

Сепсиспен, ошақтық қабыну процестерімен (пиелонефрит, холангит, бауырдың диафрагмаастылық абсцесі, бүйрек карбункулі), дәнекер тінінің жайылмалы ауруымен (ЖҚЖ, ревматоидты артрит, түйінді периартериит) және қанның жүйелі аурулармен екшеу диагностикасы

Орындаған: Қарабаева А.Б 702топ

Тексерген: Бигимбетова Ш.Ш

Сепсис – ациклді ағымды,
полиэтиологиялы, жергілікті инфекциялық-
қабыну ошағы гематогенді жайылуымен
сипатталатын жалпы инфекциялық ауру.

Сепсистің классификациясы

- * Біріншілік (криптогенді) – сирек кездеседі. Дамуы анықталмаған. Аутоинфекциямен байланысты деген болжам бар (созылмалы тонзиллит, кариозды тістер).
- * Екіншілік – организмде іріңді ошақтың болуынан дамиды: іріңді жаралар, жедел іріңді хирургиялық аурулар, сонымен қатар оперативті араласулар.

Біріншілік ошақтың орналасуы бойынша:

- * Хирургиялық
- * Гинекологиялық
- * Урологиялық
- * Отогенді
- * Одонтогенді

Қоздырғышына байланысты:

- * Стафилококкты
- * Стрептококкты
- * Пневмококкты
- * Колибациллярлы
- * Көк ірің таяқшалы
- * Анаэробты
- * Аралас

Көзіне байланысты:

* жаралық

* сәткі

Даму уақытына байланысты:

- Ерте (зақымданғаннан соң 10-14 күннен кейін)
- Кеш (зақымданғаннан соң 2 аптадан кейін)

Сепсистің диагностикалық критеріі:

Жалпы критерийлер:

Гипертермия $< 38,5$ С

Гипотермия $< 36,3$ С

ЖСЖ > 90 /мин

Тахипноэ

Сананың бұзылысы

Гипергликемия ($>7,7$ ммоль/л) ҚД болмаған жағдайда

Қабыну критерийлері:

Лейкоцитоз $>12 \cdot 10^9$ /л

Лейкопения $< 4 \cdot 10^9$ /л

Гемодинамикалық критерийлер:

Артериальды гипотензия 90/70 мм.с.б

Сатурация $SvO_2 > 70\%$

Жүректік индекс $> 3,5$ л/мин/

Пиелонефрит

Пиелонефрит – бүйректің паренхимасы мен тостағанша-түбекше жүйесі зақымдалатын ауру болып табылады.



ЭТИОЛОГИЯСЫ:

Стафилококк

Энтерококк

Escherichia

Proteus

Симптомдары:

- * Қызба 38-39 С, қалтыраумен
- * Бас ауыруы
- * Бұлшықеттерде ауырсыну
- * Бел аймағындағы ауырсыну

Холангит

Холангит – жедел және созылмалы ағыммен сипатталатын өт жолдарының арнамалы емес қабынуы. Жиі 50-60 жастағы әйел адамдар ауырады.

Себептері:

Бактериальды қоздырғыштар:

- * Жиі- ішек таяқшасы, протей, стафилококк, энтерококк; сирек – туберкулез микобактериясы, бозғылт спирохета

Асептикалы ферментативті:

- Өт жолдарының қабырғасын панкреатикалық сок тітіркендіруіне байланысты дамиды.

Клиникасы:

Клиникасы жедел және Шарко триадасымен көрінеді: Жоғары дене температурасы, оң жпқ қабырға астының ауырсынуы, сарғаю.

Холангиттің

ажырату диагностикасы:

Холангитті Вирусты гепатит А-мен ажыратуымызға болады.

Вирусты гепатит А – фекальды-оральды механизмі арқылы берілетін вирусты ішек инфекциясы.

Этиологиясы: А гепатит вирусы энтеровирустар тұқымдастығына жататын Picornoviridae жатады.

Эпидемиологиясы: Инфекция көзі сарғыштанбаған және субклиникалық, сонымен қатар аурудың манифестті түрімен науқастар жатады. Вирус сарғыштануға дейін 10-14 күн бұрын бөліне бастайды және сарғыштықтың 2-7 күнінде аяқталады. А вирусты гепатитке қабылдаушылық ортақ болады. Алайда 1 жастан үлкен балалар (әсіресе, 3-12 дейінгі жаста) және жастар арасында бұл ауру жиі тіркеледі.

Вирусты гепатит А-ның клиникасы:

Клиникалық белгілерімен өтетін гепатитке 4 кезеңнің ауысып ағуы тән: жасырын кезең, продромальды, аурудың өршу кезеңі (сарғыштық), реконвалесценция.

