аздап ісінген.

* Бөртпелердің пигментациялау кезеңі

сипатталады:

- * критикалық немесе кризолитикалық дене қызуының төмендеуімен,
- * жалпы жағдайының жақсаруымен, тәбетінің пайда болуымен;
- * катаральды симптомдардың азаюымен;
- * жарықтан қорқу жойылуымен, конъюнктивит, тұмау және жөтел азаюымен;
- * Бөртпелердің пигментациялануы 3 күн бойы параллельді және пайда болғандағы сияқты тәртіппен біртіндеп кетуімен;
- * Тыныс мүшелері жағынан зақымдану симптомдары біртіндеп жойылуымен және оның функциясы қалпына келуімен.

* Бөртпелердің пигментациялау кезеңі



392

* Бөртпелердің пигментациялануы 3 күн бойы параллельді және пайда болғандағы сияқты тәртіппен біртіндеп кетеді;

* Бөртпелер элементтері өзінің анықтығын жоғалтады. Айқын бөртпе біртіндеп бозарады. Бөртпе элементтері ақшыл-қоңыр түсті даққа айналады. Осы дақты пигментация 1-2 апта сақталады.



193



Клиникалық жіктелуі

№	Тип бойынша	Ауырлығы бойынша	Ағымы бойынша
1.	Типті	1. Жеңіл 2. Орташа ауыр 3. Ауыр	1. Колайлы 2. Колайсыз - асқынумен - екіншілік
2.	Атипті А. митигирлі Б. абортивты В. көміскі Г. симптомсыз Д. аггравирлі симптомдармен өтетін	Аырлық көрсеткіштер: - интоксикация синдромдың айқындылығы; - жергілікті өзгерістердің көрінісі	инфекция қосылуымен - созылмалы арудың өршуы

* Ауырлық бойынша жіктелісі

- * Жеңіл түрі - барлық клиникалық кезеңдерде өтеді, бірақ ауру симптомдары айқын емес. Дене қызуы субфебрильді, кілегей қабаттар катары аз мөлшерде, Бельский-Филатов-Коплик дағы тез жойылады. Бөртпе кезеңі типті өтеді, элементер тез жойылады. Асқыну сирек байқалады. Қызылшаның жеңіл өтуі дені сау балаларда кездеседі.
- * Орташа ауырлық түрі - аурудың классикалық варианты болып саналады.
- * Ауыр түрі - айқын улану симптомымен, гипертермия, нерв жүйесінің зақымдануымен, есінің бузылуы, адинамия және жедел жүрек-тамыр әлсіздігімен сипатталады.

* Қызылшаның митигирлі түрі

Пассивті гамма-глобулин, иммуноглобулин немесе қан препараттар алған балаларда кездеседі. Ауру жеңіл өтеді және ерекшеліктері бар:

- * инкубациялық кезең - 21-24 күнге, кейде 28 күнге дейін созылады;
- * продромальды кезең - 1-2 күнге қысқарған немесе болмауы мүмкін, бұл кезде дене қызуы қалыпты немесе $37-37,5^{\circ}\text{C}$, катаральды көріністер әлсіз, Бельский - Филатов - Коплик дағы жоқ;
- * бөртпелер пайда болу кезеңі - 2 күнге дейін қысқарған. Этаптылығы бұзылған, бозғылт түсті, көп емес, қабыршақтануы сирек байқалады.



Қызылшаның диагноз қою:

- * Эпидемиологиялық анамнез (соңғы 10-20 күнде қызылшамен ауырған адамдармен қарым-қатынаста болуы)
- * Клиникалық симптомдарі: катаральды кезеңінде - респираторлы трактінің жоғарғы бөлігінің катаральды қабыну синдромы.
- * а) Стимсон қызылша триадасы: тұмау, жөтел және конъюнктивит;
- * б) Қызылшаның энантемасы жұмсақ және қатты таңдайда болуы;
- * в) Бельский -Филатов-Коплик дағы ұрттың кілегей қабаттарында;
- * г) Бөртпе пайда болған кезеңіндегі жалпы улану симптомы айқын байқалуы және макуло-папулезді бөртпе сипаты
- * 3) Лабораториялық зерттеу әдістері:
 - а) Вирусологиялық- иммунофлюоресценция әдісі - көмей жуындысын зерттеген кезде эпителиальды клеткалардағы вирус антигенінің табылуы;
 - б) Серологиялық әдіс - РТГА,РН,РСК.

