

Қабылдаған: Усманов Нартай

Орындаған: Мейірбек Маржан; Өксікбаев Айбек;
Шериязданов Ержан

Тобы: СТК-330

БРОНХООБСТРУКТИВТІ СИНДРОМ ЖЕЛШЕШЕК ҚЫЗЫЛША ҚЫЗАМЫҚ

Жоспары:

- ① *1.Анықтамасы*
- ② *2.Этиологиясы*
- ③ *3.Клиникасы*
- ④ *4.Диагностикасы*
- ⑤ *5.Емі*
- ⑥ *6.Алдын-алуы*

- ◎ **Обструктивті синдром немесе бронхобструкція** негізіне аллергиялық қабыну және бронхтар гиперреактивтілігі жататын, тыныс қиындығы ұстамаларымен білінетін, диффузды обструкция, беткейлі бронх еттерінің спазмы, шырыш гиперсекрециясы, бронх қабаты ісінуімен белгілі ауру.
- ◎ **Бронхобструктивті синдром** – көбінесе балалар ауруы болып табылады, әсіресе 3 жасқа дейінгі балалар. Төменгі тыныс жолдарының ауруымен ауыратын балалар 40 % , респираторлы вирусты инфекциямен ауыратын балалар 50 % , аллергиясы бар балалар 30 % кездеседі.

- ◎ **Бронхобструктивті синдром қауіп факторы**
- ◎ Респираторлы-синтициальды вирусты инфекция, парагрипп вирусы, пневмония микоплазмасы, хламидия, аденовирус;
- ◎ Өмірінің алғашқы жылында бронх қабырғасының құрылысының ерекшеліктері
- ◎ Өмірінің алғашқы айында арқасымен болуы, жиі жылау, ұзаққа созылған ұйқы
- ◎ иммунологиялық механизм болмауы: иммуноглобин А, жоғарғы тыныс жолдарының интерферон қызметінің төмендеуі, Т-жүйесінің функциональды белсенділігінің төмендеуі.
- ◎ Преморбидті фон (бронхтардың жоғары белсенділігі, перинатальды патология, рахит, дистрофия, тимус гиперплазиясы, ерте жасанды тамақтандыру)
- ◎ Отбасылық пассивті шылым шегу. мукоцилияолы клиренс бұзылады, шырыш қозғалысы өзгереді, бронх эпителиінің деструкциясы бұзылады, фагоцитарлы белсенділік төмендейді.
- ◎ Ата-анасының алкоголь қолдануы. Бұл жағдайда бронх атониясы, қорғаныш реакциясының дамуы бұзылады.
- ◎ Қоршаған орта ластануы

● **Бронхобструктивті синдром этиологиясы**

- Параг-риптің II-түрі;
- Гемофилді таяқша;
- Аллергиялық, анафилактикалық әсерлер;
- Кішкентай бөгде заттар;
- Гипокальциемия;
- Күл корина бактериясы (Леффлер таяқшасы) т.б

○ *Бронхобструктивті синдром қысқаша патогенезі*

◎ Қайтымды => Қабыну
=> Ісіну => Бронхоспазм
=> мукоцилиарлы
клиренс бұзылысы

◎ Қайтымсыз=> Туа
пайда болған стеноз
=> Бронх
облитерациясы

- ◎ **Бронх обструкциясының генезі:**
- ◎ дистония
- ◎ бұлшық ет тінінің гипертрофиясы
- ◎ гиперкриния
- ◎ дискриния
- ◎ мукоцилиарлы клиренстің бұзылуы
- ◎ ісік
- ◎ инфильтрациялық қабыну
- ◎ шырышты қабықтың метаплазия және гиперплазиясы
- ◎ бронхтардың деформациясы, обтурациясы
- ◎ жүйелік және тұрақты имунитеттің өзгерісі

◎ **Классификация**

◎ **1. Тыныс алу жүйесінің аурулары:**

- ◎ инфекциялық-қабыну ауруы
- ◎ аллергиялық ауру
- ◎ бронхөкпелік дисплазия
- ◎ бронхөкпелік жүйенің даму ақауы
- ◎ бронх және трахея ісігі

