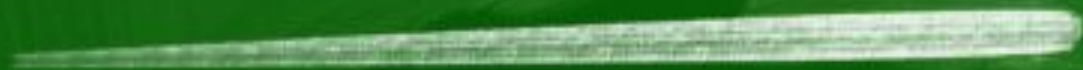


Sepsis



Кіріспе

Сепсис – бұл ауыр инфекциянды ауру. Әр түрлі қоздырғыштардың және олардың токсиндерінің әсерінен пайда болады.

Сепсис туралы түсінік тарихи көзқарастарға ұшырады. Бүгінгі күні сепсис дамуында адам тәнінің серпілістеріне маңызды орын беріледі. Шын мәнінде микробтың түріне қарамай организмнің сепсиске қайтаратын жауабы әрдайым бірдей болады.

Америка ғалымдарының ұсыныстары бойынша жұқпалы үрдістерді: жүйелі қабынулық серпілістер синдромы, сепсис, жұқпа, бактериемия, ауыр сепсис, сепсистік сілейме деп ажыратады.

Жүйелі қабынулық серпілістер синдромы – деп микроорганизмдердің, олардың тіршілік өнімдерінің немесе қабыну медиаторларының, жергілікті ошағынан шығып, жалпы қан айналыммен бүкіл денеге тарап кетуін айтады.

Сепсис. Сепсистің дамуы

Сепсис (латынша, *sepsis* — шіру, іріңдеу) — ірің микробтарымен залалданған қаннан дамидын ауру.

Сепсистің негізгі

қоздырғыштарына стафилакокк, стрептококк, менингококк, т.б. іріңдеткіш микроорганизмдер жатады. Сепсистің дамуында жергілікті іріңді ошақтың сипаты, сол жердегі бактериялардың саны және адамның иммундық жүйесінің әлсіреуі үлкен рөл атқарады. Көбінесе организмнің қабынуы мен іріңді жаралардың асқынуынан, ауыр операциядан, қан кетуден, қоректің жетіспеуінен, аурудан кейін организм әлсірегенде адам сепсиске ұшырайды.

Сепсисте фагоцитоз процесі бұзылып, лейкоциттер сіңіріп алған микробтар жойылмастан жасуша ішінде көбейе бастайды. Лимфоциттер мен моноциттердің белсенділігі төмендеп, иммундық антиденелердің түзілуі бұзылады.



Сепсистің алғашқы белгілері

Клиникалық

белгілері:

Науқастың дене қызуы 39-40⁰С дейін көтеріледі. Науқас жүдейді, кейде тері жабындысында қанталау байқалады. Науқастың артериалды, венозды қан қысымы төмендеп, қан айналымы бұзылуынан дененің ойылуы, тромбофлебит, тромбоздар, қол-аяқтың ісінуі пайда болады. Қан анализдерінде анемия, лейкоцитоз, лейкоциттық формуланың солға ығысуы, қан тромбині 45-50% дейін төмендейді. Кейбір ауруларда бактериемия анықталады. Бауыр, бүйрек функциялары бұзылады. Науқас сарғайып гепатит дамиды. Зәр анализдерінде альбуминурия, гематурия, лейкоцитурия анықталады. Көкбауыр үлкейеді. Асқорыту жүйесін алсақ, тәбеті жоғалады, аузы құрғап іші өтеді, жүрегі айнып құсады

. **Жергілікті симптомдар** – сепсистегі жараларда өлі еттен тазару және регенерация белгілері байқалмайды, грануляциясы жансыз, бозғылт, жара ісінген, дымқыл, пірік



Сепсистің орналасқан орнына қарай:

- * терапевтік (өкпенің іріңді қабынуы);
- * бадамша бездік (іріңді баспа);
- * хирургиялық (шиқан шыққанда);
- * гинекологиялық (ауруханадан тыс жасатқан аборттан кейін);
- * урогендік (несеп жолдарындағы іріңді қабынулар);
- * отогендік (іріңді отиттің асқынуы);
- * кіндіктік (нәрестенің кіндігінің айналасындағы қабыну) түрлері бар.

