

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІ**

ҚАЗАҚСТАН - РЕСЕЙ МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ

Оспанбекова Наиля Қуанышбайқызы

ТІЛМЕ

**Этиология, таралуы, патогенез, клиника, классификация,
дифференциальдық диагностика, емдеу, профилактика**

(оқу құралы)

Алматы, 2023 жыл

УДК616.98 (075.8)
ББК51.1я73
0-75
ISBN 978-601-7395-07-0

Рецензенттер: **А.К.Катарбаев** – д.м.н., С.Ж. Асфендияроватындағы ҚазҰМУ,
балалар жұқпалы аурулар кафедрасының менгерушісі

Л.Б. Сейдуллаева – к.м.н, КРМУ жұқпалы аурулар кафедрасының доценті

ISBN 978-601-7395-07-0

**0-75 Оспанбекова Н.К. Тілме: оқу құралы/Н.К.Оспанбекова. – Алматы,
2023.- 78 б.**

Оқу құралында Қазақстандағы тілменің өзекті мәселесіне ерекше назар аударылған.Тілменің эпидемиологиясы, таралуы, клиникасы, жедел және қайталамалы түрі сипатталған. Тілме терінің зақымдалуымен өтетін аурулармен салыстырмалы диагностикасы, тілменің түрлі формаларын емі алду жолдары,тілме анықтамасының стандарттарыбаяндалған.

Оқу құралы дәрігер инфекционисттерге,жалпы тәжірибелік дәрігерлерге, хирург, терапевт, медициналық жсоғары оқу орнының білім алушыларына арналған .

ББК51.1я 73
ISBN 978-601-7395-07-0

Қазақстан - Ресей медициналық университетінің оқу Ғылыми кеңесінен
баспадан шығаруға рұқсат етті

№2 хаттама, «26» «08» 2023 жыл

© Оспанбекова Н.К., 2023

Мазмұны

1. Кіріспе. Тарихи шолу.....	5
2. Этиологиясы.....	6
3. Эпидемиологиясы.....	7
4. Патогенезі.....	8
5. Тілменің клиникалық көрінісі.....	13
6. Асқынулары.....	28
7. Зертханалық диагностикасы.....	30
8. Салыстырмалы диагностикасы.....	30
9. Емі	50
10. Диспансеризациясы.....	54
11 Адын алу шаралары.....	55
11. Тапсырмалар, тесттер.....	59
12. Иллюстрациялық материалдар.....	74
12. Қолданылған әдебиеттер тізімі	80

ҚЫСҚАРТЫЛҒАН ШАРТТЫ АТАУЛАР

УФӨҚҚ	- ультрафиолетпен өңделген канды қайтадан құю
ҚЖАА	- калалық клиникалық жұкпалы аурулар ауруханасы
ИИБС	- индуктор интерферонынын бактериалдысұйықтығы
ИК	- иммундык кешендер
ЖИА	- жүректің ишемиялык ауруы
ИФА	- иммуноферменттік анализ
ЛПС	- липополисахарид
ҚЖА	- канның жалпы анализі
ЗЖА	- зәрдің жалпы анализі
АТС	- А тобының стрептокогы
ЭТЖ	- эритроциттердің тұну жылдамдығы
CD -4	- (Т – хелперлер)-лимфоциттер, CD 4 экспрессорлары
ТТК	- токтүзеуші жасушалар /В-лимфоциттер/ рецепторлары
СТШС	- стрептококкты токсикалык шокты синдром
ЦИК	- иммундык кешенді айналымы
УДЗ	- ультрадыбыстык зерттеу
ОКТ-4/ОКТ-8 иммуннорегуляторлы коэффициент, Т-хелперлер және Т- супрессорлердің қатынасын сипаттайды.	
CD – 8	- (Т – супрессорлар)
CD-16	- (табиғи киллерлер)
CD-72	- (В – лимфоциттер)
СРБ	- С реактивті белок
ЭКГ	- электрокардиография

Кіріспе

Тілме (Erysipelas) - этиологиясы стрептококк болып табылатын, инфекциялық жұқпалы ауру. Оның негізіндегиперергиялық қабыну реакциялары, айқын эксудатты көріністермен ерекшеленетін, гиперемия, қабыну үдерісін экстенсивті жайылуы, яғни, қабыну үдерісінің терінің үлкен аймақтарына шектен тыс таралуы және бір анатомиялық аймақтан тыс шығуы және өзін шектеуінің әлсіз болуымен көрінеді.

