

С.Д Асфендияров атындағы  
Қазақ Ұлттық Медицина  
университеті



Казахский национальный  
Медицинский университет  
имени С.Д.Асфендиярова

# Презентация

Тақырыбы: Іш сүзегі, Шигеллез

Орындаған: Нуркуат М.Н.

Факультет: ОЗ-15-001-01

Оқытушы : Әлімханова Қ.Н.

Алматы 2017

# Жоспар

## 1. Дизентерия

- Эпидемиологиясы
- Дизентерияның клиникалық жіктелуі:
- Диагностика
- Емдеуі

## 2. Іш сүзегі

- Эпидемиологиясы
- Патогенезі
- Клиникасы
- Диагностика
- Емдеуі
- Алдын алу шаралары

# Дизентерия

Дизентерия-антропонозды бактериальды ауру. Жұғу механизмі фекальді-оральді. Клиникалық картинасы комплитикалық синдроммен және жалпы интоксикациялық синдроммен белгіленеді.

Этиологиясы: қоздырғышы *Shigella* туысына жатады. *Shigella* 4 тобы (А,В,С,Д) және 4 түрі ажыратылады:

- *Sh. dysenteria*
- *Sh.flexneri*
- *Sh.boydi*
- *Sh.sonnei*

*Sh.sonnei*-ден басқа түрлері бірнеше сероварианттардан құралады. Шигеллада О және К антигендері бар. Олар эндотоксионнен тұрады, ал *Sh. dysenteria*, *Sh.flexneri*, *Sh.sonnei* экзотоксин өндіреді. Энтеро-нейро және цитотоксикалық белсенділігін иеленеді. Антибактериальді препараттарға полирезистенті және сыртқы ортаға төзімді.



## Эпидемиологиясы:

Барлық жерде таралымды.

Инфекция көздері:-жедел және созылмалы дизентериямен ауыратындар - транзиторлы бактерия тасымалдаушы Көбінесе эпидемиологиялық қауіптілікті өкпе ауруымен ауыратындар төндіреді. Осылардың ішінде ең қауіптісі қоғамдық орында тамақтанатын жұмысшылар.

Берілу жолы: су, тамақ, тұрмыстық қатынас арқылы беріледі. Көбінесе жазда немесе жаз-күз айында ауырады. Сезімталдық-жоғары болады.

Иммунитет: 1-2 жыл мезгілінде спецификалық түрде болады.

Патогенезі:

Шигелла асқазанға түскенен кейін ашы және тоқ ішеке өтеді. Тоқ ішекте олар колоноцитке өтіп, сол жерде көбейіп өледі де эндотоксин босап жергілікті әсер көрсетеді. *Sh.dysenteriae* (Григорьева-Шига) дизентерияларынан басқасына бактериемия тән емес. Токсин әсер ету кезінде күрделі процесстер пайда болады. Олар: ащы ішектің функцияларының бұзылуы (асқорыту, сіңу, моторлы-эвакуаторлы). Сондай-ақ алмасу процесстер (белок алмасуы), дәрумендердің және гемостаз жүйесінің бұзылуы. Аурудың дамуында басты рольді организм сенсibiliзациясы ойнайды (г.з. т.) Дизентерияның дамуына макроорганизм және қорғаушы факторлар маңызды мағына береді.

## Дизентерияның клиникалық жіктелуі:

.Жедел дизентерия ұзақтығы 3 айға дейін (ауырлау ағымы, егер 3-4 аптаға дейін сауығу кезеңі болмаса).- колитикалық формасы (жеңіл, орташа ауырлықта, ауыр) - гастроэнтероколиттік формасы (жеңіл, орташа ауырлықта, ауыр)

Созылмалы дизентерия ұзақтығы 3 айдан 2 жылға дейін - қайталану формасы (рецидивирующие) - үзіліссіз формасы (непрерывное)

Бактерия тасымалдаушы формасы (транзиторлы) Инкубациялық кезеңі бірнеше сағаттан (6-12 сағат) 7 күнге дейін тербелісте болды. Орташа есеппен 2-3 күн. Дизентерия клиникасында екі синдром ажыратылады:

### колитикалық

- жалпы интоксикациялық Басталуы жедел, кейінен жиі колитикалық синдром көрінеді. іште толғақ тәрізді ауырсыну (сол жақ мықын аймағында) жиі сұйық нәжіс (3-5-тен тәулігіне 20 рет). Нәжіс массасының мөлшерінің азаюынан шырышты және қан аралас болады. Нәжіс түрі «ректальді плевка» тәрізді болады. Жалпы интоксикация синдромы кейінірек пайда болады (2-3 сағаттан кейін), дене қызуы жоғарлайды (қалтыраумен немесе қалтыраусыз) әлсіздік, бас ауруы, лоқсу, құсу, тәбеті төмендейді. Интоксикация синдромы аурудың 2-3 күнінде көрінеді аурудың жақсы болжамды ағымында сауығу 2-4 аптада басталады ауырлау ағымында сауығу аурулардың 0,5-10% басталуы мүмкін. Гастроэнтероколитикалық формаға тән: қысқа инкубациялық кезең (6-8 сағат) жедел басталуы жалпы интоксикация симптомы және гастроэнтерит болуымен. Колит белгілері аурудың 2-3 күнінде қосылады. Жиірек сусыздану синдромы дамиды алиментарлы жолмен жұғуын қармайды. Дизентерияның созылмалы ағымы аурулардың 2-5% кездеседі. Созылмалы дизентерияның қайталану ағымында клиникалық ремиссия болады, ал үзіліссіз ағымында ол болмайды. Ал бактерия тасымалдаушы (транзиторлы) туралы айтуға болады мынандай жағдайда: егер шигелланың капрокультурасы бөлінсе егер ағымның 3 айында бөлінген копрокультурада диарея болмаса егер қанның серологиялық зерттеуде теріс қорытынды болса егер патоморфологиялық өзгерісте

