



СӨЖ

Орындаған: Дүйсен Арайлым
Группа: 301 «А»

Дифтерия

- Дифтерия (грек. diphthera-тері, пленка)-жүрек-тамыр және нерв жүйелерінің уытты зақымдануымен, сондай-ақ кіретін қақпаның орнында арнайы фибринозды (дифтеритикалық) қабынумен сипатталатын жіті инфекциялық ауру.Аэрозольды, фекальды-оральды және контактілі берілу механизмдері бар антропонозды ауру ӨС 3.1.2.1108-02



Тарихы

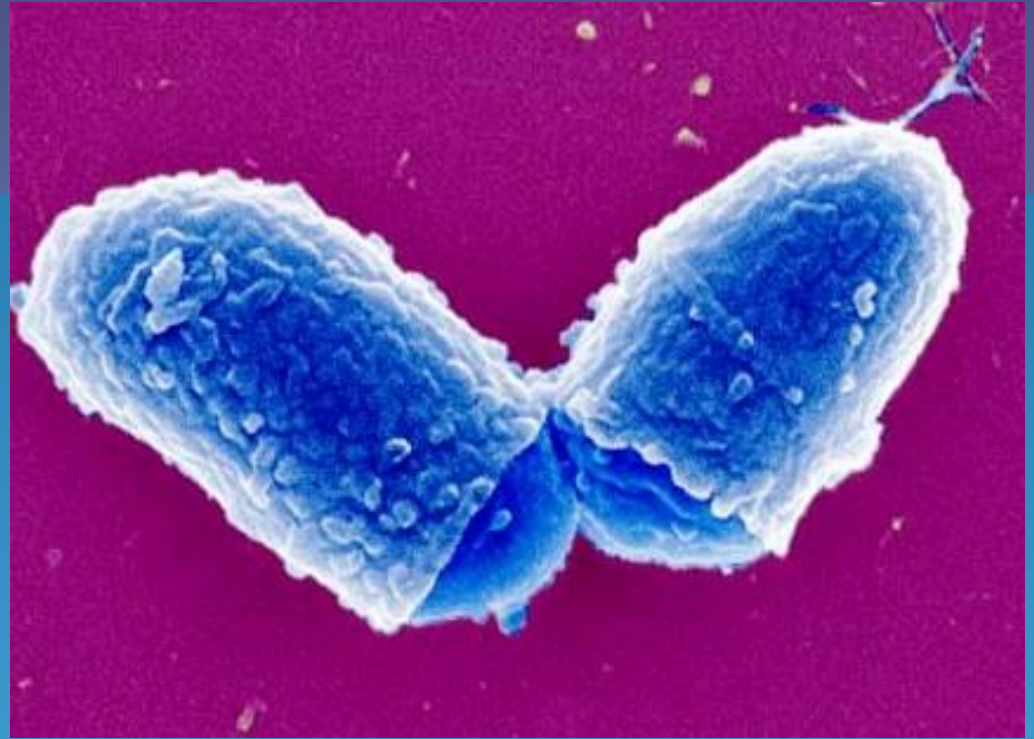
- Дифтерия қоздырғышы 1883 жылы ашылған.
- 1884 жылы Ф. Леффлер оны таза мәдениетте бөліп алды.
- 1888 ж. Э. Ру және А. Йерсен дифтериялық токсинді алды
- 1895 ж. Э. Беринг және Э. Ру бір-біріне қарамастан дифтерияға қарсы сарысуды алды, оны алғаш рет дифтерияны емдеу үшін
- 1897 ж. Эрлих Ресейде Г. Н. Габричевский қолданды дифтерияға қарсы сарысуын емдік мақсатта ұйымдастырып, оны өндірді




Қоздырғышы

- **Отбасы**– *Corynebacteriaceae*
- **Туыстасы**– *Corynebacterium*
- **Түрлері**– *C. diphtheriae*
- *C. pseudodiphthericum* (Хофманна таяқшасы)
- *C. Xerosis*
- *C. ulcerans* (дифтероидтың жалпы атауы=жалған дифтериялық таяқшалар).
- Дифтериялық таяқшалар үшін сыртқы ортада айтарлықтай тұрақтылық тән, құрғаған үлдірде– 3-4 ай, жұмсақ ойыншықтарда – 3 ай, шаңда – 5 айға дейін, суда және сүтте – 20 күн, тұрмыстық заттар мен киімде – 15 күнге дейін жақсы сақталады. Тікелей күн сәулесінің әсерінен таяқшалар бірнеше сағат аман қалады. Жоғары температураға сезімтал (600С – қа дейін қызған кезде 10 минут ішінде өледі, қайнаған кезде лезде өледі), жұмыс концентрациясындағы дезқұралдарға (5% карбол қышқылының ерітіндісі 1 минуттан кейін, H₂O₂-10 минуттан кейін инактивациялауды қамтамасыз етеді), пенициллинге, тетрациклинге, эритромицинге сезімтал.





