

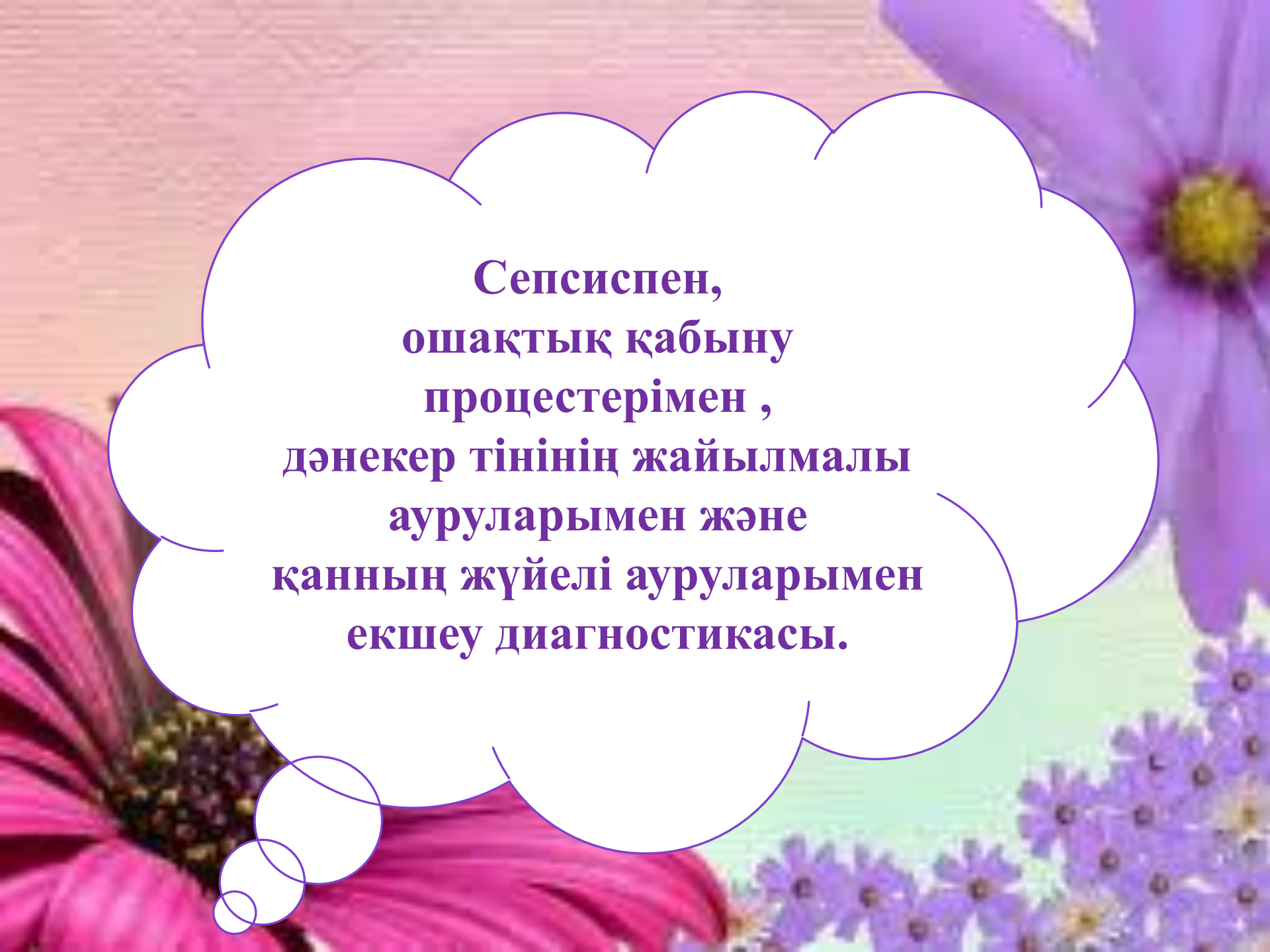
**Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
Мемлекеттік Медицина Университеті**

Кафедра : Инфекциялық аурулар

Интерннің өзіндік жұмысы

**Орындаған: Ешниязова Айгерім
607 тобы**





**Сепсиспен,
ошақтық қабыну
процестерімен ,
дәнекер тінінің жайылмалы
ауруларымен және
қанның жүйелі ауруларымен
екшеу диагностикасы.**

**Сепсиспен, ошақтық қабыну процестерімен ,
дәнекер тінінің жайылмалы ауруларымен
және қанның жүйелі ауруларымен екшеу
диагностикасы.**

Сепсис

Пиелонефрит

Холангит

**Бауырдың диафрагма астылық
абсцесі**

Бүйрек карбункулы

**Дәнекер тінінің жайылмалы
ауруларымен**

Жүйелі қызыл жегі

Ревматоидты артрит

Түйінді периартерит

Қанның жүйелі ауруларымен

Іш сүзегі

Паратиф

Бруцеллез

Ку-қызбасымен

Бөртпе сүзегімен

Жедел токсоплазмозбен

Лейшманиоз

Лептоспироз

Инфекциялық мононуклеоз

Безгек

Иерсиниоз

Листерия

Менингококкты инфекция



Сепсис - (латынша *sepsis* –шіру,іріңдеу)ірің микробтарымен залалданған қаннан дамидын ауру. Сепсистің негізгі қоздырғышына стафилакокк, стрептококк,менингококк т.б іріңдеткіш микроорганизмдер жатады.Сепсистің дамуында жергілікті іріңді ошақтың сипаты;сол жердегі бактериялардың саны және адамның иммундық жүйесінің әлсіреуі үлкен рөл атқарады.Көбінесе организмнің қабынуы мен іріңді жаралардың асқынуынан,ауыр операциядан,қан кетуден,қоректің жетіспеуінен,аурудан кейін организм әлсірегенде адам сепсиске ұшырайды.

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).

Іш сүзегі мен сепсистің екшеу диагностикасы



Іш сүзегінде теріде экзантемалар пайда болады. Кеуденің әсіресе, іш кеуденің төменгі бөлігінде орналасады. сипаты бойынша розеолалы, мономорфты. Диаметрі 3мм ге жуық. Контуры анық. Дөңгелек пішінді қызғылт дақ түрінде. Тері деңгейінен жоғары орналасады. Теріні үстінен басқанда жоғалады.

Сепсис кезінде терідегі нүкте тәрізді қан құйылулар түріндегі көпіршікті бөртпелер кездеседі. Бөртпелер қолда, кеудеде және іште орналасады.

