

*** Баспа синдромымен
өтетін аурулар**

- * 1 Такырыптың өзектілігі
- * 2 Жұқпалы аурулар баспамен өтетің
- * 3 Жұқпалы моноклеозда, кул ауруында баспанын ерекшелігі

*** Дәріс жоспары:**

*Өзектілігі

*Баспа (ангина) - булығы, тұншығу сөзінен шыққан. Баспамен өтетін көптеген жұқпалы аурулар бар. Олар: күл ауруы, жұқпалы мононуклеоз, жәншау, қызамық, қызылша, стрептококкты баспалар.

*** Жұқпалы
мононуклеоз**

* Жұқпалы мононуклеоз - (mononucleosis infectiosa) –Эпштейн-Барра вирусымен шақырылатың, қызбамен, лимфа түйіндерінің ұлғаюымен, ауыз жұтқыншақ зақымдалуымен, гепатоспленомегалия және перифериялық қанда атипті мононуклеарлардың болуымен жүретін жедел жұқпалы ауру.

* ЖҰҚПАЛЫ МОНОНУКЛЕОЗ

- * Ауру қоздырғышы Эпштейн-Барр вирусы Беркитто лимфомасы және назофарингиальді карциноманы шақыратын қасиеті бар деген тұжырым бар.
- * Вирус герпес туыстығына жатады, ДНК құрамды. Полисахаридты капсуласында арнайы антигендері: капсидты, ядролы, ерте және мембраналық. Эпштейн-Барр вирусы қоршаған ортада төзімділігі аз, жоғары температурада, УКС және залалсыздандырғанда тез өледі. Төмен температурада, кептірілгенге төзімді.

* **Этиологиясы**

- * Ауру көзі болып манифестті және атипті формасындағы науқастар, сондай ақ вирустасымалдаушылар.
- * *Жүзу механизімі:* ауа - тамшылы, сирек қарым - қатынас және гемо-қатынас арқылы жүғады. Халық арасында бұны «сүйісу сырқаты» деп те атайды.
- * *Қабылдаушылық* –жоғары.

* Эпидемиологиясы

* Сырқаттан кейін иммунитет тұрақты.

* *Летальдылық* төмен.

* **ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ**

- * **Тип бойынша:** 1. типті
- * 2. атипті: өшірілген, симптомсыз.
- * **Ауырлығы бойынша:** жеңіл, орташа ауыр, ауыр.
- * **Аурылық критеріі:** интоксикация синдромы мен жергілікті өзгерістердің айқындылығы.
- * **Ағымы бойынша:** 1. тегіс
- * 2. тегіс емес:
 - * - асқынумен
 - * - екіншілік инфекциялардың қосылуымен
 - * - созылмалы аурулардың өршуімен.

Жіктелуі

* Инкубациялық кезең 4 күннен 15 күнге дейін.

* *Продромальді кезең*
клиникалық симптомдардың көрінуімен біртіндеп дамуымен сипатталады: дене қызуы, субфебрильді, мұрынмен тыныс алу қиындалады, әлсіздік, тәбеті төмендейді.

* **Клиникасы**

1. Ауру жедел дене қызуының 39-40С көтерілуімен, мойын лимфатүйіндері ұлғайып, мұрынмен тыныс алу қиындауымен басталады.
2. Науқас бас ауруына, ұйқысы бұзылуына, тәбет төмендеуіне шағымданады.
3. Лимфааденопатия, жедел тонзиллит, аденоид, қызба, гепатоспленомегалия, қанда атипті моноклеарлардың болуымен сипатталады.

***Өршу кезеңі:**



*** Жұқпалы мононуклеоз
кезіндегі баспа**

- зертханалық диагностика: қан сараптамасында —атипті мононуклеарлар (10%-н жоғары), ауқымды плазмалы лимфоциттер, лимфамоноциттер, лимфоциттердің плазматизациясы, қалыпты және абсолютті лимфоцитоз.

*** Қандағы өзгерістер**

* жалпы жағдайының аздап нашарлауы

* дене қызуы субфебрильді

* ауыз-жұтқыншақ қабынуы катаральді белгісіз мөлшерде

* гепатоспленомегалия айқын емес

*** Жеңіл түрінің
клиникасы**

- * дене қызуы 38,50 С-ден жоғарлап, 2-кі апта сақталады, басының ауруы, тәбеті төмендейді, мұрнымен дем алу қиындайды, бетінде ісіну пайда болады. Мойын лимфа түйіндері, сондай-ақ бауыр мен көкбауырда ұлғаяды. Науқас жұтынған кезде тамағында ауырсынуға шағымданады.
- * Қарау кезінде-іріңді баспа, бадамша бездері 2-3 дәрежеге ұлғаяды. Аурудың клиникалық көріністері 3-4аптаға созылады.