Corynebacterium diphtheriae

- 
- Антропоноз.
 - Инфекция көзі-науқас адам немесе токсинді бактерия тасымалдаушы *C. diphtheriae*.
 - Инфекцияның берілу механизмдері:
 - Аэрозольды (жолдар – ауа-тамшы және ауа-шаңды);
 - Байланыс (жол-тікелей байланыс);
 - Фекальды-ауызды (алиментарлық-сүт өнімдері арқылы жиі).
 - Кіру қақпасы: мұрынның шырышты қабықтары, көмей, кеңірдектер, бронхтар, сыртқы жыныс мүшелері, жара беті.
 - Инкубациялық кезең-2-10 күн.
 - Иммунитет. Пайда болған иммунитет - тұрақты кернеулі антитоксикалық.

- **Патогензі және патанатомия.**

- Леффлер бактериялары енген орнында көбейеді. Ауыз-жұтқыншақ Леффлер бактериясының эндотоксині жергілікті және жалпы токсикалық өсер етеді. Жергілікті өзгерістер фибриндік қабынумен сипатталады. Ауыз-жұтқыншақ күл кезінде күлдік қабыну дамиды — дифтериялық пленка астында арпалысқан бадамша бездерінің ұлпаларымен тығыз байланысты. Көмей күл кезінде ұлпаларымен тығыз байланыспайды. Көмей күл кезінде крупозды қабыну орын алады; бұл кезде фибриндік жабын-20 дылар беткей орналасып жеңіл алынады. Күл қабыршағы құрамына эпителий, шырыш, фибрин және микробтар кіреді (жабыңды + «ұлпа» түрде орналасады — астындағы ұлпалардың бетінен шығып тұрады).






Дифтерийная
пленочка на
глоточной
миндалине

Микробиологиялық диагностика

- 1.Баспалардан (фолликулярлы, лакунарлы, некроздық) күл ауыз-жұтқыншақтағы жабындышар сипатымен пленка тәрізді, тамақтың азғана ауыруы немесе мүлдем ауырмауымен, доғамшалардың айқын емес гипермиясымен және ісінудің болуымен (бадамша бездерінің, мойын тері асты клетчаткасының ісінуі) ерекшеленеді. Симановский — Винцент баспасында бір жақтық некроз және зақымдалған жақта ғана лимфа түйіндері үлкейеді, ауыздан шіреген иіс шығады, ал күл кезінде шырынды иіс. Перитопзиллярлы абсцесс және флегмонды баспа кезінде бадамша бездер аумағында томпаю, айқын гиперемия, тамағының қатты ауруы, айқын көрінетін ауру сезім син-дромы, мойын аумағындағы тығыз инфильтрат (ауратын) көрінеді.
- Науқас тіпті сілекейінде жұта алмайды, тризм.



- 
- Лейкөз кезінде — некроздық баспа, бет-әлпетінің боздығы, лимфа түйіндерінің үлкеюі, гепатолиенадды синдром, геморрагиялық компоненттің қосылуы, ақ қандағы сәйкес өзгерістер.
 - Ретромандибұлярлы шұңқыр тегістелген, мойын тері асты клет-чатқаның ісіну жоқ.
 - Күл крупын тұмау және басқа ЖРВИ кезіндегі круптан ажырату қажет. Соңғыларға біртіндеп дамуы және афонияның болмауы тән (дауысы қырылдаған, бірақ мүліде шықпайды емес). Интоксикация белгілері және жоғарғы тыныс алу жолдарының қатарының белгілері айқын болады. Стэноздың ағымы, әдетте, толқын тәріздес — түнгі уақытга ауырлайды. Бөгде зат арқылы болған стэнозды сәйкес анализ болады (сау болып тұрған жерінде инспираторлы ентігу пайда болады), температуралық реакция болмайды.