Іш сүзегі

Қоздырғышы *Salmonella typhi*,
salmonella para typhi А және В.

Клиникалық көрінісі:

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

Дене температурасы 39-40С-қа 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).

Сепсис

Сепсисте фатоцитоз процесі бұзылып, лейкоциттер сіңіріп алған микробтар жойылмастан жасуша ішінде көбейе бастайды. Лимфоциттер мен моноциттердің белсенділігі төмендеп, иммундық антиденелердің түзілуі бұзылады. Сепсистің орналасқан орнына қарай: терапевтік (өкпенің іріңді қабынуы); бадамша бездік (іріңді баспа); хирургиялық (шиқан шыққанда); гинекологиялық (ауруханадан тыс жасатқан аборттан кейін); урогендік (несеп жолдарындағы іріңді қабынулар); отогендік (іріңді отиттің асқынуы); кіндіктік (нәрестенің кіндігінің айналасындағы қабыну) түрлері бар.

Интоксикация: басының қатты 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).

Егер инфекцияның қай жерден түскенін анықтай алмаса, оны криптогендік (жасырын) Сепсис деп атайды. Сепсис кезінде науқастың дене қызуы 39 — 40С қа дейін көтеріледі, басы қатты ауырады, ұйқысының бұзылуы, асқа тәбеті шаппайды, делсалданады, кейде есінен танып сандырақтайды, ісінеді, жүрек соғуы жиілеп, тыныс алуы қиындайды. Сепсистің кенеттен дамиды, жедел, жеделдеу және созылмалы (хронический) түрі болады. Жедел түрі 1 — 2, жеделдеуі 5 — 7 күнде өтеді.

Ас қорыту жүйе бұзылыстары: тәбетінің төмендеуі тілдің ісінуі (шеттерінде тіс іздері айқын байқалады), ортасы қалың жабындымен басылуыбауыр мен көкбауырдың ұлғаюы пальпация кезінде іштің оң жақ мықынында ішектің шұрылдауы. Падалка белгінің оң болуы (оң жақ мықын аймағында дыбыстың тұйықталуы) нәжісі қалыпты, кейде ботқа тәрізді (тәулігіне 2-3 реттен аспайды)

Жүрек-тамыр жүйесінің бұзылыстары: салыстырмалы брадикардия АҚ төмендеуі (гипотония) пульстің дикротиясы (реттік жұптап соғу)

Перифериялық қанның өзгерістері: 1-ай аптада шамалы лейкоцитоз, одан кейін лейкопения қалыптасады.

Салыстырмалы лимфоцитоз, анэлофилин тән.

Клиникалық-морфологиялық белгілеріне қарай: септицемия, септикопиемия, сепсистік эндокардит болып бөлінеді.

Септицемия — Сепсистің метастазсыз түрі. Бұл кезде көкбауыр үлкейіп, лимфа түйіндері ұлғаяды. Ішкі органдарда дистроф. өзгерістер, қабынулар байқалады. **Септикопиемия** кезінде Сепсистік ошақтар өкпеде, бүйректерде, ми тінінде, жүректе басталады.

. Іріңді қабыну Сепсис ошағынан айналадағы тіндерге өтіп, іріңді плеврит, перикардит, перитонит дамиды.

Сепсистік эндокардит жүрек қақпақшаларынан басталады. Соның нәтижесінде некроз ошақтары пайда болады. Өзгерген қақпақшалар ыдырап, олардың бетінде тромбтар түзіледі. Тромбоз организмде инфаркт ошақтарының қалыптасуына жағдай туғызады. Кейбір жағдайда ішектің, аяқтың және терінің гангренасы дамуы мүмкін.

Бруцеллёз- бұл ауру осы аурумен ауыратын малдың сүтін ішуден болады. Ол сондай-ақ терідегі жырындылар мен жаралар арқылы организмге тарайды, бұл жағдай ауру малдарды күтіп-бағатын адамдарда жиі кездеседі, сонымен қатар ауру зақымданған ауамен демалған кезде тыныс жолдары арқылы да денеге түседі. Бруцеллез-бруцеллалармен шақырылатын қоздырғышы әртүрлі механизммен берілетін , клиникасында созылмалы қызбамен, қимыл-қозғалыс аппаратының, жүйке жүйесінің, жүрек-қан тамыр жүйесінің, зәр шығару жүйесінің және т. б жүйелердің зақымдалуымен жүретін, созылмалыға ауысуға бейім, инфекция-аллергиялық, зоонозды инфекциялық ауру.

Ревматоидтық артрит – көбінесе шеттік (синовиялық) буындардың симетриялық эрозиялық-деструкциялық зақымдануына және буыннан тыс бұзылыстарға әкелетін дәнекер тіннің тоқтаусыз мендейтін жүйелі ауруы. Ревматоидтық артрит көптен белгілі ауру болғанымен оның клиникалық көрінісіне алғаш толық суреттеме берген Гарро (1863 ж).Ревматоидтық артриттің даму себептері белгісіз, дегенмен оның дамуында келесі факторлар әсер етеді:Ген ерекшеліктері. Ревматоидтық артритке шалдыққандардың қандас туыстарында осы дерт 4 есе жиі кездеседі. Инфекциялық агенттер.

Бруцеллез

Клиникалық көріністері ыстық көтеріліп, қалтырап дірілдеуден басталуы мүмкін, бірақ әдетте бірте-бірте, тез шаршау, әлсіздік асқа тәбеттің болмауы, бастың асқазанның буындардың ауыруы формасында өрбиді. Ыстықтың көтерілуі жеңіл және ауыр формада болуы мүмкін. Түстен кейін қалтырап-дірілдеу және ертеңгісін малшынып терлеп қалу бұл ауруға тән белгі. Созылмалы бруцеллезде ыстық бірнеше күн басылады да сосын қайта көтеріледі. Тиісті ем қолданбаса, бірнеше жылға созылуы мүмкін.

Мойында, қолтықтың астында, шапта ісінген лимфа түйіндері пайда болуы мүмкін.

Ревматоидты артрит

Клиникалық көрінісі көбінесе ревматоидтық артрит баяу басталады. Бірақ, кейде оның бастамасы биік қызбадан, буындардың бірден қатан сіресуінен, ісініп ауырсуынан жіті басталады. Жүре бара патологиялық процесс мендеп, көптеген буындарға таралады. Бірақ ревматоидтық артрит тиіспейтін буындар да бар: омыртқа жотасының бел және кеуде бөлігінің, дистальды саусақаралық.

