

Тақырыбы:

Ішек инфекцияларын алдын алу және эпидемияға қарсы шаралары(сальмонеллез, шигеллез, іш сүзегі).
Ауруханлардағы инфекциялық бақылау. ЕПМ ішек инфекциялары, алдын алу шаралары

Орындаған: Қоразова Нургуль
Енесииева Акбобек

Тобы: 503 Б

2016 жыл

Ішек инфекцияларын алдын алу және эпидемияға қарсы шаралары



Соблюдение всех правил гигиены помогает предотвратить заражение кишечными инфекциями

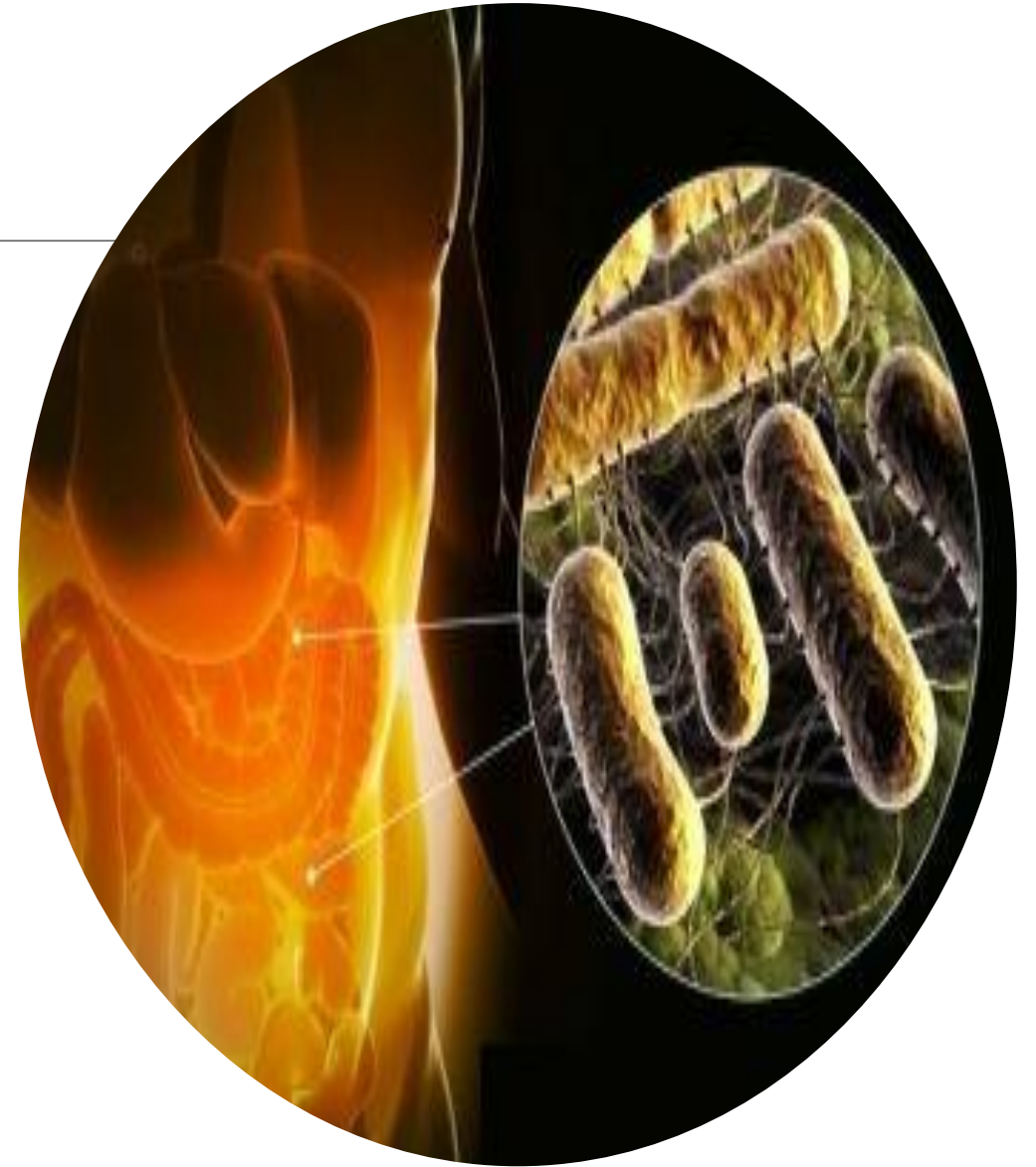
Ішектің ауруларына сальмонеллез, дизентерия және әр түрлі энтероколиттер жатады. Негізінен микробтар тағам, су және кір қол арқылы асқазан мен ішекке түседі. Қоздырғыш түрлерінің өте көптігінен адамдар бұл аурумен бірнеше рет ауыруы мүмкін. Аурудың басты белгісі – дене қызуының көтерілуі, құсу, іштің әлсін-әлсін ауруы өтуі. Бұл ауру 2 жасқа дейінгі балалар арасында жиі кездеседі. Диарея мен құсудың салдарынан ағза құрғақшылыққа ұшырап, сәбилердің өміріне қауіп тудырады. Кейде аурудың белгілері анық білінбей, алдап соғуы мүмкін. Қоздырғыш ретінде болуы мүмкін: бактериялар (патогенді және шартты-патогенді); вирустар; қарапайымдылар. Белгілі мәліметтер: Жағдайдың 30-40%-да инфекциялық диарея вирустармен тудырылады; Жағдайдың 20% –да патогенді бактериялармен (шигеллалар, сальмонеллалар, т.б.) шақырылады; Сондықтан, аталған белгілердің бірі байқалысымен-ақ дәрігерге көрініп, емді бастау керек. Ауру Сырқат болған адамнан және қарым-қатынастан, дұрыс жуылмаған шикі жеміс-жидектерден, көкеністерден жұғады. Ал, өсімдіктердің топырақ арқылы зақымдануы мүмкін. Бүлдірген, құлпынай сияқты ұсақ жидектерді микробтардан тазарту қиындау болғандықтан оларды сүзгіге салып, ағынды судың астында жуып, қайнаған сумен шаю керек. Микробтарды тасымалдаушы шыбын-шіркейлер болғандықтан, алдымен соларды жою керек. Сүт өнімдері тез бұзылатындықтан оларды сататын-тарататын тұлғалар санитарлық тәртіптерді қатаң сақтау керек.