* Қызылшаның катаральды кезеңінде ажырату диагнозі.

Катаральды
синдром

Тұмау

Қос-
тұмау

Адено-
вирусты
инфекция

РС-
инфекция

Энтеро-
вирусты
инфекция

* Қызылшаның бөртпе кезеңінде ажырату диагнозі

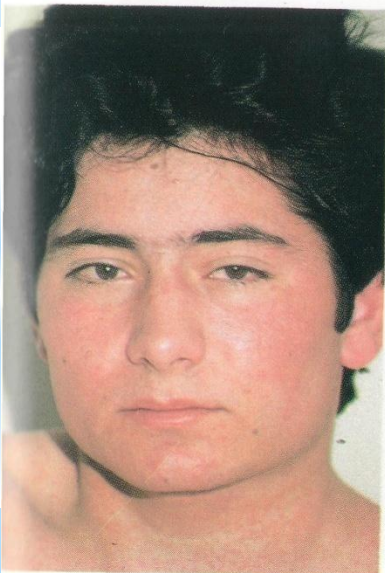
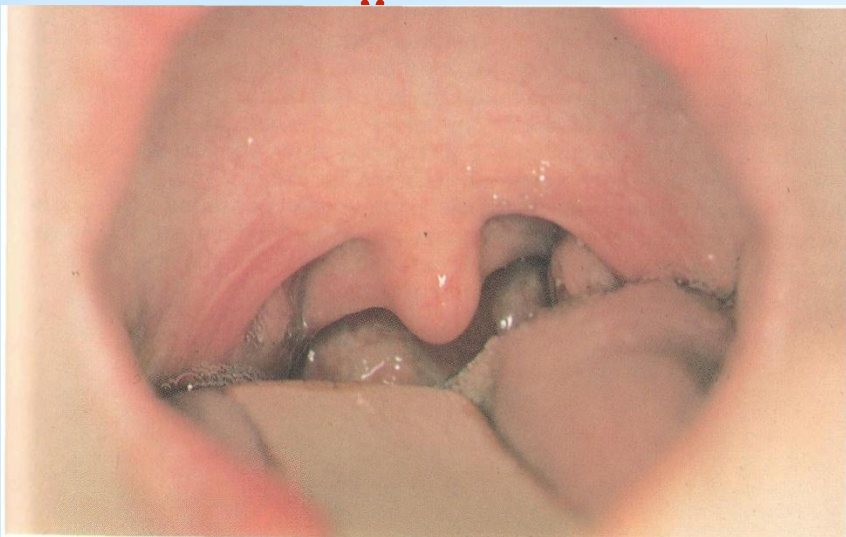
Дақты-папулезды
бөртпемен өтеді
келесі аурулар

Жұқпалы:

Қызылша, Қызамық, ЭВИ,
жұқпалы моноклеоз, ЦМВИ,
псевдотуберкулез, токсоплазмоз,
лептоспироз, трихинеллез,
сифилис,
Розенберг инфекциялық эритема

Жұқпалы емес:

Қызылшаға қарсы егу реакциясы,
Аллергиялық дерматит,
Қызыл лишай



Қызамық

- * Жиі кездесетін, вируспен шақырылатын, эмбриональды тканге тератогенді әсер ететін, клетканың митоз активтілігін төмендететін инфекциялық ауру.
- * 1. Эпид. анамнезінде - қызамықпен ауырған науқаспен қарым-қатынас болуы;
- * 2. Инкубациялық кезең 18-21 күнге дейін созылған;
- * 3. Продромальды кезең болмайды, бұл кезде дене қызуы қалыпты немесе субфебрильды, катаральды симптомдар аздаған, ауыз қуысында энантема жоқ.
- * ұсақ дақты бөртпе әлсіз қызғылт түсті, терінің қалыпты фонында, қосылмаған, бір моментті, аяқ-қолдың жазғыш бетінде, арқада және бөкседе санның сыртқы бетінде орналасады. 2-3 күннен кейін бөртпелер пигментациясыз және қабыршақтанусыз кетеді.