Манту реакциясы оң

| Нозологическая форма заболевания | Длительность диспансеризации | Частота обязательных контрольных обследований врачом КИЗ | Перечень и периодичность лабораторных и других специальных исследований | Консультации специалистов |
|----------------------------------|------------------------------|--|--|---|
| Дифтерия | 1 мес | 1 раз в 2 нед | Общий анализ крови, ЭКГ — через 2–4 нед. Посев с миндалин на коринебактерии дифтерии — перед снятием с учета | Терапевт, невропатолог, ЛОР — по показаниям |

Реконвалесценттерді ШЫҒАРУ толық клиникалық сауыққаннан кейін және 1 тәулік аралықпен жүргізілетін бактериологиялық тексерудің екі теріс нәтижесі алынғаннан кейін және антибиотиктер жойылғаннан кейін 3 күннен кейін жүзеге асырылады.

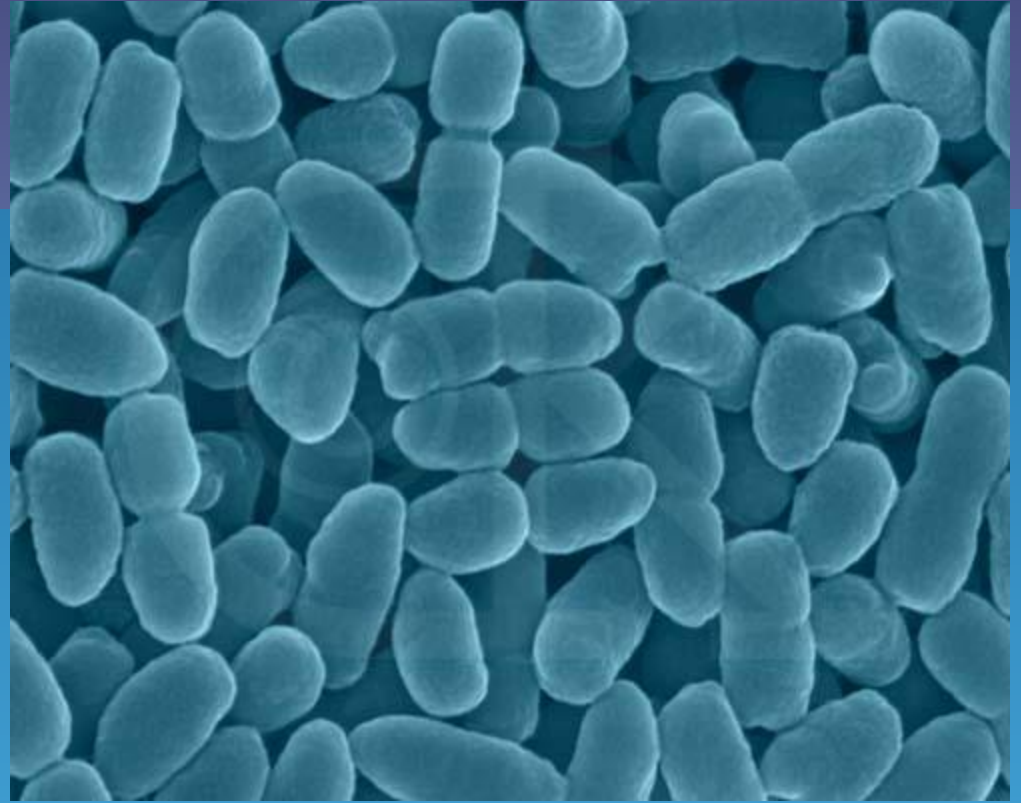
Коклюш (көкжөтел)

- **Көкжөтел** (лат. *pertussis*) – жедел таралатын, көбінесе, 8 жасқа дейінгі балаларда болатын жұқпалы ауру. Аурудың қоздырғышы қысқа таяқша тәрізді бактерия (*Bordetella pertussis*). 1906 ж. Көкжөтелді бельгиялық ғалым Ж. Борде (1870 – 1961) ашқан. Қоздырғыш бактериялар науқас бала жөтелгенде оның демі мен қақырығы арқылы тарап, сау балаға жұғады. Бактериялар баланың тыныс органдарында өсіп-өнеді.





- *Тұқымдастығы*– *Alcaligenaceae*
- *Туысы*– *Bordetella*
- *Түрі*– *B. pertussis* (көкжөтел қоздырғышы)
- *B. parapertussis* (паракоклюш қоздырғышы)
- *B. bronchiseptica* (иттер, мысықтар, қояндардың төлдерінде бронхосептикоз қоздырғышы, адамда сирек ЖРА)
- *B. avium* (тек жануарларда ауру тудырады)
- *B. hinzii*, *B. holmesii* (СПИД-пен ауыратын науқастарда ауру тудыруы мүмкін)
- *B. petrii*
- *B. thrematum*



Bordetella pertussis



- Сыртқы ортада аз төзімді, кептіруге сезімтал, күн сәулесінің әсері кезінде – 1 сағат бойы, 560С температурада – 10-30 минуттан кейін, фенол мен лизолдың 3% ерітіндісінде – бірнеше минуттан кейін өледі. Кеуіп қалған кезде қақырық бірнеше сағат бойы өледі. Антибиотиктерге сезімтал – тетрациклин, стрептомицин, левомецетин.



