

**ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН
ФАРМАЦЕВТИКА
АКАДЕМИЯСЫ**



**ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКАЯ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ
АКАДЕМИЯ**

Саргаюлар (сары қызба, бактериялық гепатиттер (лептоспироз, иерсиниоз), протозойлы гепатиттер (токсоплазмоз, опистрохоз, фасциолез), он екі елі ішек ісіктері мен дивертикулалары (II), паразиттер – безгек және т.б.), бауыр эхинококкозы, өт шығару жолдарының обструкциялары мен ісіктері (рак, панкреатиттер), өт-тас ауруы (III).

Орындаған: Нәдірбаев Мейіржан

ЖТД - 730

Қабылдаған: м.ғ.к., доцент м.а. Қуандықов Е.К

Сары қызба



Сары қызба – бұл қоздырғыштың масалардың шағуы арқылы трансмиссивтік берілетін жедел вирустық табиғи-ошақтық кеселі. Оған кенеттен басталу, жоғары екі фазалық қызба, геморрагиялық синдром, сарғаю және гепатореналдық тапшылық тән. Тасымалдаушылары – Aedes туыстастығына жататын масалар және бәкене шыбындар. Жұғу механизмі – трансмиссивті.

Вирус көбінесе бауыр жасушаларында репродукцияланады, бұл кезде олардың функциясы бұзылысқа ұшырайды. Бауырдан басқа бүйректер майлы өзгеріске шалдығуының нәтижесінде ауыр зақымданады. Жүрек еттерінде де дегенеративті өзгерістер байқалады. Вирус региональды лимфа түйіндеріне енеді, сол жерде жасырын кезең бойы көбейеді, содан кейін қанға түседі. Вирусемия 3-4 күнге созылады, гематогенді жолмен ағзаларға таралып, вазотроптылық қасиетіне байланысты бауырға, бүйректерге, сүйек кемігіне, көкбауырға, және де бас миына түседі. Гепатоциттер дистрофияға және некрозға ұшырайды, бүйректің шумақты және түтікшелі аппараты зақымданады.


Жасырын кезеңі 3-7 күнге созылады. Негізгі ауру белгілері: қалтырау, температураның жылдам көтерілуі, басы мен бұлшықеттерінің ауыруы, фотофобия, лоқсу және құсу. Бетінде, мойнында, кеудесінің жоғарғы жағында, көз алмасының қабығы (склера) мен сілемей қабатында (конъюнктива) гиперемия дамиды, қызыл иектің қанталауы және белінің ауыруы байқалады.

Кеселдің 3-4 күнінде сарғаю басталады. Содан кейін қысқа мерзімді (1 тәулікке дейін) ауру белгілері бәсеңдейді (ремиссия), температурасы төмендейді де, оның қайтадан көтерілуі нәтижесінде әртүрлі ағзалардан қан кету басталады. Аурудың ауыр түрлерінде өлім-жітім 85-90%-ға жетеді. Жеңілдеу жағдайларда – сарғаю және геморрагиялық синдром болмауы да мүмкін.

СҚ диагнозы науқастың қанынан СҚ вирусын (арудың бастапқы фазасында) немесе оған антиденелерді (арудың кеш кезеңдерінде) РСК, НРИФ, РТПГА тапқан кезде дәлелденеді.

СҚ-ның салыстырмалы диагностикасы

- **геморрагиялық қызбаның басқа түрлерімен,**
- **вирусты гепатитпен,**
- **безгектің қатерлі түрлерімен жүргізіледі.**



СҚ науқастары масалардың кіруінен қорғанған стационарға жатқызылады. Парентеральды зақымданудың профилактикасы жүргізіледі. Терапиялық шараларға шокқа қарсы комплекс және дезинтоксикациялық заттар бұзылған гемостаз коррекциясы жатады. Айқын азотемиямен жүретін өршитін бүйрек, бауыр жетіспеушілігі жағдайында гемодиализ немесе перитонеальный анализ жүргізіледі.

Иерсиниоз - инфекция қоздырғышы фекальді-оральді жолмен берілетін өткір зоонозды бактериалдық ауру. Клиникалық көрінісі полиморфизмді: асқазан-ішек жолдарын, буындарды зақымдаумен, сондай-ақ интоксикация, қызба өршуі және рецидивімен сипатталады.

Ауыр ағымы бойынша: жеңіл, орташа ауыр, ауыр. Ағымы бойынша: өшірілген, жедел, созылыңқы, созылмалы. Иерсиниоздың негізгі клиникалық көрсеткіштері: гастроинтестинальді формасы 50% жиілікте кездеседі. Интоксикация көрінісінде гастроэнтероколит түрі бойынша өтеді. Қосымшалық болуы мүмкін: бауырдың ұлғаюы, малиналы тіл, буындағы ауырсыну, катаральді көріністер, әр түрлі сипаттағы шамалы бөртпе, күйдіру сезімі (алақан және табанда), кабыршақтану (2-3 айдан кейін), толқын тәрізді ағым Абдоминальды формасы:интоксикалық көріністе оң және мықын аймағында аппендицит, мезаденит ауырсыну синдромымен өтеді. Сонымен қатар артралгия және миалгия, бауыр ұлғаюымен жүреді.

Гектикалық түрдегі ұзақ қызба, қалтырау, профузды, айқын интоксикация, әртүрлі мүшелер мен жүйелердің зақымдануы (пневмония, полиартрит, миокардит, эндокардит, менингоэнцефалит, жедел бүйрек жетіспеушілігі, гепатит т.б. II-лік ошақты форма: мына түрде көрінеді:, моно және полиартрит ірі буындардағы (5-8%), гастроэнтерит өткергеннен кейін 2-3 аптадан кейінгі түйіндер эритема (2-10%), типтік көріністегі миокардит, Рейтер синдромы (артрит, конъюнктивит, уретрит)

- **Иерсиниоз диагнозын зертханалық зерттеудің оң (+) қорытындысымен және клинико эпидемиологиялық мәлімет негізінде қояды. Зертханалық әдістер:**
- **бактериологиялық (фекалин, зәр, қан, ми-жұлын сұйықтығы)**
- **қандағы, сілекейдегі, зәрде иерсиний антигенін анықтауға ИФА әдісі**
- **серологиялық (РА, РНГА)**
- **Салыстырмалы диагнозы: иерсиниоздардың салыстырмалы диагнозын ас-токсикоинфекциясымен, сальмонеллезбен, дизентериямен, скарлатиналық және клиникалық көрінісі ұқсас басқа да аурулармен жүргізді.**

Лептоспироз (грек. leptos — *жіңішке* және грек. spreira — *ирекше, бұрама*; грек. osis — *ауру*) — адамдарда, сүтқоректілерде және құстарда кездесетін тез жұғатын жұқпалы ауру.

