



Қазақстан Республикасының Білім және ғылым министрлігі  
"М. Қозыбаев атындағы Солтүстік Қазақстан университеті" КЕАҚ  
Медицина факультеті  
"Клиникалық пәндер" кафедрасы

# СӨЖ

Күл жұқпасы. Эпидемиология. Клиника.  
Диагностика. Емі.

Орындаған: ОМ – 18к – 1  
Тексерген: Өмірзақ Н.

# Жоспар:

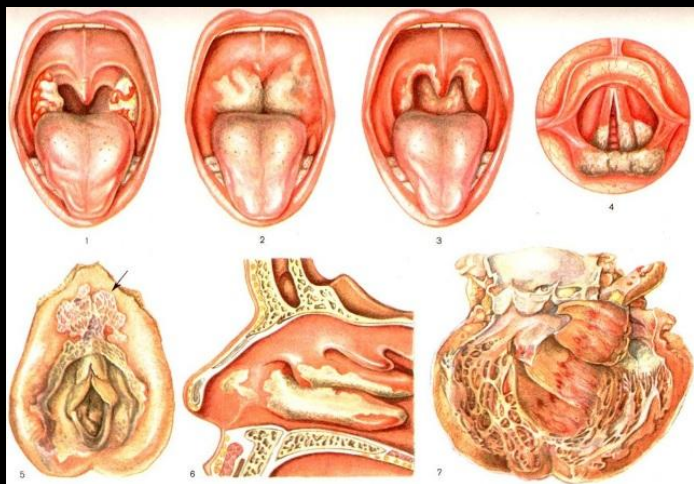
1. Анықтамасы.
2. Тарихи мәліметтер.
3. Этиологиясы.
4. Эпидемиологиясы.
5. Патогенезі.
6. Клиникалық көрінісі.
7. Диагностикасы.
8. Емі.

**Қолданылған әдебиеттер тізімі**



# Күл ауруы (дифтерия)

коринебактериялар тобының Леффлер бактериясымен қоздырылатын, ағзаның улану белгілерімен және мұрын, жұтқыншақ шырышты қабықтарының фибринозды қабынуымен сипатталатын жедел жұқпалы ауру.



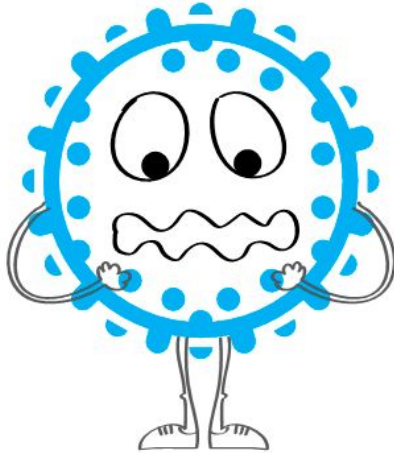
# Тарихи мәліметтер

«Дифтера» –  
қабыршақ  
деген сөзді  
білдіреді.

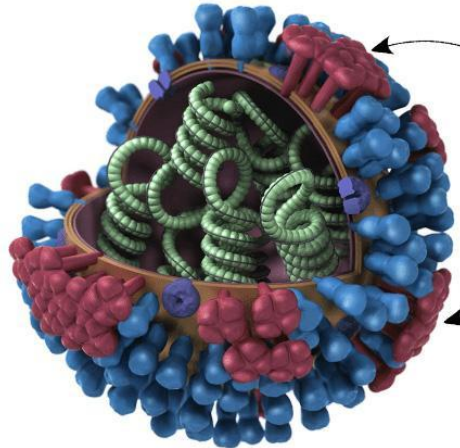
- ✓ XIX ғасырдың 20-шы жылдары француз ғалымдары Бретонно және Труссо күл ауруын бөлек нозологиялық түрге ажыратқан. Бретонно «дифтерит» терминін енгізген.
- ✓ 1846 ж. Труссо «дифтерия» терминін енгізген.
- ✓ 1883 ж. Клебс күл қоздырғышын алғаш рет тапқан, ал Леффлер 1884 ж. күл бактерияларын таза дақыл түрінде бөліп, олардың қасиеттерін зерттеген. Соған байланысты күл қоздырғышын Леффлер бактериясы (БЛ) деп атаған.