- ② 2.Өңеш, бронх, трахеидағы бөгде зат
- ③ 3.Генезді аспирациялық ауруы-гастроэзофагальды рефлюкс, асқазан-ішек жолының даму ақауы
- ④ 4.Тума және жүре пайда болған жүрек тамыр жүйесінің аурулары

- ◎ **5. Орталық және шеткі жүйке-жүйеінің аурулары**
- ◎ қаңқа-жұлындық жарақат
- ◎ балалардың церебральды салдануы
- ◎ миопатия
- ◎ нейроинфекция
- ◎ эпилепсия, истерия

- ◎ **6.Зат алмасуының тума ақауы:**
- ◎ муковицидоз
- ◎ мальабсорбция синдромы
- ◎ рахиттік ауру
- ◎ мукополисахаридоз
- ◎ альфа 1-антитрипсиннің жетіспеуі
- ◎ **7.Тума және жүре пайда болған иммуножетіспеушілік**
- ◎ **8.Сирек аурулар: Пипера синдромы, Лауренс-Муна-Барде-Бидля синдромы**

◎ **9.Басқа жағдайлар:**

- ◎ жарақат және күйік
- ◎ улану
- ◎ сыртқы ортаның химиялық-физикалық факторлары

- ◎ **Бронхобструктивті синдром клиникалық көрінісі**
- ◎ Ұзаққа созылатын жөтел, қақырықтың көбеюі, ентігу, аурудың үдеуіне қарай күшейетін, ақырғы кезеңінде- ауыр тыныс жеткіліксіздігі және декомпенсацияланған өкпелік жүрек. Өлімнің негізгі себебі аурудың ауыр өршуі немесе жедел тыныс жеткіліксіздігі. СОА өршуі симптомдардың айқындылығының күшеюімен сипатталады (ентігу, жөтел), құрғақ ысқырықты сырылдардың көбеюімен, қақырықтың бөлінуінің көбеюімен және онда іріңнің пайда болуымен, шеткергі ісінудердің пайда болуымен. Өршудің ауырлығы науқастарда әр түрлі болуы мүмкін. Әдетте ауыр өршулер науқастың ауыр ағымында дамиды.

- ◎ **Созылмалы бронхтық обструкция мына белгілермен сипатталады:**
- ◎ тыныш қалыптағы немесе физикалық күш түсу кезіндегі ентікпе;
- ◎ тітіркендіргіш ықпалдардан ентікпенің күшеюі;
- ◎ булықтырып қиналдыратын қақырықсыз жөтел;
- ◎ тыныс шығарудың ұзаруы, әсіресе демді күштеп шығарған кезде;
- ◎ тыныс шығарудағы ысқырықты сырылдар;
- ◎ өкпенің обструкциялық эмфиземасының белгілері.
- ◎ Созылмалы бронхтық обструкция тыныс жетіспеушілігіне алып келеді. Тыныс жетіспеушілігі ентікпемен, сыртқы тыныс көрсеткіштерінің төмендеуімен және қанның газдық құрамының бұзылыстарымен білінеді.

○ **Науқастағы негізгі шағымдар:** жөтел, қақырық тастау және ентікпе. Созылмалы бронхтың ең ерте белгісі- таңертеңгілік жөтел. Ұйқыдан тұрып, қимылдай бастағанда жөтелу. Бұл мукоциллиарлық транспорттың түнгі мезгілдегі шамасыздығының белгісі. Бронхиттің жаңа басталған шағында жөтел салқын, ылғалды маусымдарда күшейіп, жазғы уақыттарда тыйылады. Кейіннен жөтел тәулік уақытымен санаспай жиіленеді. Егерде ұсақ бронхтар басым зақымданса (рефлексогендік зондылары жоқ), жөтел болмайды, тек қана ентікпе мазалайды. Аурудың өршу фазасында, жөтелдің рефлексогендік аймақтарының сезімталдығының артуынан жөтел күшейеді және әртүрлі тітіркендіргіш ықпалдардан жөтел ұстамалары пайда болады. Мысалы ауа температурасының күрт өзгерістері- жылыдан салқынға шығу немесе салқыннан жылы жерге кіру, ауаның тітіркендіргіш заттары. Үздіксіз және булықтырып қиналдыратын қақырықсыз жөтел ұсақ хоэктаздардың тез дамуына соқтырады. Мұндай жөтелдің қорғаныс қасиеті жоқ, сол себептен оны тыю керек. Булықтырып, қиналдыратын қақырықсыз жөтел обструкциялық синдромның болуын және жөтелдің рефлексогендік аймақтарының қатты тітіркенуін көрсетеді.