Ішек инфекциясы кезінде кіру қақпасы ас қорыту жолдарының шырышты қабаты болып табылады. Патологиялық процесстің орналасуы ас қорыту жүйесінің әр түрлі бөлімдеріндегі шырышты қабаттың (энтероциттердің) қоздырғышпен таңдамалы түрде зақымдалуына байланысты, яғни қоздырғыштың троптылығына байланысты. Қоздырғыштың және оның токсиндерінің әсерінен түрлі сипаттағы қабыну процесі дамиды: катаральді; катаральді-эрозивті; катаральді-геморрагиялық; катаральді-жаралық. Сол қабыну нәтижесінде дамиды: Ас қорыту жүйесінің функциялық бұзылыстары Ас қорыту процессінің бұзылуы. Ішек инфекцияларының қоздырғыштары бүкіл ас қорыту трактісін зақымдамай, тек қана оның белгілі бір бөліктерін зақымдайды. Орналасуына байланысты зақымданулар бөліндеді: гастрит — асқазанның қабынуы, дуоденит — он екі елі ішкетің қабынуы, энтерит — жіңішке ішектің қабынуы, колит — тоқ ішектің қабынуы.



Сальмонеллез

Сальмонеллез — жұқпалы ішек ауруы. Аурудың қоздырғышы — сальмонелла туысына жататын таяқшалы бактериялар. Бұл бактерияларды алғаш рет 1885 ж. Америка ғалымдары Дж.Смит пен Д.Е. Сальмон обамен ауырған шошқалардан тапқан. Қазіргі кезде 2500-ден астам сальмонелла бактериясы бар. Сальмонеллалар сыртқы ортада қолайлы жағдай туса, көбейе береді. Олар суда 5, ет-шұжық, сары майда 4 айға, сүтте 20 күнге, ірімшікте 1 жылға дейін тіршілігін жоймайды. Малға беретін жемдерде 10 ай, топырақта 18 айға дейін сақталады. Сальмонеллар — негізінен көптеген жабайы және үй жануарларының ішек жолының қалыпты микрофлорасы. Адамдарға Сальмонеллез әр түрлі үй жануарлары мен құстардан жұғады. Ауру, әсіресе, нәрестелер мен қарт адамдарда ауыр өтеді. Ауруды лаб-да арнайы бактериол. (қан, нәжіс, құсық қалдығы, т.б. алынады) және серол. әдіспен (Видадь реакциясы, т.б.) анықтайды..



Берілу жолдары:

Алиментарлық жол - жұқтырудың негізгі жолы болып табылады.

Тағам өнімдері (жануарлардың еті, құс, балық, устрицалар, таңқышаяндар, жұмыртқа және жұмыртқа өнімдері, сүт және сүт өнімдері, көкөніс және жеміс-жидектер, крем өнімдері) жұқтырудың негізгі факторы болып табылады. Ауру су арқылы да жұғуы болады.



Клиникалық көрінісі:

Инкубациялық кезең - сальмонеллез қоздырғышының адам ағзасына түсу сәтінен клиникалық көрсеткіштердің көрінуіне дейінгі уақыт бірнеше сағаттан 3 күнге дейін созылады.