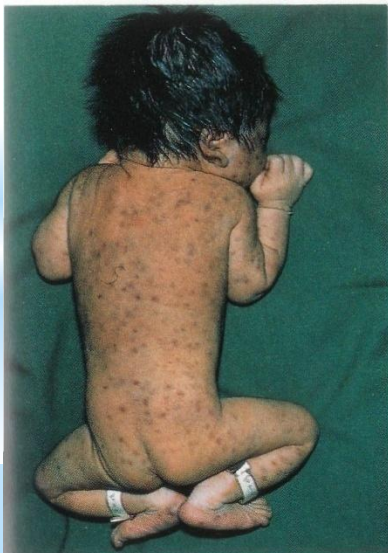
Қызамық



5



406



7



408

- * Негізгі белгісі - лимфоаденопатия, шүйде және артқы мойын лимфа түйіндері ұлғаюы.
- * ЖҚА-де - лейкопения 3-4 мың/мкл, нейтропения, лимфоцитоз, моноцитоз, көп плазматикалық клеткалар және Тюрк клеткалары (10-15%)і.
- * Атипті түрінде қиындықтар кездеседі:
 - * 1.Қатаральды көріністері байқалмайды.
 - * 2.Дене қызуы болмайды.
 - * 3.Бөртпелер болмайды.
 - * 4.Симптомсыз (инаппаратты инфекция).
- * Бөртпесіз кездесуі 25% жағдайда. Бөртпесіз және симптомсыз қызамық диагнозы анықталмайды.

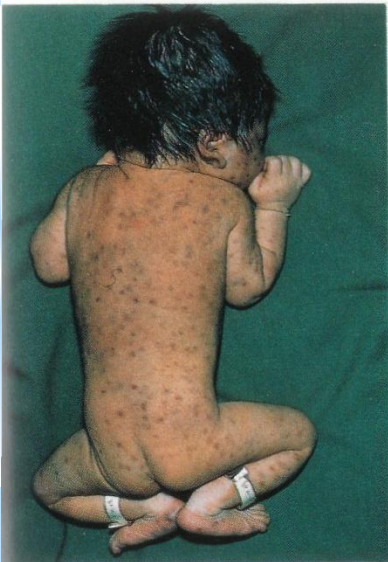
* Қызамық

* Қызамық - екінші күн

* Қызамықтағы геморрагиялық бөртпе - петехиялар



406

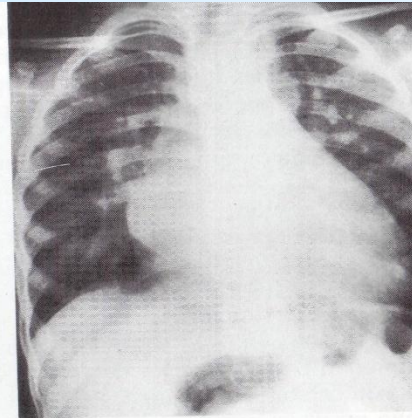
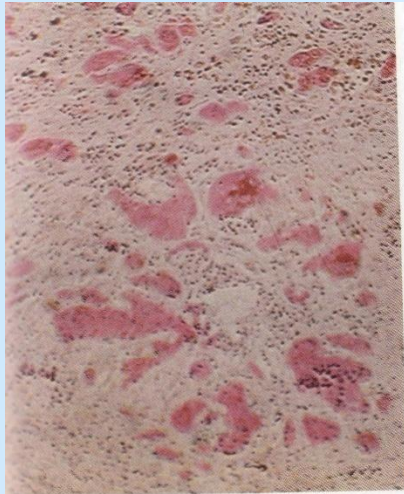


408

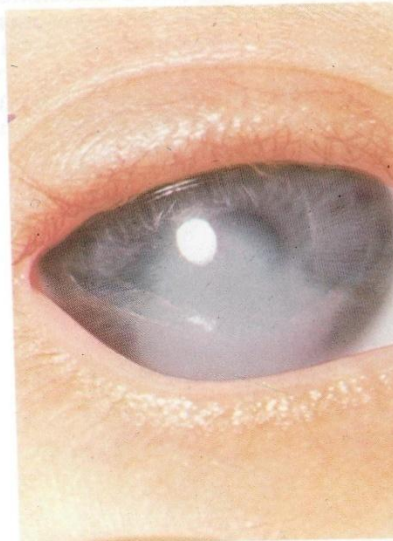
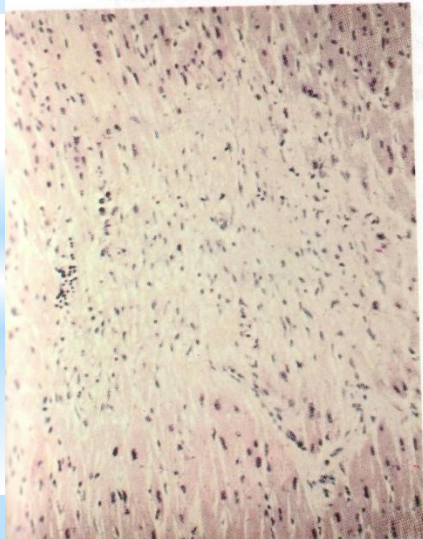
* Туа пайда болған қызамық
(48 сағат ішінде пайда болады, геморрагиялық бөртпе жиі кездеседі қан құйылулармен бірге)