* Орташа ауыр түрі

* Жоғары қызба, дене қызуы $-39,6^{\circ}\text{C}$ -мен 3 аптаға дейін, жедел интоксикация (селқостық, адинамия, құсу, бас ауруы, анорексия) болады. Науқастың беті домбыққан, ісінген, мұрынмен дем алуы өте қиын, мойын маңы және басқа топтағы лимфа түйіндернің ұлғаюы, ауыз-жұтқыншақ қабынуы ауыр іріңді лакунарлы баспаментонзиллитпен көрінеді, айқын гепатоспленомегалия. Симптомдардың қайтуы 4-5 апталардан соң жүреді.

*** Ауыр түрі**

- * Арнайы асфиксия (Пирогова-Вальдитера көмей сақаналарындағы лимфа түйіндерінің ұлғаюымен байланысты көмей стенозының әсерінен)
- * Көкбауырдың жарылуы спонтанды немесе физиологиялық күштен кейін (мысалы: пальпация кезінде)
- * Жүйке жүйесінің зақымдалуы (энцефалит, менингит, бас ми нервтерінің парезі)
- * Гемолитикалық анемия
- * тромбоцитопения.

* Асқынулары

- * Қанда: атиптік моноклеарлар, лимфоциттер, лимфоцитоз
- * Серологиялық диагностикасы: гетероагглютинация реакциясы (Пауля-Буннель, Гофф-Бауэр реакциясы)
- * ИФА (Ig M немесе G анықтау)
- * ПТР

* Диагностикасы

- * Жедел кезеңдері төсектік тәртіп. Диета – сұйық және жартылай сұйықтықтар ұсынылады.
- * № 5-ші стол тағайындалады Певзнер бойынша.
- * Орташа және ауыр ауырлықта этиотропты ем ретінде интерферон (виферон) және анық индукторы (циклоферон, неовир) тағайындалады.
- * Аурудың ауырлығында байланысты патогенетикалық және симптоматикалық терапия жүргізіледі.

* Емі

* Күл ауруы

Күл ауруы – корино бактериялардың токсигенді штамдарымен шақырылатын және қоздырғыштың енген орнында фибринозды жабынның түзілуімен жүретін қабыну үрдісімен және қанға экзотоксин түсу нәтижесінде жалпы интоксикациямен, соған байланысты инфекциянды - токсикалық шок, миокардит, полиневрит, нефроз сияқты асқынулармен сипатталатын жедел жұқпалы ауру.

Бұл инфекция жөнінде мәліметтер Гиппократ, Гомер, Гален еңбектерінде кездеседі. Біздің ғасырымызды I – II ғасырларының дәрігерлері ауруды “жұтқыншақтың өлтіру жарасы”, “буындыратын ауру”, “асылушының түйіні” деп атаған. XIX ғасырда француз ғалымы P. retonneau бұл инфекцияны “дифтерит” деп атады (diphtherion грек тілінен - жабын); A. Trousseau біздің күнге дейін сақталған дифтерия терминің ұсынды

*** Тарихи мәліметтер.**

* Даму кезеңі :

- * **I саты** –көне заманнан антитоксикалық күлге қарсы қан сарысу ашылғанға дейін. Летальділік 70-80% құрады, ал аурудың токсикалық формасында 100% жетті.
- * **II саты** – АКҚС алынғаннан бастап белсенді иммунизацияға ұсынған Ramon күл анатоксині ашылғанға дейін (1923).
- * **III саты** – күлге қарсы белсенді иммунизацияны енгізгеннен бастап қазіргі уақытқа дейін (1940).

* Күл ауруының этиологиясы.

- * Күл ауруының қоздырғышы **Corynebacterium** тұқымдасына жатады .
- * Ауруды токсигенді штамдар ғана шақырады, олар жасушаларда ақуыз синтезін бұзатын экзотоксин бөледі.
- * Күл таяқшасы грамм бойынша «оң».
- * Сыртқы ортада тұрақты.
- * $t 0^{\circ}\text{C}$ төмен болғанда жақсы сақталады. $t+42^{\circ}\text{C}$ тез өледі.
- * Телуритті орталарда өсу сипаты бойынша және кейбір биохимиялық қасиеттеріне байланысты 3 культуралды-биологиялық варианттарды ажыратады: **gravis, mitis, intermedius**.
- * **Gravis** типі – ең токсигенді және вирулентті.

* Эпидемиологиясы.