Жасырын кезең 6-50күн (жиі 15-30 күн)

Продромальды кезең (сарғыштық алды кезеңі) 2-14 күн (жиі 5-7 күн). Әр түрлі вариантпен өтуі мүмкін: грипп тәрізді, диспепсиялық, астеновегетативті, аралас. Грипп тәрізді түрінде жедел басталады, дене қызуы 38-39С, 2-3 күн байқалады; басы, бұлшықеті ауырады, катаральды белгілер болуы мүмкін. Диспепсиялық вариантта тәбет төмендейді, эпигастрий аймағында ауырлық немесе ауру сезімі, оң жақ қабырға асты ауырып, науқаста кейде жүрек айну, құсу байқалады. Астеновегетативті вариантта әлсіздік, ұйқышылдық, ашушандық, басы ауырып, айналып, жұмысқа қабілеті төмендейді. Аралас түрінде бірнеше варианттардың симптомдары кездеседі. Аурудың өршу кезеңі сарғаюдан басталады, ол шамамен 2-3 аптаға созылады. Сарғыштық басталғаннан кейін аурудың жағдайы жақсарады. Реконвалесценция кезеңінде біртіндеп клиникалық-биохимиялық көрсеткіштер қалпына келеді. Науқас 4-6 аптада айығады.

Жүйелі қызыл жегі

Жүйелі қызыл жегі – дәнекер тінінің жүйелі иммунокомплексті зақымдануымен, микроциркуляторлы ағымдағы тамырлардың зақымдануымен сипатталатын дәнекер тінің жайылмалы аутоиммунды ауруы.

Клиникасы:

Дене температурасының негізсіз жоғарылауы

Әлсіздік

Бас ауыруы

Бұлшықеттерде ауырсыну

Тез шаршағыштық

Беттегі макулопапулезді бөртпе; қолында, денесінде қызыл дақтар

Кіші буындарда ауырсыну, артралгия, сирек полиартрит

LE –клеткалардың анықталуы

Перикардит, миокардит

Люпус-нефрит

Ревматоидты артрит

Ревматоидты артрит – буындардың эрозивті-деструктивті зақымдануымен сипатталатын дәнекер тінінің жүйелі ауруы.

Этиологиясы: 1)Генетикалық - тұқымқуалауға бейім
2)Инфекциялық фактор – парамиксовирустар, гепатовирустар, герпесвирустарретровирустар 3)
Пусковой фактор – салқындау, гиперинсоляция, интоксикация, стресс т.б

РА клиникасы:

РА клиникасы үш сатыда көрінеді. Бірінші сатысында синовиальды сумканың периартикулярлы ісінуі , ауырсыну, жергілікті дене температурасының көтерілуі, буын аймағының ісінуі. Екінші сатысында клеткалардың бөлінуінің жоғарылауы – синовиальды қабықтың қалыңдауы. Үшінші сатысында – қабыну клеткалары фермент бөледі, олар сүйектер мен шеміршектің зақымдануын, буындардың деформациясын, ауырсынудың күшеюі мен қозғалыс қызметінің төмендеуі.

РА ажыратуу диагностикасы: Бруцеллезбен

Бруцеллез – *Brucella* бактериясымен қоздырылатын, зооноздар тобына жататын , жедел және созылмалы түрлерінде өтетін инфекциялық-аллергиялық ауру. Аурудың жедел түрі токсико-бактериемиялық инфекция ретінде, созылмалы түрі – полиморфты клиникалық көріністерімен, көбінесе сүйек-буын , орталық және перифериялық жүйке-жүйесінің , жыныс мүшесінің және басқа ішкі ағзалардың зақымдануымен сипатталады.

Эпидемиологиясы:

Бруцеллез – нағыз зооноз. Адамдардың ауруы жануар популяциясында өтетін эпизоотиялық процестің үздіксіз тізбегіне енуі нәтижесінде және адам мен жануардың немесе жануар тектес тағамдардың өндірістік, тұрмыстық жағдайда әсерлесуі нәтижесінде дамиды.

Клиникасы:

Клиникалық нышандары токсико-бактериемиялық, жайылмалы инфекциялық процестің көріністері болып табылады: қалтырау, қызу, терлеу, полиартронеуромиалгиялар, лимфоаденопатия, гепато-спленомегалия. Аурудың негізгі нышаны – қызба.

Қызбаның сипаты ремиттирлеуші. Дене қызуы тәуліктің екінші жартысында айқын қалтыраудан кейін жоғарылайды, сосын терлеумен сипатталып төмендейді. Науқастың жағдайы қанағаттанарлық болып, дәрігерге қаралмай жүре береді. Бұл жағдай 3 айға дейін созылып, науқас салмағын жоғалтады. Екінші маңызды синдром – полиартронеуромиалгиялар (сүйек, буын, бұлшық еттер, жүйке тамырлардың ауру сезімі пайда болады). Бұл кезде қабыну процесстер дамымайды. Бруцеллездің қазіргі ағымының ерекшелігі – ағзалардың қабынуы ерте (Зайдан бұрын) қалыптасуы.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- * А.Қ.Дүйсенова «Жұқпалы аурулар» Алматы 2014
- * Е.П.Шувалова «Инфекционные болезни» Москва 2005
- * Интернет желісі