Лептоспира бактериялары — тасымалдаушы жануарлардың бүйрегiнiң майда өзекшелерiнде өсiп-өнiп сақталады, сыртқы ортаға несебiмен шығады. Лептоспира адамдарға лептоспира бактерияларымен ластанған су, топырақ, ас тағамдары, тұрмыстық және мал өнiмдерiн өңдейтiн өндiрiстiк қалдық заттармен ауыз қуысы, мұрын, көз шырышты қабығы және зақымданған терi арқылы жұғады.

ЛЕПТОСПИРОЗ

В киевских больницах скончались двое больных лептоспирозом. Всего в Киеве 8 человек заразились лептоспирозом после купания в водоемах.

Зараженные в основном из Днепровского, Оболонского и Святошинского районов столицы.

КГГА запретило посещать водоемы «Радужный», «Вербное», «Тельбин» и в «Предместной слободке».

Лептоспироз — острая инфекционная болезнь, возбудителем которой являются бактерии рода лептоспира. Смертность человека от лептоспироза достигает 10%

Лептоспироз считается наиболее распространенной в мире инфекцией, передающейся от животного к человеку. Он встречается на всех континентах, кроме Антарктиды



ИСТОЧНИКИ ИНФЕКЦИИ

Лесная мышь, полевка, водяные крысы, землеройки, крысы, собаки, свиньи, крупный рогатый скот
От человека к человеку не передается



СИМПТОМЫ

- скрытый период продолжается от 4 дней до 2 недель.
- болезнь начинается внезапно, остро, без предвестников и характеризуется:
- ознобом;
- инъекцией капилляров склер;
- повышением температуры до 40 градусов;
- сильной головной болью;
- бессонницей;
- постоянной жаждой;
- сильными болями в икроножных и других мышцах;
- исчезновением аппетита.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- острая почечная недостаточность
- кровотечения
- поражение оболочек глаз
- миокардит
- параличи, парезы
- инфекционно-токсический шок

ЛЕЧЕНИЕ

Во многих случаях требует проведения реанимационных мероприятий

МОЖНО ЗАРАЗИТСЯ

- при контакте кожи и слизистых оболочек
- с водой и влажной почвой
- купании в водоемах со стоячей водой
- при разделке мяса
- при употреблении некоторых продуктов (молоко и др.)



- *Инкубационный период. Длится от одной до двух недель после первичного контакта с возбудителем. В это время выраженных симптомов не отмечается;*
- *Лихорадка. Возникает с первым выбросом молодых лептоспир из пораженных органов. Каждый последующий цикл размножения сопровождается повышением температуры. Поэтому лептоспирозная лихорадка носит интермиттирующий характер в виде температурных скачков до 39-40°C;*
- *Мышечные боли. Интенсивные, в большей степени выражены в тех группах мышц, которые подвержены высоким нагрузкам (икры, бедра);*
- *Желтушность кожи и склер. Появляется практически во всех случаях лептоспироза в ранние сроки заболевания. Эта особенность приводит к частым диагностическим ошибкам, когда лептоспироз воспринимается за гепатит. Не стоит забывать и о существовании безжелтушных форм болезни;*
- *Выраженные интоксикационные проявления (общая слабость, усталость, вялость, головные боли, тахикардия, частое дыхание);*
- *Кожные высыпания. Представлены геморрагическими элементами и кровоизлияниями по всей поверхности кожи, склерах и конъюнктивах, слизистой ротоглотки;*
- *Поражение почек. Проявляется в виде олиго-анурии (снижение количества суточной мочи в условиях достаточного потребления воды).*

- **Правильная диагностика лептоспироза в ранние сроки болезни является одним из главных критериев успешности его лечения. Оно включает в себя:**
- **Введение специфических противолептоспирозных сывороток (гипериммунный гама-глобулин). Желательно, чтобы это были донорские человеческие препараты, а не средства животного происхождения;**
- **Антибактериальная терапия. Проводится препаратами, к которым лептоспиры чувствительны больше всего (аугментин, цефтриаксон, тетрациклин, амикацин);**
- **Детоксикационная терапия. Уменьшения симптомов интоксикации удастся достичь путем инфузий коллоидов и кристаллоидов, витаминов (аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза, витамины В2 и В12, викасол);**
- **Борьба с почечной недостаточностью. Требуется массивной инфузионной терапии: физиологический раствор, трисоль, раствор Рингера, натрия гидрокарбонат, реосорбилакт, рефортан. Обязательно вводятся мочегонные средства в высоких дозировках (лазикс, фуросемид, трифас), кальция хлорид или глюконат, эуфиллин;**
- **Борьба с геморрагическим синдромом и расстройствами микроциркуляции – введение контрикала, низких доз глюкокортикоидных гормонов (преднизолон, дексаметазон), этамзилата и викасола.**

Токсикалық гепатит нәрестелік кезеңде өте сирек кездесетін кең спектрлі дәрілік заттармен шақырылуы мүмкін, солардың ішінде біріншілік маңызға антибиотиктер (ампициллин, клавуланат қышқылы, левомицетин, гентамицин, цефалоспорииндердің I ұрпағы, имипинем), зәр айдаушы (лазикс), стероидты емес қабынуға қарсы заттар (индометацин), нитрофурандар (фурагин, нитроксолин), сульфониламидты препараттар, кейбір антиконвульсанттар және нейролептиктер.

Қан сарысудағы билирубиннің жоғарғы деңгейлеріне қарамастан, трансаминазаның, сілтілік фосфатазаның белсенділігі аса жоғары емес немесе мүлдем жоқ. Оларды бермегеннен 3- 6 ай өткеннен кейін де токсикалық гепатиттің клиника-лабораторлы белгілер ұзақ уақыт бойы сақталуы мүмкін. Бауырдың биопсиясы кезінде холестаза белгілері, гепатоциттердің некрозды ошақтары және іріңді қабынудың дамуынсыз фиброз бөлімдері анықталынады. Арнайы емді қажет етпейді – негізгі ауруды емдеуді қажет етеді.