Геморрагиялық бөртпе көбінесе полиорганды жетпеушілікпен жүреді

Туа пайда болған қызамық



410



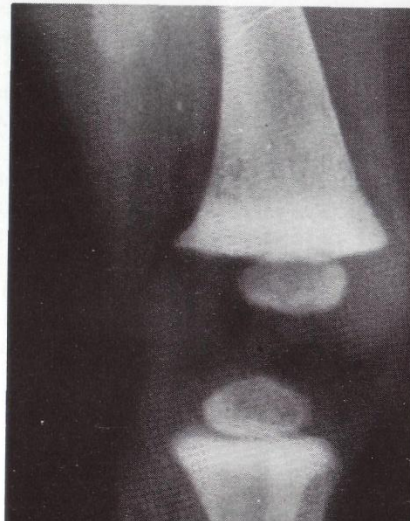
412

- *Туа пайда болған қызамық полиорганды жетпеушілікпен жүреді:
- фетальды гепатит,
 - туа пайда болған жүрек ақаулары,
 - көз зақымдалуы

* Туа пайда болған қызамық



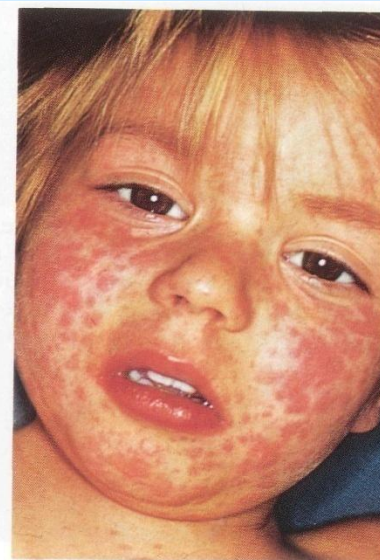
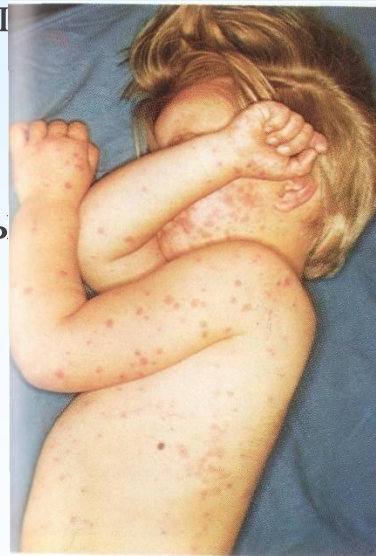
- * Көз зақымдаулары:
- * глаукома
- * катаракта