Көбінесе ауру жіті басталады, бастапқы кезеңінде интоксикация көрсеткіштері көріне бастайды: әлсіздік, бас ауруы, дене қызуының 39^oC көтерілуі, қалтырау. Аурудың қызу кезі бір тәуліктен кейін басталады, сол кезең тәбеттің бұзылуымен, лоқсып құсумен сипатталады, жасыл түсті сұйық нәжіс, үлкен дәретке баруы тәулігіне 10 ретке дейін болады. Гастроинтестинальді форма Инкубациялық кезең: 2-6 сағаттан 2-3 күн; ауруханаішілік инфекция кезінде 8-10 күн. Бастапқы кезең. Басталуы жедел интоксикация симптомдарынан (әлсіздік, бас ауыру, қалтырау, дене қызуының 38-39^oC көтерілуі, денедегі ауырсыну). Өршу кезеңі. Аурудың 1,2,3 – күнінде ас қорыту жолдарының зақымдалу белгілері пайда болады (жүрек айну, құсу, іш өту, түрлі сипаттағы іштегі ауырсыну). Құсу көп ретті, нәжісі тәулігіне 2-3 реттен 15-20 ретке дейін, көп мөлшерде, шырышпен араласқан, жасыл түсті (гастроэнтероколиттік вариант кезінде) немесе патологиялық қосылыстарсыз. Қызба 2-3-4 күн бойы, диарея – 5-7 күн, сирек 10 күн. Кейде түрлі дәрежедегі сусыздану синдромы даму мүмкін. Сүзек тәрізді форма І Бастапқы кезең гастроинтестинальды форма түрінде немесе онсыз тек интоксикация синдромымен өту мүмкін (бас ауру, жоғары температура, қалтырау, әлсіздік). І Өршу кезеңі: қызба (38-39^oC) толқын тәрізді немесе дұрыс емес типті 10-14 күн; салыстырмалы брадикардия; адинамия, бас ауру, ұйқысыздық; Тері бозғылттығы; Кеуде, іш терісінде розеолезді бөртпе; Бауыр мен көкбауырдың ұлғаюы; Іш кебу. Септикопиемиялық вариант Бастапқы кезең: қысқа гастроэнтерит типі бойынша. Өршу кезеңі: Термен, қалтыраумен гектикалық қызба; Бас ауру, сандырақ даму мүмкін, миалгиялар; Терісі бозғылт немесе жасыл-сары түсті; геморрагиялық бөртпе (петехиялар); Бауыр мен көкбауырдың ұлғаюы; Екіншілік ошақтар (пневмония, плеврит, абсцесстер, эндокардит, пиелит, артрит, остеомиелит және т.б.).



Алдын алу шаралары

Сальмонеллезді алдын-алу жөніндегі маңызды іс-шаралар:

Ет өндіру кәсіпорындарында, кондитерлік цехтерде, сауда және қоғамдық тамақтану кәсіпорындарында технологиялық үдерісті сақтау;

Тұрмыста әрқайсымыз қарапайым ережелерді сақтап, сальмонеллез ауруынан сақтануымыз қажет;

Мал өнімін белгіленбеген сауда нүктелерінен сатып алмаңыз;

Тез бұзылатын тағам өнімдерін тоңазытқышта сақтаңыз;

Шикі және піскен ет, балық және көкөністерді өңдеу барысында бөлек асханалық тақтада және бөлек пышақ пайдаланыңыз;

Дүкеннен жұмыртқа сатып алғаннан кейін үйде оларды жуыңыз (сабын - содалы ерітіндісімен) және ұзақ уақыт термиялық өңдеуден өткізіңіз, қауызы бұзылған жұмыртқаны сатып алмау, сыртында қан тамшылары немесе көң іздері бар жұмыртқаны пайдаланбаңыз;

Тағамдардың пайдалану мерзімін және температуралық тәртіпті сақтаңыз. Дайын тағамдарды мүмкіндігінше бірден пайдаланған дұрыс. Қалған тағамдарды тоңазытқышта сақтау және қолданар алдында қайнату қажет.

Осындай жеңіл ережелерді орындау сальмонеллез ауруына шалдықпандың кепілі бола алады.

Күмәнді жерден тамақ ішуден тыйылып, диета сақтап, сұйықтан көп ішуге тырысқан жөн. Сосын тамақ ішер алдында, тамақ әзірлегенде қолды дұрыстап жуу, жеке бастың гигиенасын сақтау, тез бұзылатын тағамдарды шағындап алып, тоңазытқышта сақтау, ауланы, дәретхананы таза ұста сияқты күнделікті өмірдегі қарапайым ережелерді сақтау керек. Ішек ауруларының болмауына ауладағы қоқыс салынатын жәшіктердің айналасының, жалпы қаланың тазалығы үлкен ықпалын тигізеді.