- * Инфекция көзі ауру адам немесе токсигенді штамдарды бактериятасымалдаушы.
- * Күл ауруымен науқас инкубациялық кезеңін соңғы күні жұқпалы болуы мүмкін, санация мерзімі аурудың 15-25-ші күндері басталады.
- * Инфекцияның негізгі берілу жолы ауа-тамшы.
- * Күл ауруымен антитоксикалық иммунитеті жоқ балалар мен ересектер ауырады.
- * Қабылдаушылық индексі **6-15%**.
- * Тұрмыстық иммунитет болмағандықтан, жиі жас өспірімдер мен ересектер ауырады.
- * Аурушаңдық негізінен күз – қыс мерзімдерінде тіркеледі (қыркүйек – ақпан айларында).

* Патогенезі.

- * Ену қақпасы - тыныс жолдарының шырышты қабаты, көз конъюнктивасы және сирек - зақымдалған тері.
- * Ену орнында күл микробы көбейіп, токсин бөледі.
- * Күл ауруы - классикалық токсикоинфекция.
- * Токсин әсерінен жергілікті коагуляциялық некроз түзуімен қабыну ошағы пайда болады.
- * Токсин шырышты қабатқа терең еніп, қабыну үрдісін шақырады.
- * Кейін ақуызға бай экссудат түзіледі, ол тромбокиназа әсерінен ұйытылып фибринозды жабын түзеді, бұл күлге тән белгі.
- * Токсин қанға түсіп жүйке, симпато-адреналды және жүрек-қан тамыр жүйесіне әсер етеді. Бұл кезде гемодинамикалық асқынулар және миокардит, невриттер, токсикалық некроз және т.б. дамиды.

* Патоморфологиялық өзгерістер.

- * Жабындар крупозды және дифтеритикалық болады.
- * Көп қабатты жалпақ эпителиймен қапталған шырышты қабатта (ауызжұтқыншақ) – жабын қалың, қиын алынады (күлді бөрту).
- * Бір қабатты цилиндрлі эпителиймен қапталған шырышты қабатта (көмей, кеңірдек) – жабын оңай алынады (крупозды қабыну).
- * Геморрагиялық синдроммен байқалатын күл ауруында, шырышты қабаттарда ауқымды жабындар қанды сіңіріп, түстерін қараға өзгертеді.
- * Күл токсині таңдамалы түрде жүрек – қан тамыр және жүйке жүйелерін, сонымен қатар бүйрек үсті бездерін және басқа эндокринді бездерді, бүйректі зақымдайды.

* Жіктелуі (В.И. Молчанов және Д.Д. Лебедев)

* Араң күлі.

* Жергілікті:

жабындылы;

аралшалы;

катаральды (атипті).

* Жайылған:

* Токсикалық:

субтоксикалық;

токсикалық 1,2,3 дәрежелі.

* Қатерлі:

гипертоксикалық;

геморрагиялық;

* **Мұрын күлі** (жабындылы.
катаральды).

* Тыныс алу жолдарының күл
ауруы.

Жергілікті круп (көмей күлі).

Жайылған круп (көмей, кеңірдек
күлі).

Төмен өрлейтің круп (көмей,
кеңірдек, бронхтар күлі).

* **Күл ауруының сирек формалары.**

Көз күлі (крупозды, дифтеритикалық,
катаральды).

Құлақ күлі.

Тері күлі (жергілікті, жайылған,
токсикалық).

Асқазан – ішек жолының күлі.

Өкпе күлі.

Күл ауруының жіктелуі (БДҰ, 1996 ж.)

—

ҚР ДМ 11.03.97ж. №113 бұйрығы

Клиникалық формалары	Псевдомембраналар	Мойын ісінуі
1. Жергілікті	Бадамшалармен және мұрынмен шектелген	Жоқ
2. Аралық	Жұтқыншаққа және көмейге таралады	Жоқ
3. Ауыр (токсикалық)	Шектелген немесе жайылған	Шамалыдан айқынға дейін

* Қабыну үрдісінің сипаттамасы.

- * Фибринозды жабын шырышты қабаттың бетінен шығып тұрады («плюс ткань»)
- * Түсі аурудың алғашқы күндері **сұрғылт – ақ** жылтыр сипатпен, кейін сұрғылт - кір.
- * Жабын **беті** тегіс, жылтыр.
- * Жабын тығыз, **қиын алынады** және заттық шынылар арасында үгітілмейді.
- * Фибринозды жабындардың мөлшері неғұрлым үлкен болса, соғұрлым интоксикация айқын болады.

* Күл үрдісінің белгілері.