- **Қанның биохимиялық анализі – билирубиннің тура фракциясының > 20% жоғарлауы, СФ, ГГТ, холестерина, бета-липопротеидтердің жоғарлауы. Аминотрансферазалар және басқа гепатоспецификалық ферменттердің белсенділігі жоғарлайды (әдетте АЛТ/АСТ қатынасы > 1). Диспротеинемия, тимол сынамасының жоғарлауы (В гепатитінде – төмендейді). Холестаза кезінде сілтілік фосфатаза және урокиназа деңгейлері жоғарлайды. Протромбинды индекс < 80%.**
- **Гепатит маркерлерін анықтау (Hbs Ag, HBeAg, А, С, D вирусты гепатитке антидене және гепатиттің этиологиялық диагностикасын қамтамасыз ету үшін басқа зерттеулер);**
- **Құрсақ ішілік инфекцияларға зерттеу. Инфекциялық үрдістің қоздырғышын анықтау үшін ПТР арқылы оның сәйкестендірілуі жүргізіледі, арнайы иммуноглоблин М және G-дің титрлерін анықтау.**

- **Қанда-лейкопения, нейтропения, салыстырмалы лимфо- және моноцитоз, ЭТЖ-4мм/час.**
- **УДЗ кезінде өт қабының визуализациясы.**
- **Бауырдың биопсия. Көптеген қоздырғыштар өздеріне тән өзгерістерді шақырады, мысалы, цитомегаловирусты инфекцияда «үкі көзі» бар алып жасушалар болды. Жалпы белгілерге гепатоциттердің алып жасушаларға айналуы, бөлікшелердің архитектурасының ұйымдастырылуының бұзылысы, жасуша ішілік холестаза жатады. Токсикалық гепатит, сепсис кезінде холестаза белгілері, гепатоциттердің некрозды ошақтары, фиброзды бөліктер анықталады.**

Описторхоз (Opisthorchosis) – биогельминтоз, зооноз, вызываемый трематодами *Opisthorchis felinus* (двуустка кошачья, двуустка сибирская), характеризующийся преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы.

Клиническая классификация

По форме:

- **острый описторхоз (ранняя фаза) - от нескольких дней до 4-8 и более недель;**
- **хронический описторхоз (поздняя фаза);**
- **инаппарантная (субклиническая) форма описторхоза - случайное выявление эозинофилии при исследовании ОАК.**

По степени тяжести:

- **легкая;**
- **среднетяжелая;**
- **тяжелая.**

Клиническая картина описторхоза полиморфна и варьирует от бессимптомных форм до тяжелых проявлений, обусловленных развитием панкреатита, гнойного холангита, абсцесса печени и др.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- копрологическое исследование;
- микроскопическое исследование кала на яйца личинки гельминтов с применением методов концентрации (эфир-уксусного осаждения яиц), что позволяет повысить выявляемость в 3 раза;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, амилаза, щелочная фосфатаза);
- УЗИ органов брюшной полости.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- дуоденальное зондирование и микроскопическое исследование дуоденального содержимого на яйца описторхисов;
- ИФА - определение в крови IgM, Ig G к возбудителю описторхоза (*Opisthorchis felinus*);
- ИФА: определение серологического маркерного спектра для исключения острых и хронических вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HBcIgM, анти-HBcIgG, анти-HCVIgM, анти-HCVIgG, анти-HAVIgM, анти-HAVIgG).

Жалобы и анамнез

При остром описторхозе

При инаппарантной (субклинической) форме описторхоза жалобы отсутствуют.

Клинически выраженный острый описторхоз:

- лихорадка от 3-4 дней до нескольких недель;
- тошнота, повторная рвота;
- вздутие живота;
- жидкий стул;
- спонтанные упорные боли в верхних отделах живота и в правом подреберье приступообразного характера;
- желтушность кожи и склер;
- кожный зуд;
- кожные высыпания;
- темная моча, светлый стул;
- кашель;

НЕТ

Желтуха

ДА

Описторхоз

Да

1. Боли в эпигастрии, изжога, тошнота, рвота, частый жидкий стул, иногда с примесью слизи.
2. Боли в правом подреберье тупые, ноющие, давящие, жгучего характера.
3. Гепатомегалия, сопровождающаяся болями умеренной выраженности.
4. Высыпания сходные с герпетическими или псориазическими, локализуются на коже лица и

Острый вирусный гепатит

Да

1. Снижение аппетита вплоть до анорексии, тошнота, рвота, боли в животе, метеоризм, диарея. Кал обесцвечен со специфическим запахом.
2. Боли в правом подреберье могут быть как тупые и длительные, ноющие, так и приступообразные, интенсивные, могут отдавать в правое плечо и правую лопатку.
3. Гепатомегалия до 4-8 недель, печень плотновато-эластической консистенции, край чувствителен или болезнен, гладкий и заостренный.
4. Кожная пятнистая, пятнисто-папулезная, уртикарная сыпь, чаще вокруг крупных суставов, петехиальная сыпь на коже.