- * Сүйек зақымдалуы

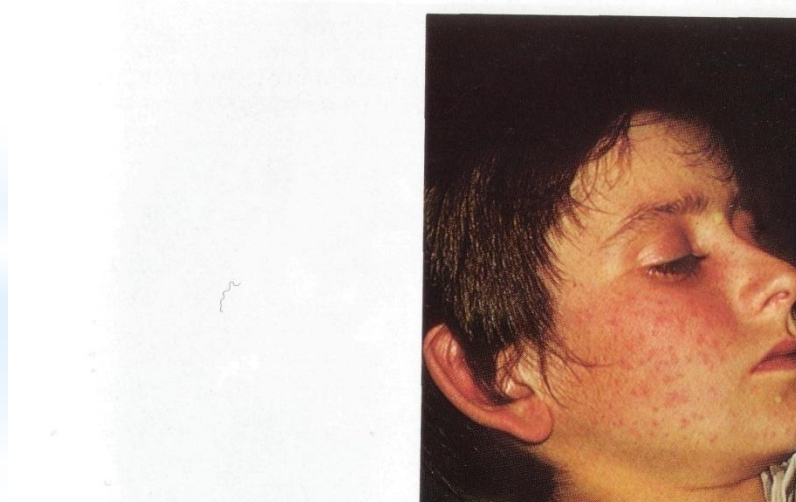
* Энтеровирусты инфекция

* **ЕСНО** - вирустармен тудырылады. Жедел басталады, дене қызуы 39 С дейін, және бір моментте басталғаннан 24-48 сағат соң көп мөлшерде бөртпелер пайда болады. Бөртпе - дақты, ұсақ дақты, дақты папулезді, қосылмаған, таңдаусыз орналасқан. Қызамық тәрізді бөртпе элементтері бір уақытта кездесуі мүмкін. Бөртпе 3-4 күн сақталады және ізсіз жойылады. Дифференциальды диагнозына маңызы бар:



421

- * 1.Продром кезеңі катаральды көріністерісіз өтуі, Бельский-Филатов-Коплик-дағы болмауы.
- * 2.Нерв жүйесінің зақымдалуы, серозды менингит симпомдары үштік шағыммен (гипертермия, бас ауру, құсу) және менингеальды белгілермен өтуі.
- * 3.Кілегей қабаттарда герпестік бөртпелер.
- * 4.Гепатоспленомегалия, миокардит, миалгия, іш ауру



* Жұқпалы моноклеоз



* Экзантема 18-20 % жағдайда атипті түрде кездеседі, онда қызылша тәрізді бөртпелер әр- түрлі болуы мүмкін. Бөртпе аурудың 1-ші аптасында пайда болады, жалпы улану симптомдар өсіп, дене қызуы көтеріледі. Бөртпе элементі анық, 6-15 мм көлемінде, дұрыс емес формалы, бет аймағында көп мөлшерде. 1-2 күн, сирек 4-5 күн сақталады, кеткеннен кейін пигментация және қабыршақтану байқалуы мүмкін.