- **Жұғу жолдары.** Көкжөтелдің жұғу көзі – науқас адамдар. Олар әсіресе аурудың бастапқы кезінде өте жұқтырғыш келеді. Көкжөтелдің кез келген түрі басқа адамдар үшін өте қауіпті. Әсіресе көкжөтел ұстамасы қысып, қатты жөтелген кезде сақтанған жөн. Өйткені қақырық бөлшектері 3 метрге дейін ұшады. Егер көкжөтелге тұрақты өмірлік иммунитеті қалыптаспаған болса, бұл сырқатпен кез келген жастағы адам ауыруы мүмкін.



- **Клиникасы.** Инкубациялық кезең 3 күннен 15 күнге дейін созылады (орта есеппен 5-8 күн). Ауру ағымы үш кезеңнен тұрады – катаральды, спазмалық жөтел кезеңі және босату кезеңі. Катаральды кезеңде құрғақ жөтел, кейде тұмау болады. Дене қызуы субфебрильді немесе қалыпты. Бұл кезеңнің ерекшелігі – тұрақты қатты жөтел. Емге карамастан, жөтел үнемі күшейе береді, тіпті шектеулі ұстамаға соқтыруы мүмкін. Бұл кезең 3-14 күнге созылады. Спазмалық кезеңде жөтел ұстама сипатында болады. Ұстама кезінде қысқа жөтел арасында демді ішке тартқан сәтте ысқырық секілді дыбыс шығады. Ұстамадан кейін қою шырыш шығады, науқастың құсуы да мүмкін. Ұстама кезінде баланың беті қызарады, одан соң көгереді, мойнындағы тамырлар ісініп, көздері қанталайды. Ырықсыз нәжіс не несеп бөлуі мүмкін. Тіл сыртқа шығып, көзден жас ағады. Босату кезеңінде жөтел ұстамасыз болады, 2-4 аптаға созылады. Аурудың орташа ұзақтығы 6 апта шамасында, бірақ одан да ұзақ болуы мүмкін.



- Клиникалық кезеңдер бар:
- катаральды (2 апта) – тұмауға ұқсас, құрғақ жөтелмен, түшүмен, дене қызуының шамалы жоғарылауымен сипатталады, жай-күйі біртіндеп нашарлайды;
- конвульсивті (тырысу=параксизмальды) (4-6 апта) - спастикалық жөтел ұстамалары байқалады (тәулігіне 20-30 есеге дейін), ұстама кезінде бала ауа шығара алмайды, 5-10-15 жөтелден (дем шығару) тұратын серия байқалады, содан кейін ысқырық дем (реприз, немесе «қораз әну»), тілдің кемуіндегі жаралар тән.;
- тұншығу кезеңі (2-4 апта) - ұстамалар сирек байқалады, соқырлар түрінде жоғарғы тыныс алу жолдарының шырышты қабығының некротизацияланған учаскелерінің ажырауы орын алады.
- Өлім асфиксия, пневмония, сирек жағдайларда-спонтанды пневмоторакстан болуы мүмкін.



Язвочки на уздечке языка



Приступ кашля при коклюше



- **Емі.** Антибиотиктер көкжөтелдің спазмалық кезеңін қысқартпайды, бірақ мұрын-жұтқыншақта көбейетін қоздырғыштарды жоя алады. Оттегі жетіспеушілігі айқын болғанда оксигенотерапия қолданылады. Сонымен қатар седативті дәрмектер – феназепам, реланиум қолданылады. Көкжөтелмен ауырған баланың тамағы қуатты болуы керек. Асты аз-аздап берген жөн.



- **Алдын алу шаралары.** Көкжөтелдің алдын алудың ең баты жолы – егу. Қазір бұл мақсатта АКДС вакцинасы қолданылады. Ол балаға бірнеше кезеңмен егіледі. Инфекция көзін жою үшін көкжөтелмен ауырады деген күдігі бар науқасты тез арада оқшаулау қажет..



