

МАРАТ ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС ҚАЗАҚСТАН
МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

Мамандығы: жалпы медицина

Кафедра: Эпидемиология

Тақырыбы:

Орындаған: Нурдаулетова М.Е

Ғаниева Г.Ғ

503 Б тобы

Ақтөбе 2016 ж.

Тақырып

Анаэробты инфекциялардың алдын алу және эпидемияға қарсы шаралары, кокк таяқшаларымен шақырылған тері инфекциялары. Стафилококк пен стрептококкпен шақырылатын тері инфекциялары. Ауруханалардағы инфекциялық бақылау.

Анаэробты инфекция

анаэробтық микроорганизмдер тудыратын, бұлшық ет пен дәнекер тіндерді зақымдайтын ауыр да, улы жарақат инфекциясы.

Аэробты микроорганизмдер тудыратын қабыну процестерінен айырмашылығы:

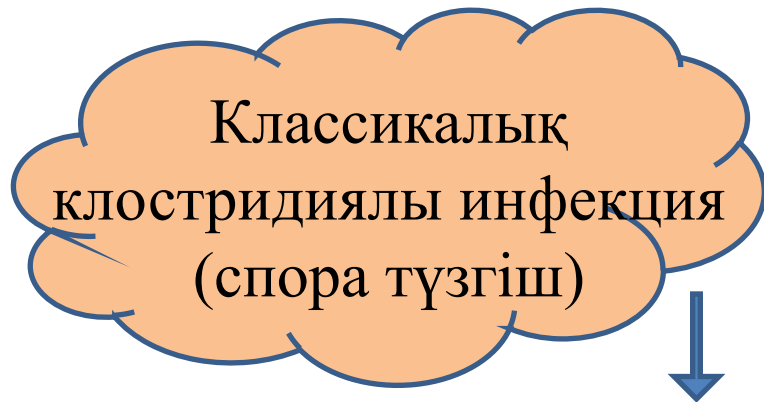
- ❖ қабыну реакцияларының белгілері болмайды
- ❖ өлеттену процестерінің өршуі
- ❖ ісіну
- ❖ газ түзілу орын алады.

Тарихы

Жұмсақ тіндердің анаэробтық инфекциясын алғаш рет 1562 жылы сипаттап жазып, оны госпиталдық өлеттену (гангрена) деп атаған **Амбруаз Паре** болды.

1853 жылы француз хирургі **Мезоннев** анаэробтық инфекцияның клиникалық көрінісін сипаттай келе, оны «жасанды өлеттену» (молниеносная гангрена) деп атаған.

Орыс хирургі Н.И Пирогов «жергілікті ступор» және «жедел қатерлі ісіну» деген атпен анаэробты инфекцияның классикалық сипатын берді және оның «жарақат эпидемиясы»- деп соғыспен байланысын атап көрсеткен.



Классикалық қоздырғыштарға
мыналар жатады:

- Clostridium perfringens
- Clostridium oedematiens
- Clostridium septicum
- Clostridium hystoliticum

Анаэробтық инфекцияның дамуына мына факторлар жағдай туғызады

Тіндердің ауқымды жарақаттануы мен олардың топырақпен, бөгде денелермен ластануы

Жарақат өзегі, терең және сыртқы ортамен байланысы нашар қуыстың болуы

Таңғыштар, қылбұрау салу, үлкен қан тамырларының жарақаттануы

Жаралының организмінің қажуы, дерт немесе басқа да факторлар салдарынан әлсізденуі.

Қанды көп жоғалту мен жарақат кезіндегі шок

Көктемгі және күзгі ылғалды мезгіл

Жіктелуі

Эмфизематозды-
газ түзілу ісіну
процесінен басым

Улы немесе ісікті-
газ түзілу ісіну
процесінен бәсең

Аралас –
эмфизема мен
ісіну процестері
қатар жүреді

Шірулік – тіндерде
өлеттену
процестері дамиды

Флегмонозды-
ісіну мен эмфизема
әлсіз,
салыстырғанда
қолайлы жүреді
және хирургялық
емге тез көнеді

Клиникасы



Анаэробты инфекцияның инкубациялық кезеңі басым көпшілігіне 2-5 тәулік болады. Дерт неғұрлым ерте басталса, соғырлұм қатаң түрде жүреді және нашар болжамды болады.