- Интоксикацияға байланысты өршу кезінде селқостық, субфебрильді қызба, әлсіздік, әсіресе түнгі тершеңдік байқалады («ылғалды төсек» белгісі), жөтел күшейіп, қақырықтың мөлшері мен іріңдігі молаяды. Егерде өкпетекті жүрек болса, онда ендікпенің күшеюінен, қанайналым шамасыздығының көріністері пайда болады немесе ауырлай түседі.
Жиі және қатты жөтелуден, жөтелге қатысты бұлшықеттер ауырсынуы мүмкін. Бронхиттің жаңа басталған шағында перкуссиялық өзгерістер байқалмайды. Эмфизема қалыптасса, онда қорапты дыбыс, өкпе шеті қозғалысының шектелуі анықталады. өршу кезіндегі аускультациялық белгілер: қатаң тыныс, құрғақ және ылғал сырылдар. Бронхоспазм болса- тыныс шығару фаза ұзарады және құрғақ ысқырықты сырылдар естіледі. Сырылдардың тынысты күштен шығарған кезде күшеюі тән. Ремиссиялық фазада везикулалық тыныс, ал эмфизема болса- әлсіз везикулалық тыныс естіледі.

○ **Бронхобструктивті синдром диагностикасы**

- Зертханалық көрсеткіштер:
- ЖҚА өзгеріссіз.
- Созылмалы іріңді бронхиттің айқындалған өршуінде көп емес нейтрофильді лейкоцитоз және СОЭ жоғарлауы байқалады.
- Серологиялық тест — IgM и IgG, IgA;
- Гельминттерге — токсокароза, аскаридоза
- Аллергиялық – Ig E
- ПЦР – РНК, ДНК
- **Ренгенде** – ателектаз, пневмония, бөгде зат
- Бронхоскопия, сцинтиграфия, бронх – өкпенің компьютерлі томографиясы және т.б

◎ ***Дифференциалды диагноз
(ажырату диагностикасы) келесі
аурулармен жүргізілу керек.***

◎ Туберкулез

◎ Пневмония

◎ Көкжөтел

◎ Бронх астмасы

- **Бронхобструктивті синдром емі**
- Қауіп факторларының әсерін төмендету
- Ауырлық дәрежесін анықтау, өкпенің рентгеногрифиясы.
- Оттегімен емдеу.
- Газдың құрамын қайталап анықтау.
- Бронх кеңейіткештер (небулайзер арқылы), салбутамол немесе фенотерол, метилксантиндер.
СКС – көк тамырға немесе ішке 0,5 мл/кг тәул.
- Антибактериалды терапия – бактериалды инфекциялардың белгілері болғанда (ішке немесе көк тамырға).
- Гепарин (т/а).
- Ілеспелі ауруларды емдеу.
- Өкпенің инвазивті емес вентиляциясы.
- Мукалитик, дренаж
- Инвазивті вентиляция.

- ◎ **Антибактериялық ем тиімділігінің критерилері:**
- ◎ оң клиникалық динамика;
- ◎ іріңді қақырықтың кілегейге ауысуы;
- ◎ қабыну белгілерінің жойылуы- ЭТЖ – ның, лейкоциттік формуланың, биохимиялық көрсеткіштерінің қалпына келу.

- ◎ **Созылмалы бронхиттің еміне қолданылатын антибактериялық дәрмектер:** антибиотиктер, сульфаниламидтер, нитрофурандар, трихопол, антисептиктер (диоксидин), фторхинолондар, фитонциттер. Ең тиімдісі- антибактериялдық дәрмектерді қабыну ошағына тікелей эндотрахельді және эндобронхеальді әдіспен енгізу.