Егер инфекцияның қай жерден түскенін анықтай алмаса, оны криптогендік (жасырын)

Клиникалық-морфологиялық белгілеріне қарай:

Септицемия;

Септикопиемия;

Сепсистік эндокардит болып бөлінеді.

Септицемия — сепсистің метастазсыз түрі. Бұл кезде көкбауыр үлкейіп, лимфа түйіндері ұлғаяды. Ішкі органдарда дистрофиялық өзгерістер, қабынулар байқалады.

Септикопиемия кезінде сепсистік ошақтар өкпеде, бүйректерде, ми тінінде, жүректе басталады. Ірінді қабыну сепсис ошағынан айналадағы тіндерге өтіп, ірінді плеврит, перикардит, перитонит дамиды.

Сепсистік эндокардит жүрек қақпақшаларынан басталады. Соның нәтижесінде некроз ошақтары пайда болады. Өзгерген қақпақшалар ыдырап, олардың бетінде тромбтар түзіледі.

Тромбоз организмде инфаркт ошақтарының қалыптасуына жағдай туғызады. Кейбір жағдайда ішектің, аяқтың және терінің гангренасы дамуы мүмкін.

Сепсис — өте қауіпті ауру, сондықтан, көп жағдайда бұл аурумен ауырған адамдар жазылып кетпейді

Сепсистің диагнозы

Сепсис ауруының диагнозы — оның жергілікті және жалпы симптомдарына, лабораториялық, бактериологиялық зерттеулерге сүйене отырып нақтыланады. Бактериологиялық зерттеудің маңызы зор. Зерттеуге қанды тәулігіне бірнеше қайтара, науқастың дене қызуы жоғарылағанда алған дұрыс. Бактериологиялық зерттеуге науқастың зәрі, қақырығы, ірің, жарадан және серозды қуыстардан алынған экссудатты жіберуге болады. Сепсисті сүзек, миллиарлы туберкулез, бруцеллез, жедел іріңді интоксикациядан, безгектің (малярия) ауыр түрлерінен ажырата білу керек.

Сепсистің емі

Сепсистің емі этиология, патогенезіне сай бағытта жүргізіледі. Комплексті емді сепсиске әкелген біріншілік хирургиялық іріңді ошақты кеңінен тіліп ашып, жараны іріңнен, өліеттерден мұқият тазартып, пассивті немесе активті дренаждаудан бастаған абзал, онсыз ем нәтижелі болмайды

Қорытынды

Сепсис – жалпы іріңді инфекция. Адам ағзасындағы көптеген іріңді процестер (абсцесс, флегмона, карбункул, іріңді плеврит, остеомиелит және т.б.) сепсиске әкелуі мүмкін. 1500 хирургиялық науқастардың біреуі сепсиспен ауырады. Инкубациялық кезең бұл ауруға тән емес, бірақ та, міндетті түрде инфекция енетін жері және біріншілік іріңді ошақ болады: жара, күйік, іріңдіктер сияқты. Сепсистің даму жылдамдығы, ағымы әртүрлі болады – бірнеше сағаттан (найзағай тәріздес түрі), бірнеше жылға созылуы мүмкін (созылмалы түрі).

Сепсис ауруы **бактериалды – токсикалық шокпен** асқынған жағдайда науқасқа преднизолонды бірінші тәулікте 500 – 800 мг, қалған 2 – 3 күнде 150 – 50мг енгізіледі. Сепсисте қандағы кининогендердің деңгейі өсіп, микроциркуляция бұзылыстарына әкелуіне байланысты, кешенді емге протеолиз ингибиторларын қосқан абзал (годокс тәулігіне 200000 -300000 бірлік немесе контрикал тәулігіне 40000 – 60000 бірлік). Сепсистің қарқынды этиопатогенезді, симптоматикалық (жүрек – тамыр препараттары, анальгетиктер, антикоагулянттар, ангиопротекторлар) кешенді емі, науқастың жағдайы толық қалпына келгенше, гомеостаз толық реттелгенге дейін жүргізіледі.