Кишечный персониоз

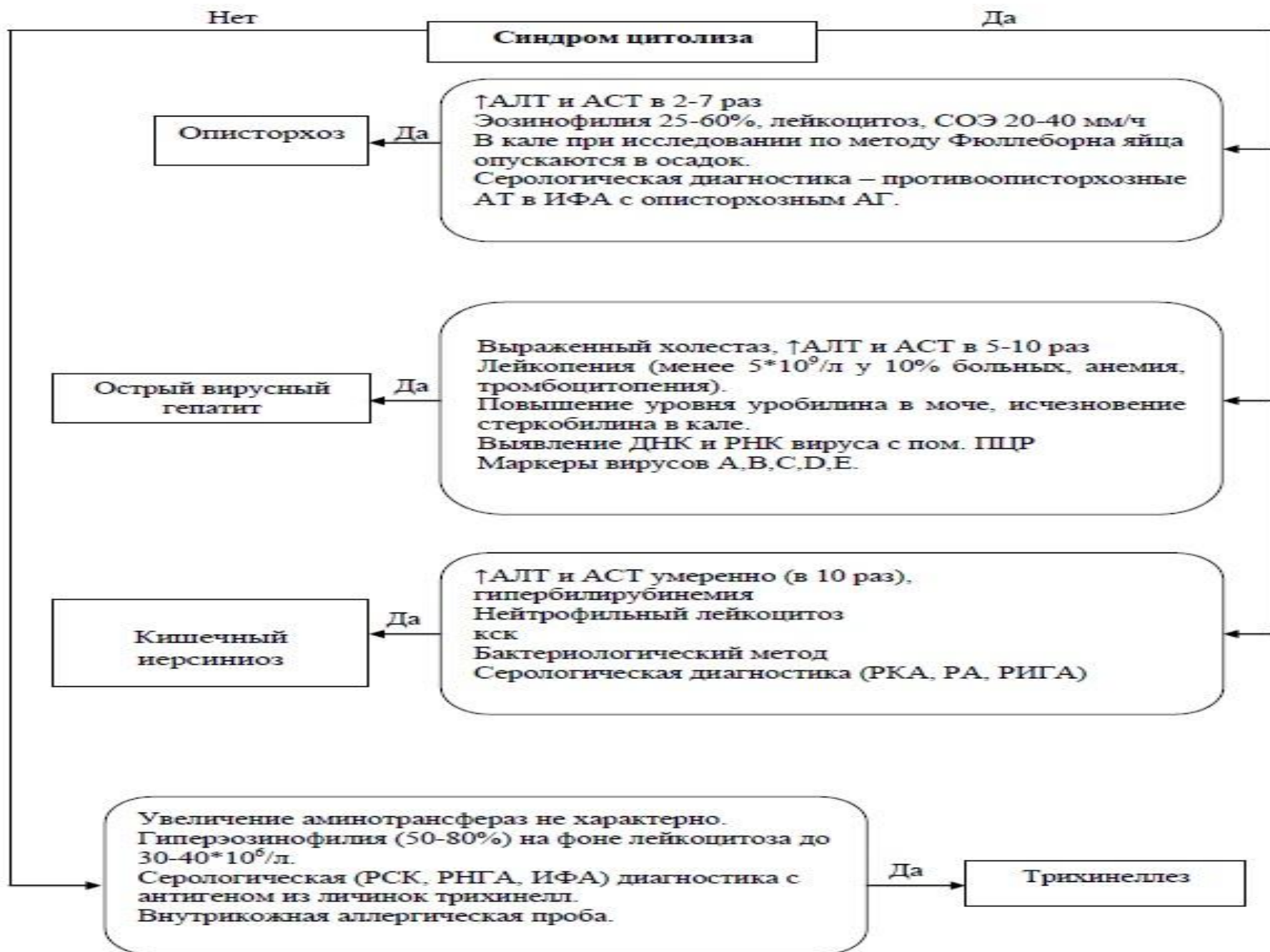
Да

1. Боль в животе различной интенсивности, постоянная или схваткообразная, локализация часто в правой подвздошной области или в области пупка. Стул жидкий зловонный, до 10 раз в сутки. Может быть примесь слизи.
2. Тяжесть и боли в правом подреберье тупого характера, умеренной интенсивности.
3. Гепатомегалия, печень увеличена, умеренно болезненна при пальпации. Спленомегалия.
4. Высыпания пятнисто-папулезные, чаще всего в нижней части конечностей (симптом «носок» и «перчаток»), может сопровождаться жжением в ладонях, после себя оставляет участки шелушения.

1. Длительная высокая лихорадка
2. Выраженная тошнота, обильная рвота, колики и резкая боль в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови.
3. Полиморфная сыпь эритематозно-папулезного характера, локализующаяся на коже лица, туловища, разгибательных поверхностей конечностей.
4. Отек век и всего лица в сочетании с

Да

Трихинеллез



Десенсибилизирующая терапия с целью купирования аллергических реакций: один из ниже перечисленных препаратов:

- кетотифен 1 мг, 2 раза в сутки (утром, вечером), курс лечения – до купирования аллергических реакций [УД – В];
- лоратадин 10 мг, 1 раз в сутки, курс лечения 3-5 дней [УД – В];
- хлоропирамин 5 мг, 2-3 раза в день, курс лечения 3-5 дней [УД – С];
- хлоропирамин 20 мг, по 1,0 в/м 1-2 раза в день, курс лечения 3-5 дней [УД – С].

Детоксикационная терапия:

- При легких и средних степенях тяжести заболевания больным назначается обильное питье из расчета 20-40 мл/кг жидкости в сутки в виде чая, фруктовых и овощных соков, морсов, минеральной воды.
- При тяжелой степени заболевания, токсико-аллергических, гепатоцитотоксических реакциях – парентеральное введение изотонических (0,9% раствор хлорида натрия 400,0; 5% раствора декстрозы 400,0) и коллоидных (меглюмина натрия сукцинат, 400,0) растворов в соотношении 3–4:1 в общем объеме 800-1200 мл в течение 3-5 дней.

Спазмолитические средства для обеспечения должного оттока из желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы: один из ниже перечисленных препаратов:

- мебеверин 200 мг, по 2 раза в сутки за 20 мин до еды
(является спазмолитиком выбора, так как воздействует избирательно на ЖВП) [УД – А];
- дротаверин 40 мг, 80 мг, 2-3 раза в сутки; раствор 40 мг/ 2 мл, по 2-4 мл в день в/м [УД – В];
- гиосцинабутилбромид по 2-3 раза в день; 10 мг, 2-3 раза в сутки ректально [УД – В];

Фасциолез – паразитарная инвазия, вызываемая печеночной или гигантской двуусткой и характеризующаяся преимущественным поражением гепатобилиарной системы. Течение фасциолеза сопровождается недомоганием, лихорадкой, крапивницей, тошнотой, болями в правом подреберье, увеличением размеров печени, желтухой.

Фасциолез- внекишечный гельминтоз, обусловленный паразитированием в паренхиме печени и желчных путях печеночной или гигантской фасциолы (сосальщика).

Фасциолез

- слабость, головная боль, недомогание
- снижение аппетита, боли в животе, тошнота, рвота
- при пальпации печень увеличена, плотная, болезненная
- характерны периодические обострения и ремиссии
- аллергические проявления
- вследствие бактериального инфицирования типичные признаки воспалительных заболеваний желчного пузыря и желчных путей

Диагностика

- лабораторно-паразитологическое исследование фекалий и дуоденального содержимого на предмет обнаружения яиц (не должно быть транзитных яиц, в связи с чем за 3 суток исключить употребление в пищу печени)
- иммунодиагностика

Лечение Фасциолеза :

В острой стадии фасциолеза с яркими аллергическими проявлениями проводят десенсибилизирующую терапию (антигистаминные препараты, кальция хлорид), при развитии гепатита, миокардита назначают преднизолон в дозе 30-40 мг в сутки в течение 5-7 дней с быстрым снижением и отменой препарата. При стихании острых явлений назначают хлорксил в дозе 60 мг на 1 кг массы тела в сутки в 3 приема после еды в течение 5 дней. В хронической стадии лечение фасциолеза проводят хлорксилом, препаратами, устраняющими холестаза, общеукрепляющими средствами. При присоединении бактериальной инфекции желчных путей предварительно назначают антибиотики.

Рак тонкого кишечника относительно редкое онкологическое заболевание пищеварительного тракта, которое составляет всего лишь 2% среди прочих злокачественных опухолей ЖКТ. В основном, эти новообразования представлены аденокарциномой, саркомой, карциноидом и лимфомами кишечника. Патогенез (что происходит?) во время Рака тонкого кишечника:

Рак тонкой кишки встречается чаще в начальном отделе тощей и конечных петлях подвздошной кишок, чаще бывает единичным и исключительно редко - множественным.