Ең негізгі клиникалық белгілері: алақан саусақтық, проксимальды фалангааралық және табан бақайлық буындардың симетриялы қабынуы, буындардың таңертенгілік сіресуі, жаңа буындардың біртіндеп зақымдануы, теріастылық ревматоидтық түйіндер.

Жедел бруцеллездегі симптомдар:

Әр түрлі сипаттағы қызба (толқын тәріздес, ремиттирлеуші, субфебрильді) 1-2 аптадан 2-3 айға дейін. Қалтырау және тершендік

Жалпы интоксикациялық синдром (бас ауру, әлсіздік)

Микрополиаденит

Гепатомиенальдық синдром

Қысқа мерзімдік әлсіз немесе айқын түрдегі артралгия, миалгиялар.

Жеделдеу бруцеллезге тән симптомдар:

1. айқын интоксикация

2. ағзалар мен жүйелер зақымдану симптомдары: полиартрит, бурсит,

спондилоартриттер, спондиметтер менингит, менингоэнцефалит, миелит, энцефалит

эндокардит, миокардит, перикардит

нефриттер, нефроздар

түсіктер, бедеулік, жатыр түтікшелерінің қабынуы, менистризация циклінің бұзылуы орхит. Жүрек зақымдалуы тән.

Ревматоидтық артриттің диагностикалық критерийлері:

әйелдердің жиілеу шалдығуы.

инфекцияға тікелей байланысының жоқтығы.

буындардың ауырсынуы, ісінуі, салицилаттардың әсер етпеуі.

қимылсыз жағдайдан кейін, ертеңгілікте буындардың ең болмағанда 1 сғат сіресуі.

бір » ұстаған » буындардан айырылмастан өрістеп дамуы және 3-6 айдың ішінде 1-2 буынды қосып зақымдауы.

басым ұсақ буындарды симметриялы зақымдауы.

буындардың қайтымсыз деформациялануы. бір биіктеген ЭТЖ – ның оңайлықпен төмендемеуі.

буын маңындағы теріастылық түйіндер болуы.

РФ болуы.

рентгенограммадағы өзгерістер: остеопороз, шеміршектің бұзылып жойылуынан буын жегінің тарылуы, сүйекте – буын бетінің кетіктенуі. Жүйке жүйесі зақымдалады және гепотолиенальды синдром тән.



Менингококты инфекция – ауа-тамшылы механизммен тарайтын, назофарингит және генарализденген түрлерінде өтетін клиникасында қызбамен, интосикациямен, экзантемамен және ми қабаттарының зақымдалуымен сипатталатын антропонозды бактерияды жедел инфекциялық ауру.

Лейкоз- (грек. leukos — ақ) — қан түзетін органдар жүйесінің қатерлі ісіктері. Ісік жілік майындағы клеткалардың тоқтаусыз өсуімен және сол жердегі қалыпты қан жасалу процесінің бұзылуымен сипатталады. Соның нәтижесінде қан түйіршіктерінің (эритроцит, тромбоцит) саны азайып, ал жетілмеген лейкоциттер саны көбейіп кетеді. Лейкоз иондаушы сәулелердің (радиацияның), кейбір хим. заттардың (бензол, бензпирен, т.б.), вирустардың әсерінен дамиды.

Менингококты инфекция

Ересектерде менингококты инфекцияның басты жайылған түрі және интоксикациямен, менингеальді синдроммен сипатталады. Басталуы жедел, аяқ астынан дене қызуының 39-400С-қа дейін көтерілуі, қалтырау, қатты бас ауруы, қайталап құсу (жүрек айнусыз) болады. Бұл триада ерте көрінеді және ең тән және тұрақты көрініс болып тбылады.

Науқастарда өте тез мазасыздану, қимылдық қозу, терінің гиперестезиясы, дамиды. Ересектерде менингококты инфекцияның басты жайылған түрі және интоксикациямен, менингеальді синдроммен сипатталады. Басталуы жедел, аяқ астынан дене қызуының 39-400С-қа дейін көтерілуі, қалтырау, қатты бас ауруы, қайталап құсу (жүрек айнусыз) болады. Бұл триада ерте көрінеді және ең тән және тұрақты көрініс болып тбылады.

Лейкоз

Клиникалық ағымы бойынша және қан элементтерінің цитохимиялық өзгерістеріне қарай Лейкоздарды жедел және созылмалы деп бөледі. Жедел Лейкоздер кенеттен басталады. Науқастың дене қызуы көтеріліп, қызыл иектің қанап қабынуы, ауыз шырышты қабықтарының қанталауы, мойындағы, қолтық астындағы лимфа түйіндерінің шошынып ісінуі байқалады. Қандағы лейкоциттер саны 1 мкл қанда 10 мыңнан 100 мыңға дейін (10,0–100,0 $\times 10^9$ /л) жетеді, олар негізінен жетілмеген клеткалардан тұрады. Шырышты қабықтардағы, денедегі қанталау ошақтары қан ұюына қатынасатын тромбоциттер санының азайып кетуіне байланысты болады.

Науқастарда өте тез мазасыздану, қимылдық қозу, терінің гиперестезиясы, дамиды.

Алғашқы тәулікте менинггальды синдром дамиды: желке бұлшықеттерінің ригидтілігі, Керниг, Брудзинский симптомдары, жұлын нервтерінің зақымдануы мүмкін (жиі III, IV, VI жұп нервтері), ақыл – есі бұзылуы мүмкін, есеңгіреуден комаға дейін қатты айқындалған психомоторлы қозумен көрінуі мүмкін.

Науқастың сыртқыкелбеті: мойын, бет терісінің гиперемиясы, ерін шырышты қабығы құрғақ, склера және конъюктива тамырлары инъекцияланған болады. Науқас міндетті қалып қабылдайды, бүйіріне жатады, аяқтары бүйіріне қарай иіледі.

Қан тамырларының қабырғасына Лейкоз клеткаларының сіңіп қалуы — миға қан құйылуына әкеледі.

Науқас адам қалтырап тоңады, қаны азаяды (қ. Анемия). Адамды әр түрлі инфекциялардан қорғайтын қалыпты лейкоциттердің, лимфоциттердің тапшылығы — организмде екіншілік инфекциялардың, өкпе қабынуының (пневмония), денеде іріңді ошақтардың, сепсистің дамуына алып келеді. Лейкоз клеткаларының ми қабықтарына таралуы науқасқа өте қауіпті жағдай туғызады.