Клиникалық көрінісі жергілікті және жалпы белгілерден тұрады

Жергілікті:

- жара тұсының кернеп ауыруы
- жұмсақ немесе гипсті таңғыштың тез ісінуден қысуы
- Теріде көгілдір немесе қола түстес дақтар пайда болуы
- Зақымданған бұлшық еттер «қайнатылған етке» ұқсас болады

Жалпы:

- Ауыр интоксикация, әлсіздену, шөлдеу, жүрек айну, құсу, ұйқы бұзылуы, селқостық, сандырақтау
- Тері жамылғылары бозғыл тартқан, сарғыштау

Анаэробты инфекцияның алдын алу

1. Патогенді микроорганизмдердің көбеюіне керек бірден бір субстрат тіршіліксіз өлеттенген тіндерді толық кесіп алып тастау мен жараның өзегін кең ашатын хирургиялық өңдеуді неғұрлым ерте жүргізу
2. Ластанған, жанышталған жәе атылған жарақаттардың басым көпшілігіне хирургиялық өңдеудің соңында бірден тігіс салмау керек.
3. Анаэробты инфекциялардың алдын алуда антибиотиктерді жарақаттан кейінгі ерте мерзімде жіберудің рөлі елеулі
4. Анаэробты инфекцияның алдын алуда тасымалдау және емдік иммобилизацияның, қан тоқтатқыш қылбұрауды қатаң көрсеткіштер бойынша салудың және организмді тондырмаудың маңызы зор
5. Профилактикалық серотерапия. Көпвалентті қан сарысуын профилактикалық мақсатта 10 мың бірлік мөлшерінде тері астына , бұлшық етке жібереді
6. Анаэробты бактериофагтар да қолданылады, диафагтың бірдей көлемімен араластырып, алынған қосындыны новокаиннің 0,5 % дық ерітіндісімен араластырып, жарақат аймағына жібереді.

Жұмсақ тіндердің ірінді аурулары



Фурункул

Шаш фолликулы, май бездері және тері асты май клетчаткасының жедел іріңді некротикалық қабынуы.

Көбіне орналасатын жерлері:

- Мойынның артқы беті
- Білезіктің сыртқы беті
- Бет аймағы
- Бөксе аймақтары

Қоздырғышы: стафилококк

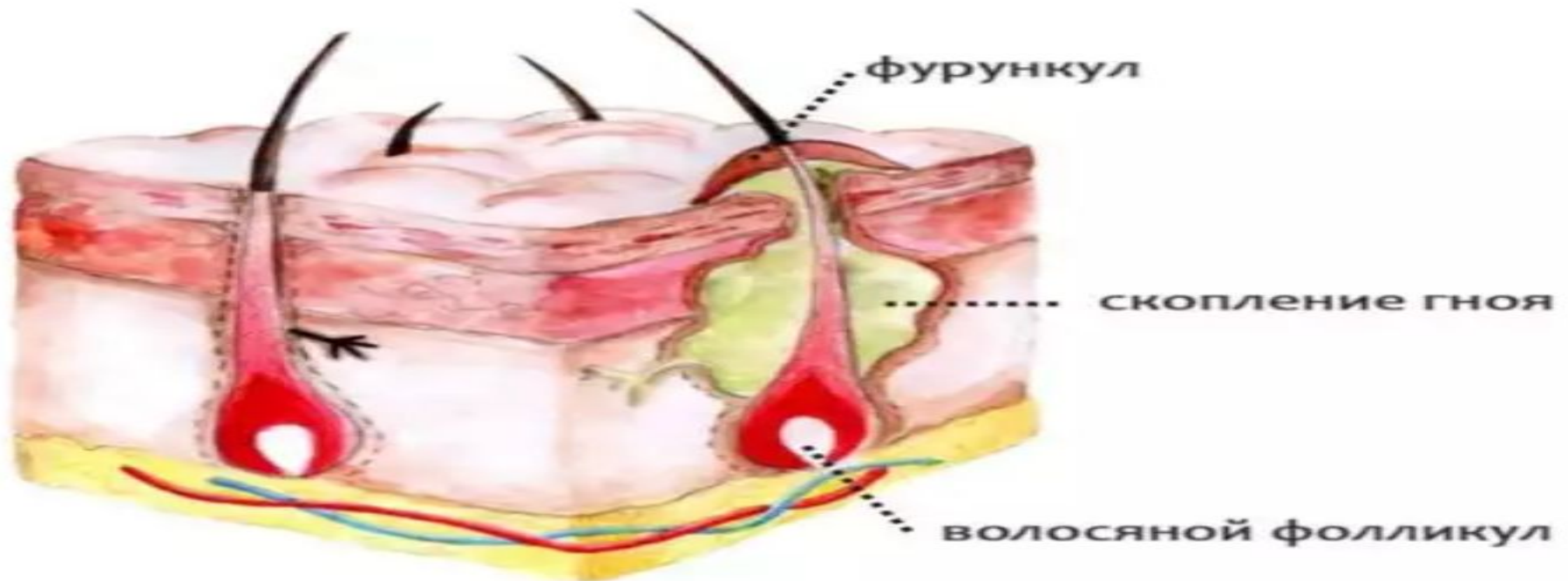
Бейімдеуші факторлар:

1. ағзаның әлсізденуі
2. зат алмасу бұзылыстары
3. авитаминоз
4. тері аурулары



Патогенезі

Фурункулдың дамуы іріңді пустуланың түзілуінен басталады: микрофлораның шаш фолликулынан терінің емізік қабатына таралғаннан кейін қабынбалы инфильтрат түзіледі. Инфильтрат ортасында некроз ошағы түзіледі, некроз маңайында ірің жиналады. Ірің шыққаннан кейін және некротикалық стержень алынғаннан соң, тері дефекті грануляцияға толып, дәнекерленеді.