В большинстве случаев раковая опухоль тонкой кишки исходит из цилиндрического эпителия кишечных желез и по гистологическому строению является аденокарциномой. Иногда обнаруживается слизистый рак.

Предрасполагают к развитию рака (предрак) кишечные язвы, аденомы, хронические воспаления, дивертикулиты.


Раковая опухоль чаще растет в просвет кишки, реже внутрстеночно и лишь иногда экзофитно. Рак, растущий в просвет, суживает кишку, причем в основном концентрически (кольцевидно) и гораздо реже эксцентрически.

В некоторых случаях, особенно при наличии саркомы, могут наблюдаться кишечные кровотечения. В случае развития массивных опухолей нередко возникает обструктивная кишечная непроходимость, которая проявляется вздутием живота, рвотой, обезвоживанием и без соответствующего лечения может привести к смертельному исходу. Новообразования также могут сдавливать соседние ткани и органы, что может служить причиной развития желтухи, панкреатита, асцита и ишемии кишечника. Иногда опухолевое поражение служит причиной разрыва тонкокишечной стенки, что приводит к другому жизнеопасному состоянию – перитониту.

Диагностика Рака тонкого кишечника:

Для диагностики онкологических заболеваний тонкой кишки чаще всего используются фиброгастроскопия, рентгенологическое исследование, ангиография сосудов брюшной полости, колоноскопия, лапароскопия, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс, а также биопсия для установления типа клеток и степени их злокачественности.

Дифференциальный диагноз должен проводиться с туберкулезом тонкой кишки, болезнью Крона, артерио-мезентериальной непроходимостью, доброкачественными опухолями тонкой кишки, раком толстой кишки, опухолями яичников, блуждающей почкой, врожденным стенозом кишки.



Лечение рака тонкой кишки зависит от стадии заболевания и вида опухоли. В 2/3 случаев прибегают к хирургическому удалению онкологического новообразования, что нередко приводит как к снижению симптоматики, так и способствует увеличению продолжительности жизни.

В некоторых случаях операция носит паллиативный характер, то есть осуществляется только с целью облегчения страданий больного.

В случаях неоперабельности или при наличии опухоли, чувствительной к химиотерапевтическим средствам, применяют терапию с использованием препаратов, подавляющих рост и препятствующих развитию опухолевых клеток.

- **Безгек (malaria)** – Anopheles тұқымдас масаның ұрғашысымен берілетін әртүрлі безгек плазмодийлері тудыратын, дұрыс кезектесетін (интермиттелетін) қызбамен, қаназдықпен, спленогепатомегалиямен, сарғаюмен, пароксизмдер кезінде айқын уланумен, тропиктік безгек кезінде қатерлі ағымымен және радикалды емдеу болмағанда vivaх-безгегі кезінде алыстаған (экзоэритроциттік) қайталанулардың (рецидивтердің) дамуымен сипатталатын антропоноздық протозойлық трансмиссиялық инвазиялар тобы

- **Клиникалық жіктемесі:**

I. Этиологиясы бойынша:

- *P. vivax* тудыратын безгек (*vivax*-безгегі, үш күндік безгек);
- *P. ovale* тудыратын безгек (*ovale*-безгегі);
- *P. falciparum* тудыратын безгек (тропиктік безгек);
- *P. malariae* тудыратын безгек (төрт күндік безгек);
- Безгек- микст (аралас, қоздырғышы көрсетілетін).

III. Инфекцияның таралу тетігі бойынша:

- трансмиссиялық (маса шағу арқылы);
- екпелік (шизонтты) (қан арқылы).

IV. Клиникалық көріністері бойынша:

- үш күндік (vivax – безгегі, ovale – безгегі және тропиктік безгек);
- төрт күндік (malariae – безгегі).

V. Клиникалық көріністерінің айқындығы бойынша:

клиникалық түрде айқын (кәдімгі);
симптомсыз паразит тасымалдаушылық
(гиперэндемиялы өңірлерде бастан өткерген безгектен кейін қалыптасады).

- **Физикалық зерттеп-қарау:**

Ұстама кезінде:

- қалтырау кезеңінде: беттің қуқылдығы, аяқ-қолдардың тері жабыны сипап көргенде салқын, акроцианоз;
- қызба кезінде: бетті қан кернеу (гиперемия); аққабық тамырларының инъекциясы, құрғақ, ыстық тері, енгігу, тахикардия, гипотония;
- айқын тершілдік/қызбаның сыни төмендеуінен кейін ағыл-тегіл тер бөліну.

Екі-үш ұстамадан кейін мыналар анықталады:

- тері жабындарының қуқылдығы (бозандығы);
- сарғаю (субиктериялық);
- көкбауырдың үлкеюі;
- бауырдың үлкеюі;

Сырқаттың ауыр ағымы кезінде:

- тындағфанда (аускультациялы түрде): бронхит, өкпенің қабынуы дамыған кезде өкпедегі құрғақ сырылдар, ылғалды – өкпенің ісінуі кезінде;
- бірқалыпты метеоризм;
- сұйық дәрет;
- олигурия (БФЖЖ дамыған кезде)
- ісінулер, гипертония (нефроздық синдромның дамуы кезінде төрт күндік безгекке тән);
- елестеу, сандырақтау, құрысулар, сананың бұзылуы (церебралды нысанында).

Салдарлық латентті кезеңі:

ұстамалар тоқтағаннан кейін: температура қалыптанады, бірақ науқастардың кей бөлігінде – қанда плазмодийлер болмаған кезде, тепе-теңдіктің бұзылуы немесе салдарлық инфекцияның қосылуы есебінен субфебрилді температура болады.

ЖҚА:

- эритроциттер санының, гемоглобин концентрациясының төмендеуі, анизо- және пойкилоцитоз;
- ретикулоциттер құрамының ұлғаюы;
- салыстырмалы лимфоцитозбен, моноцитозбен тромбоцитопенияға, лейкопенияға тенденция, нейтрофилезбен лейкоцитоз болуы мүмкін (тропиктік безгек кезінде);
- ЭШЖ үлкеюі;
- аурудың ауырлығына қарай гематокриттің төмендеуі.

ЖЗА:

- протеинурия (нефроздық синдромның дамуы кезінде төрт күндік безгекке тән);
- цилиндрурия, эритроцитурия (тропиктік безгек кезінде).

- **Емдеу тактикасы:**

Дәрі-дәрмексіз емдеу:

Режим:

- жартылай төсектік (асқынуларсыз безгек);
- төсектік (асқынулар дамыған кезінде).