- **Антибиотиктермен емдеу.** Антибиотиктерді қақырық флорасының сезімталдығына қарап таңдайды. Ол үшін қақырықты Мультер әдісімен немесе бронхоскопия арқылы алынған қақырықты тексерген тиімді. Микробиологиялық зерттеудің нәтижесі дайын болғанға дейін, антибиотиктерді Гамм бойынша боялған қақырық анализіне қарап таңдайды. әдетте, кеселдің өршуіне бір ғана микроб емес, бір неше микробтардың қосындылары алып келеді. Қоздырғыштардың ішінде грамтеріс флора, микоплазмалар да болуы мүмкін. Сонымен, осы кездегі ұғымдар бойынша созылмалы бронхиттің емінде бірінші қатарда қолданатын дәрмектерге ампицилин, амоксициллин, соның ішінде оның b-лактомаза ингибиторларымен қосарланған түрлері (клавулан қышқылымен- аугментин, амоксиклав немесе сульбактаммен-уназин, сулациллин), II-III туындылық оральдік цефалоспорин-дер, фторхинолондар жатады. Микоплазма, хламидия, легионелладан күдіктенгенде макролидтік антибиотиктерді, әсіресе азитромицинді, рокситромицинді немесе тетрациклиндерді- доксициклин, вибрамицинді, т.б. қолданылған тиімді.

- **Бронхты кеңейтетін терапия.**
- Созылмалы обструктивті бронхит емдеуде бронходилататорлар қолданылады:
- антихолинергиялық заттар
- бета-2-агонистері, күніне 3-4 рет.
- Бета-2-агонистері әсері бірнеше минуттан кейін басталады, жоғарғы шыңына 15-30 минуттан кейін, әсер ету ұзақтығы 4-5 сағатта жетеді.
- Беротек 100 (1000 мкг фенотерол бір ингаляциялық дозада), сальбутамол (100 мкг сальбутамол комбинациясы жақсартылған бронходилатирлеуші нәтиже кезінде антихолинергиялық және адренолитикалық заттармен бірге тағайындағанда жақсы әсер береді).
- Препараттардың тұрақты комбинациясы беродуал аэрозольді мөлшерін құрамында 20 мкг ипратротизм бромиді және 50 мкг фенотерол бір ингаляциялық дозада тұрақты нәтиже береді.

◎ **Метилксантиндер:** теофиллиндерді пероральді, көктамырға, свеча түрінде, науқастарға ингалятор қолдану қиын болғанда тағайындайды. Теофилиндерді күніне 1-2 рет тағайындайды. Жүрек ырғағы бұзылған науқастарға оларды абайлап тағайындау керек. Халықаралық консилиум ұсынысы бойынша қанда теофиллин деңгейін бақылау қажет.

Мукорегуляторлық заттар — қақырықтың бөлінуі бұзылған кезде қолданылады. Муколитиктерді және мукорегуляторларды ажыратамыз. Муколитик құрамында мукопротеиндерді, мукорегуляторларды бұзушы заттары бар сиалмуцин синтезінің бұзылу жолымен қақырық тұтқырлығын азайтады.

Бұлшық еттердің тонусын жаттықтыру: Емдік тыныс гимнастикасы СОБ науқастарға ұсынылады. Науқас өмірінің сапасын жақсартады.

Реабилитациялық терапия: Ауырлығына байланысты, ауру фазасына және тыныстау, жүрек тамыр жүйесі компенсация дәрежесіне байланысты, емдеуші дәрігер әр науқасқа жеке реабилитациялық бағдарлама анықтайды, бұған режим ЕДШ; физиотерапиялық процедуралар, санаторлы — курортты емдеу. СОБ барлық фазасына тағайындалады.

◎ **Алдын — алу**

- ◎ Обструктивті синдромның негізгі алдын – алу шарасы темекі түтінінен, химиялық зиянды заттардан аулақтау, зиянды өндірістерді профилактикалық бақылау. Аурудың ерте диагностикасы вирусты ауруларды ескерту, шынығу, созылмалы бронхитті дер кезінде емдеу, қайталануға қарсы ем жүргізу.

