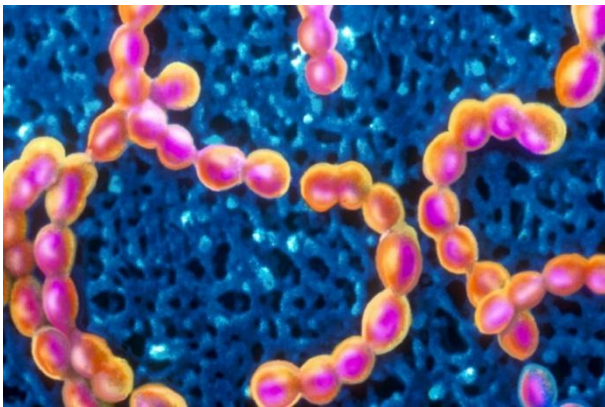


# Жәншәу

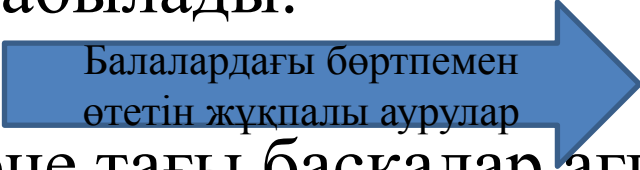


**Орындаған:** *Байдильдаева Ж*  
**Топ:** 707 ЖПД

# Жәншәу - бұл:

- Жалпы интоксикация симптомдармен;
- баспамен;
- шеткі лимфа түйіндерінің ұлғаюымен;
- теріде ұсақ нүктелі бөртпелердің болуымен сипатталатын жедел инфекциялық ауру.

# Этиологиясы

- Қоздырғышы - А тобының  $\beta$ -гемолитикалық стрептококк-*Str. pyogenus*.
- Бұл **грам(-)** кокктар, факультативті анаэробтар. А тобыны ішінде 80 серовары бар Стрептококктың клеткалық қабырғасында айқын антигендік қасиеттілеген **M-, T- және R-** протеиндер бар. Типті арнамалы **M-** протеин- вируленттілектің басты факторы болып табылады.
- Стрептококктар  жалпы әсер ететін токсин және тағы басқалар агрессивті факторлар болып шығарады.

## Гемолитикалық стрептококктар түзеді:

- Стрептококкты жалпы әсер ететін **экзотоксин** пирогендік, цитотоксикалық, тканьдерді зақымдануымен сипатталады. Токсин 2 фракциядан тұрады:
- **термолабильды (эритрогендық) термостабильды(аллергиялық).**
- **Ферменттер түзеді: гемолизин, стрептокиназа, гиалуронидаза** т.б.
- Осы ферменттермен токсиндер стрептококктың тін ортасында енуіне жағдай жасайды.
- Стрептококктың **инвазивтік, агрессивтік** қасиеттері оның антигендік құрамымен тікелей байланысты антигендік құрамы стрептококктың типіне байланысты.

# Индеттануы (эпидемиологиясы)

Инфекцияның негізгі көзі - стрептококкты баспа және назофарингитпен ауыратын бала немесе үлкен адам

- Жайылу жолдары:
  - тікелей (ауа- тамшылы) сөйлегенде, түшкергенде, жөтелгенде, сүйіскенде;
  - тікелей емес (аурудың жеке заттарымен қараушы адаммен де берілуі мүмкін, қолға ірінді жара шыққанда стрептококктар тағамға түсіп, оны ішіп-жегендердің ортасында таралуы мүмкін).
- Скарлатинамен негізінен 2-7 жас арасында балалар аурады.
- Контагиозды индексі- 40%.
- Онымен күз-қыс айларында жиі кездеседі.