* Жұқпалы мононуклеоз

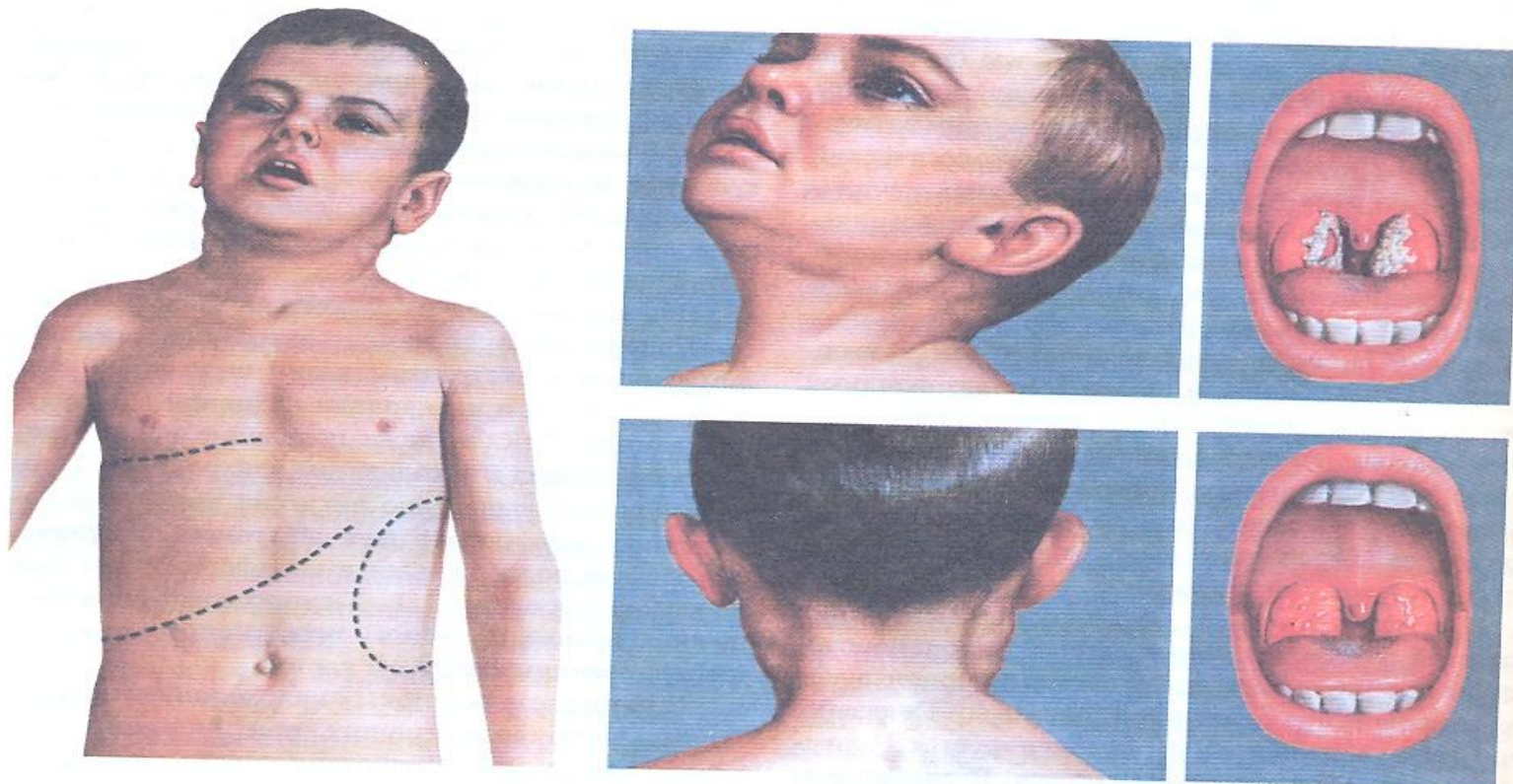


Рис. 58. Инфекционный мононуклеоз. Характерные клинические симптомы: увеличение печени, селезенки, шейных лимфатических узлов, поражение ротоглотки.

* Жұқпалы мононуклеоз

* Қызылшадан клиникалық айырмашылығы:

* Продром кезеңінде қызылшаға тән белгілері болмайды.

* Бөртпелер этаптылығы жоқ.

* Тән:

- айқын улану (гипертермия, бас ауру, әлсіздік)

- баспа,

- лимфоаденопатия,

- гепатолиенальды синдром,

- гематологиялық өзгерістер: лейкоцитоз, лимфоцитозбен бірге және атипті

мононуклеарлар, нейтропения

10-15% дейін



Жұқпалы эритемалар
($t - 38^{\circ}\text{C}$, қосылған дақтар)

Розенберг жұқпалы эритема
(ірі бұйындардағы және бөкседегі
көп мөлшердегі бөртпелер)

Тчамер жұқпалы эритема
(бетте көбелек тәрізді сүрет)

Полиморфты экссудативты
эритема
(қосылған дақтар, папулдар,
везикулдар)

* Екіншілік сифилистегі
бөртпе

* Полиморфты экссудативты
эритема



392



193

* Емі

- * Төсектік режим барлық жедел кезеңінде.
- * Тамақтану жасына сәйкес, көп мөлшерде сұ ішу, сүтті, өсімдікті витаминді диета
- * Дененің және кілегей қабаттардың тазалығын қатаң сақтау (гигиеналық ванналар, көз жуу). Мұрынды тампонмен тазалау, ауыз шаю.
- * Дәрілік терапия:
 - * Этиотропты - РНК-аза, рекомбинанты интерферондар - виферон, реаферон, реальдирон, интерлок
 - * Витаминотерапия : центрум, юникап-М, аевит, олиговит.
 - * Глюконат кальция- 0,3-0,5 гр. күніне 3 рет.
 - * Симптомды ем : гипертермия кезінде -антипиретиктер, жедел трахиобронхитті емдеу, жөтелге қарсы ем.
 - * Антигистаминді дәрі-дәрмектер (тавегил, зиртек, кларитин).
 - * Күшті улануда - инфузионді терапия: глюкоза 5%-10 мл/кг, т.б.
 - * Реконвалесценция кезеңінде балаларда астениялық синдром байқалады, сондықтан санаторлық режим, витаминді тамақтану, таза ауада болу, ұзақ ұйқы.