- ◎ **Желшешек**

- ◎ **Желшешек** – баланың терісіне, шырышты қабаттарында көпіршік тәріздес лимфаға толы бөртпе шығып, кейіннен бұл бөртпелер кеуіп, орнына қабықшалардың қалуымен сипатталатын инфекциялық ауру. Мұнымен 1 жастан 10 жасқа дейінгі балалар жиі, ал 10 жастан асқан балалар мен ересектер сирек ауырады. Желшешекпен ауырып жазылған адамда күшті иммунитет қалады

- ◎ **Этиологиясы**- Қоздырғышы құрамында ДНҚ бар, HERPESVIRIDAE – герпес вирусының тобына жататын 3 остер вирусы. Қоршаған ортада төзімсіз, жоғары температурада, кептіру, дезинфекциялық препараттар әсерінен тез өледі, мұздатқанға төзімді. Сырқаттың инкубациялық (жабық) кезеңі 11 күннен 21 күнге дейін, яғни орташа 14—15 күнге созылады.

- Ауру басталғанда температура 38—39°С-ге дейін көтеріледі де, адамның терісі мен шырышты қабығында қышыма бөрткен пайда болады. 3—5 күн өткеннен кейін бөрткеннің көбеюі тоқтайды да, температура төмендеп, қалпына келеді, бөрткен қара қотырланып, 1,5—2 аптадан соң оның қабығы түседі. Кейде барлық ауырғай кезеңде температурасы көтерілмей, әдеттегідей бір қалыпты болады. Ауру адам сырқаттың инкубациялық кезеңінің соңғы күнінен бастап және бөрткен шыққаннан кейінгі 9-күнге дейін жұқпалы болып есептеледі. Әдетте желшешек жеңіл өтеді, бірақ кейде (әлжуаз балаларға іпыққанда) асқынатын да кезі болады, терісі іріңдейді, құлақтары мен аузының шырышты қабығы т. б. қабынып ауырады.

- ◎ **Инфекция көзі** – ауру науқас болып саналады. Аурудың жасырын кезеңі орта есеппен 14 күн, бірақ кейде 21 күнге созылуы мүмкін.

- ◎ **Берілу механизмі** - ауа-сілекей жолы арқылы таралады, вирус сойлегенде, жөтелгенде және түшкіргенде көп мөлшерде шығады. Вирус жәнеде вертикальді механизм түрде таралады , анасынан құрсақтағы балаға берілуі, егерде анасы жүктілік кезінде желшешек ауруымен ауырса. Адамдардың желшешек ауруына сезімталдығы жасына байланысты. 6 айға дейіңгі балалар іс жүзінде ауырмауы мүмкін, анасынан берілген иммунитетіне байланысты. Өсе келе сезімталдығы жоғарлап және іс жүзінде баланың бірінші кездесуі инфекцияның қоздырғышының бастауымен зарарлануына келтіреді.

- ◎ **Диагностикасы:**
- ◎ Вирусологиялық зерттеуге бөртпелерден, мұрын, жұтқыншақтан, қаннан сынамалар алынады.
- ◎ Серологиялық зерттеу- ИФА, КБР

- ◎ **Аурудың алдын алу:** ауруды анықтағаннан бастап жекелендіреміз, бөлменің ауасын тазартып және ылғалды тазалық жүргіземіз. Міндетті түрде бөлмеде ауа- жылулық тәртібін сақтау керек. Егерде отбасында біреу ауырып қалған жағдайда , міндетті түрде дәрігер шақыру керек. Ата-аналар міндетті түрде осы ауру жайлы біліп жүрген жөн, ең бастысы- ауруды уақытысында және өткізіп алмау керек. Сырқат баланы мұқият күтімге алу керек.

- Аурудың денесі бөртсе, оның үстіне температурасы көтерілсе, сырқатты қозғалтпай жатқызып қойған дұрыс. Төсек — орын жаймасын жиі-жиі - алмастырған жөн. Сондай-ақ теріні күтудің де маңызы зор. Баланың денесінде бөрткеннің болғанына қарамастан оны қайнаған сумен немесе қызғылтым етіп езілген калий перманганатымен («марганцовка») жуады (мақтаны пайдаланып, өте еппен); ал қолын сабындан жуу керек. Бала терісін қасып, тырнап тастамауы үшін қолының тырнағын алып, дәкеден қолғап тігіл кигізу қажет.