Соңғы жылдары жалпы токсикалық синдромның басымдылығымен, ИТШ дамуымен жүретін, ауыр ағыммен ауыратын науқастар саны артты. Сонымен қатар, тілменің геморрагиялық формасы және іріңді асқынулары да жиіледі. Аурудың қайталамалы және рецидивті түрі 35-45% жағдайда науқастың ұзақ уақыт жұмысқа жарамсыздығына әкеледі. Аурудың созылмалы – рецидивті түрінде тамыр патологиясы дамиды,яғни пілділік және мүгедектікке әкелетін лимфостаз.Тілме кезінде инфекцияның біріншілік «кіру қақпасы» тері микрожаракаты немесе эндогенді инфекцияның өршуі арқылы дамиды, ал анықтаушы фактор иммунитеттің жағдайы болып табылады.

Тілменің ерекшелігі - тілме инфекциясының бірінші түрімен ауырған науқастың 50% нан көбінде тұрақты стерильді иммунитет қалыптаспайды. Стрептококка қарсы жоғарғы сезімталдылықтың ұзақ сақталуы аурудың рецидивті ағымына әкеледі.Тілмелік қабыну кезінде, адам ағзасында коздырғыштың ұзақ уақыт персистенциясы,иммундық жүйеде дисбаланстудырады.Тілме кезіндекіншілікиммундық жетіспеушілік болады, яғни аутоиммунды үрдістер дамиды,А және М класының иммуноглобулиндерінің титрі төмендейді.

Аурудың рецидивті түрімен ауырған науқастардың статус тәртібідәреже ерекшелігі, гемолитикалық стрептококк антигеніне, ағзадағы арнайы иммунологиялық қайта қалыптасуға негізделген. Бұл - ерте реконваленценция

сатысында сакталатын нольдік жасуша және комплементарлы рецепторлы В – лимфоцит мөлшерінің жоғарылауы, тұрақты Т – лимфопения. Тілмемен ауыратын наукастарда кабыну үдерісі, терінің емізiк және торлы кабатында орналасады. Ол жерде кантамырлар, геморрагиялар, некроздарзакымдануының негiзгi себебi, иммунопатологиялык үрдiстер болып табылады. Сондықтан ауруды емдеу барысында иммунотерапияға айрықша назар аударылады.

Аурулар мен проблемалардың Халықаралық статистикалык классификациясында, денсаулығына байланысты оныншы ревизияның (МКБ-10) тілме А46 кодымен көрсетiлген.

Тарихи мәліметтер

Көне Грекияда Erysipelas түсінігі - терідегі әртүрлі себепті кабыну үдерісін бiлдiрген. Гиппократ тілмені тек теріні ғана зақымдайтын ауру деп карамаған, сонымен қатар зақымдалған ошакка кан құйылумен болатын ішкі ағзалардың зақымдалуын айтқан. Аурудың коздырғышы стрептококты – тілмелік кабыну ошағының лимфа тамырынан және теріасты май кабатынан 1882 жылы Фелезейн анықтаған. Фелезейн тілме коздырғышы арнайы тілмелік стрептококк деген тұжырымға келеді, оны Р.Кох дәлелдеді. Ұзақ жылдар бойы тілме өлім жітімділікпен және қауіпті асқинулармен өтетін ауыр эпидемиологиялык ауру болып саналады. Э.А.Гальперин және В.Л.Черкасов Кенес Өкіметі кезінде тілменің мәселелерін зерттеуге үлкен үлес қосқан. Қазіргі кезде ғалымдардың пайымдауынша, тілме шағын контагиозды спорадикалык ауру болып есептеледі.