ТАҚЫРЫБЫ: ГАЗДЫ ГАНГРЕНА



Жедел ерекше хирургиялық инфекция

Анаэробты инфекция көне заманнан бері белгілі болған. 1562 жылы Амбруаз Паре алғаш рет анаэробты гангренаны сипаттап, оны госпитальді гангрена деп атаған. Анаэробты инфекцияның классикалық көрінісін Н.И.Пирогов Қырым соғысы кезінде (1854-1855жж.) сипаттап берген. Анаэробты инфекция соғыс кезіндегі жарақаттардың асқынуы ретінде мәлім болған. Көбіне, ол көше жарақаттарынан және ауылшаруашылық құралдармен жараланғанда, операция, босану және заңсыз аборт жасағанда дамиды.

Жіктелуі:

- ▣ Патологоанатомиялық жіктелуі:
 1. эмфизематозды түрі (Cl. Perfringens тудырады)
 2. сулы ісікті(токсикалық Cl. Oedematiens тудырады) түрі
 3. аралас түрі
 4. өліеттенген түрі
 5. флегмонозды түрі
 6. тінді ыдыратушы түрі.



□ **Клиникалық жіктелуі:**

1. *жедел түрі*
2. *кенеттен өршіген түрі.*

□ **Анатомиялық жіктелуі:**

1. *негізінен тері асты шелмайы мен дәнекер тінінің зақымдалуы (кlostридиальді целлюлит немесе панникулит).*
2. *Негізінен бұлшықеттердің зақымдалуы (кlostридиальді миозит).*
3. *Аралас түрі.*



Патогенезі:

Анаэробты инфекцияның дамуы үшін 2 шарт қажет:

- ▣ *микробтардың болуы;*
- ▣ *ауаның кіруі қиындаған, өліеттенген бөліктері мен қалталары бар тіндердің үлкен аумақты зақымдалған ошақтарының болуы.*



Клиникалық көрінісі:



Анаэробты инфекцияның инкубацияның кезеңі 1-7 күнге созылады. Кейде кенеттен өршіген түрі кездеседі – ол жараланудан кейін, алғашқы сағаттарда дамиды. Жергілікті клиникалық белгілер өліеттенумен, ісінумен, газдың түзілуімен және тіндердің зақымдалу көлемімен сипатталады, деңгейімен және сұйық бөліністердің көлемімен анықталады. Жалпы белгілер интоксикацияның деңгейіне байланысты болады.

Газды инфекцияның ағымының 4 сатысын ажыратады:

- ▣ ерте – шектелген газды флегмона сатысы.
- ▣ газды флегмонаның үдемелі таралу сатысы.
- ▣ газды гангрена сатысы.
- ▣ сепсистің даму сатысы.

Аурудың сатысына байланысты байқалатын жергілікті белгілер:

1 сатыда - ауыру сезімі тек жарада ғана болады. жара құрғақ, лас-сұр тұтықпен қапталған. Терінің ісінуі тек жараның шетінде ғана болады және ол аздап сарғыштанады.

2 сатыда - ауыру сезімінің ауысып жылжу белгісі байқалады, сонымен бірге оның сипаты өзгереді.

3 сатыда – аяқ-қолдағы тамыр соғуының жоғалуы және оның мұздауы анықталады.

4 сатыда – жарада ірің пайда болады, алыста орналасқан ағзалар мен тіндерге іріңді метастаздар дамиды.

Газды гангренаның емі:

- науқасты шектеп, бөлек палатаға жатқызу.
- арнайы ем: 400 мл жылы физиологиялық ерітіндіге сұйытылған поливалентті гангренаға қарсы сарысудың 150000 АБ венаға енгізу. Ол анти- *Cl. Perfringens* 50000 АБ; анти- *Cl. Septicum* – 50000 АБ және анти- *Cl. Oedematiens* 50000 АБ тұрады. Қоздырғышты анықтағаннан кейін, соған қарсы моновалентті сарысудың 50000 АБ енгізіледі.
- Жедел хирургиялық ем.
- Консервативті кешенді ем: антибактериальді, дезинтоксикациялық ем.