- Бөрткенді 1 проценттік калий перманганатының немесе 1—2 проценттік бриллиантты зеленка ерітіндісімен сүртсе, ол көн қышымайтын болады. Бал аның ерніне тұзсыз сары май немесе қайнатылған күнбағыс майын жағып, сусынды көп ішкізу керек. Кішкентай баланың таңдайын салқын шаймен немесе қайнаған сумен жібітіп отырады. Сондай-ақ сәбидің танауының тазалығына баса назар аудару қажет. Танауындағы жараның қабығын вазелин жағылған немесе қайнатылған күнбағыс майына шыланған мақтамен сүртіл тазалайды. Науқас балаға ең қажетті нәрсе — таза ауа мен жарық. Мұндай балаларды шаңсыз, жел тимейтін, тыныш жерде, дені сау балалардан бөлек серуендету қажет.

- Баланың температурасы төмендед, бөрткеннің қайталан шығуы тоқтағаннан кейін, яғни бұрынғы бөрткендері қара қотырланған соң серуенге шығаруға болады. Серуендету режимін дәрігермен келіскен жөн. Сәбиді дұрыс тамақтандыру керек. Температурасы көтерілгенде ол тағамнан бас тартады, сырқаты асқынған кезінде кішкентай балалардың іші өтеді, құсалы. Мұндай жағдайда баланы зорлап тамақтандыруға болмайды, тек 6—12 сағаттан кейін тамақтандырт , сусынды көп ішкізу қажет.

- Егер баланың аузы уылып, ол тағамнан бас тартса, оған сұйық немесе, жұмсартып пісірілген қоймалжың тағам (жылытыл) беру керек (үгітілген көкөніс сорпасы, ботқа, көкөніс пюресі, кисель). Балаға қышқыл және ащы тағам беруге болмайды. Әсіресе іштің жүруін бақылан отыру керек. Үлкен дәреті жүрмей қалғанда клизма қойып, іші етсе дәрігер келгенше тамақтандырмай, қайнаған суды немесе суыған шайды көп ішкізу қажет. Желшешек шыққанда дезинфекция жасамайды; науқас бала жатқан бөлмені желдетіп, дымқыл шүберекпен сүртіл алса жеткілікті. Науқаспен жақындасқан 7 жасқа дейінгі баланы 11 күннен 21 күнге дейін оңашалау керек (жақын араласқан алғашқы күннен бастап).

- ◎ **Ескерту:** желшешек ауруы кезінде баланың дене қызуы көтерілсе, оған ешқашан аспирин дәрісін беруге болмайды.

◎ **Қызылша** – қодырғышы аэрогенді механизммен берілетін, қызбамен, интоксикациямен, дақты-папулезды бөртпелермен энантемамен, жоғары тыныс алу жүйесінің зақымдалуымен, конъюнктивитпен сипатталатын антропонозды жедел респираторлы вирусты жұқпалы ауру.



- **Этиологиясы** – қоздырғышы Polinosa morbillivirus, парамиксовирустар тобына жататын, тек жасуша дақылдарында өсетін (адам эмбрионы немесе маймыл бүйрек жасушасында) вирустар. Қоршаған ортада төзімсіз, 60 градустан жоғары температурада, күн сәулесі, ультракүлгін сәулесі, дезинфекциялық заттар әсерінен тез өледі. Қоздырғыштар үшін қолайлы температура -15-20 градус.

- ◎ **Инфекция көзі** - ауру адам. Ауру адам жасырын кезеңінің соңғы 2 күндері, катаральді кезеңде, бөртпе шыққаннан кейін 4-5 күнге дейін жұқпалы болады. Барлығы 9-10 күн аралығында жұқпалы болады. Вирустасымалдаушылық болмайды.

- ◎ **Берілу механизмі** – аспирациялы, берілу жолы - ауа-тамшылы. Ауруды жұқтыру науқаспен қатынаста болу уақтынан және бөлменің тығыздығына байланысты. Қызылша ауруы тек бір бөлме ішінде таралып қана қоймай, ашық есік-терезе, желдету каналдары арқылы төбедегі қабаттарға таралуы мүмкін.