Клиникасы

Қараған кезде қабыну аймағында іріңдік болады, маңайында гиперемия байқалады. Фурункулдың дамуына байланысты қабыну тері үстінен конус тәрізді көтеріліп, диаметрі 0,5-1,5 см, аса айқын шекарасы жоқ инфильтрат түзіледі. Ірің шыққаннан кейін инфильтрат ортасында жасыл түсті тін аймағы анықталады, ол некротикалық стерженнің ұшы болып табылады.

Фурункулдан шыққан қызыл сызықтар анықталады, ол лимфангиттің қосылғандығын, регионарлы лимфа түйіндерінің үлкеюі лимфоадениттің дамуын көрсетеді.

Карбункул

Тамырлар тромбозы нәтижесінде тері және тері асты май клетчаткасының некрозымен, ортақ инфильтрат түзілуімен сипатталатын бірнеше шаш фолликулдардың және май бездерінің жедел жайылған іріңді –некротикалық қабынуы.

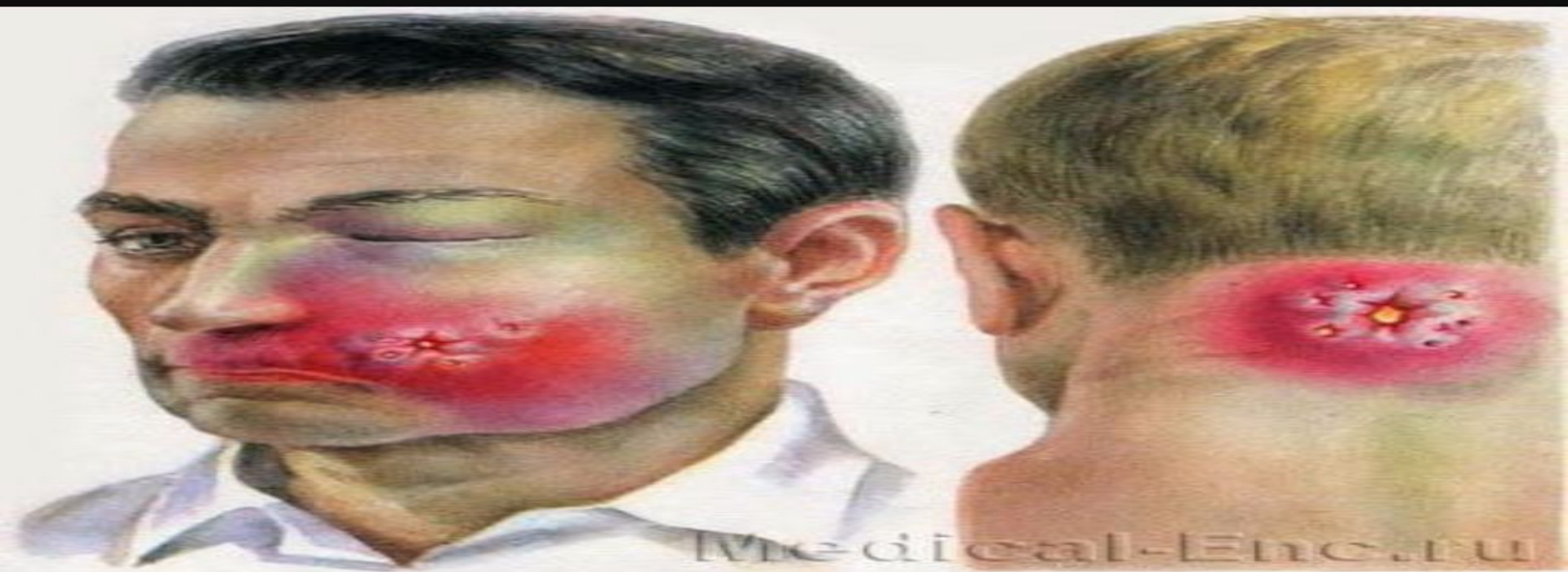
Орналасатын жерлері:

- Мойынның артқы беті
- Шүйде аймағы
- Жоғарғы және төменгі ерін
- Арқа, бел аймақтары

Қоздырғышы: Стафилококк,
сирек стрептококк .