ШИГЕЛЛЕЗ



Бактериальді дизентерия (синонимі-шигеллез) — шигеллалармен шақырылатын, фекальді-оральді жұқтыру механизммен, интоксикация белгілерімен және тоқ ішектің дистальді бөлігінің зақымдалуымен, іште толғақ тәрізді ауру сезімінің пайда болуымен, шырыш және қан аралас жиі іш өтуімен, тенезмалармен сипатталатын ішек инфекцияларының аурулар тобына жататын антропонозды ауру. Дизентерия дүние жүзінде кең таралған ауру, диареялық аурулардың ішінде Азия, Африка, Латын Америкасы елдерінде елеулі орын алады. Ал экономикасы дамыған елдерде жедел ішек инфекциялар арасында дизентерия кең тараған. Бактериальді дизентерия Қазақстанда әлі де маңызды проблема болып қалып жатыр. Ішек инфекциялар тобының 50-60% дизентерияға түседі. Дизентерияның маңыздылығы оның кең таралғандығында, сырқаттанушылықтың эпидемиялық түрінде болуында, клиникасының ауыр түрінде өтуінің мүмкіншілігіне байланысты, асқынулар ретінде инфекциялық-токсикалық және гиповолемиялық шоктардың даму мүмкіншілігіне байланысты

Тарихи мәліметтер.

«Дизентерия» термині Гиппократ дәуірінен бері белгілі, ол барлық ішек ауруларының 2 топқа бөлген: іш өтуімен сипатталатын диареяға және негізінен іш ауруымен ерекшелінетін дизентерия деп (грекше «des» — бұзылу, зақымдалу, «enteron» -ішек). Ертеде дизентерия кең таралған және эпидемиялық сипатта болған. XVIII ғасырда дизентерияның пандемиясы болғанын жазып кеткен. Дизентерияның алғашқы қоздырғыштары XIX ғасырдың 2-ші жартысында белгілі болған. Кубасов П.И., 1889 ж., 1891 ж. әскери дәрігер А.В. Григорьев дизентериядан өлген адамның организмінен грам-теріс микроорганизмдерді бөліп алып, қояндарға тәжірибе жасау арқылы олардың морфологиясын және патогенділігін зерттеді. 1889 ж. жапон ғалымы К.Шига осы қоздырғыш туралы кейбір жаңа мәліметтер ашты.

Этиологиясы.

Бактериальды дизентерияның қоздырғышы — шигелла туыстығына жататын қозғалмайтын грам-теріс микроорганизмдер. Қазіргі жіктелуі бойынша шигеллалар 4 түрге бөлінеді: 1) *Sh. dysenteriae* — бұған Григорьев-Шига, Штуцер-Шмитц және Лардж-Сакс бактериялары кіреді. 2) *Sh. flexneri* — бұл түрдің ішіне *Sh. newcastle* кіреді, 3) *Sh. boydii*, 4) *Sh. sonnei*. Зонне шигелласынан басқа әрбір түрі бірнеше серовардан тұрады. Шигеллалардың қабырғасының құрамына эндотоксиндер-белокті-липосахаридті комплекс кіреді. Шигеллалардың құрамында эндотоксин бар, ол интоксикация белгілерін тудырады. Шигеллалардың экзотоксин түзу қабілеттігі бар, олардың ішінде энтеротоксин және цитотоксин бар. Энтеротоксин ішек қуысына су мен электролиттің түзілуіне себеп болады, ал цитотоксин ішектің эпителиальды жасушаларының мембраналарын зақымдайды. Григорьев-Шига шигелласы ең күшті токсин — нейротоксин түзеді. Шигеллалардың О- және К-антигені бар. О-антиген шигеллалардың серологиялық арнайылығын көрсетеді, К-антиген қабықшаның структурасы болып табылады. Соңғы уақытқа дейін шигеллалардың физикі-химиялық фактордың әсеріне тұрақтылығы төмен және олар сыртқы ортаға түскенде тез өледі деп есептелген. Соңғы жылдары сыртқы орта факторлары әсерінен олардың эволюциялық өзгергіштігі нәтижесінде шигелла тұрақтылығы ана-ғұрлым жоғары болғаны туралы мәліметтер пайда болды. Кейбір жұмыстарда дизентерия бактериялардың құбыр суларда 25-30 тәулік, топырақта жыл мезгіліне орай бірнеше айлар өмірін сақтай алатындығы көрсетілген. Қоздырғыш тұрмыстық заттарда: жиһаздарда, төсек орнында, ойыншықтарда, ыдыстарда, есік тұтқасында т.б. заттарда ұзақ сақталуы мүмкін. Сондықтан, шигеллездің негізгі берілу жолы контактілі-тұрмыстық («лас қолдың ауруы» деп аталады). Шигеллалар дезинфекциялық заттар әсерінен тез тіршілігін жояды, тікелей күн сәулесінде 30 мин. дейін, ультракүлгін сәуледе 10 минутқа дейін тіршілік етеді.