◎ **Иммунитет.** Жаңа туылған балаларда туа біткен баяу иммунитет 6 айға дейін сақталады. Қызылшаға қабылдағыштық өте жоғары: аурумен 1 күн қатынаста болғандардың 43%, 72 сағат қатынаста болғандардың 80%, 4 күн қатынаста болғандардың 100% ауру жұқтырады. Қайта жұқтыру, қайта ауыру болмайды

- ◎ *Диагностикасы.*
- ◎ Вирусологиялық әдіс
- ◎ ГАТР
- ◎ ИФА

○ **Емдеу:**

- 1. Баланы оңашалау, ауырған балалар көбіне үйінде емделеді. Ауруханада қызылшаның тек қана ауыр түрі және ауруды оңашалауға мүмкіншілік болмаған жағдайда ғана жатқызылады.
- 2. Ауырған баланың жатқан жерін таза ұстап, желдетіп тұру керек. Балаға гигиеналық күтім өткізу: беті-қолын уақытылы жуу, көзін, мұрнын тазалау, еріндерін майлау, аузын шайдыру.
- 3. Тамақ баланың жасына сай болып, витаминдерге бай болуы керек.
- 4. Витаминдер комплексі
- 5. Симптоматикалық ем

- **Профилактикасы:** Қызылшамен ауырған баланы басқа балалардан бөлек ұстаған жөн. Әсіресе, тамаққа жарымаудан болатын аурумен ауыратын, туберкулезбен немесе бойға сіңіп кеткен басқадай аурумен ауыратын балаларды сақтандыру керек. Қызылшамен ауырып жатқан баласы бар үйге басқа үйдің балаларының келуіне болмайды. Қызылша ауруы бар үйдің балалары, егер олар бұл аурумен ауырмаған жағдайда мектепке, дүкенге немесе басқа да қоғамдық орындарға 10 күнге дейін баруына болмайды. Жас балалар организмінің қызылша ауруына қарсы тұрып, шетінемеуі үшін олардың жетіліп, ет алуы қажет. 8 айдан 14 айға дейінгі бала қызылшаға қарсы егілу керек

- ◎ **Қызамық** – аэрогенді механизммен берілетін, мойын арты, құлақ аймағындағы лимфа бездерінің үлкеюімен, макулопапулезді бөртпелермен сипатталатын, антропонозды жедел респираторлы вирусты жұқпалы ауру. Ауру дене қызуының көтерілуімен, жеңіл катаралды симптомдармен, басталады. Майда папулезді бөртпелер бүкіл денеге таралады, 2-3 күнде із қалдырмай кетеді. Қызамықпен ересек адамдардан гөрі балалар (әсіресе 2 — 10 жас аралығында) жиі ауырады.

- **Этиологиясы.** РНК-лы тогавирустар тобына жататын вирустар. Қоршаған ортаның химиялық, физикалық факторларына және дезинфекциялық заттар әсеріне төзімсіз. Қызамықпен бір рет ауырған адам екінші рет ауырмайды. Қызамықпен бұрын ауырмаған жүкті әйелдер сақтануы керек (әсіресе, алғашқы 3 айда), жұқтырған жағдайда құрсақтағы нәрестенің өміріне зиян келуі, не әйел түсік тастауы мүмкін. Аурудың жасырын кезеңі 11 — 21 (орта есеппен 16 — 21) күнге дейін созылады. Алғашқы кезде жөтеліп, тұмауратқан сияқты болады. Сонан кейін желке тұсында, құлақ айналасы, лимфа түйіндері ісіне бастайды. Басы, тамағы ауырып (баспа), асқа тәбеті болмай, құсады. 1 — 2 күннен кейін алдымен бетке, сонан соң қолтық, шапқа бозғылт-қызғылт майда дақты бөртпелер шығады. Бұл кезде дене қызуы 38 — 39С-қа дейін көтеріледі. Науқас баланың екі беті, көмекейі қызарып, бадамша безі ісінеді, қан қысымы көтеріліп, қанның ақ түйіршіктері (лейкоциттер) көбейеді, зәрінде белок пайда болады. Ауру асқынғанда дене қызуы 40С-тан асып, науқас сандырақтап, іші өте бастайды. Қан қысымы төмендеп, тамыр соғуы нашарлайды, тамақ асты және жақ асты безі ісініп, құлағынан іріңді бұлық ағады. Сондай-ақ, ол асқынып науқас менингит, мастоидит, гайморит, лимфаденит, нефрит, т.б. ауруларға шалдығуы мүмкін. Қызамықтың жоғарыда айтылған белгілері 4 — 5 күннен кейін басылады. Дене қызуы қайтып, бөртпелер азайып, қабыршақтанып терісі түсе бастайды. Баланың көңіл күйі жақсарып, асқа тәбеті ашылады.