* Алдын-алу шаралары

- * Ерте диагностикалау және тез изоляциялау, бөртпе пайда болғаннан 4 күнге дейін оқшаулау керек, пневмониямен асқынған кезде - 10 күннен кеш қалмау керек.
- * Қызылшамен ауырмаған балалар контакт болғаннан бастап 17 күнге оқшауланады, ал пассивті иммунитеті бар балалар (иммуноглобулин, гаммаглобулин)- 21 күнге оқшауланады.
- * Активті иммунизация-тірі қызылша вакцинасымен жүргізіледі. Эпидемиялық әсері 95%-дан аз емес.

* Желшешек - бұл

- * жалпы интоксикация
симптомдар және везикулезды
бөртпемен жүретін жедел
жұқпалы ауру

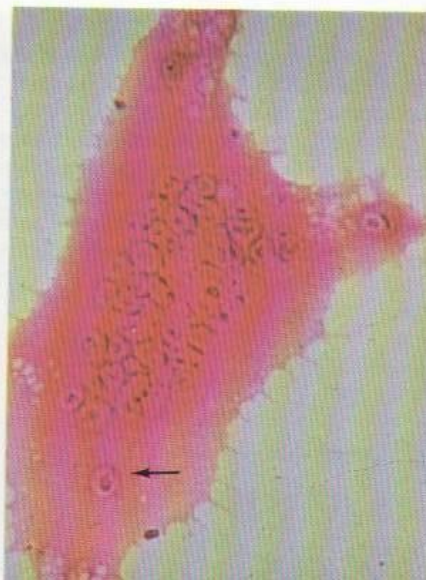
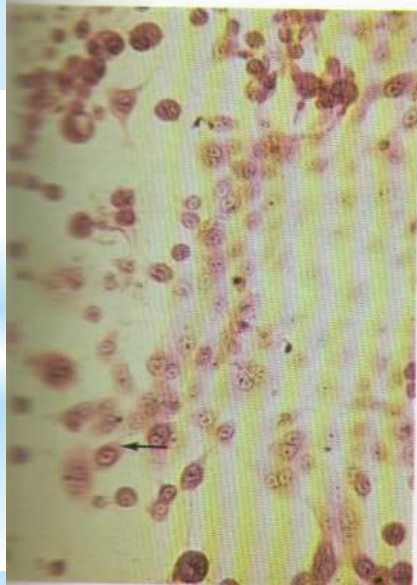
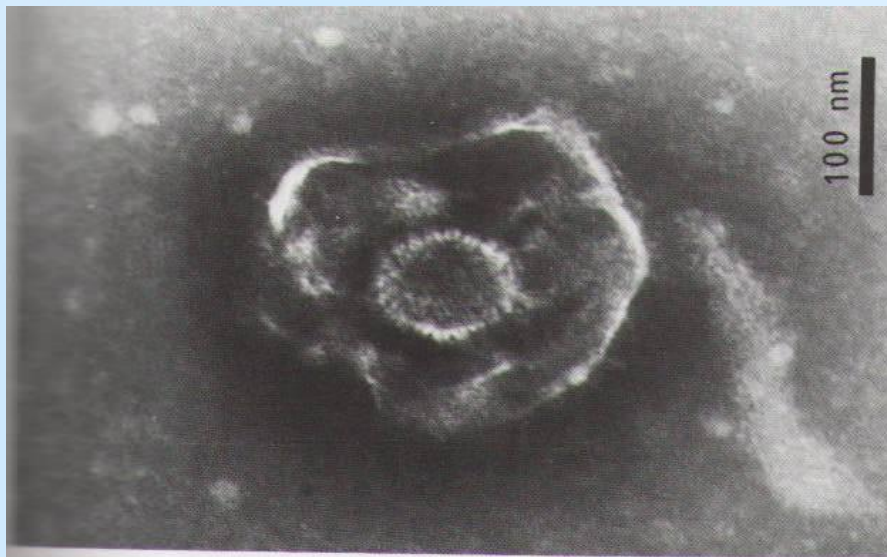
* Вирус 3 типа