## Диагностика

-дизентерия диагнозы мынаған негізделеді: клиникалық негізге эпидемиологиялық негізге арнайы зертханалық негіздерге .Арнайы диагностикалық әдістер:

-бактериологиялық зерттеу (нәжістің, құсық массанының)

-серологиялық реакция (РНГА)

-аллергиялық сынама

-Арнайы емес әдістер:

-капрограмма

-ректороманоскопия

## Емдеуі

Дизентерия емдеуі стационарлы және үйде болады. Госпитализация клинико-эпидемиологиялық байланысты жәүргізіледі. Емдеу:- диета

Режим ауыр ағымына байланысты Этиотропты препараттар (фуразолидон, неваграмон, метациклин, ципрофлоксацин) жеңіл түрінде күніне 2-3 рет, орташа және ауыр ағымында 5-7 күн.Патогенетикалық терапия интоксикациялық синдром негізінде жүргізеді дезинтоксикациялық терапия, регидратациялық терапия , дегидратация кезінде, негізгі белгілерде қолданылады: организмнің иммундық реактивтігін жоғарлаттын препарат (метилурация) ферменттер (креон, фестал) эубиотики (бифидум бактерин, лактобактерин) физиолечение симптоматикалық заттар Профилактикасы: дизентерия кезінде профилактика жүргізіледі: жалпы санитарлы-гигиеналық талаптар берілу жолына байланысты жүргізу

# 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

термобильді талшығы бар Н-АГ

термобильді соматикалық Vi-АГ

эндотоксин

Қоздырғышқа тән: сыртқы ортада тұрақты

топырақты және суда 1-5 айдай сақталады

нәжісте 25 күнге дейін

тағамдық азықты бірнеше күннен бірнеше аптаға дейін

киімде 2 аптаға дейін сақталады

Аурудың қоздырғышы – бактериялар [су](#) және [топырақта](#) 2 аптадай, [жемістер](#) мен [көкөністерде](#) 5 – 10 күндей, [сары май](#) мен [етте](#) 1 – 3 айға, қыздырғанда 50 °С-қа дейін өз тіршілігін жоймайды. Тек қайнатқанда ғана өледі.



## Эпидемиологиясы

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.

Мерзімділігі жаз-күз айлары. Иммуниетет: көбінде аурудан кейін ұзақ тұрақты иммуниетет қалыптасады.

## Патогенезі

Аурудың дамуы келесі кезеңдермен өтеді:

- қоздырғыштың ауыз қуысынан, асқазанның қышқылды барьерімен өтіп, ащы ішектің пейер бляшкаларына және сопитарлы фолликуларына еніп көбеюі (бірінші көбею)
- қанға өтіп, бактеремия токсинемия шақырады
- паренхиматозды диссеминация (сүзектифозды граниулемалар түзілуі)
- қоздырғыштың сыртқы ортаға шығуы (нәжіспен, зәрмен, қақырықпен, термен т. б.)
- өт жолдары арқылы қоздырғыштың ащы ішекке қайталап келуі
- аллергиялық реакциялар
- иммунитет қалыптасуы мен аурудың соңы
- сауығу

## Клиникалық жіктелуі

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:

тәбетінің төмендеуі

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

бауыр 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, анэозинофилия тән

## Диагностикасы

Клиникалық белгілері мен эпидемиологиялық мәліметтері бойынша қойылған болжам диагноз келесі лабораторлы әдістер арқылы дәлелденеді:

-бактериологиялық

-гемокультураны бөлу (қызба кезеңінде – қанды өт қосылған ортаға себу)

-нәжісті және зәрді қоректі ортаға себу (аурудың 2-ші аптасынан бастап). --

Диагностикалық маңыздылығы салыстырмалы

розеолалардан, сүйек миынан қоздырғышты бөліп алу. Ем сүзектің сирек кездесетін түрлерінде (пневмосүзек, менингосүзек) қоздырғышты қақырықтан, ликвордан да бөлуге болады.

-маңыздылығы 100%

-серологиялық әдістер (сырқаттың 2-3 аптасынан)

-Видель реакциясы (агглютинация әдісі)

-тура емес гемагглютинация реакциясы (ТЕГР)

Салыстырмалы диагностика келесі аурулармен жүргізіледі: грипп, бөртпе сүзек, Брилль ауруы, бруцеллез, инфекциялық моноклеоз, Қу қызбасы, лептоспироз т.б.

## 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)
- ципрофлоксацин (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

## **Алдын алу шаралары**

Сүзек-парасүзек ауруларымен күрес бойынша шаралар былай бағытталуы керек.

-Жұқпалы аурулардын көзін зиянсыз ету

-Берілу жолдарын киып өту

Іш сүзек профилактикасы алдыңғы кезекте тазалық шараларына жүргізіледі

-Сумен жабдықтану сапасын жақсарту

-канализацияларды тазалау

-шыбындармен күрес.

Науқас адам ауруханадан шыққанан кейін 20 күн бойы диспансерлік бақылауда болады.

**Назарларыңызға  
рахмет**