Емдәм (жеңіл сіңірілетін);

- №5 емдәм
- №7 емдәм (нефроздық синдром дамыған кезінде).

2,5-3,0 л-ге дейін мол сұйықтық ішу.

Ересектер үшін: Хлорохинді* (хлорид немесе дифосфат) (chloroquine-CQ) курстық 25 мг негіз/кг мөлшерінде 3 күн бойына (15+5+5) per os:

1-күн 2 қабылдаумен: 6 сағаттық аралықпен 10 мг/кг және 5 мг/кг;

2-күн – 5 мг/кг бір рет.

3-күн - 5 мг/кг бір рет.

3-тәулікте қызба сақталған кезде және жоғары паразитемия кезінде емдеу курсы тағы 2 күнге жалғастырылуы мүмкін:

4-күн - 5 мг/кг бір рет

5-күн – 5 мг/кг бір рет

- **Эхинококкоз** – үй жануары арқылы тасымалданатын паразитті ауру. Паразит жануарлардың ішегінде бірнеше даму сатысынан өтіп, содан соң, жануарлардың нәжісімен жерге түседі. Жерге түскен жұмыртқалар онкосфералар деп аталады. Онкосфералар ауа температурасының өзгерістеріне берік әрі сыртқы ортаға бейімделгіш болып келеді. Балалар, көбінесе, үй жануарларымен қарым-қатынас кезінде, жануарлардың жүні, шаң-тозаң, су және т.б. арқылы жұқтырады.
- Егер, паразит тамақпен бірге ағзаға түссе, *бауыр эхинококкозы*,
- егер ауа арқылы тараса, *өкпенің эхинококк өсіндісі* дамиды. Эхинококк өсіндісі – бұл паразиттің дамуындағы соңғы кезең болып табылады.

■ **Жылауық құрттың белгілері**

- Жылауықтың өрбуін екі кезеңге бөлуге болады.
- **1. Жасырын өрбуі.** Науқастың аздаған қызуы көтерілуі мүмкін, субфебрилитет, қан аздық, лоқсып, тамаққа тәбеті төмендеп, ас қазан түбі ауырып, ауырлық сезіледі. Кейбір науқаста бас ауырып, жөтеліп, еңтігіп, кеудесі шаншиды, әлсіздік сезінеді. Жылауық құртының ұрықтары ағзада айлап, жылдап, көп белгі бермей жата беруі де мүмкін. Ал, кейде басқа дерттердің белгілері сияқты көрінеді, басқа дәрігерлерде емделіп жүреді.
- **2. Жылауық құртының ауыр түрі.**
- 1. Бауырдағы жылауық асқынғанда, а.) Жылауық қалтасының жарылуы,
 - б.) Сар-ғаю, өт жолын жапқандықтан,
 - в.) Жылауықтың іріндеуі.
- 2. Өкпедегі жылауық асқынғанда а.) өкпедегі іріндік, ірінді плевра
 - б.) өкпеден қан кету.

- Бауырда көлемдері әртүрлі, іші мөлдір суға толған жылауық құрт ісіктері пайда болады. Адамның іші өтеді, асқазан, бауыр тұсы сыздап ауырады. Оң жақ қабырға астынан сыртқа қарай томпиған ісікті байқауға болады. Жылауық асқынып жарылғанда науқастың жағдайы нашарлайды. Жылауық қалтасы өт жолын жапқанда науқас сарғайып кетеді. Бауырдағы жылауық іріңдегенде ағзаның түгелдей улану қаупі басталады. Өкпедегі жылауық асқынғанда тыныс жолдарының, өкпенің, плевраның іріңдеп қабынуы болады. Өкпедегі тамырды сорып, жегідей жеп, өкпеден қан кеткенде өте ауыр жағдайға соқтырады.

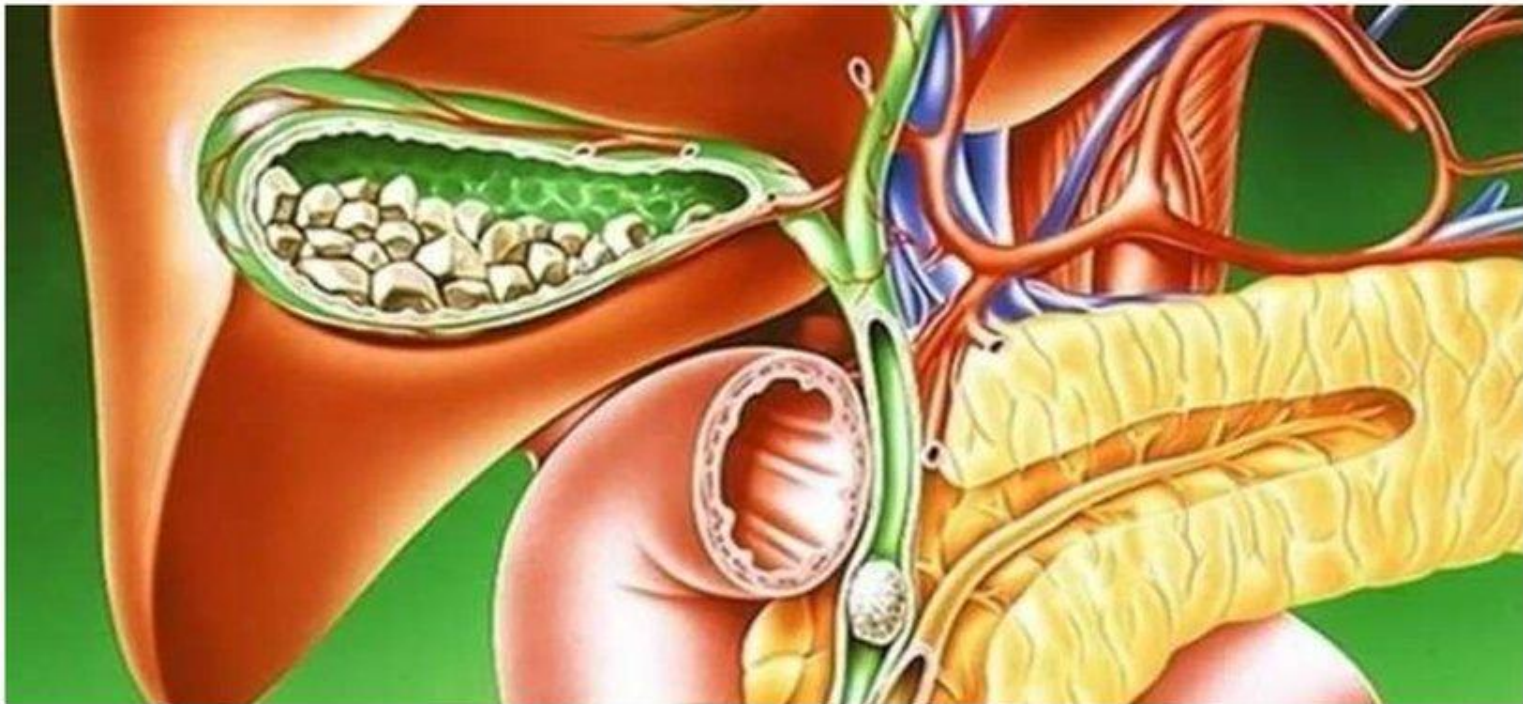
- **Қандай алдын алу шараларын қолға алу қажет?** Бірінші кезекте, жеке гигиенаға, әсіресе, қол тазалығына аса көңіл бөлу қажет. Екіншіден, үй жануарларын, ауылдық жерлерде ірі қара малды ішек құрттарынан тазарту шараларын атқару қажет. Жануарлар уақытылы ветеринарлық тексеруден өткізіліп, олардың қалдықтары жойылуы, жануар өнімдері жеткілікті мөлшерде термиялық өңдеуден өткізілуі қажет (флюорография, ультрадыбыстық зерттеу).
- Ветеринарлық қызметтің жұмысын жақсартып, үй жануарларының эхинококк ауруын жұқтыруын бақылауға алу, бұралқы иттер мен мысықтардың санын азайту, тұрғындардың өмір сүру дағдысын, санитарлық білімі мен жеке гигиенаны сақтау мәдениетін арттыру қажет.

