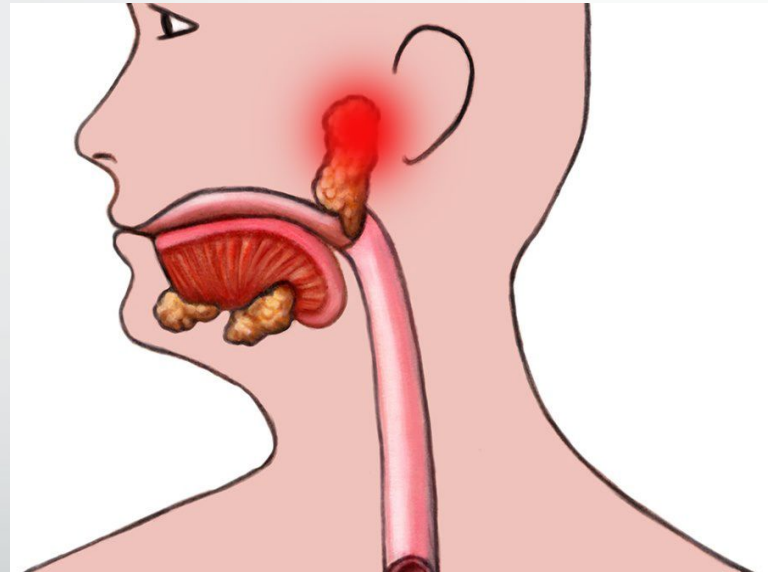




Астана медицина университеті
Эпидемиологиялы және инфекциялық аурулар кафедрасы

Тақырыбы: Скарлатина кезіндегі шаралардың стандарттары және алгоритмдері



Орындаған: Мәлікұлы
Ілияс

Тексерген: Ильясов Б.Б

Жоспары

□ Кіріспе

□ Скарлатина (жәншәу)

□ II. Негізгі бөлім

***□ Скарлатина кезінде шаралардың
стандарттары және
алгоритмдері***

□ III. Қорытынды бөлім

□ Емі және болжамдары

Кіріспе

Скарлатина – А тобындағы бета гемолитикалық стрептококпен қоздырылатын, ағзаның улануымен, жедел тонзиллитпен және ерекше бөртпелермен сипатталатын жедел жұқпалы ауру. Аурудың берілу жолы — ауа-тамшылы. Қазақша атауы жәншәу. 1847 ж. Т.Бильрот алғаш рет жаралы инфекциялы ұлпадан патогенді стрептококты тапқан. Ауру барлық елдерде кең таралған. Қазақстан Республикасында аурудың жеңіл түрлері кездеседі.

Ауру жедел басталады: қалтыраумен қатар, дене қызуы жоғары деңгейге көтеріледі, бас ауыруы, жүрек айну, лоқсу болады. Қызба 3-5 күн сақталады. 1-ші сағаттарда жедел тонзиллит дамып, жұтыну кезінде тамақ ауырып, ауыз жұтқыншағының шырышты қабықтарында айқын гиперемия дамиды. Бұл өзгерістерді ескі авторлар от жалындарымен салыстырған. Баспа катаральды, лакунарлы, фолликулярлы және некрозды болуы мүмкін. Таңдайдың көмекей бездері ұлғаяды, ауру сезімімен сипатталады.



Жәншәу этиологиясы. Аурудың қоздырғышы А тобындағы бета гемолитикалық стрептококк. Стрептококктар грам оң, дөнгелек пішінді, моншақ тәрізді тізіліп, сыңарласа орналасатын бактериялар. 80 серотиптері бар. Эритрогенді токсин түзеді. Сыртқы ортада тұрақты, дезинфектанттарға төзімді, қайнатқанда 15 мин. жойылады.

Эпидемиологиясы. Аурудың көзі — скарлатинамен немесе стрептококкты баспамен ауыратын науқастар. Аурудың негізгі берілу жолы — ауа-тамшылы, бірақ залалданған үй заттары арқылы және 3-ші адам арқылы да берілуі мүмкін. Сондай-ақ сүт өнімдері де берілу факторы болып табылуы ықтимал. Бұл аурумен көбінесе балалар ауырады. Ауру күз-қыс айларында өршиді. Әрбір 4-6 жылда аурудың өрлеуі байқалады.



СКАРЛАТИНА

Патогенезі. Жәншәудің патогенезі күрделі: токсикалық, септикалық, аллергиялық компоненттерден құрылады. Ауру патогенезінде қоздырғыштың өзі, оның эритрогенді токсині және эндотоксиндері (стрептолизин, лейкоцидин, энтеротоксин, стрептокиназа, гиалуронидаза) роль атқарады.