# Патогенезі

Жәншәудің  
патогенезі 3  
компоненті:

ТОКСИКАЛЫҚ

Инфекциялық  
септикалық

аллергиялық

# Токсикалық синдром

- Стрептококк бөлетін улар организмде жайлғанынан дамитын өзгерістер, себебі әр түрлі серотипті стрептококктар ортақ эритрогенді улар бөледі.
- Ол **ОЖЖ, ЖТЖ**, теріні зақымдап, дене қызуының көтерілуін, қан-жүрек тамырларының қызметінің айнамалығын зақымдануынан тұрады.
- Жүйке жүйесінің вегетативті бөлімінің жәншәу кезінде зақымдануы:
  - аурудың алғашқы кезенінде вегетативті жүйке жүйесінің симпатикалық бөлімінің қозуы байқалады;
  - екінші кезеңде вегетативті жүйке жүйесінің парасимпатикалық бөлімінің қозуы күшейеді.
  - үшінші кезеңде бұл жүйке жүйесінің симпатикалық және парасимпатикалық бөлімдерінің әсері теңеседі.

# Септикалық синдромы

- Стрептококктардың көбейуімен және өмір сүруімен байланысты өзгерістер
- Бактериялардың енген жерінде катаральды қабыну дамын, ол іріндеп, некрозға айналуы мүмкін.
- Стрептококктың агрессивтік қасиеті оның енген жерінен айналысындағы тканьге, аймақтың лимфа түйіндеріне тез таралуына мүмкіншілік береді.
- Қан арқылы тарап, кей келген органда ірінді ошақтар пайда болады (отит, синусит, лимфаденит, септикопиемия).



# Аллергиялық синдромы

## Стрептококк ақуызының әсерінен туындайтын аллергиялық өзгерістер:

- Стрептококктың өзінің, оның ыдырау қалдық тарының аллергендік қасиеттерінің арқасында организм сенсбилизацияға ұшырайды.
- Кеселдің бастапқы кезеңі өзінде-ақ стрептококктың аллергиялық әсерінің белгілері (теріге көп түрлі бөртпе шығады, лимфа түйіндері ісініп, үлкейіп, басқанда ауырады, қанда эозинофилия пайда болады.
- Аллергиялық өзгерістер аурудың ІІ кезеңінде күшейеді: аллергиялық лимфадениттер, синовиттер, нефриттер.
- Бұндай-аллергиялық өзгерістердің дамуы бала организмнің қорғану күштерінің бұзылуына, қан тамырларының зақымдануына, иммундық көрсеткіштердің бұзылуына әкеп соғады.

# Клиникасы

- **Жасырын кезені:** 2 күннен 7-12 күнге дейін
- Әдетте кесел кенеттен басталады. Дене қызуы қатты көтеріліп, басы ауырып, құсады. Жұтынған кезде тамағы аурып, тамыр соғуы жиілейді. Алғашқы сағаттарда **ОЖЖ** зақымдалған белгілері пайда болады. Баланың дене терісі құрғақтанып, ысиды. Тамағы қызарып, бадамша безде ірінді қабықтар пайда болады.

## **Қызамықтың клиникасы 3 синдромдан тұрады:**

- бөртпе,
- баспа,
- жалпы интоксикациялық синдром.

- **Бөртпе.** Бірнеше сағаттан соң, көпшілігінде 1-ші тәуліктің аяғына қарай тері қызарып, бүкіл денені майда нүктелі бөртпе басады.
- Бөртпе буынның ішкі жағында, санының ішкі жағында, көкіректің алдыңғы және жапта жақтарында, іштің төменгі бөлігінде анықтау, көптеу болады және ұзақтау сақталады. Кейбір ауруларда осы аталған жерлерде ұзынша қанық-қызыл белдеулер сызық пайда болады (симптом Пастиа).

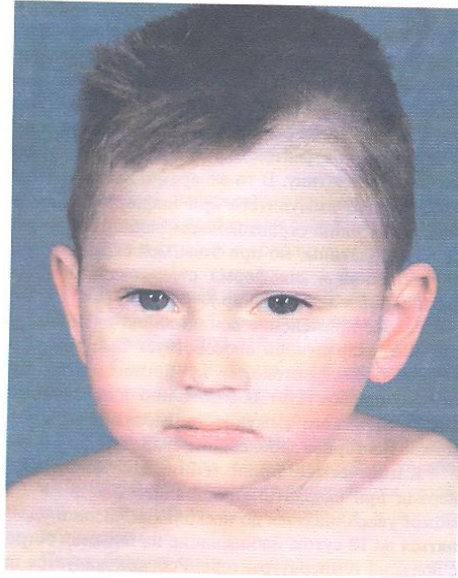


Рис. 93. Скарлатина. Характерная мелко-точечная сыпь на лице и шее.