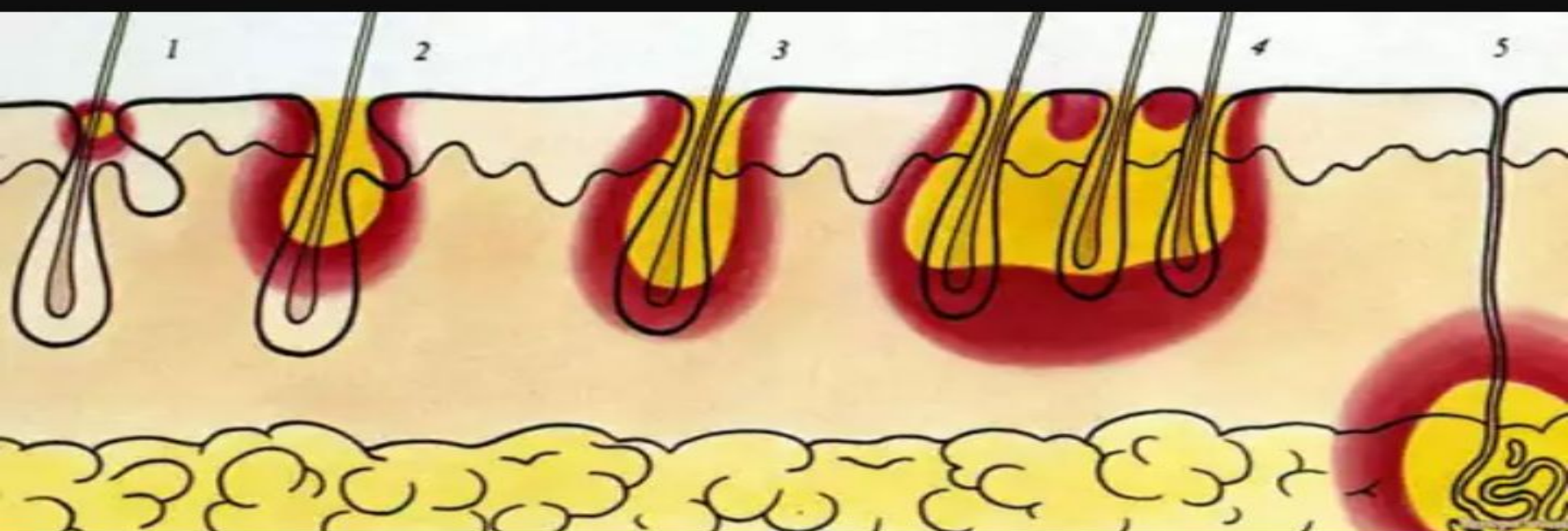
Бейімдеуші факторлар:

1. ағзаның әлсізденуі
2. зат алмасу бұзылыстары
3. авитаминоз



Патогенезі

Ауру бірнеше шаш фолликулдарын, май бездерін қамтитын инфильтраттың түзілуінен басталады. Жергілікті қан айналым бұзылып, тері және тері асты май қабаты, кейде одан терең некроз дамуы мүмкін. Некрозбен бірге, тіндердің іріңді еруі дамып, ірің фолликулдардың түбінен ағады. Ірің шыққаннан кейін орнында терең дефект қалып, ол екіншілік жазылумен жүреді.



Клиникасы

Іріңді қабынудың жалпы белгілерінен басқа орналасатын аймақтарда көк- қошқыл түсті ісіну бақалады. Аурудың басында бірнеше инфильтрат түзіліп, олардың беттерінде бірнеше некротикалық пустулалар болады, олар ортасында қосылып, жайылмайтын тін некрозын түзеді. Жиі лимфааденит пен лимфангитпен бірге жүреді. Карбункулды сібір жарасының карбункулынан ажырату керек, сібірлі жарада геморрагиялық көпіршіктер болады, іріңді бөлініс болмайды, инфильтрат ауырсынбайды және некротикалық стержень қара түсті болады.

Фурункул емі
Консервативті және
оперативті ем.

Аурудың басында этил
спртімен, салицил спиртімен
өңдеп, ультра жиілігі жоғары
УВЧ терапия жүргізіледі.
Фурункул ашылғаннан кейін
протеолитикалық
ферменттермен, натрий
хлоридінің гипертониялық
ерітіндісімен таңулар
салады. Егер фурункул
абцедирленген болса,
абсцессті ашуға жүгінеді.

Карбункулдың емі

- Бастапқы стадияларында консервативті ем қолданады.
 - Төсектік режим
 - Спиртпен өңдеп, асептикалық таңу салу
 - Парентеральды, пероральды антибиотиктер, ұзақ әсерлі сульфаниламидтер қолданады.
- 2-3 тәуліктен кейін консервативті ем нәтижесіз болса, некроз өршісе – некроз арқылы операцияға көрсеткіш болып табылады.