Негізгі бөлім

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. Парацетамол 500 мг табл.;
2. жасыл бриллиант ерітіндісі 1%, 2% 10 мл, 20 мл флакондағы спирттік ерітінді;
3. Тетрациклин көздік мазі;
4. Витамин А 1 мл амн.; 50 мг майдағы капсуладағы ерітінді; 114 мг драже;
5. Бензатин бензилпенициллин суспензия 1 200 000 БІРЛІК, 2 400 000 БІРЛІК флаконда, инъекция үшін ұнтақ.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. Ацикловир 200-800 мг табл., мазь 5% - 2,0

Ем тиімділігінің индикаторлары:

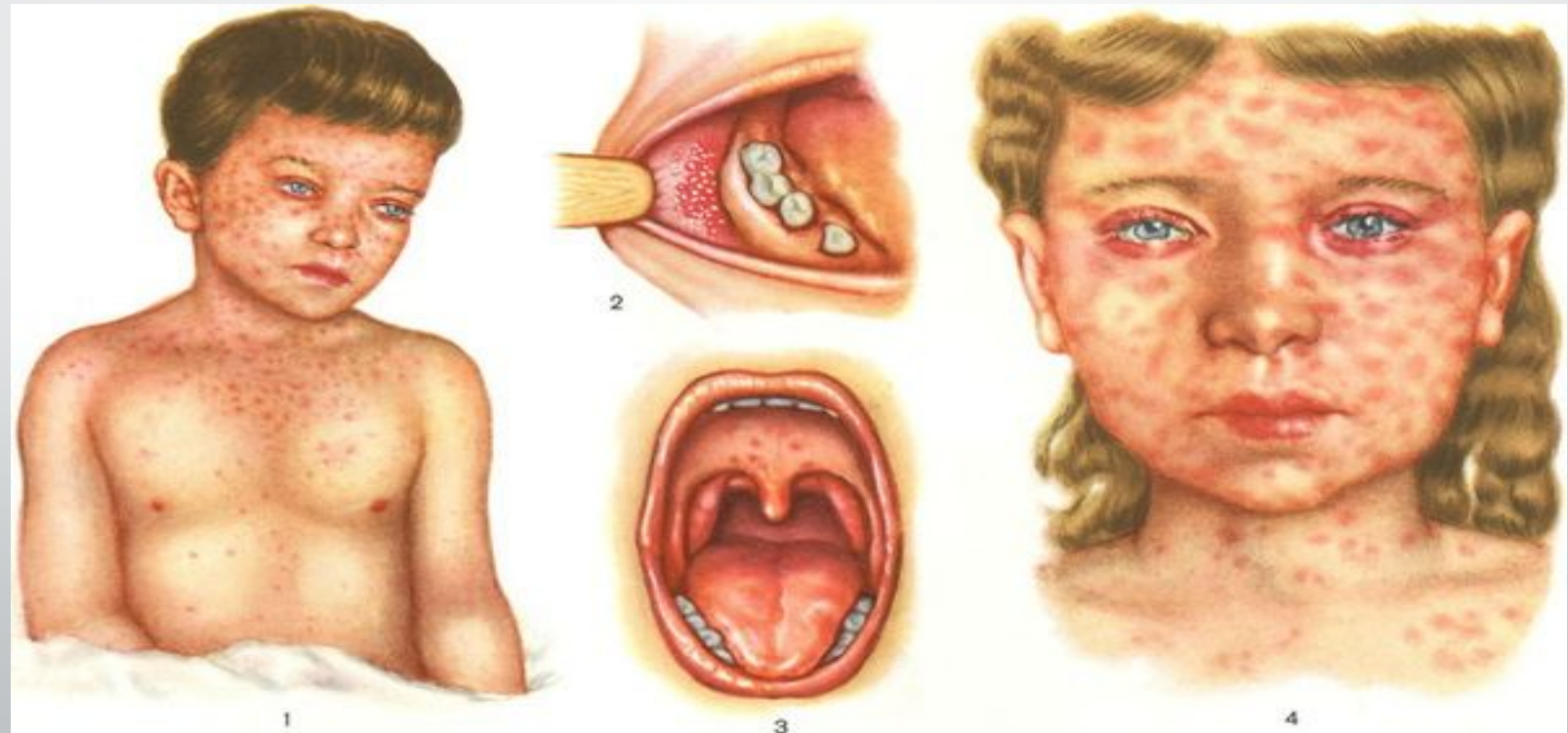
1. Сауығу, аурудың эпидемиялық таралуының болмауы.
2. Туындаған асқынуларды уақытылы диагностикалау және емдеу.
3. Асқынулардын болдырмау.

Негізгі диагностикалық шаралар:

1. Қанның жалпы анализі.

2. Зәрдің жалпы анализі (жәншау кезінде).

Қосымша диагностикалық шаралар: жоқ.