Тыныс алуы, жүрек соғуы жиілейді, адам әлсірейді. Созылмалы Лейкозға көк бауырдың, бауырдағы лимфа түйіндерінің өте қатты ұлғайтуы

Энцефалит қатты интоксикация
фонында, әр түрлі бұлшық
еттердің тырысуымен,
парездермен, параличтермен
байқалады. Клиникалық
формаға қарай жүргізіледі:
назофарингитте – тұмаумен,
басқа респираторлы аурулармен,
баспамен, менингококкемияда
экзантемамен өтетін
инфекциялық және соматикалық
аурулармен; менингитте – басқа
этиологиялы
менингиттермен. Қысымы
жоғарылайды, түсі лайлы, қатқыл
қабықша түзіледі. Белок 1мг
%тен жоғары, цитоз 10000 нан
аса. Панди реакциясы +++

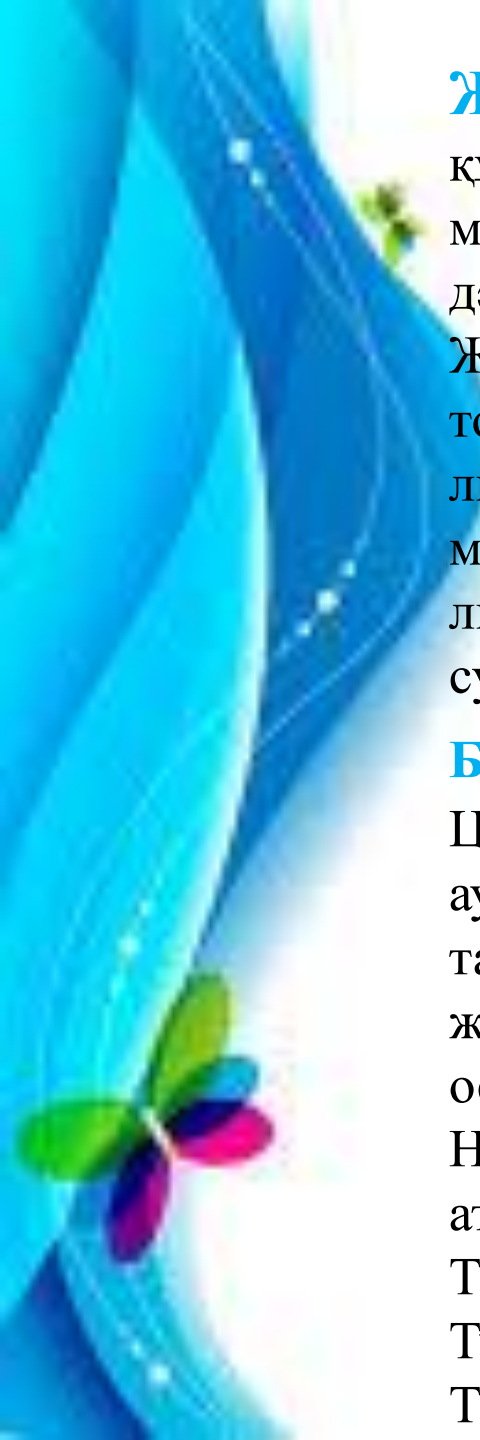
Аурудың дене қызуы көтеріледі,
тәбеті болмайды, қатты жүдеп
әлсіздік пайда болады. Науқас
тез шаршап, қатты тер басып,
енгігеді, басы айналып,
сүйектері сырқырайды. Қанда
лейкоциттер саны ерекше
көбейіп кетеді (1 мкл қанда 1
млн-ға дейін жетеді). Лейкоздың
бұл түрі бірнеше жылдар бойы
(кейде 5 — 8 жыл) дамиды. Егер
ауру қатерлі ісік түріне ауысса,
науқас 3 — 6 айдың ішінде өліп
те кетеді. Лейкомиялық ойық
анықталады, нормохромды
немесе макроцитарлық
гипорегенераторлық
анемия, тромбоцитопения
дамиды. Лейкопения.

Холангит

Клиникасы	Жалпы токсикалық синдром	Лабораториялық көрсеткіштер
<ul style="list-style-type: none">-бел аймағындағы сыздап ауырсыну,-Созылмалы пиелонефритте бетте,көз айналасында,қол ұштарында ісіктер.-зәр шығару кезінде ауырсыну және жиілеуі.-АҚҚ жоғарылаған	<ul style="list-style-type: none">-жоғары дене қызуы 39-40°С .-бас ауруы-ұйқы бұзылуы-жалпы әлсіздік-қалтырау-тер бөлінудің күшеюі-бұлшық ет ауырсынуы-кейде жүрек айну,кұсу.	<p>ЖҚА:</p> <ul style="list-style-type: none">-лейкоцитоз-гипохромды анемия <p>БҚА:</p> <ul style="list-style-type: none">-гипопротеинемия-диспротеинемия-мочевина жоғарылаған-креатини жоғарылаған <p>ЖЗА:</p> <ul style="list-style-type: none">-лейкоцитурия-протеинурия <p>Зимницкий сынамасы:</p> <ul style="list-style-type: none">-изогипостенурия-никтурия

Лептоспироз

Лептоспира бактериялары — тасымалдаушы жануарлардың бүйрегiнiң майда өзекшелерiнде өсiп-өнiп сақталады, сыртқы ортаға несепiмен шығады. Лептоспира адамдарға лептоспира бактерияларымен ластанған су, топырақ, ас тағамдары, тұрмыстық және мал өнiмдерiн өңдейтiн өндiрiстiк қалдық заттармен ауыз қуысы, мұрын, көз шырышты қабығы және зақымданған терi арқылы жұғады. Лептоспира жұққаннан кейiн 3 — 5 минуттан соң қанға өтiп, бүйрек пен бауыр тiндерiне таралып, жылдам өсiп-өне бастайды. Аурудың жасырын (инкубациялық) кезеңi орта есеппен 7 — 13 күндi қамтиды. Сонан соң **науқастың бiрден дене қызбасы басталады (39 — 40ӘС), өзi қалтырап, бұлшық еттерi қатты ауырады; көзi қызарады; лоқсып құсып, ұйқысы қашады. Ауру асқынғанда сандырақтап, мұрнынан қан кетiп, ерiн, мұрын айналасына ұшық шығады. Бауыры iсiнедi, денеге бөртпе шығады, дененiң сарғаюы байқалады. Ауруды дер кезiнде емдемесе, адамдардың өлiп кетуi (әсiресе, жасы келген) де мүмкiн. Ал сарғаймай, жеңiл түрiмен науқастанғанда 6 — 12 аптадан кейiн толық айығып кетедi. Ауру диагнозы лабораториялық әдiстермен анықталады.**