Созылмалы холецистит - өт қабының алты айдан астам ұзақтықта созылатын полиэтиологиялық қабынбалы ауруы, өт шығару жолдарының моторлы тондық бұзылуларымен және өттің физикалық химиялық қасиеттерінің өзгерістерімен қоса жүретін, өт қабында тастың пайда болуымен, билиарлы жүйенің моторлы тондық бұзылуларымен бірге жүруі мүмкін.



Қабынбалық процесс таспен, қап аномалиясының дамуымен, соңғысының дискинезиясымен жүреді. Холангиттің дамуымен және холангиогепатиттің дамуымен бауырдың өзі зақымдалуымен, өт жолдары бойынша инфекция кіруі мүмкін.

Өт тас ауруы - симптомкешені, тас түзілуімен ғана емес, типтік өттік шаншулармен қоса.



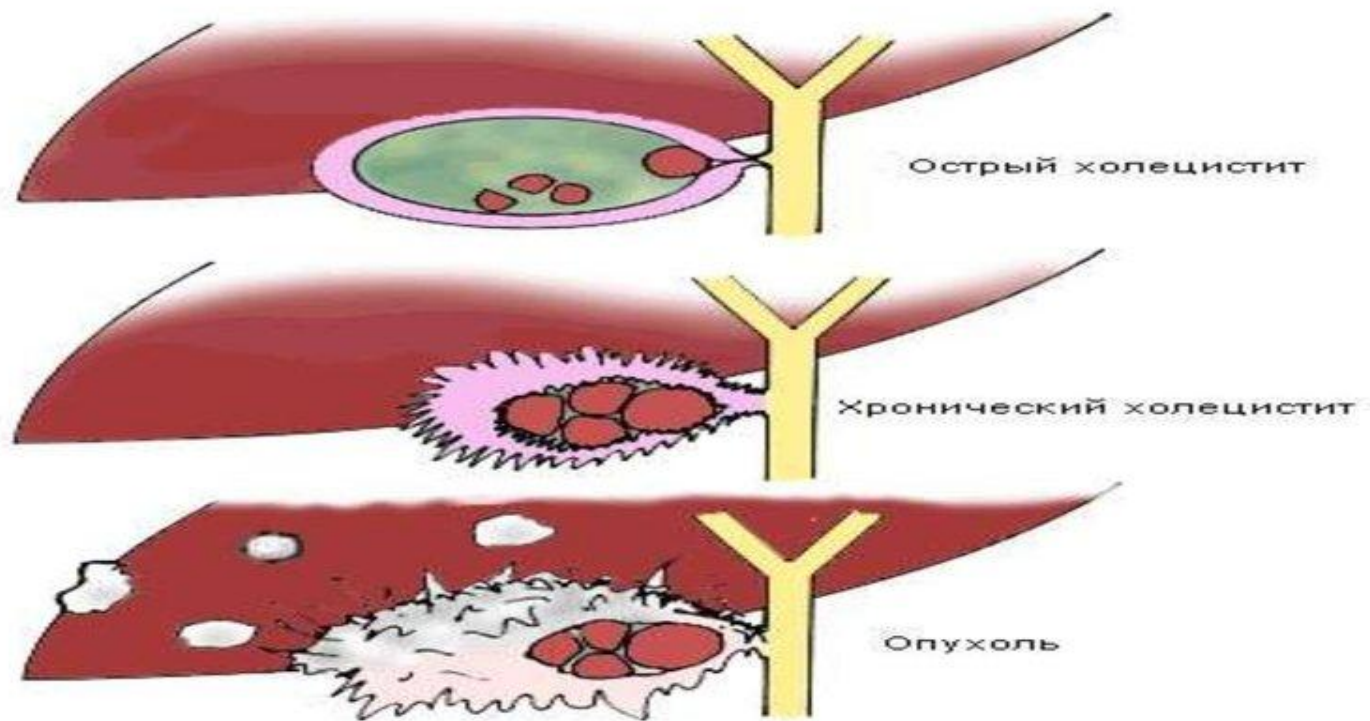
Этиологиясының ең басты факторы – өттің өтқабында іркілісі.

Өттің іркілісіне алып келетін себептер:

- Уақтылы тамақтанбау (тамақ ішкенде өтқабы жиырылып босайды, ал сирек тамақтанғанда өт өтқабында ұзақ іркіледі);
- Клетчатканың тапшылығы (клетчатка өттің сұйылуына және өтқабының босауына септігін тигізеді);
- Гиподинамия;
- Өттің ағып шығуына кедергілер (іштің қатуы, Одди, Люткенс сфинктерлерінің гипертонусы, тірелген тас, папиллит, т.б.);
- Психоэмоциялық стресстер (өт жолдарының дискинезиясын туғызатын);
- Өтқабының моторикасын реттеуге қатысатын гормондар арақатынасының бұзылысы.