* Электронная
микроскопия

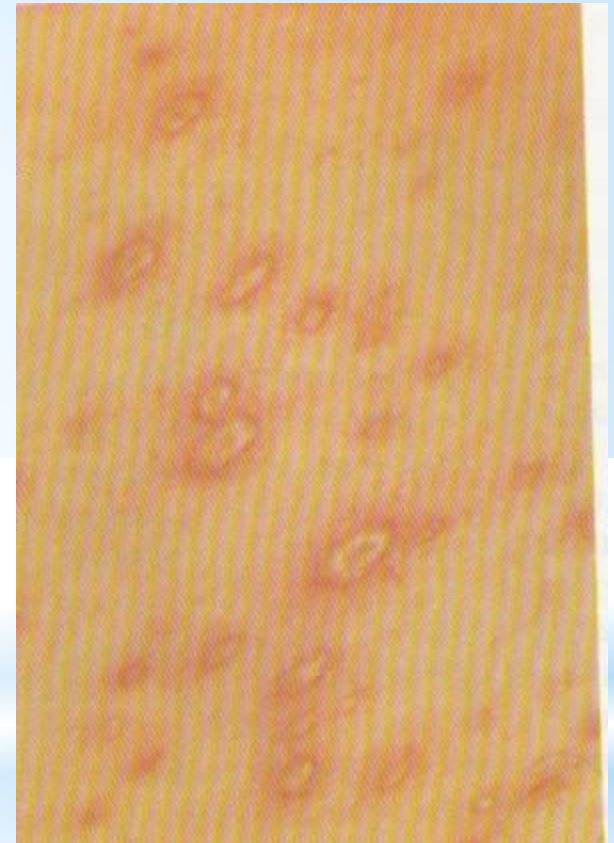
Д-150-200нм.

ДНК-содержащий

В амниотических клетках



* Ветряная оспа



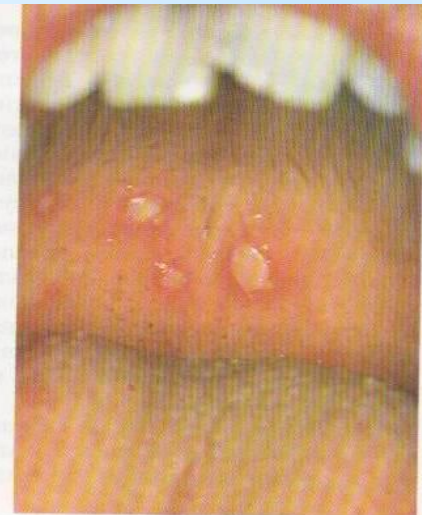
* Ветряная оспа-полиморфизм сыпи



* Ветряная оспа

* Кровоизлияния на небе

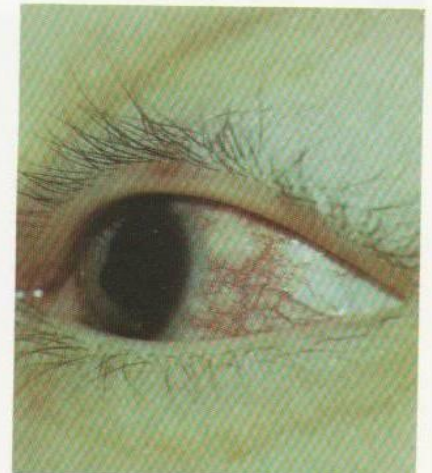
* Везикулы на небе



226

* Везикулы на языке

* Везикула на конъюнктиве



- * Белдеме герпес - инфекционное заболевание, характеризующееся пузырьковыми высыпаниями и невралгиями в определенных кожных сегментах, иннервируемых чувствительными нервами



* Опоясывающий герпес

- * Сегментарная локализация - важный диагностический признак
- * Сыпь имеет четкие границы и сосредоточена в дерматомах С4 и С5
- * Поражение по ходу грудных сегментов





269



* Опоясывающий герпес

- * Поражение коленчатого ганглия (синдром Ханта)
- * Поражение сегментов С2 и С3, сопровождающееся параличом лицевых мышц
- * Поражение сегментов С4 и С5, сопровождающееся параличом



* Эдебиеттер:

- * Балалар жүкпалы аурулар. Куттыкужанова Г.Г.; Алматы, 2003
- * Руководство по инфекционным болезням у детей. Под ред. Учайкина В.Ф., М., ГЭОТАР Медицина, 2000 с.198-217
- * Инфекционные болезни у детей. Справочник в вопросах и ответах. Под ред. Симованьян Э.М. Ростов н/Д: “Феникс”.2002, с.356-393
- * Инфекционные болезни у детей. Под ред Тимченко Н.В. С-Петербург, 2005
- * Казанцев А.П. И др. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. М.,1999, с.103-120

 **Назарларыңызға
рахмет !**