Жүйелі қызыл жегі- жасушаларға,әсіресе оның ядролық құрылымдарына антиденелердің түзілуінен,көптеген мүшелер мен тіндердің иммундыкомплекстік қабынуына алып келетін дәнекер тіннің,тамырлардың аутоиммундық жүйелі ауруы. Жүйелі қызыл жегі организмнің өз антигендеріне толеранттылықтың төмендеуінен дамиды.Бұған Т,В-лимфоциттердің туа не жүре болған кемістіктері әкелуі мүмкін.Жүйелі қызыл жегіде Т-хелперлер мен В-лимфоциттердің функциясы жоғарылайды,ал Т-супрессорлардың белсенділігі төмендейді.

Бөртпе сүзегі (*Typhus exanthematicus* және Брилли-Цинссер аурулары) – *Rickettsia prowazekii* тудыратын жұқпалы ауру, дене қызбасы, арнайы бөртпелермен, ОЖЖ және қан тамырларының зақымдануымен өтетін антропонозды жедел жұқпалы ауру.Таксономиясы. Бөртпе сүзегінің қоздырғышы осы инфекцияны ашу жолында қайтыс болған АҚШ ғалымы Н. Риккетс және Чехия ғалымы С. Провацек құрметіне аталған.

Тұқымдастығы: Rickettsiaceae.

Туыстастығы: Rickettsia.

Түрі: Rickettsia prowazekii.

Буын синдромы (люпус-артрит):

-*синовит*(қол ұшының ұсақ буындары, білезік, тілерсек буындары ісініп ауырады.)

Тері кілегей жамылғыларының зақымдану синдромы

-*"көбелек"* белгісі-мұрын, бет-әлпет доғасының бетінде пішіні көбелек тәрізді дерматит.

-Тері құрғайды, шаш, кірпік, қас түседі

-**Миокардит:** жүректің ұлғаюы, тондардың әлсіреуі, ырғақ бұзылысы, жүрек шамасыздығының белгілері және систолалық шудың болуы.

-**Асқорыту жолдары мен бауырдың зақымдануы.**

Васкулиттің салдарынан эрозиялық эзофагит, гастрит, дуоденит дамиды және шажырқай тамырлары зақымданады. Осыған байланысты іштің ауыруы, қатуы мүмкін.

-**Бүйректің зақымдануы**-гломерулонефриттен басталып, нефриттік көрініспен көрінеді.

-**Нерв жүйесінің зақымдануы**-бастың ауыруы, құрысу синдромы, психикалық бұзылыстар, көлденең миелит, бас миы қанайналымының бұзылыстары.

-себепсіз дене қызуының жоғарылауы.
-жалпы әлсіздік
-арықтау
-бұлшықет ауырсынуы
-бұлшықет әлсіздігі
-тез шаршағыштық
-бас ауруы
-көңіл-күйдің бұзылысы

Патогенезі. Риккетсиялар қанға түсіп, қан тамырларының қабырғасында орналасқан эндотелий жасушасына енеді, сонда көбейеді және эндотоксин бөледі. Токсин әсерінен эндотелий жасушалары бұзылып, риккетсиялар қайта қанға түседі. Ұсақ қан тамырлардың, капиллярлардың зақымдануына байланысты мида, бүйректе, миокардта және басқа да ағзаларда микроайналым бұзылуы нәтижесінде менингоэнцефалит, миокардит, гломерулонефрит дамиды. Науқас жазылған соң риккетсиялар адам ағзасында ұзақ уақыт сақталуы ықтимал, бұл бөртпе сүзегінің рецидивтік түріне әкелуі мүмкін.

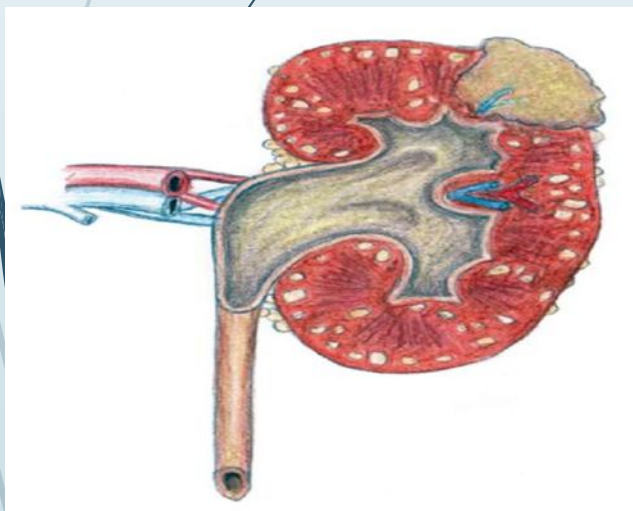
Клиникалық көріністері. Инкубациялық кезеңі - орташа 12 - 14 тәулік. Ауру ағымын 3 кезеңге бөледі: бірінші 4 - 5 күн бөртпе пайда болғанша; аурудың масимальды айқындалуы 5 - ші күннен 10 - 12-ші күнге дейін; реконвалесценция кезеңі (2 - 3 апта). Аурудың белгілері бойынша ауыр, орташа және жеңіл түрге бөлінеді. Аурудың негізгі белгілері: дене температурасы 38 - 39°C, сандырақтау, естудің нашарлауы, бастың қатты ауыруы, миалгия, қан тамырларының зақымдану әсерінен розеолозды-петехиальды бөртпемен сипатталады. Ауру дене қызуының көтерілуімен, бастың қатты ауыруы, ұйқысыздық, сандырақтаумен басталады; 4 - 5 күннен кейін тері капиллярларының кеңеюі және оның зақымдану нәтижесінде ерекше бөртпелер пайда болады. Ауыр жағдайда жүрек және ми зақымдануының асқынулары дамуы мүмкін.