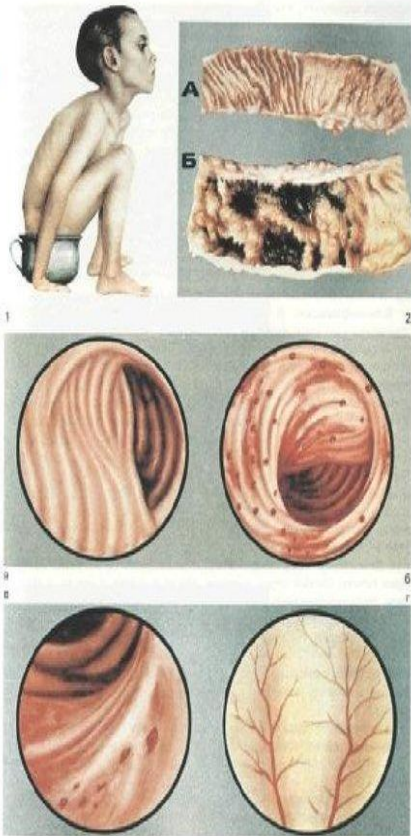
Аурудың берілу жолдары:



тұрмыстық-жанасу, тағам (алиментарлы), су арқылы. Берілу факторлары болып залалданған су, тағамдар, жуылмаған көк өністер, жеміс жидектер, залалданған тұрмыстық заттар, есік тұтқалары, лас қол табылады. Соңғы жылдары берілу факторы ретінде сүт және сүт өнімдеріне айырықша көңіл бөлген жөн. В.И. Покровский мен Ю.П. Солодовниковтың (1980) ұсынған эпидемиологиялық теориясына сәйкес қоздырғыштың негізгі берілу жолы дизентерияның этиологиялық структурасына байланысты. Мысалы: Григорьева-Шига дизентериясының негізгі жұғу жолы — тұрмыстық, Флекснер және Ньюкастл — сулық, Зонне — тағамдық. Дизентерия барлық жас топтары қабылдауға бейім инфекция, бірақ балалар жиі ауырады.

Шигелланың клиникалық көрінісі Бактериальды дизентерияның жіктелуі

Шигеллез



Клиникалық ағымына байланысты дизентерияны жедел және созылмалы деп бөледі. Жедел дизентерия бірнеше күннен 3 айға дейін созылады, 3 айдан ұзаққа созылатын дизентерия деп есептелінеді. Ауру жиі жедел түрде өтеді. Клиникалық варианттары: колиттік, гастроэнтероколиттік, гастроэнтериттік. Типтік түріне колиттік вариант, атиптік түріне гастроэнтероколиттік, гастроэнтериттік варианттар жатады. Барлық варианттар кезінде міндетті түрде интоксикация синдромы қалыптасады. Ағымы бойынша жедел дизентерия жеңіл, орташа ауыр, ауыр дәрежеде болуы мүмкін. Созылмалы дизентерияның ағымы үздіксіз және рецидивті болуы мүмкін. Дизентерияның жедел түрі циклді процесс. Аурудың ағымында 4 кезеңді бөлу керек: жасырын, бастапқы, өршу және реконвалесценция (немесе аурудың нәтижелері). Аурудың жасырын кезеңі 1-7 күн (көбінесе 2-3 күн). Жедел дизентерияның колиттік варианты: Ауру әдетте кенеттен басталады. Науқаста іштің төменгі жағындағы ауру сезімі, дефекация актісіне сәйес келетін сигма тәрізді ішек аймағында, кейіннен тік ішек аймағында тартып тұратын ауру сезімді тенезмалар пайды болады. Нәжісте патологиялық қосындылар (шырыш, қан) болады. Дәреттің жиілігі аурудың ауырлық дәрежесіне байланыты, бірақ көбінесе өте жиі аз мөлшерлі болады. Аурудың жеңіл ағымы жеңіл интоксикациямен және әлсіз колиттік синдромымен сипатталады. Дәреттің жиілігі тәулігіне 3-5 реттен 10 ретке дейін, нәжістің сипаты шырыш қоспасы кейде қан араласқан болады. Дене қызуы субфебрильді. Ректороманоскопия жүргізгенде катаральды, сирек катаральды-эрозивті проктосигмоидит анықталады.

Дизентерияның орташа ауырлықтағы колиттік түрінде анағұрлым айқын симптомдар байқалады. Бас ауруы, дене қызуы көбінесе -38-39°C көтерілуі болады, ол осы деңгейде 2-3 күн сақталып тұруы мүмкін. Іштің төменгі жағында, сол жақ мықын аймағында орналасатын толғақ тәрізді ауру сезімі пайда болады. Ауру сезімімен қатар үлкен дәретке жиі шақырулар пайда болады. Үлкен дәрет алғашында нәжісті, шырыш пен қан араласқан, кейіннен ауру өршіген кезде үлкен дәрет нәжістік сипатын жоғалтып, «ректальді түкірік» түрінде болуы мүмкін. Нәжіске қан қосылу әлсіз болады — қан нүктесі түрінде. Үлкен дәреттің жиілігі тәулігіне 10-15 тен 25 ретке дейін өсуі мүмкін. Көптеген науқстар ұзақ уақыт бойы толғақ тәрізді іштің ауру сезіміне шағымданады. Кейде ауру сезімі жайылмалы сипатта болады, атипиялық локализация да кездеседі: эпигастральді, умбиликальді аймақтар.