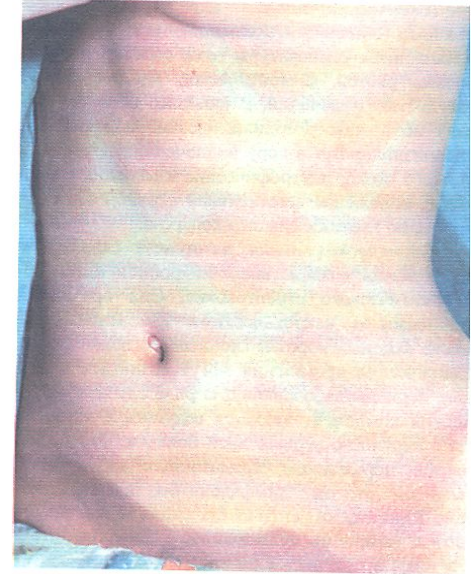


Рис. 95. Скарлатина. Геморрагическая мелко-точечная сыпь на животе. Белый дермографизм.



Рис. 94. Скарлатина. Насыщенность сыпи в подключичной области и геморрагии.

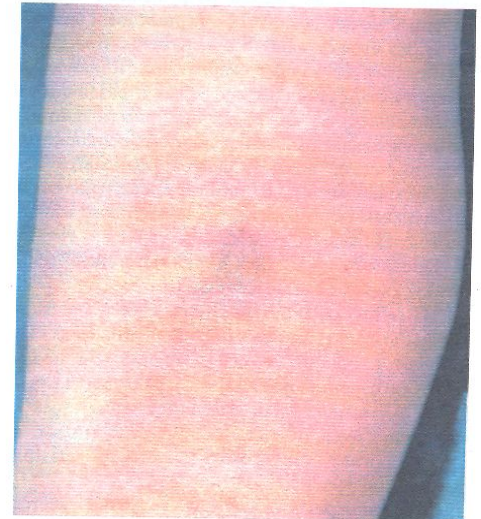


Рис. 96. Скарлатина. Насыщенность сыпи в локтевом сгибе.

***Пастиа симптомы тән:*** механикалық жарақат болған жерлерде, шынтак аймағындағы қатпарларда топтасқан эрозиялар орналасады, олар бөртпеден ұзаққа сақталады, ретроспективті диагноз қоюға көмек береді.



- Мұрын-ерін ұшбұрышы боз болады (симптом Филатова деп атайды).
- 36-48 сағат бойына анық болып тұрып, бірте - бірте көмескіленіп, 7-8 күнге қарай жойылады.
- Майда қан тамырларының зақымдануы себепті әр түрлі «жгут», шымшу (с-м Кончаловский мен Румпель- Леде) белгілері анықталады.
- Дермографизм ақ түсті болып келеді.



# БАСПА

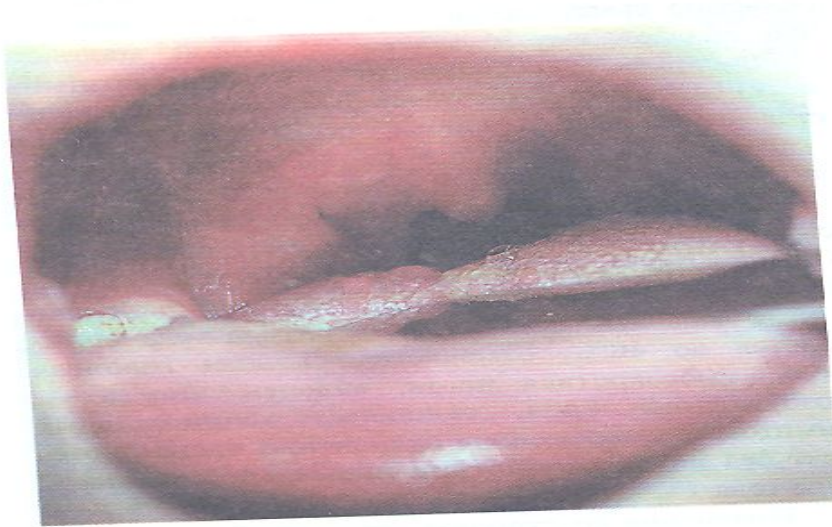


Рис. 99. Скарлатина. Катаральная ангина.