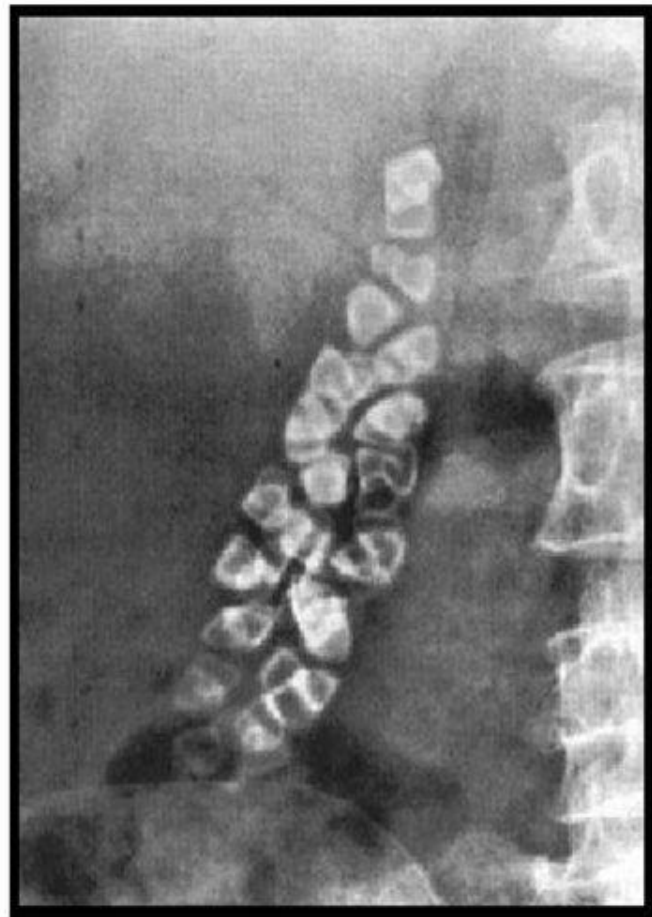
Асқынулар:

- реактивті панкреатит;
- спецификалық емес реактивті гепатит;
- перихолецистит;
- созылмалы дуоденит и перидуоденит;
- дуоденалды стаз;
- басқалар.



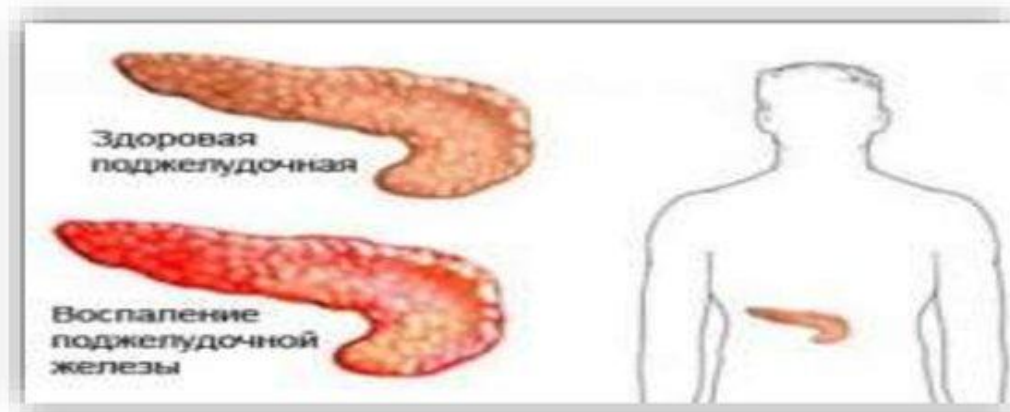
Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Қанның жалпы анализі (6 параметр).
2. Глюкозаны анықтау.
3. Сілтілік фосфатазаны анықтау.
4. Билирубин мен фракцияларды анықтау.
5. Холестеринді анықтау.
6. Құрсақ қуысы ағзаларын УДЗ.
7. Эзофагогастродуоденоскопия.
8. Зәрдің жалпы анализі.
9. Капрологияға нәжісті зерттеу.
10. АЛТ анықтау.
11. АСТ анықтау.
12. С-реактивті ақуызды анықтау.
13. Жалпы ақуызды анықтау.



Холецистография.
На холецистограмме видны тени конкрементов в просвете
желчного пузыря

❑ **Панкреатит** — бұл ұйқы безінің панкреатикалық ферменттерінің әсерінен бактериальды емес қабынуы.



- ❑ Ұйқы безі — грек тілінен аударылғанда «барлығы еттен» деген мағына береді.
- ❑ Ұйқы безі ұзынша келген ағза, асқазанның артында орналасқан. I - II бел омыртқасының алдында, ал құйрығы X-XI қабырға маңайына барып бітеді. Ұзындығы 10-23 см, ені 3-9 см, қалыңдығы 2-3 см, салмағы 70-80 гр.



Панкреатит

Жедел панкреатит



Панкреастың шығару жолдарының өт тастарымен бітеліп қалуына байланысты без сөлінің 12 елі ішекке түсуінің қиындауы, арақты өте көп ішкенде без секрециясының күшеюі және дуоденум сөлінің немесе өттің холедохопанкреастың рефлюкс нәтижесінде ұйқы безі жолдарына түсуі салдарынан пайда болады.

Созылмалы панкреатит



Жедел панкреатиттен соң немесе ас қорыту жүйесінің Созылмалы панкреатиттің туындауында дұрыс тамақтанбаудың, алкогольизмнің, қан тамырлар атеросклерозының (ишемиялық панкреатит) салдарынан пайда болады.

Жоспар	Мотивация
1. Емдеу – қорғау режимі қамтамасыз ету.	Пациенттің психоэмоциональды күйін жақсарту
2. Пациентті № 5а диетасымен тамақтандыру.	Бауырдың бұзылған қызметін қалпына келтіру үшін
3. Пациентті белгіленген дәрілік препараттарды қабылдауға үйрету.	Медициналық персонал мен пациент арасында толық түсіністікке жету және препарат әсерінің нәтижелі болуы үшін.
4. Пациентке оның ауруы жайлы , заманауи диагностикалық әдістер, емдеу және профилактикалық шаралар туралы түсіндіру.	Пациент үрейін басу үшін және ем нәтижесі қолайлы болатынына сенімін арттыру үшін.

Пайдаланылган әдебиеттер:

1. Клиникалық хаттамалар «Бауыр циррозы», «Ересектердегі созылмалы вирусты гепатит С» (2013 ж.), «Жильбер синдромы» (2014 ж.)
2. Протоколы диагностики и лечения заболеваний МЗ РК, 2015 Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии.
3. РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК) Версия: Клинические протоколы МЗ РК – 2015 Категории МКБ: Описторхоз (В66.0)
Разделы медицины: Инфекционные и паразитарные болезни
4. Publication in electronic media: 04.04.2013 under сілтеме : <http://journal.forens-lit.ru/node/930>
5. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЭОТАР-МЕД, 2012.