Дизентерияның бұл түрімен ауырған адамдарда, нәтижесі жақсы болған жағдайда ішектің функциональді және морфологиялық толық қалпына келуі 2-3 айға созылады. Ауыр ағымды колиттік варианттағы жедел дизентерия айқын интоксикациямен және колиттік синдромымен сипатталатын типтік клиникалық түрде өтеді. Ауру кенеттен басталады. Негізгі шағымдары болып күшті толғақ тәрізді іштегі ауру сезімі жиі сұйық үлкен дәрет, әлсіздік, дене қызуының жоғарлауы, кейде жүрек айнуы болады. Үлкен дәреті өте жиі болады. Ол нәжіссіз, сұйық шырышты-қанды, кейде ірің қоспасы кездеседі. Жүрек-қан тамыр жағынан тахикардия, ентігу, гипотония, анықталады.

Ректороманоскопияда шырышты қабаттың деструктивті өзгерістері эрозиялар және ойық жаралар түрінде көрінеді. Ішектің функциональды және морфологиялық қалпына келуі 3-4 айдан көп болуы мүмкін. Жедел дизентерияның гастроэнтероколиттік варианты: негізгі ерекшелігі аурудың кенеттен басталуы және инкубациялық кезеңнің қысқа (6-8 сағ және одан аз) болуы. Кейін энтероколиттің айқын синдромдары көрінеді.

Дизентерияның клиникалық ерекшеліктері қоздырғыштарының түріне байланысты. Зонне шигеллезі субклиникалық әлсіз ағымды, гастроэнтериттік вариант ретінде өтеді.. Флекснер шигеллалары қоздырған дизентерия анағұрлым ауыр өтеді, айқын интоксикациямен, ішек аймағында ауру синдромымен, гемоколитпен, шырышты қабықтың деструктивті өзгерістермен сипатталады. Григорьева-Шига шигеллаларымен шақырылған дизентерия көп жағдайда ауыр өтеді. Ауру жедел басталады, дене қызуы көтеріліп, интоксикация айқын болады, іште толғақ тәрізді ауру сезімі болады.



Асқынулары.

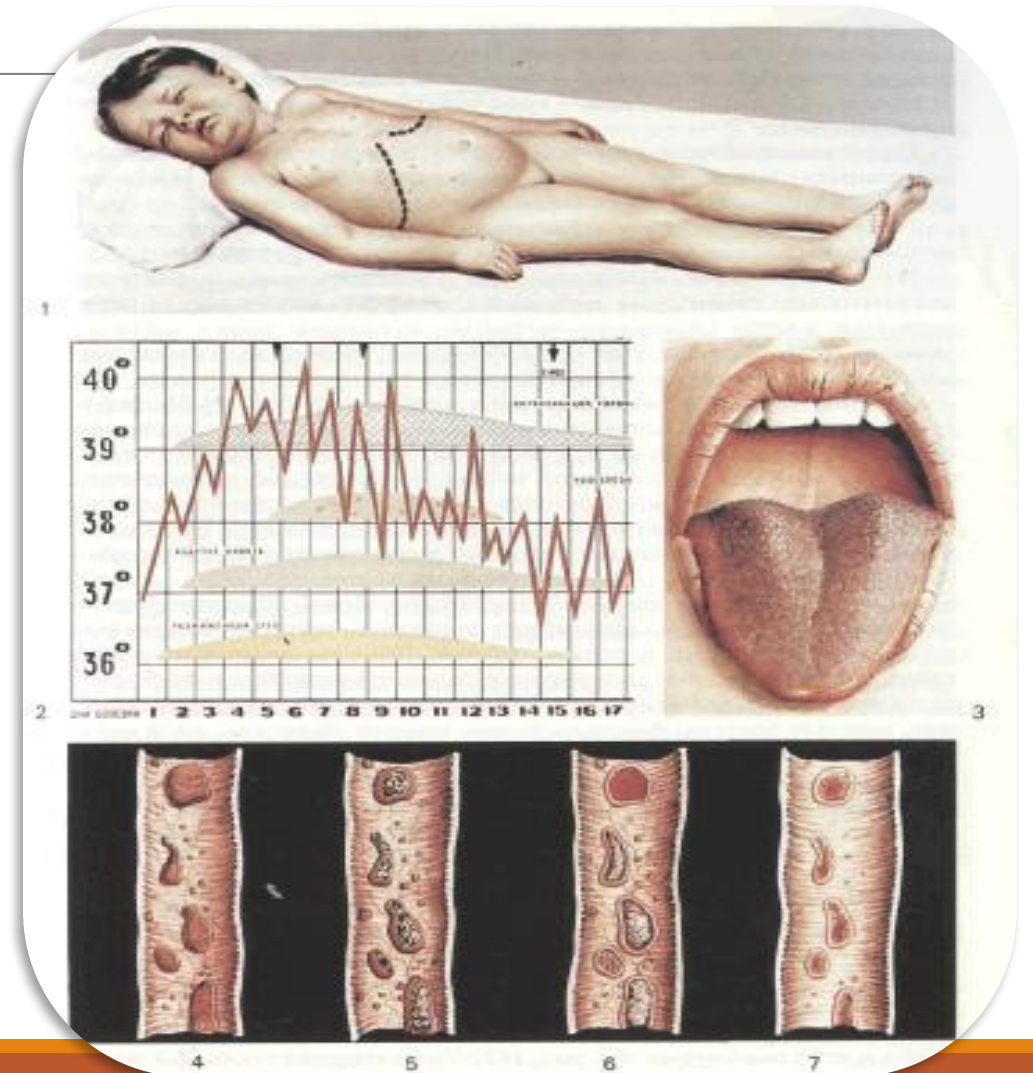
Дизентерия кезінде аса қауіпті асқынулар болады: ішектен қан кету, ішектің инвагинациясы, перитонит, ИТШ, гиповолемиялық шок және аралас шок (сирек кездеседі).