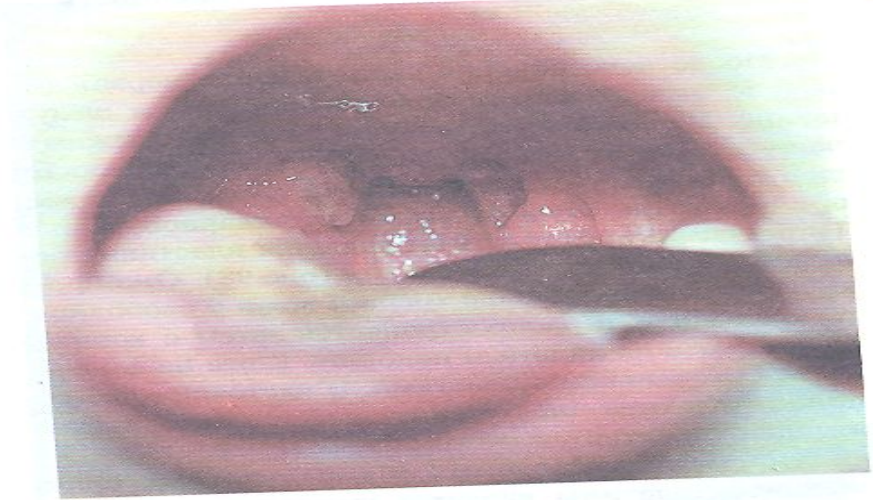


Рис. 100. Скарлатина. Некротическая ангина.

Араның кілегей қабаттары қатты қызарады (Филатов айтуынша **«алаулаған аран»**).

- Баспа катаральды, фолликулярды, лакунарлы немесе некрозды түрінде қалыптасуы мүмкін. Жұтыну қиындап, ауырсынады, лимфа түйіндерінің ісінгені және ауратыны анықталады.