Оқу құралының мақсаты: – оқу курсының мазмұнын барынша толық көрсету, алған білімдерін бекіту және оларды қолдану дағдыларын дамыту, нақты есептерді шеше білу. Терапияның жана әдістерін қолдануды клиникалык-патогенетикалык негiздеу арқылы тілмені емдеудің тиімділігін арттыру, аурудың қайталану жиілігін азайту, реконвалесценттерді клиникалык тексеруді оңтайландыру және аурудың ағымын болжауды жақсарту.

Таралуы

Тілме кең таралған ауру. В.М.Фролов мәліметтері бойынша жұқпалы аурулардың ішіндегі ЖРВИ, вирусты гепатит және дизентериядан кейінгі төртінші орынды алады. Тілме ауруымен әр адам аурып қалуы мүмкін, соның ішінде балалар да бар, бірақ көбінесе егде жастағы адамдар жиі ауырады.

Этиологиясы

Тілме этиологиясының негізгі ролін А тобындағы стрептококк тудырады (син: β-гемолитикалық стрептококк, *Streptococcus pyogenes*). Қоздырғыш адам ағзасынан тыс жерде тұрақты, құрғаққа және төменгі температураға төзімді, 56°C температурада 30 минутта қыздырғанда өледі. Стрептококктың ағзаға, тіндерге патогендік әсері, оның клетка қабырғасындағы токсиндерінің, ферменттердің, антигендердің биологиялық әсеріне байланысты. А тобы стрептокогының клеткалық қабырғасы үш қабаттан тұрады. Қабырғаның беткей қабаты - арнайы және арнайы емес антигендері бар ақуыздан тұрады. Ортаңғы қабат - гаптен болатын арнайы топтық полисахаридтен тұрады.

Ішкі қабаты – пептидогликандардан құралған. Клетка қабырғасының сыртқы бөлімінің ақуызды қабатының астында топтық А-полисахарид орналасқан. Ең бастысы, А-полисахарид стрептококк тимустың эпителиальды клеткасына және адам терісі эпидермисі антигенмен айқаса әсерлесу антигеніне ие. Стрептококктың А-полисахариді тіндерді зақымдайды, сонымен қатар, стрептококкты инфекцияның патогенезінде маңыздылығы бар лизосомальды жүйеге әсер етеді.

Стрептококк клетка қабырғасының беткейлік ақуыз қабатының маңызды компоненті М-протеин болып табылады. Басқа стрептококктың арнайы түрлік антигені Т-антиген болып табылады. Ол протективті антиген емес және ол антигенге қарсы антиденелер стрептококктан қорғануды қамтамасыз етпейді.

Эпидемиологиясы

Тұмау, вирусты гепатит және дизентерия сияқты аурулардан кейінгі балалар арасында 1000 баланың 1-2-де, ересектер арасында 1000 адамның 12-20-да жиі кездесетін ауру.

Аурудың көзі – стрептококты инфекциямен ауыратын наукас немесе тасымалдаушы адам. Тілме кезінде контагиоздылық маңызды емес. Ауру спорадикалық жағдай түрінде тіркеледі. Тілме экзогенді және эндогенді стрептококты инфекцияның өршуі деп саналады. Тілме жасқа, жынысқа байланысты емес, дегенмен, көбінесе ересек жаста (50 және одан үлкен) және әйел адамдарда жиі кездеседі.

Аурушандылық жылдың барлық мезгілінде кездеседі, дегенмен, жаз-күз айларында наукас саны біршама артады.