Емдеуі.

Дизентериямен ауыратын науқастарды үйде емдеуге болады, ошақты бақылау учаскелі дәрігерге тапсырылады, ол инфекционистің консультациясы арқылы емдік және профилактикалық шараларды іске асырады. Дизентерияның емдеу жоспары: Асқазанды жуу Тазарту клизмасы №4 диета Этиотропты терапия Патогенетикалық терапия организмнің сусыздану жағдайында -регидратация (ауыз арқылы немесе парентералды) антигистаминді препараттар спазмолитиктер ферменттік препараттар ішек микрофлорасын қалыпқа келтіру жергілікті ем: емдік клизмалар Дизентерия кезінде асқазанды жууымен тазарту клизманы аурудың атипті гастроэнтериттік, асқазанды жуу гастроэнтерколиттік түрлерінде ғана қолдану қажет. Колиттік түрінде бұл әдістерді қолданбайды. Дизентерияның кез-келген түрін емдеу үшін міндетті компонент болып емдік тамақтану табылады. Мұнда ішекке тітіркендіргіш әсері бар тағамдар мүмкіндігінше аз пайдаланады. Ауруларды кәдімгі тамақтануға 1-2 ай мерзімде клиникалық симптомдар жойылғанша көшіріледі. Этиотропты терапия ретінде антибактериальді ем қолданады. Тиімді препараттарға нитрофурандар (фуросолидон, фуразолин, фурагин, эрсефурил), хинолин туындылары (интетрикс), сульфометаксозол тобы (бактрим, бисептол), фторхинолондар

Іш сүзегі

Salmonella typhi және *salmonella paratyphi* А және В қоздырғышымен шақырылатын, фекальді-оральді жолмен берілетін, ішектің лимфа аппаратының зақымдалуымен, бактериемиямен, айқын интоксикациямен бауыр мен көк бауырдың ұлғаюымен және розеолезді бөртпемен сипатталтын антропонозды жедел инфекция. Іш сүзегін алғаш сипаттап жазған француз дәрігерлері Ф.Бретанно (1813) және Ш.Луи (1829).



Этиологиясы

Қоздырғышы *Salmonella typhi*, *salmonella para typhi* А және В. Туысы – *Salmonella*, тұқымдасы-Enterobacteriaceae
Құрамында:- термотұрақты самтоикалық О-АГ

Қоздырғышқа тән: сыртқы ортада тұрақты

топырақты және суда 1-5 айдай сақталады

нәжісте 25 күнге дейін

тағамдық азықты бірнеше күннен бірнеше аптаға дейін

Эпидемиологиясы[өңдеу]

Іш сүзегі кең таралған. Инфекция көзі және резервуарі:

ауру адам

транзиторлы бактерия тасымалдаушылар (1-3 апта бойы)

реконвалесцентті тасымалдаушы

Созылмалы бактериятасымалдаушылар- аурудың негізгі көзі болады. Тарау жолдары:

Алиментарлы

су арқылы

тұрмыстық-қатынас арқылы

Ауру науқас адамнан, сондай-ақ бактерия тасушылар арқылы жұғады. Аурудың қоздырғышы қоршаған ортаға науқас адамның немесе бактерия тасушының зәрімен таралады. Адамның осы ауруды қабылдау мүмкіншілігі жоғары.