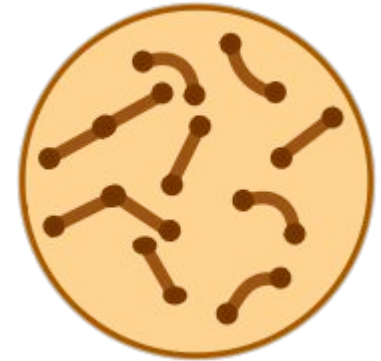
# Этиологиясы



Күл ауруын бактериялардың токсигенді штаммдары туғызады, олар экзотоксин түзеді.



Экзотоксиннің құрамына дермонекротоксин, гемолизин, нейраминадаза, гиалуронидаза кіреді.



Қоздырғыштың морфологиялық белгілері: грам оң таяқша, екі ұшы жуандаған шыны сауыт (колба) түрінде және жеке микробтар бір-біріне түйісе рим сандары ретінде орналасады.

Сау адамдардан бөлінетін дифтерия таяқшасының токсигенді емес штаммдары эпидемиялық қауіп тудырмайды.

# Эпидемиологиясы

Күл ауруының көзі – науқас адам.

Ал тері дифтериясымен ауыратын науқастардың эпидемиялық қауіпі жағынан маңызы аз.



Ең жоғары эпидемиялық қауіпті жұтқыншақ, мұрын және көмей дифтериясымен ауыратын науқастар тудырады, қоздырғыш сыртқы ортаға ауа арқылы бөлінеді.



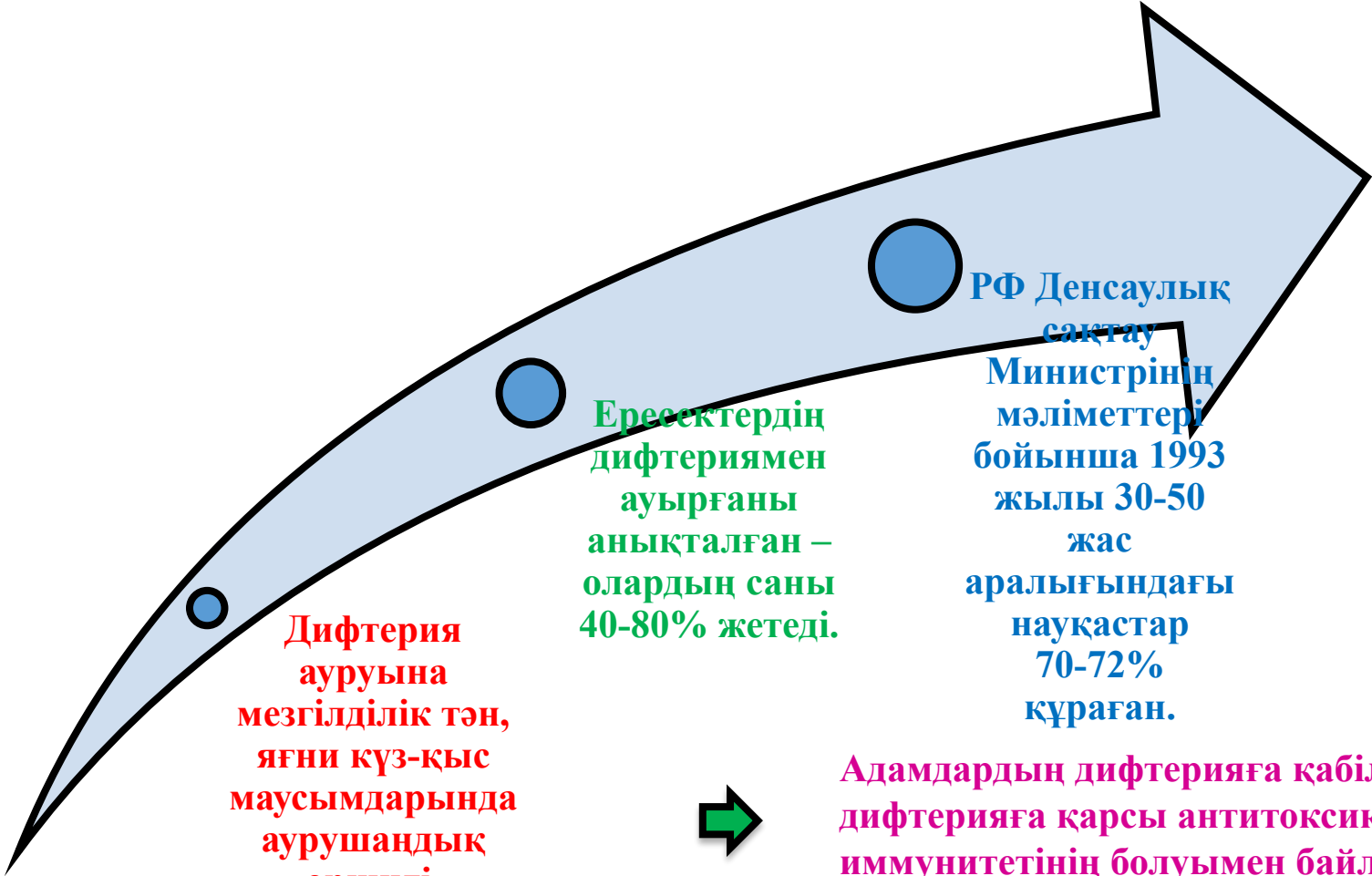
## Дифтерия қоздырғышын жұқтырушылардың 5 түрін ажыратады:

- **транзиторлы тасымалдаушылық  
(қоздырғыш сыртқа ортаға 1-7 күн бөлінеді);**



- **қысқа мерзімді (7-15 күн);**
- **орташа ұзақтық (15-30 күн);**
- **ұзаққа созылатын (6 айға дейін);**
- **созылмалы (6 айдан артық).**

**Аурудың берілу механизмі –ауа тамшылы, контагиозды индексі  
10-15%.**



**Дифтерия  
ауруына  
мезгілділік тән,  
яғни күз-қыс  
маусымдарында  
аурушандық  
өршиді.**

**Ересектердің  
дифтериямен  
ауырғаны  
анықталған –  
олардың саны  
40-80% жетеді.**

**РФ Денсаулық  
сақтау  
Министрінің  
мәліметтері  
бойынша 1993  
жылы 30-50  
жас  
аралығындағы  
науқастар  
70-72%  
кұраған.**

**Адамдардың дифтерияға қабілеттілігі,  
дифтерияға қарсы антитоксикалық  
иммунитетінің болуымен байланысты.**

**Ересектердің аурудан қорғаныштығының  
әлсіздігі, олардағы дифтерияға қарсы  
иммунитет деңгейінің төмендігімен  
түсіндірілген.**



# Күл ауруының патогенезі

Дифтерия қоздырғышының кіру қақпалары болып ағзаның жамылғылары (тері мен шырыштар) есептеледі.

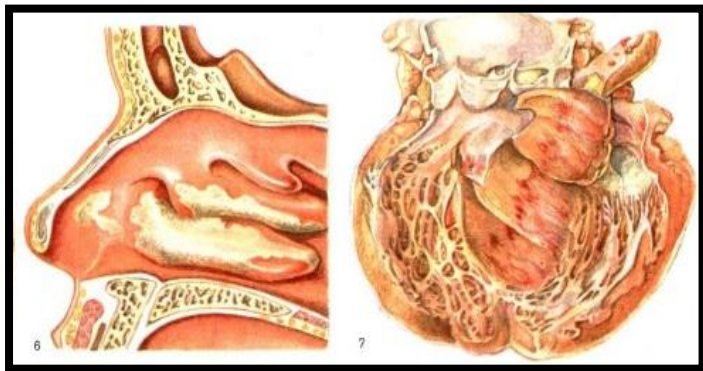


Алайда ең жиі ену орындары жұтқыншақтың шырышты қабаты, көмей, мұрын, көздің дәнекер қабығы, жыныс мүшелері, жараның үсті, тері және т.б.

Дифтерия экзотоксині бірнеше фракциядан тұрады, олардың әрқайсысы дербес биологиялық әсерлерге ие.

## Бірінші фракциясы

некротоксин, ол қоздырғыштың кіру орнында эпителий некрозын туғызады, қан тамырларының өткізгіштігін жоғарылатады, оларда паралитикалық дилатация дамып, қанның ағымы бәсеңдейді.



Қоршаған тіндерге плазма өтіп, плазмадағы фибриноген некротанған эпителийдің тромбопластинымен байланысып фибрин түзіледі, ол шырышты қабаттарда фибринді қабыршаққа ауысады.