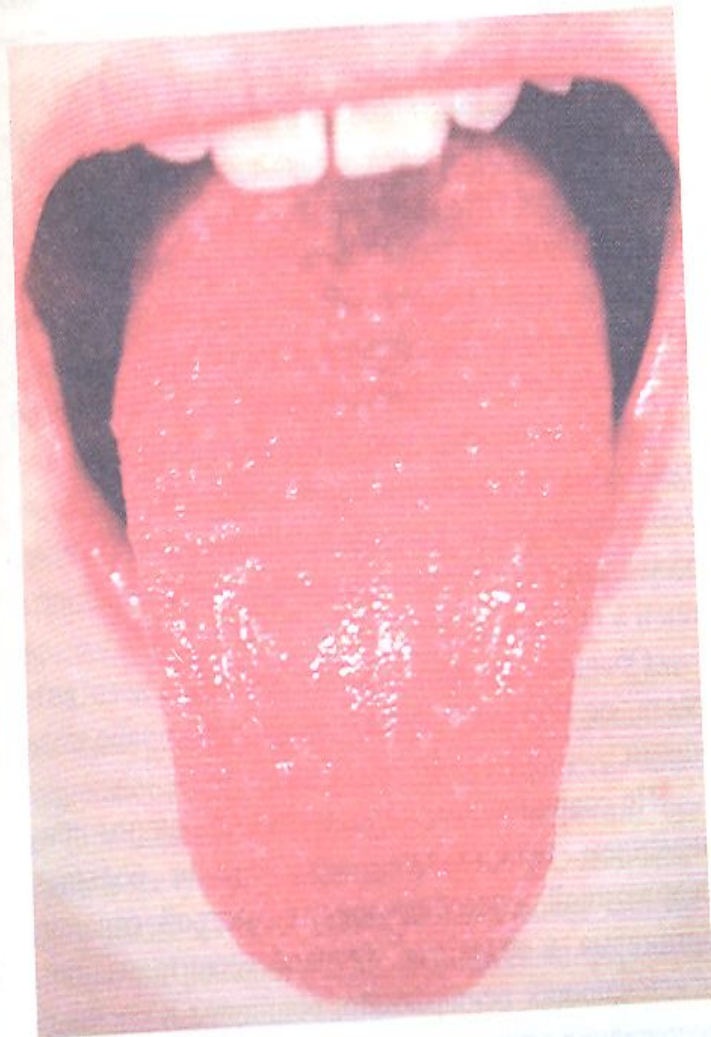


Рис. 101. Скарлатина. "Малиновый" язык.

пич

со

ма

сы

фо

сте

ри

ро

ви

ге

бс

те

А

ж

к

в

н

л

с

т

с

л

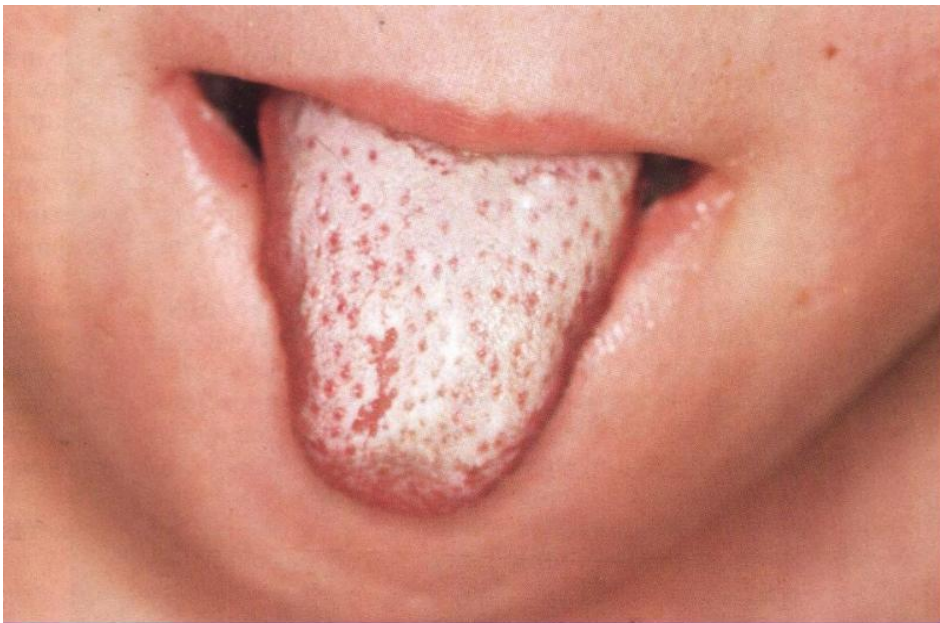
л

┆

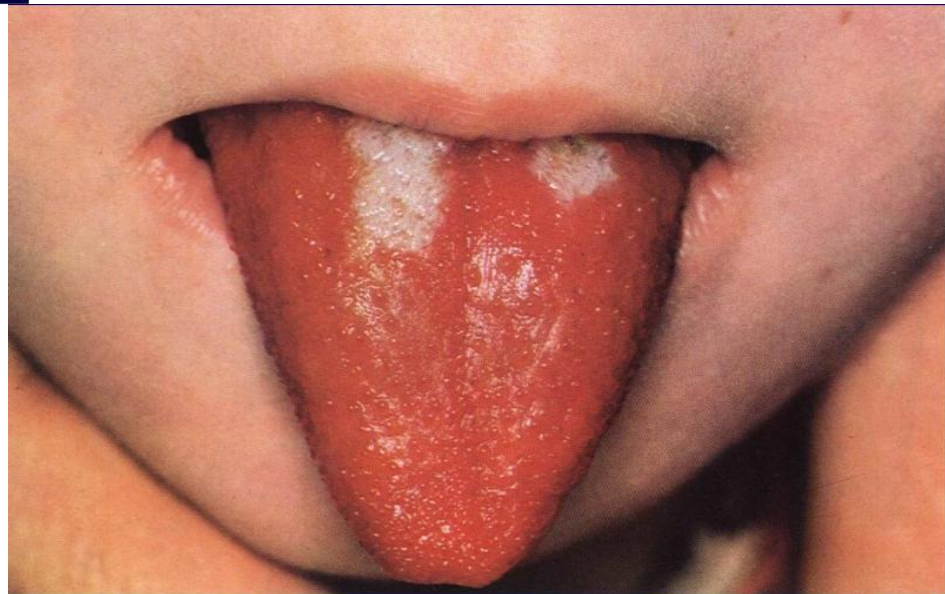
• Алғашқы 2-3 күнде тіл сұрғылт - сары жамылғымен жабылады.