Клиникалық көрінісі:

Инкубациялық кезеңі 3-28 күнге дейін, орташа алғанда 9-14 күн. Типті түрінде инфекция біртеңдеп басталады. Негізгі клиникалық көріністері:

Қызба 39-40С-ке дейін көтеріледі, көбінесе тұрақты түрде (кейде дұрыс емес немесе ремиттирленген), ұзақтығы 2-3 аптаға дейін. Қызбаның 3 түрі байқалады:

Вундирлик қызба сызығы (трапеция тәрізді, тұрақты түрі)

Боткин қызба сызығы (толқын тәрізді)

Кюльдишевский қызба сызығы (баспағыш тәрізді)

Интоксикация: басының нақты ауруы, ұйқысының бұзылуы, адинамия, апатия, сананың тұмандануы, енжарлық. Орталық нерв жүйесі жағынан әртүрлі дәрежедегі тифозды статус белгілері (тежелу, көңілсіздік, мимикасының азаюы, кейде сандырақтау, елестету, ориентациялық бұзылуы) Тері өзгерістері: бозару, бөртпе (аурудың 8-12 күндері, розеолезді бөртпе түрінде, аз мөлшерлі, көбінесе ішіне, кеуденің төменгі жағына шығу, 2-3 күн себелеп шығуы тән)

Ас қорыту жүйе бұзылыстары:

тілдің ісінуі (шеттерінде тіс іздері айқын байқалады), ортасы қалың жабындымен басылуы

бауыр мен көкбауырдың ұлғаюы

пальпация кезінде іштің оң жақ мықынында ішектің шұрылдауы

нәжісі қапыпты. кейде ботка тәрізді (тәулігіне 2-3 реттен аспайды)



Емі

Тек қана ауруханада жүргізіледі:

Күн тәртібі-қатаң төсектік. Қызба түскенге дейін 10-11 күнге дейін

Диета 13 немесе 1-ші (асқынған кезде)

Этиотропты ем.левомецитин (0,5 тәулігіне 4 рет ауыз арқылы) немесе левомецитин сукуинат (1,0 x 3 рет б/е немесе тамыр ішіне)ампициллин)2 млн бірлік тәулігіне 1-6 рет)бисептол 480)2д x 3 рет)

ципрофлорксацин (500-750 мг x 2 рет, ауыр түрлерінде тамыр ішіне 200-100 мг тәулігіне 2 рет)афлаксации (400.800 мг x 2 рет)

Дезинтоксикациялық ем (гемодез, реополиглюкин т.б. сұйықтықтар 30-50 мл/кг салмаққа.Витаминді препараттар

Иммунды коррекция

Клиникалық көрсеткіштеріне байланысты ем

Аурухадан шығару ережелері[өңдеу]

Реконвалесценттерді қызба қалыптасуынан 21 күннен кейін шығарады. Шығарарда міндетті түрде бактериологиялық зерттеу жүргізіледі:нәжіс, зәр (антибактериальды емдеуден 5 күн өте, 3 рет 5 күн ара)

Ауруханлардағы инфекциялық бақылау.

Ауруханалардың бөлімдерінде пост тәртібі мен күн тәртібі қатаң сақталуы керек. Науқастарға, палатадағы көрші төсегіне отыруына тиым салынады. Сонымен бірге, келушілерге де науқастың төсегіне отыруға рұқсат берілмейді. Бұл жағдайда палатада орындық болу керек. Науқас ауруханаға түскен кезде өзімен гигиеналық заттарды алуына рұқсат беріледі. Науқастар арасында ауруханаішілік инфекциялық дерт пайда болған жағдайда барлық қызметшілерге кезектен тыс медициналық бақылау жүргізіледі. Аурухана бөлімдерінде, науқастардың инфекциялық ауруларына орай іс-шаралар жүргізіледі. Науқастардың қызуы көтерілген кезінде ($37,5^{\circ}$ С және жоғары), 5 күн бойы тифопаратифоз, риккетсиоз және басқа да инфекцияларға тексеруге арналған бактериологиялық зерттеу жүргізу үшін қан алады.

Соңғы 2 жылда тропиктен келген, қызбасы байқалған науқастардың алғашқы белгілеріне қарамастан малярия зиянкестерін білуде міндетті түрде қаны зерттеледі. Осындай қанды зерттеу: қызу жиі көтерілгенде, сырқаттанудың алғашқы 5 күн ішіндегі алынған анықтауларға қарамастан; қан құйғаннан кейін 3 ай ішінде қызу көтерілгенде; соңғы 2 жылда анализде маляриямен ауырғандардың қандай ауру түрі болмасын қызуы көтерілгенде; белгісіз қан аздық, көк бауыр мен бауырдың өсуі кезінде жүргізіледі. Науқастың жұқпалы ауру белгісі байқалғаннан, жұқпалылар ауруханасына (бөліміне) ауыстырғанға дейін, оны оңаша палатаға оқшаулау керек. Жұқпалы аурумен қатысты науқастарды оңаша палатаға ауыстырады және аралық уақытына дейін оларға бақылау жасалынады, науқасты шығарар кезде жұқпалы аурумен қатысты болғаны туралы мекен-жайына орай СЭС хабарлайды. Босатылған палатаға кесте бойынша ЕПМ құралдары және күшімен соңғы дезинфекция жүргізіледі.