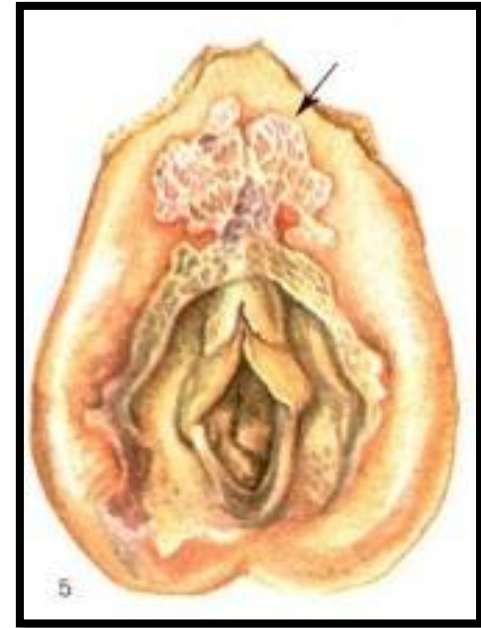


Ауыз жұтқыншақтың шырышты көпқабатты эпителиінде дифтериялық қабыну дамып, эпителиіді және дәнекер тіндерді зақымдайды, сондықтан фибринді қабыршақ қоршаған тіндерден қиын ажыратылады.

**Бірқабатты шырышты эпителийде  
крупозды қабыну дамығанда тек қана  
эпителиальды қабаты зақымдалып,  
фибринді қабыршақ оңай алынады.**



**Зақымдалған тіндердің ауру сезімі  
төмендейді, лимфа түйіндер және мойын  
аймағындағы тері асты шелқабатының  
ісінуі дамиды.**



## Екінші фракция

гиалуронидаза, ол жіңішке қан тамырларының құрамындағы гиалуронды қышқылды бұзады да олардың өткізгіштігін жоғарылатады.

Таңдай көмекей бездерінің басқа мүшелерден айырмасы, көп ядролы эпителиймен жабылған.

ГИАЛУРОНИДАЗА



СТАРЕНИЕ И МОРЩИНЫ



Осы өзгерістерге миокард, жіңішке қан тамырлардың клеткалары және жүйке клеткалары аса сезімтал.



Кардиомиоциттерде некроз, миолиз құбылыстарымен қатар миокардиодистрофия дамиды.



Дифтерия кезіндегі жіңішке қан тамырлардың зақымдануы инфекциялы-токсикалық шокпен қабаттаса жүреді.

## Үшінші фракциясы

нағыз дифтерия уыты, клетка құрылымынан В цитохромын ығыстырып шығаруға қабілетті.

# Дифтерияның (күл) клиникалық көрінісі

Күл ауруы күмәнді, болуы мүмкін және зақымдалған деп бөлінеді.

Күмәнді жағдайға – ларингит немесе назофарингит немесе тонзилит плюс псевдомембрана (жағындылар) жатады.

Зақымдалған жағдай – болуы мүмкін жағдай осы жердегі токсигенді штаммның бөлінуі (мұрын, араң, тері жарасы, жара, конъюктива, құлақ, қынап) немесе сарысу антитоксин титрінің төрт есе не одан да жоғары өсуі, екі сынамада да сарысу күл ауруына белгіленген анатоксин мен антитоксиннің болуы жағдайында

Болуы мүмкін – күмәнді жағдаймен бірге келесі бір симптомдар кездеседі:  
жақында (екі аптаға дейін) зақымдалған жағдаймен контакт;

- осы ауданда кезекті күрт өсу;
  - стридор;
- мойынның ісінуі немесе томпаюы;
- шырыш асты немесе терінің петехиальды қан құюлары;
- токсикалық циркуляторлы коллапс;
- миокардит немесе жалпы әлсіздік (қан айналымы жетіспеушілік симптомы) ауру басталғаннан алты аптаға дейін;
- бас – ми нервтерінің зақымданулары (гнусавость голоса);
  - өлім.

## Күл ауруының жіктелуі (ДДСҰ, 1996жыл)



Клиникалық формасы	Псевдомембрана	Мойын ісінуі
1. Локализденген	Бадамша және мұрынмен шектелген	жоқ
2. Аралық	Жұтқыншақпен көмейге таралған	жоқ
3. Ауыр (токсикалық)	Шектелген не жайылған	Шамалыдан айқынға дейін

**Инкубациялық кезең 3-10 күн**

**Ауру типті немесе атипті түрде өтуі мүмкін. Дифтерияның типті түрі өз кезегінде жергілікті, таралған, субтоксикалық және токсикалық түрлерге бөлінеді.**