Сіреспе – *Clostridium tetani* қоздырғышымен тудыратын жарақаттық инфекциялар тобына жататын контагиозды емес зооантропоноз, қондырмалы мотонейрондардың нейротоксинмен зақымдалуының әсерінен қанқа бұлшық еттерінің клоникалық және тоникалық тырысуымен сипатталады.



Этиологиясы

- **Сіреспенің қоздырғышы** — *Clostridium tetani*. Ол *Clostridium* туыстығына, *Vacillaceae* тұқымдастығына жатады, спора түзетін облигатты анаэроб. Қоздырғыштың пішіні ірі, жіңішке таяқшалы және жан-жағы домалақтанған болады. Ұзындығы 4-8 мкм, ені 0,3-0,8 мкм. Микроб дөңгелек терминалді орналасқан, барабан таяқшасы сияқты. Спора қоршаған ортада жылдар бойына сақталады.



Эпидемиологиясы

Эпидемиологиялық процесстің 1 звеносы - аурудың көзі – шөппен қоректенетін жануарлар, топырақ.

Эпид. процесстің 2 звеносы – жұқтыру жолдары – контакілі - жарақаттанған тері, шырышты қабат арқылы.

Қоздырғыштың берілу факторлары топырақ, көң, нәжіс, шаң, ластанған әр түрлі тұрмыс заттары, хирургиялық, акушерлік құралдар.

Сіреспенің дамуы

Clostridium tetani споралары топырақтан теріге жара арқылы енеді.



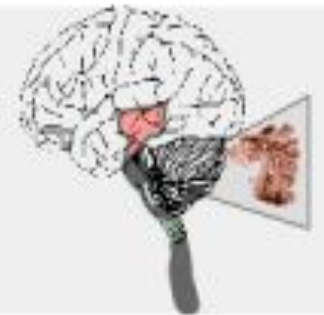
Оттегі жетіспегенде олар өсіп, активті вирусқа айналады.



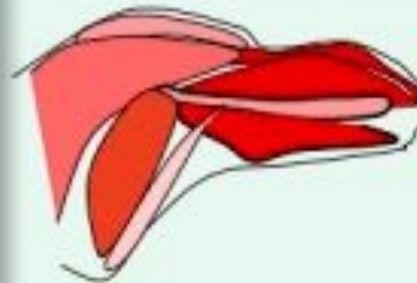
Бұл вирус тетаноспазмін токсинін өндіруді бастайды.



Ол қан арқылы орталық жүйке жүйесіне түседі.



Токсин агонист және антагонист бұлшықеттер қозғалыстарын басқаратын нейротрансмиттерлерді тежейді



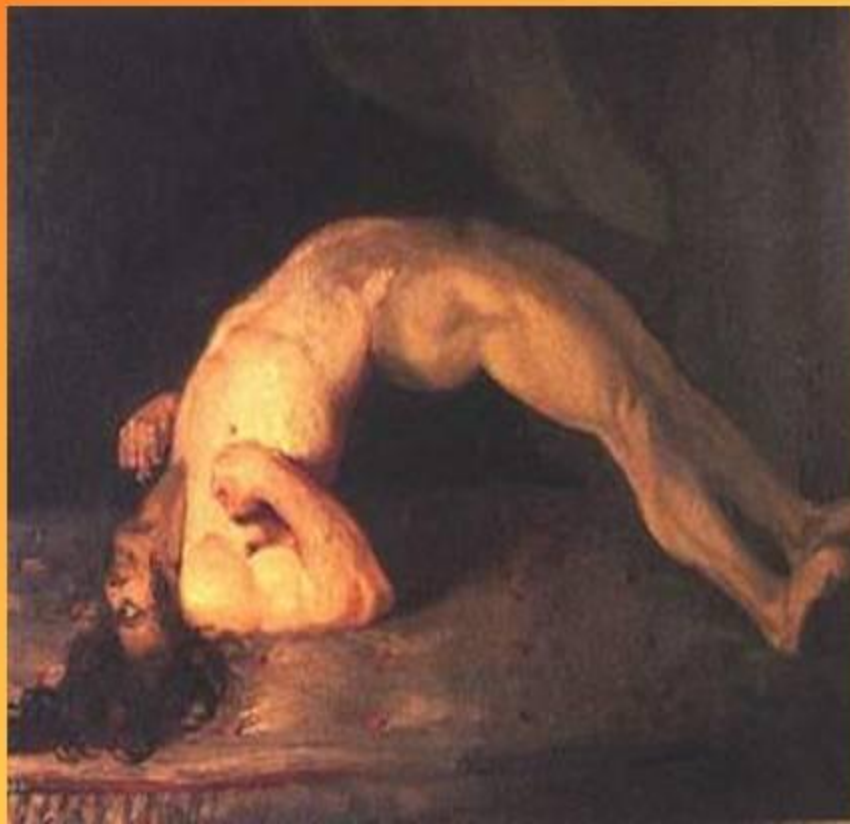
Нәтижесінде көлденең жолақты бұлшық еттерінің тоникалық тырысуын шақырады.