Диагностикасы. *Типті оқиғаларда диагноз аурудың клиникалық көріністерінің негізінде қойылады. Дифференциалды диагноз қызамықпен, псевдотуберкулезбен, токсикалы-аллергиялық жәншәу тәрізді бөртпелермен жүргізіледі. Бактериологиялық әдіс: аурудың алғашқы күндерінде ауыз жұтқыншақтан бета гемолитикалық стрептококкты бөліп алу. Серологиялық әдіс: сарысуда анти-О-стрептолизин, стрептокиназа көлемін анықтау. Иммунофлюоресцентті әдісті қолдануға болады.*

Асқынуы: *Миокардит – аурудың өрістеу кезеңінде «жәушан жүрек» деген синдром пайда болуы мүмкін. Жүректің көлемі ұлғайып, соғуы әлсіз, біркелкі емес, күңгірт, жиырылу кезеңінде сырылып естіледі, қан қысымы төмендейді. Баланың жәушаннан жазылуымен бұл синдром жойылады.*

Отит

Нефрит

Димфаденит

Клиникалық белгілері:

- I. жасырын кезең 2-7 күн.
- II. бастапқы кезең – ауру жедел басталады: баланың денесінің қызуы күрт көтеріліп, басы ауырады, жүректің соғуы жиеленіп, әлсіздік пайда болады. Бала лоқсып құсады, жалпы жағдайының бұзылуымен қатар жұтынғанда тамағы ауырып, жұтқыншақтың кілегейлі қабығын қан кернейді «жалындап тұрған жұтқыншақ». Аурудың ұлғаюымен жұтқыншақта баспаның ауыр түрлері нығаяды. Баланың аузынан жағымсыз, сасық иіс пайда болады.
- III. -аурудың өрістеу кезеңі – аурудың екінші күнінде күлдің ең көріністі белгісі – талауаған тері қабатында қызыл нүкте тәріздес бөртпе пайда болады. бөртпе бетке, денеге, қол-аяқтарға тез жайылып, тек қана ауыз – мұрын үшбұрышын таза қалдырады. Күлдің бөртпесі дененің бүкір жағында, аяқ-қолдың ішкі бетінде, қолдың астында, шынтақтың иілісінде, тақымның шұңқырында, шаптың иілісінде ең қарқынды болады. Аурудың жағдайы ауырлап, улану белгілері нығаяды. Дене қызуы 39-40^oC дейін көтеріледі. Аурудың бастапқы белгілері үдей түседі. Орталық нерв жүйесінің зақымдану белгілері пайда болуы мүмкін.
- IV. револесценттік кезең – дене қызуы біртіндеп төмендеп баланың жағдайы жақсарады, жұтқыншақтағы қабыну белгілері басылады, бөртпе бозарады.

Эпидемиологиялық анамнез.

*Ауруға тән
клиникалық белгілер.*



*Бактериоскопиялық
және бактериологиялық
зерттеу*

Емдеу: Ауруханада тек қана ауру немесе асқынған түрлері емделеді.

Қорытынды бөлім

Емі. *Емдеу шаралары үйде және ауруханада жүргізілуі мүмкін. Ауруханаға жатқызу ауыр ағымында немесе эпидемиологиялық көрсеткіш бойынша көрсетілген. Емдеуі антибиотиктермен жүргізіледі, соның ішінде пенициллин 50 000 бірлік/кг тәуліктік дозада, емдеу курсы 5-7 күн. Сондай-ақ эритромицин, олеандомицин жақсы әсер береді. Интоксикацияға қарсы шаралар, антигистаминді препараттар, жергілікті ем белгіленеді. Асқынуларды алдын алу және олармен күресу керек.*

Болжамы. *Ауру көп жағдайда жазылумен аяқталады, ауыр және септикалық түрлерінде — қауіпті болуы мүмкін.*

Алдын алу шаралары. Ерекше профилактикасы жете зерттелмеген. Ең бастысы науқасты оңашалау, оған ұқыпты және ақырғы дезинфекция жүргізу қажет.

Қолданылған әдебиеттер

1. *Амиреев С.А., Темирбеков Ж.Т., Нажмеденова А.Г., Кудайбергенов К., Ирсимбетова Н.А. Жұқпалы аурулардан иммунды әдіспен алдын ала сақтану// «Эпидемиология», оқулық, 1 том, 23 тарау.- Алматы, 2000.- 396-454 бет.*
2. *Нажмеденова А.Г., Габасова М.К. Усовершенствование эпидемиологического надзора за корью в Республике Казахстан на этапе ее элиминации// Журнал «Эпидемиология и инфекционные болезни».- Москва, 2008.- №1.- С. 38-41.*
3. *Амиреев С.А., Муминов Т.А., Черкасский Б.Л., Оспанов К.С. «Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері», Нажмеденова А.Г. 3 тарау «Аэрогенді механизммен берілетін инфекциялардың жалпы сипаттамасы»// Практикалық нұсқаулық, 1 том.- Алматы, 2009.- 299-450 бет.*