- 1.** Арнайы - фибринозды жабын болып табылады: жабын сұрғылт - ақ түсті («піл сүйегі», «плюс ткань»); жабын шеттері айқын, шырышты қабаттарына «өрмелейтін» сияқты; тығыс жабысқан, қиын алынады («қан тамшысы» симптомы); суда батады, заттық шынылар арасында үгітілмейді.
- 2.** Қабынудың басқа белгілері аса айқын емес: ауырсыну әлсіз немесе шамалы, гиперемия айқын емес, араңында – тұнық сипатты, жергілікті лимфа түйіндері ұлғайған, аздап ауырсынбалы.
- 3.** Дене қызуы ерекше: негізінен $37,5-38,5^{\circ}\text{C}$ аралығында, бірнеше күн ішінде жергілікті белгілі жойылғанға дейін төмендейді.
- 4.** Жалпы интоксикация дәрежесі жергілікті үрдістің аумағына сәйкес.
- 5.** Үрдістің динамикасы: АҚҚС енгізбегенде жабын аурудың алғашқы күндері тез ұлғайып, қалыңдайды.

*** Жағдайлардың жіктелуі:**

* Күмәнды жағдай

* Ықтимал жағдай

* Дәлелденген жағдай

* Күмәндану жағдайы
ларингит немесе
назофарингит немесе
ТОНЗИЛЛИТ +
псевдомембрана

Ықтимал жағдай

- ❑ қатынас (2-аптадан аз);
- ❑ Осы аймақта бүрк ету;
- ❑ стридор;
- ❑ Мойын ісінуі;
- ❑ Терідегі петехиальды бөртпелер
- ❑ ЖБЖ;
- ❑ Миокардит;
- ❑ БМЖ зақымдалуы (даусының қарлығы)
- ❑ Өлім

Дәлелденген жағдай:

- типті орыннан
токсикалық штамм
C. diphtheriae табылуы
- сары сулық антитоксин
титрінің 4 есеге өсуі

* Араң күлінің токсикалық формасы.



- * Араң күлінің токсикалық формасының басқа тән белгісі теріасты клетчаткасының ісінуі;
- * Ісіну жұмсақ, ауырсынусыз, қамыр консистенциялы;
- * Ісіну бетіндегі тері қызғылт сипатты;
- * Ісінудің жайылуы токсикозға пропорциональды;
- * Ісінудің таралуы:
 - * токсикалық күлдің I дәрежесінде - екінші мойын қатпарына (мойын ортасы) дейін;
 - * II дәрежесінде – бұғанаға дейін;
 - * III дәрежесінде – бұғанадан төмен (II – IV – VI қабырғаларға дейін және одан асып).

* Күлдің ретроспективті диагностикасы

* Күлге тән асқынулардың ауыр баспадан кейін дамуы (миокардит, полирадикулоневрит, нефроз) - күл кезінде ретроспективті диагностиканы жүргізуге негіз болады;

* Тәжірибеде «баспа + күлдің токсигенді коринобактерияларды тасымалдаушылық» диагнозы қойылмайды;

* Күлді ерте диагностикалау мақсатымен баспасы бар науқастарды ауру басталғаннан үш күннен аз емес уақытта белсенді бақылайды.

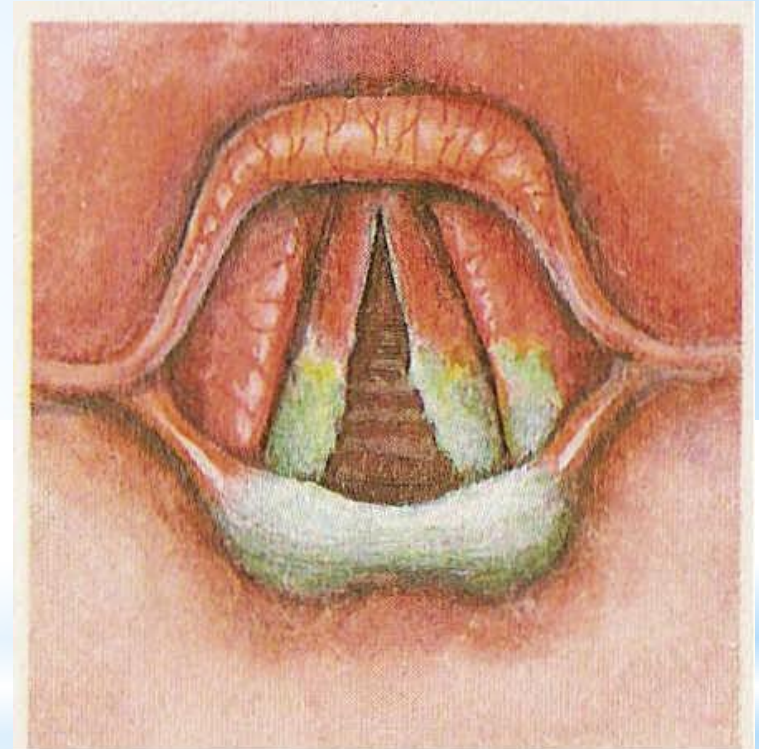
* Көмей күлінің клиникасы

* Катаральды сатыға тән:

- дене қызуының жоғарлауы;
- қурғақ, «үрген» жөтел;
- дауыстың қарлығыуы.