◎ **Инфекция көзі** - ауру адам.

Инфекциялы кезең вирус жұқтырғаннан кейін 7-8 күннен бастап бөртпе шыққаннан кейін 10 күн жалғасады.

- ◎ **Берілу механизмі** – аспирациялы, аэрогенді (горизонталды) және вертикалді. Берілу жолы - ауа- тамшылы. Вертикалді механизммен – анадан балаға жұғады. Жүкті әйелдердің алғашқы 3 айында ауырғаны аса қауіпті, өйткені туа біткен қызамық патологиясымен туылуы мүмкін. Туа біткен қызамық синдромы белгілері: бауыр, көкбауыр үлкеюі, жүрек патологиясы, микроцефалия, өлі туылуы, катаракта. Туа біткен қызамықпен ауырған балаларда вирус 1,5-2 жылға дейін сақталады. Инкубациялық кезеңі: 11-24 күн.

◎ **Диагностикасы:**

- ◎ 1. Вирусологиялық әдіс – мұрын-жұтқыншақтан жұғынды алу.
- ◎ 2. Серологиялық зерттеу (ГАТР,КБР).
- ◎ Диагноз зертханалық зерттеу қорытындылары (зертханалық растау) бойынша расталған және эпидемиологиялық байланыс болғанда (эпидемиологиялық байланысты жағдай), сондай-ақ клиникалық белгілеріне сай ауру жағдайлары (клиникалық жағдайлар) бойынша қойылады.

- **Емі** — ауру білінісімен балаға витамині мол тағамдар беру, антибиотиктер ішіп, қан құю керек. Аурумен бірге болған жүкті әйелдерге иммунды-глобулин егеді. Науқас жатқан бөлме таза ұсталып, гигиеналық талап қатаң сақталуы керек.

- ◎ **Алдын алу шаралары.** Эпидемиологиялық тексерудің мақсаты инфекцияның көзін, таралу жолдарын және қатынаста болған адамдарды анықтау, індетке қарсы шараларды ұйымдастыру. Науқас адам клиникалық және эпидемиологиялық көрсеткішке қарай ауруханаға жатқызылады. Науқасты жекешелеу бөртпе пайда болған күннен 5 күнге дейін. Егер жүкті әйел болса (алғашқы 3 айда) оны 10 күнге жекешелеу қажет (басқа пәтерге, басқа жұмысқа). Қатынаста болған адамдарға шектеу шараларын қолданбайды. Ошақта қорытынды дезинфекция жасалмайды, бөлмені жиі желдетіп, ылғалды әдіспен жинау қажет. Бала бақшада тіркелсе карантин берілмейді. ДДҰ (ВОЗ) шешіміне сәйкес 2010 жылға дейін қызамықпен сырқаттанушылықты (СВК) 0,01–ге дейін азайту жоспарланған. Жүкті әйелдерді қызамық ауруынан сақтандыру мақсатында 2004, 2005 жылдары репродуктивті 35-ке дейінгі жастағы әйелдерге қызамыққа қарсы вакцина егу апталықтары жүргізілді.

- ◎ **Арнайы алдын алу.** Қызамыққа қарсы вакцина 12-15 айда егіледі, ревакцинация 6-7 жаста. Қызылшаға қарсы вакцинамен бірге немесе ҚҚП - қызылша, қызамық және эпидемиялық паротитке қарсы тривакцина түрінде егіледі.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- ◎ 1.Б.Х.Хабижанов С.Х.Хамзин Алматы
2005
- ◎ 2.Эпидемиология кітабы
- ◎ 3. www.google.com

Назарларыңызға
рахмет!!!