- Сіреспенің клиникалық көрінісі 4 кезеңге бөлінеді:
 - 1. Жасырын (инкубация) дамып, өсуі.
 - 2. Алғашқы қалыптасуы.
 - 3. Қарқынды даму кезеңі.
 - 4. Жазылу кезеңі.

- **Инкубациялық кезеңі** 1-21 күн, көбіне 1-2 апта, бірақ 30 күннен артық болуы мүмкін. Инфекциялық ошақ ОЖЖ-нен алыс болса, инкубациялық кезең ұзағырақ болады. Инкубациялық кезең қысқа болса, ауру ағымы ауыр болады.

СІРЕСПЕ

Сіреспе кезіндегі ересек адамдағы және сәбидегі тырысулар.



Диагностика критерийлері

- Анамнез (жара, күйік, хирургиялық араласулар, ауруханадан тыс босану, т.б.);
- Клиникасы (тризм, сардоникалық жымию, дисфагия, бұлшықет гипертонусы, тетаникалық тырысулар, тершендік);
- Қабыну ошағынан немесе жарадан *C.tetani* бөлінуі.

Дифференциальды диагностика

- ▣ Тризм:
 - перитонзиллит;
 - Құлақмаңы безі, төменгі жақасты, тістегі қабыну процесттері;
- ▣ Тырысу:
 - тетания;
 - Эпилепсия;
 - Истерия;

Емдеу принциптері

- ▣ Науқасқа жеке мейірбикелік бекет тағайындайды. Жатқан палатаның есік-терезелері қымталған болуы қажет.

- ▣ 1) біріншілік ошақтағы инфекция қоздырғышымен күрес;
- ▣ 2) қанайналымдағы токсинді нейтрализациялау;
- ▣ 3) тырысуға қарсы ем;
- ▣ 4) өмірге маңызды ағзалардың функциясын қалыптастыру;
- ▣ 5) сусыздану, гипертермия, ацидозға қарсы ем;
- ▣ 6) асқынулардың алдын алу және емдеу;
- ▣ 7) құнарлы тамақтану, жақсы күтім.

Алдын алу шаралары.

Арнайы

- Жоспар бойынша балаларға АКДС және АДС ассоцияцylanған вакциналар егіледі. Бірінші ревакцинация 9-12 айдан кейін, қалғаны 5-10 жыл сайын жүргізіледі. Анатоксин балаларға 5-6 ай мен 17 жасқа дейін енгізіледі.

Арнайы емес

- Қауіпті жағдайларда сіреспелік анатоксин ересектерге 1 ай интервалымен 2 рет 0,5 мл тері астына тағайындау керек.
- Біріншеден әр түрлі жарақаттардан сақтану керек.
- Жарақаттың ластануын болдырмау, дер кезінде медициналық көмекке жүгіну.

**Назарларыңызға
рахмет!!!**