• Аурудың 3-күнінен баланың тілі шетінен бастап тазарады, айқын қып- қызыл болып, емізекшілері бұлтиып тұрады, «таңқурай» тілге ұқсайды.

• Осы «таңқурай» тіл 3-6 күннен кейін пайда болатын, 9-10-ші күндерге жоғалып кетеді.



Белый земляничный язык ( первые 1-2 дня болезни).



Красный земляничный язык (через несколько дней).



- **Баспа өзгерістері 5-7-10 күн ішінде жойылып, лимфа түйіндерінің ісігі, ауруы қайтады. Тілдің бүртіктілігі де 7- 14 күнде байқалмай қалады.**
- **Бөртпе біртіндеп азайып, 7-9 күннен соң жоғалады. 2-ші аптаның соңында тері тулей бастайды. Әсіресе аяқ-қолдың терісі ірі-ірі болып тулейды. Бұл өзгерістер де 2-3 аптадан соң аяқталады.**

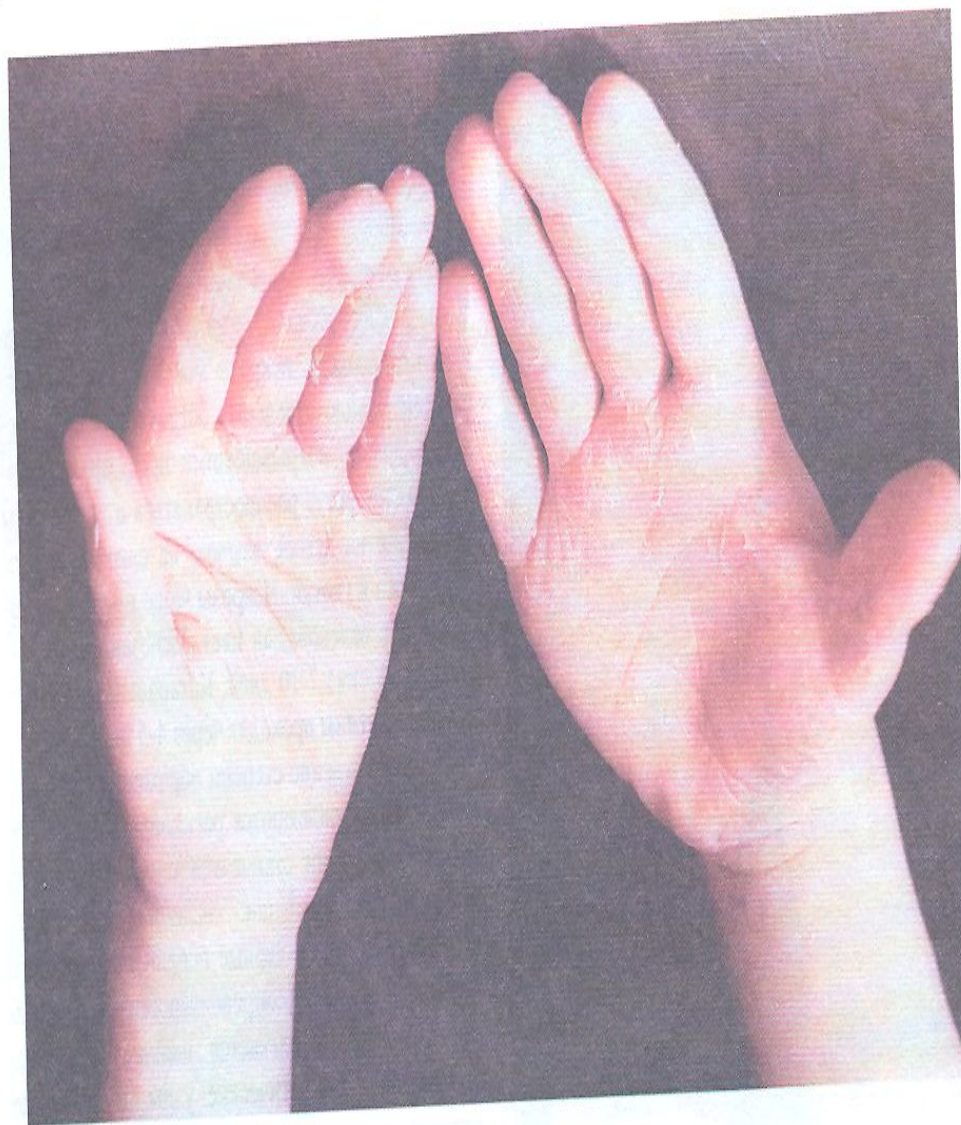


Рис. 98. Скарлатина. Крупнопластинчатое шелушение на кистях.

# Шелушение на кисти



## **Диагноз қою:**

- Эпидемиологиялық анамнез.
- Ауруға тән клиникалық белгілер.
  
- ЖҚА: лейкоцитоз (10-30 мыңға дейін жетеді), нейтрофиллез (70-90%), солға ығысу, эозинофилия, тромбоцитопения; ЭТЖ көтереледі.
- ЖЗА: олигоурия, протеинурия, гематурия, цилиндрурия.
- Бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеу.
- 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.



# Дифференциалды дагностика

Признаки	Краснуха	Корь	Скарлатина
Инкубационный период	11 – 24 дня	9 – 11 дней	1 – 3 дня