Организмде ауруға қарсы пайда болған иммунитет әсерінен Бриль-Цинссер ауруы жеңіл өтеді. Бөртпе розеолозды және аз мөлшерде, олардың дамуы мен сипаты бөртпе сүзегіне ұқсас. Микробиологиялық диагноз қою. Науқас ағзасынан риккетсияны бөліп алу қиындықтар тудырады. Негізгі диагноз қою әдісі – серологиялық. Науқастардан алынған әртүрлі

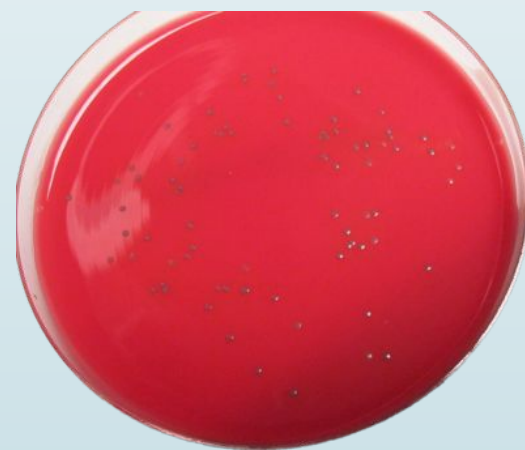
Бүйрек карбункулы-пиелонефриттің бір формасы, бүйрек қыртысты затының инфильтрациямен шектелген іріңді-некротикалық зақымдалуы.

Инфекция организмдегі іріңді ошақтардан гематогенді жол арқылы бүйректің қыртысты затына еніп, зақымдайды.

Листериялар - *Listeria monocytogenes* шақырылатын, әр түрлі жолымен жұғатын моноклеарлы фагацииттердің зақымдануымен жүретін, жедел түрде қызбамен, жалпы интоксикациямен өтетін ангиозды, септикалық, жүйелік түрлерінде өтетін зоонозды инфекция.



Бүйрек
карбункулы



Листериялар көбею
үстінде

Клиникасы	Жалпы токсикалық синдром	Лабораториялық көрсеткіштері
<p>-Бел аймағында күш түсіп,сыздап ауырсыну.</p> <p>-бүйрек ұлғаюы.</p> <p>-зәр шығарудың азаюы</p> <p>-АҚҚ төмендеуі</p> <p>-брадикардия</p> <p>-оң мәнді</p> <p>Пастернацкий сипмтомы</p>	<p>-Жоғары дене қызбасы</p> <p>-қалтырау</p> <p>-тершендік</p> <p>-жалпы әлсіздік</p> <p>-тәбет төмендеуі</p> <p>-тері қуқылдығы</p> <p>-кұсу</p> <p>-жүрегі айну</p> <p>-метеоризм</p> <p>-іш қату</p>	<p>ЖҚА:</p> <p>-Нейтрофильді лейкоцитоз</p> <p>-ЭТЖ жоғары</p> <p>ЖЗА:</p> <p>-лейкоцитурия</p> <p>-пиурия</p> <p>-протейнурия</p>





Листериялар асқорыту жолдары, тыныс-алу жолдары, аранның шырышты қабаттары және зақымдалған тері арқылы енеді.

Патогенезінде роль ойнайтын факторлар:

- ✓ бактеремия**
- ✓ токсинемия**
- ✓ аллергиялық**

Листериозбен ауырған науқастардың қанында антиденелер сақталады және жасушалық иммунитет сақталады.

Клиникалық көрінісі: инкубациялық кезеңі 3-4-5 күнге дейін. Төрт клиникалық белгілерін ажыратады: 1. ангинозды-септикалық; 2. жүйкелік 3. септикограницулематозды (ұрықта және нәрестелерде) 4. көз безділік формасы; Листериозда жедел, жеделдеу, созылмалы және аборттивті кезеңдері байқалады. Ең жиі кездесетін түрі ангинозды септикалық түрі – оң. Катаральды симптомдар айқын көрінеді. Сепсистің пайда болуына әкеп соғады. Бұл кезеңде дене қызуы лихорадкамен жүреді 36-39С 15-20 күнге дейін сақталады. Науқастың бетінде гиперемия байқалады, конъюнктивит байқалады. Аранда көп мөлшерде сұйықтық, гиперемия және бөбешіктің ісінуі, ақ жағындылар пайда болады. Мойын лимфа түйіндері үлкейеді, бауыр және көкбауыр аздап үлкейеді. Теріде полиморфты бөртпелер байқалады. Шеттері моноклеарлардың мөлшері көбейеді. Аурудың өршу кезеңінде менингеальды синдромдар байқалады, арқа бұлшық еттерінің регидтілігі, Керниг-Брудзинский симптомдары әлсіз. Уақытында диагностиканы ажыратып ауру толығымен жазылады, кей жағдайларда өлімге әкеледі. Асқынуы эндокардитке әкеледі. **Жүйкелік формасы:** листериозда менингит, менингоэнцефалит, энцефалит, ми абцессі, перифералық жүйке жүйесі зақымдалады. Ауру жедел басталады, бас ауруы, қайталамалы құсу. Желке бұлшық ет регидтілігі, Керниг-Брудзинский симптомдары оң, гиперстезия, клоникалық тартылыстар, естің бұзылуы, сандырақ, бұлшық еттердің тартылысы байқалады.

Менингоэнцефалит кезінде-жоғарыда айтылған симптомдарға қоса ошақты симптомдар қосылады, қабақтың птозы, анизонория, стробизм патогенетикалық рефлексстер, терінің сезімталдығы төмендейді. Психикалық бұзылыстар және параличтер болуы мүмкін. Қанда моноцитоз және лейкоцитоз, гранулоцитоз. Жұлын пункциясында сұйықтың жоғары дауменілмен шығады. Құрамында нейтрофильді гранулоциттер, лимфоциттер байқалады. Аурудың кеш кезінде ликворды ірің байқалады түсі лайлы болады. Листерияоз перифериялық нерв жүйесін зақымдағанда парездар және параличтер байқалады. Кей кездерде полирадикулоневрит көтеріледі. Листерияоздың жүйелік түрі көбінесе бір айға дейінгі балаларды немесе 40 жастан жоғары адамдарда кездеседі.

Септико-гранулематозды түрі-нәрестелерде және ұрықтарда кездеседі. Аурудың жалпы белгілері тыныс алудың бұзылуымен сипатталады. Құсу, жалқақты дәретпен, разолизді-папулезді бөртпелермен сипатталады. Гидроцефалия, бас миының атрофиялық аномалиялар жиі ұшырайды. Көзді-бездік түрі сирек кездеді. Инфецирленген жануарлармен контактыда болған кезде кездеседі. Көздің листерияозға тән белгілер олар конъюктив пайда болуы. Қабықтың ісінуі қабыршақтарының тарылуы. Көз көруі төмендейді. Құлақ асты, жоқ асты лимфа түйіндері үлкейеді және ауырсынады. Шеткері қанда моноциттер 10%-лимфоциттер 34-48% жоғарлайды. Дене қызуы әр уақытта жоғары болады. Аурудың ұзақтығы 1-3 айға созылады.