**Сирек, аурудың өте ауыр гипертотксикалық және геморрагиялық түрлері болуы мүмкін.**

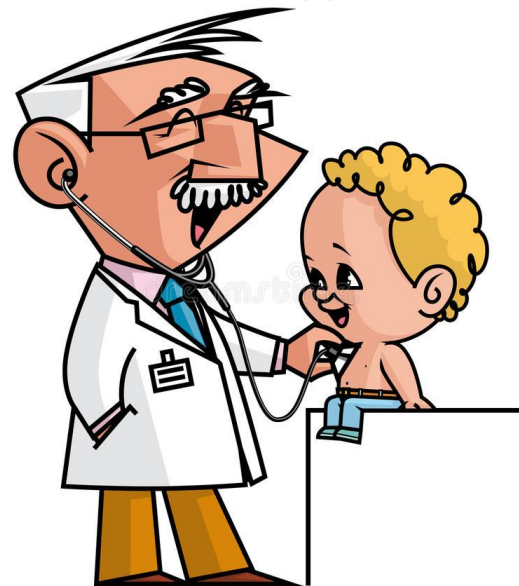
**Гипертотксикалық түрінде ИТШ дамып аурудың жергілікті көріністері пайда болуға үлгермейді, науқас 2-24 сағат аралығында өлімге ұшырайды.**

**Аурудың геморрагиялық түрінде геморрагиялық синдром дамиды, ерте миокардит көріністері пайда болады.**

**Жұтқыншақ дифтериясы жиі кездесетін түрі (90-95%).**

**Аурудың катаральді (атипті) түрі 1-2 күнге дене қызуының аздап көтерілуі, жұтыну кезінде тамақтың шамалы ауыруы,**

**Көмекей безін қан кернеу, жақ бұрышындағы лимфа түйіндердің 0,5-1,0 см дейін үлкеюімен сипатталады.**





# Лабораторлық диагностика

•Бактериологиялық әдіс. Аңқаның және мұрынның жағындысын алып қан қосылған немесе қанды-теллурит ортасына себу керек.

•Серологиялық диагностика: АР, ТГАР, ИФА.

•ПТР.



# Бактериологиялық зерттеу жүргізіледі

**1.Диагностикалық мақсатпен: ларингитпен, патологиялық жабындысы бар тонзиллит, назофарингитпен ауыратын науқастарды күніне бір рет медициналық мекемеде қаралуы керек.**

**2.Эпидемиялық көрсеткіштері бойынша: ауру анықталғаннан 24 сағат ішінде науқаспен қатынаста болған жақындарын бір реттік тексеру.**

**3.Профилактикалық мақсатпен: бала бақшаға, балалар және ересектер психоневрологиялық стационарына қайталап түскен науқастарды бір реттік тексеру.**



# Дифференциальды диагностика

Күл кезінде келесі аурулармен дифференциальды диагноз жүргізіледі:

- Некротикалық ангинамен
- Лакунарлы және фолликулярлы ангинамен
- Паратонзиллярлы абсцесспен
- Инфекциялық мононуклеозбен
- Аранның шырышты қабатының күйігімен
- Созылмалы тонзиллиттің өршуімен
- Эпидемиологиялық паротитпен
- Лейкоз кезінде миндалинаның некротикалық өзгерістерімен



## Күл ауруының (дифтерия) емі

Жұтқыншақ дифтериясының токсикалық түрінде науқастарға дифтерияға қарсы сарысуды қолдану қажет. Жұтқыншақ дифтериясының субтоксикалық түрінде 40 000 ХБ (МЕ) сарысу, I-ші дәрежесінде – 60 000 ХБ, II дәрежеде-80 000 ХБ, III дәрежеде-100 000 ХБ сарысу енгізіледі.

**Көмей дифтериясымен ауырған науқастардың бұлшықет ішіне 90 мг преднизолонды енгізеді.**

Егер емдеу шаралары аурудың алғашқы 2-ші күні басталса, онда сарысу келесі 1 реттік дозаларда қолданылады: катаральды түрінде –10 000 ХБ, жергілікті түрінде-20 000 ХБ, таралған түрінде- 30000 ХБ, субтоксикалық түрінде – 40000 ХБ, токсикалық барысындағы I дәрежеде-60 000 ХБ, II дәрежеде-80 000 ХБ, III дәрежеде-10 000 ХБ, көмейдің дифтериясында-40 000 ХБ, таралу барысында-80 000-120 000 ХБ.

# Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Балалар аурулары Б.Түсіпқалиев, Ақтөбе – 2014ж.
  2. Балалар аурулары Баймуганбетова
  3. Володин Н.Н. Новые технологии в решении проблем перинатальной медицины // Педиатрия. 2004. №3.
  4. Дементьева Г.Н., Рюмина И.И., Фролова М.И. Выхаживание глубоконедоношенных детей. Современное состояние проблемы // Педиатрия. 2004. №3. С. 60.
  5. Яцык Г.В. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации перинатальной патологии маловесных детей. М., 2002.
  6. Интернет желісі.
- 