Эпидемиологические предпосылки	контакт с больным, отсутствие болезни в анамнезе	контакт с больными, отсутствие болезни в анамнезе	контакт с больными, отсутствие болезни в анамнезе
Воспалительные изменения верхних дыхательных путей	умеренно выраженные	выраженные	выраженные, гнойный тонзиллит
Конъюнктивит	слабо выражен	выражен	не выражен
Полимфаденит	выражен, особенно заднешейный и затылочный	выражен	не выражен
Характер сыпи	мелкопятнистая	макуло-папулезная	мелкопятнистая, точечная, сливающаяся в местах складок кожи
Время ее появления	1 – 3 день болезни	3 – 4 день болезни	6 – 12 часов от начала болезни
Этапность высыпания	нет	выражена	нет
Патогномоничные признаки	нет	пятна Бельского – Филатова – Коплика	нет

## **Емдеуі**

- **Жеңіл түрінде де асқыну болуы мүмкіндігіне байланысты антибиотик емі аурудың барлық түрлерінде жүргізіледі. Емдеу курсы 10 күн.**
- **пенициллин бұлшық етке 2-3 рет 100мың ЕД/кг бір дозасы**
- **септикалық түрінде пенициллин 200мыңЕД/кг дозадан аз болмау керек, күніне 3-4 рет.**
- **Дезинтоксикациялық терапия: жіберілетін сұйықтың мөлшері баланың жасына және аурудың жағдайына байланысты.**
- **Симптоматикалық ем – ауыз қыусын дезинфицирлеуші ертіндісімен шаю 5-6 рет күніне шаю керек.**
- **Ауруды асқынулары болмаса, көмей және мұрын жұтқыншақ жағынан қабыну өзгерістері болмаса, қан және зәр анализі қалыпты болса, 10 күннен кейін ауруханадан шығарылады.**