Созылмалы түрі

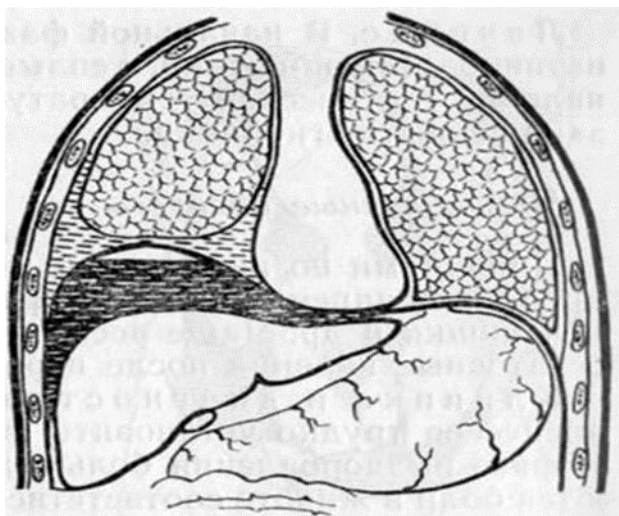
клиникалық көріністерге байқалмайды. Аурудың өршуі қысқа уақытты лихорадкамен, катаральды көріністермен кей-кезде ауру созылмалы пиелонефрит түрінде кездеседі, диспепсиялық бұзылыстар байқалады. Листериоздың осы түрі көбінесе жүкті әйелдерде жиі кездеседі

Абортивті түрі

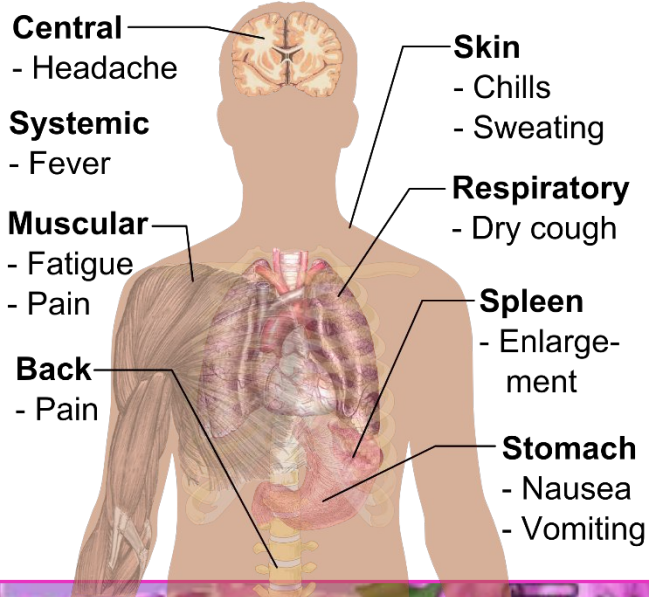
–листериоздың бұл түрі жедел басталады, листериоздың түрлерімен өтеді, бірақта ауру тез аяқталады.

Бауырдың диафрагмаастылық абцесі-диафрагманың төменгі беті мен бауырдың жоғарғы беті арасында жинақталған іріңдік. Ауру іш қуысының мүшелерінің қабыну аурулары кезінде, іштің ашық және жабық, тороко-абдоминалды жарақаттың асқынуынан кейін дамиды.

Безгек (Malaria - безгек) — бұл инфекциялық қан ауруы, ол адамды қалтыратып, аласұрғызады. Бұл безгекпен ауыратын адамның қанынан безгек паразиттерін сорып алатын шыбын-шіркейлер, маса-соналар арқылы тарайды және олар басқа адамды шағып, оның қанына безгек инфекциясын түсіреді, бірнеше мәрте қайталатын ауру түрі.




Symptoms of **Malaria**



Бауырдың диафрагмаастылық абсцесі

Клиникасы	Жалпы токсикалық синдром	Лабораториялық көрсеткіштер
<ul style="list-style-type: none">-Құрсақ қуысының жоғары бөлігінде оң қапталында қарқынды ауырсыну,-ауырсынудың йыққа, жауырынға, бұғанаға таралуы,-ауырсынудың жөтелгенде, терең дем алғанда күшеюі-қинайтын құрғақ жөтел-жартылай отыру мәжбүрлі қалпы-гепатомегалия-ентігу, беткей жиі тыныс алу-жиі ықылық ату	<ul style="list-style-type: none">-жоғары дене қызбасы, ремиттерлеші немесе интермиттерлеуші қызба-қалтырау-жалпы әлсіздік-тәбетінің төмендеуі-тері қуқылдығы-жүрегі айну-күсу	<p>ЖҚА:</p> <ul style="list-style-type: none">-солға ығысқан нейтрофилді лейкоцитоз <p>-ЭТЖ жоғары</p> <p>БҚА:</p> <ul style="list-style-type: none">-диспротеинемия-С-рактивті белок <p>ЖЗА:</p> <ul style="list-style-type: none">-уробилинурия-индиканурия



Қоздырғышы- Plasmodium тұқымдасының, Spjrzela класының қарапайымдылары.

Адамда плазмедийлардың 4 түрі ауруды тудырады:

P.vivae- 3 күндік безгектің қоздырғышы

P.falciparum- тропикалық безгектің қоздырғышы

P.malariae- 4 күндік безгектің қоздырғышы

P.elale- овале безгектің қоздырғышы

Плазмодийлардың биологиялық циклі 2 түрде өтеді:

спорогония (жыныстық циклы) Anopheles тұқымдас масалардың организмінде өтеді.

щизогония (жыныссыз цикл) адам организмінде

Безгек ұстамасы әдетте 3 сатыдан тұрады:

Безгек қалтыраудан басталады және бас жиі ауырады. Науқас 15 минуттан 1 сағатқа дейін қалтырайды.

Қалтырау ыстықтың көтерілуіне жалғасып, ол 40°-қа дейін және одан да жоғары көтеріледі. Адам әлсірейді, терісі қызарады, сандырақтайды.

Ыстық бірнеше сағат немесе күн бойы сақталады.