* Тыныштық кезінде шулы тыныстың пайда болуы – бұл стеноздық сатының басы:

- психомоторлы қозу, қорқыныш, күшейетін инспираторлы ентікпе;
- төстің және кеуде клеткасының жұмсақ жерлерінің ішке тартылуы;
- афония;
- тыныс алғанда пульс толқынының жоғалуы.



* Күл кезіндегі асқынулар.

- * Қанайналымның ерте бұзылуы – бұл гемодинамикалық бұзылыстар, олар күлдің геморрагиялық және гипертотикалық формаларында дамиды;
- * Бүйрекүсті безінің, вегетативті жүйке жүйесінің және коронарлы тамырлардың зақымдалуына байланысты;
- * Токсикалық күлдің өте ауыр және жиі болатын асқынулардың бірі - аурудың 4-5 күні дамитын ауыр миокардит.
- * Токсикалық күлде полиневритте болуы мүмкін, ол басқа асқынулардың ішінде кеш анықталады және жеңіл, орташа ауыр және ауыр түрінде өтеді.

* Күл ауруының диагностикасы.

- * Клиникалық мәліметтер шешуші болады.
- * Себуге материалды күл үрдісінің орналасқан жерінен, міндетті түрде бадамшалар мен мұрыннан шырышты жинаумен алады. Материалды бадамшалардан жеке тампондармен аш қарынға немесе тамақтанудан 2 сағат өткен соң алады.
- * Жабын болғанда материалды зақымдалған және сау тіңдер шекарасында алу қажет. Тампондар лабораторияға материал алынғаннан 3 сағаттан кеш емес уақытта жіберілу қажет.
- * Серологиялық диагностикаға ТГАР қолданылады. Оны науқастың қан сарысуымен және күл коринобактерияларының микроб антигенімен жүргізеді. Егер ауру динамикасында антиденелер титрінің өсуі байқалса (бірінші сарысуды ауру басталғаннан 7-ші күннен кеш емес, ал екіншісін ауру басталған 2-3 апта өткен соң алады), реакция оң деп есептеледі. Бұл әдіс ретроспективті болып табылады.

БДҰ-ның ұсынысы бойынша сарысудың дозасы:

- * Жергілікті - 10-20 мың Бірлік, б/етке;
- * Аралық – 30-50 мың Бірлік, б/етке;
- * Ауыр (токсикалық) – 60-100 мың Бірлік, б/етке және көктамырға.

*** Күлдің емі.**

Антитоксикалық сарысумен қатар антибиотиктер қолданылады:

- * бензилпенициллин – 100.000 Бірлік/кг тәулігіне б/етке,
- * Эритромицин тағайындауға болады - 40 мг/кг тәулігіне пероральды.

Күлдің барлық формаларында тағайындайды:

- * антигистаминды препараттар (тавегил, супрастин, димедрол) жасқа байланысты;
- * «В» тобының витаминдері: аскорутин;
- * токсикалық формаларда – инфузиялық ем.

* Диспансеризация.

Ауру басталғаннан стационардан шығару мерзімі:

- * жергілікті формада – 14 күннен кейін;
- * жайылған формада – 21 күннен кейін;
- * субтоксикалық формада – 35 күннен кейін;
- * токсикалық 1 дәрежелі – 40 күннен кейін;
- * токсикалық 2 дәрежелі – 50 күннен кейін;
- * токсикалық 3 дәрежелі – 60 күннен кейін.



Арнайы алдын алу

- * вакцинация 2,3,4 айда- АКДС-вакцинасымен;
- * ревакцинация АКДС- 18 айында;
- * 6-7 жаста АДС;
- * 12-13 жаста - АД-М;
- * 16-17 жаста - АДС-М;
- * кейін 10 жыл сайын күлге қарсы вакцинаны енгізеді.

* Кері байланыс:

- * Күл ауруының ДДҰ бойынша жіктелуі
 - * Күл ауруының емі



**Назарларыңызға
рахмет!**