- **Қалпына келтіру.** Көкжөтелмен ауырған баланы қалпына келтіруде дәрумендерге көп көңіл бөлінеді. Сонымен қатар пробиотиктер, өсімдік адаптогендері, ноотропты препараттар, ми қан айналымын жақсартатын дәрмектер қолданылады

Скарлатина-жәншау

А тобындағы бета гемолитикалық стрептококпен қоздырылатын, ағзаның улануымен, жедел тонзилитпен ерекше бөртпелермен сипатталатын жедел жұқпалы ауру.

Қазақша атауы жәншау

1847 жылы Т.Бильрот алғаш рет жаралы инфекциялы ұлпадан патогенді стрептококты тапқан.



ЭТИОЛОГИЯСЫ.

- Қоздырғышы: В-гемолитикалық стрептококк, қоршаған ортада төзімді.
- Стрептококк гр оң, дөңгелек пішінді, моншак тәрізді тәрізді тізіліп, сыңарласа орналасқан бактериялар. 80 серотиптері бар. Эритрогенді токсин түзеді. Сыртқы ортада тұрақты, дезинфектанттарға төзімді. Қайнатқанда 15 мин кейін жойылады.



Эпидемиологиясы:

- Аурудың көзі ауру адам және бактерия тасымалдаушы
- Таралу жолы –ауа –сілекей жолы және заттар арқылы
- Сезімталдық (төзімділік) -2 -7 аралығы
- Маусымдылық –күз, қыс.
- Иммунитет –тұрақты



Клиникалық белгілері:

- I жасырын кезең 2-7 күн.
- II бастапқы кезең – ауру жедел басталады: баланың денесінің қызуы күрт көтеріліп, басы ауырады, жүректің соғуы жиеленіп, әлсіздік пайда болады. Бала лоқсып құсады, жалпы жағдайының бұзылуымен қатар жұтынғанда тамағы ауырып, жұтқыншақтың кілегейлі қабығын қан кернейді «жалындап тұрған жұтқыншақ» Аурудың ұлғаюымен жұтқыншақта баспаның ауыр түрлері нығаяды. Баланың аузынан жағымсыз, сасық иіс пайда болады.



- III – аурудың өрістеу кезені – аурудың екінші күнінде күлдің ең көріністі белгісі – талауаған тері қабатында қызыл нүкте тәріздес бөртпе пайда болады. бөртпе бетке, денеге, қол-аяқтарға тез жайылып, тек қана ауыз – мұрын үшбұрышын таза қалдырады. Күлдің бөртпесі дененің бүкір жағында, аяқ-қолдың ішкі бетінде, қолдың астында, шынтақтың иілісінде, тақымның шұңқырында, шаптың иілісінде ең қарқынды болады.
- Аурудың жағдайы ауырлап, улану белгілері нығаяды. Дене қызуы $39-40^{\circ}\text{C}$ дейін көтеріледі. Аурудың тастапқы белгілері үдей түседі. Орталық нерв жүйесінің зақымдану белгілері пайда болуы мүмкін.



Иногда помимо точечной сыпи, могут быть высыпания в виде мелких пузырьков, наполненных жидкостью или кровью.



- Аурудың 4-5 күніне баланың тілі қабыршықтан тазалана бастап, «бүлдірген тәріздес тіл», деп аталады.

- IV – револесценттік кезең – дене қызуы біртіндеп төмендеп баланың жағдайы жақсарады, жұтқыншақтағы қабыну белгілері басылады, бөртпе бозарады.

- Аурудың бірінші аптасының аяғында терінің қатпалары түлеуі басталады. Бұл түлеу әсіресе алақан мен табанда жақсы білінеді.

- Жәншау 3 түрлі дәрежеде өтеді. Жеңіл, орташа, ауыр.



Емі

- Емдеу:
- Ауруханада тек қана ауыр немесе асқынған түрлері емделеді.
- Балаға 5-7 күн төсек режимі тағайындалады.
- Диета жасына сәйкес, витаминдерге бай, көбіне сұйық жылы түрде.
- Антибактериялық ем: пенициллин тобы, тетрациклин.
- Детоксикалық ем.
- Симптоматикалық ем.

Асқынуы

- Миокардит – аурудың өрістеу кезеңінде «жәушан жүрек» деген синдром пайда болуы мүмкін. Жүректің көлемі ұлғайып, соғуы әлсіз, біркелкі емес, күңгірт, жиырылу кезеңінде сырылып естіледі, қан қысымы төмендейді. Баланың жәушаннан жазылуымен бұл синдром жойылады.
- воспаление среднего уха
- синусит
- воспаление легких
- миокардит
- менингит
- почечная недостаточность
- сепсис
- бронхопневмония
- остеомиелит (инфекционное заболевание костной ткани и костного мозга)