Ақырында адам малшына терлейді және ыстық түседі. Ұстамадан кейін адам әлсірейді, бірақ өзін біршама сергек сезіне бастайды.

Әдетте адамда безгек кезінде әр 2—3 күн сайын қызу болады (безгектің түріне қарай), ал ұстама басталатын кезінде қызу күн сайын қайталайды.

Ыстықтың түсуі мен кетерілуі оқтын-оқтын өзгеріп тұрады Сондықтан себепсіз ыстығы көтерілген әрбір адам қанын безгекке тексерту керек.

Созылмалы безгек көбіне талақтың үлкеюі мен қанның азаюына себепші болады.

Жас балаларда беттің бозаруы мен қанның азаюы бір-екі күннен кейін басталады. Бұл жағдай безгек миды зақымдаған кезде болады (церебральды безгек), қызба ұстамасы естен тану ұстамасына жалғасады. Науқастың қолы көгіс тартады, демалысы жиілеп, тереңдейді. (Ескерту: Емшек сүтін ембеген балалар безгекпен тым жиі ауырады).

Пиелонефрит пен Иерсиниоз екшеу диагностикасы

Пиелонефрит - бүйрек түбегінің, тостағаншаларының, аралық тінінің және өзекшелердің зақымдануымен сипатталатын патология. Пиелонефрит тудырушы бактериялардың арасында ең көп кездесетіні ішек таяқшалары мен стафилококктар. Одан басқа пиелонефриттің дамуына энтерококктар, протей, клебсиелла, энтеробактер, көк іріңді таяқшалар немесе микроб ассоциациясы да себеп бола алады.

Иерсиниоз - инфекция қоздырғышы фекальді-оральді жолмен берілетін өткір зоонозды бактериалдық ауру. Клиникалық көрінісі полиморфизмді: асқазан-ішек жолдарын, буындарды зақымдаумен, сондай-ақ интоксикация, қызба өршуі және рецидивімен сипатталады.



Пиритсин

Клиникасы	Жалпы клиникалық синдром	Лабораториялық көрсеткіштер
<p>-бел аймағындағы сыздап ауырсыну, -Созылмалы пиелонефритте бетте,көз айналасында,қол ұштарында ісіктер. -зәр шығару кезінде ауырсыну және жиілеуі. -АҚҚ жоғарылаған</p>	<p>-жоғары дене қызуы 39-40°С . -бас ауруы -ұйқы бұзылуы -жалпы әлсіздік -қалтырау -тер бөлінудің күшеюі -бұлшық ет ауырсынуы -кейде жүрек айну,құсу.</p>	<p>ЖҚА: -лейкоцитоз -гипохромды анемия БҚА: -гипопротеинемия -диспротеинемия -мочевина жоғарылаған -креатини жоғарылаған ЖЗА: -лейкоцитурия -протеинурия Зимницкий сынамасы: -изогипостенурия -никтурия</p>

Ишек иерсиниозы мен псевдотуберкулездің клиникалық көрінісі полиморфты және бір-біріне ұқсас. Сондықтан бұлдардың салыстырмалы диагнозы қиян.
Иерсиниоздың клиникалық жіктелуі:

Ауру формасы
варианты
гастроинтестинальды

Клиникалық

гастроэнтерин
энтеротоксин

гастроэнтероколит
абдоминальді

мезентеральді
лимфаденит
терминальді

КОЛИТ


жедел

аппендицит
генерализденген

аралас
септикалық
септико-

ишемиялық
2-шілік ошақты

Ауыр ағымы бойынша: жеңіл, орташа ауыр, ауыр. Ағымы бойынша: өшірілген, жедел, созылыңқы, созылмалы. Иерсиниоздың негізгі клиникалық көрсеткіштері: гастроинтестинальді формасы 50% жиілікте кездеседі. Интоксикация көрінісінде гастроэнтероколит түрі бойынша өтеді. Қосымшалық болуы мүмкін: бауырдың ұлғаюы, малиналы тіл, буындағы ауырсыну, катаральді көріністер, әр түрлі сипаттағы шамалы бөртпе, күйдіру сезімі (алақан және табанда), қабыршақтану (2-3 айдан кейін), толқын тәрізді ағым Абдоминальды формасы:интоксикалық көріністе оң және мықын аймағында аппендицит, мезаденит ауырсыну синдромымен өтеді. Сонымен қатар артралгия және миалгия, бауыр ұлғаюымен жүреді. Генерализденген формасы: аралас варианты-интоксикация симптомы (қалтырау, қызба, бас ауру, бас айналу, апатия, әлсіздік, ұйқысыздық, тершеңдік, сүйек сынғыштығы, бұлшық еттегі ауырсыну) немесе асқазан-ішек жолдарының симптомдарымен (іштегі ауырсыну, құсу, жүрек айну, іш өту) басталады. Катаральді синдром (тамақтағы ауырсыну, құрғақ жөтел), алақан-табандағы күйдіру сезімі, буындағы ауырсынумен көрінеді. Объективті белгілерге сипаттама: бет, мойын гиперемиясы, қол-аяқ сүйектерінің гиперемиясы (қолғап, шұлық симптомы), конъюнктивит, энантема, аурудың 2-3-ші күніндегі экзантема (кейде 1-ші күні) әртүрлі сипаттағы (дақты, папулезді, артикальді, эритрематозды т.б.) дақтар. Кейде қышумен бірге (ірі буынның айналасы және табиғи қатпарлардағы бүкіл денеге жайылған), 2-ші аптадағы қол саусақтары, алақан, табан терілерінің ірі немесе ұсақ пластикалық қабыршақтануы, бауыр, көкбауыр



Болуы мүмкін; гепатит, серозды менингит, пиелонефрит, пневмония. Септикалық вариант: (2-3% жағдайда). Өзгерудің сипаты: гектикалық түрдегі ұзақ қызба, қалтырау, профузды, айқын интоксикация, әртүрлі мүшелер мен жүйелердің зақымдануы (пневмония, полиартрит, миокардит, эндокардит, менингоэнцефалит, жедел бүйрек жетіспеушілігі, гепатит т.б. II-лік ошақты форма: мына түрде көрінеді:, моно және полиартрит ірі буындардағы (5-8%), гастроэнтерит өткергеннен кейін 2-3 аптадан кейінгі түйіндер эритема (2-10%), типтік көріністегі миокардит, Рейтер синдромы (артрит, конъюнктивит, уретрит)



Назар
аударғандарыңызға
рахмет !!!