Инфекция терідегі микрожарақаттар арқылы (жарақаттар, базданған жерлер, жарықтар), мурынның, жыныс мүшелерінің шырышты кабаттары арқылы енеді немесе ауру эндогенді инфекцияның өршуінен дамиды. Созылмалы тонзилит және басқа стрептококты инфекциялары бар адамдарда тілме 5-6 ретке дейін жиі кездеседі. Бет тілмесінің дамуына алып келетін факторларға, ауыз қуысының созылмалы аурулары, кариес, ЛОР-ағзаларының аурулары жатады. Кеуде торшасының тілмесі лимфодема, лимфовенозды жетіспеушілік, әр түрлі генезді ісіктер, табандардың микоздары, трофикалық бұзылыстар кезінде жиі кездеседі.

1980 жылдарға дейін тілменің клиникалық көрінісі орташа ауырлықтағы және жеңіл түрлерінің басым болуымен ерекшеленгенін атап өту керек, бірақ соңғы он жылдықта инфекциялық-токсикалық және геморрагиялық синдромдардың дамуымен жүретін аурудың ауыр формаларының жоғарылағандығы анықталған.

Патогенезі

Стрептококк - адам ағзасының шартты патогенді флорасы болып табылады, бірақ барлығында тілме дами бермейді. Кейбір адам ағзасында стрептококка қарсы генетикалық детерминирленген реакция бар. Стафилакокктар сияқты, стрептококктар да адам терісінде, шырышты қабықта қалыпты сақталады және жергілікті және жалпы иммундық реакцияларға тұрақты антигендік стимул тудырады. Бірақ тілмені тудыратын А тобындағы стрептококктың (АТС) алтынды стрептококктанерекшелігі, терінің қалыпты флорасының компоненті емес, теріде патологиялық өзгерістер табылғанда АТС теріні басып алады.

Тілме патогенезінің маңызды бір факторына - гемолитикалық стрептококка қарсы баяулаған типті гиперсезімталдықтың түзілуін жатқызады, ол созылмалы рецидивтік ағымды түсіндіреді. Патологиялық процестің тағы бір ерекшелігі - стрептококктың жергілікті біріншілік репликациясы мен оның ағзада таралуы. АТС-та көп мөлшерде сыртқы ортаға секреттелетін, биологиялық белсенділігін кең спектрлі байланыстырушы тін бар. АТС патогендік факторының жиынтығы әлі сипатталмаған. Терінің бұрынғы тілмелік қабыну орнында немесе аймақтық лимфа түйіндерінде созылмалы стрептококкты инфекцияның ошағы түзіледі. Рецидивті тілменің патогенезінде иммунитеттің төмендеуі және стрептококка жоғары аллергизацияға үлкен мән беріледі. Екіншілік иммунодефицит қалыптасады.

Кеш рецидивтер стрептококктардың жана серологиялық түрімен реинфекция нәтижесінде дамиды. А тобының стрептокогы терінің лимфа тамырларына ене отырып интенсивті түрде көбейеді, ол терінің барлық қатпарында серозды немесе серозды геморрагиялық қабыну тудырады. А тобындағы стрептококктың өмір сүру және өлу процесінде көп мөлшерде токсиндер өндіреді. Өндірген токсиндері мен ферменттері агрессия интоксикация дамуын тудыратын, қызба және жергілікті зақымдау факторы болып табылады. АТС тікелей зақымдаумен қоса, қоздырғыш аяқталған фагоцитоздан гуморалдық иммунитеттің жою әсерінен құтылуына мүмкіндік беретін депрессорлық әсер көрсетеді. Терінің

микрожараларына инфекция енгенде немесе эндогенді инфекция өршігенде тілме дамиды.

Рецидивті тілменің пайда болуында стрептококктар тудыратын ағза аллергиясына көп мән беріледі. Рецидивті тілмеде біріншілік тілмеге карағанда қанның гистоаминопектикалық индекстің бірден төмендеуі байқалады. Ол ағзаның аллергиялық қайта құрылу көрсеткіші болып саналады.

Рецидивті тілменің глюкокортикоидтар арасындағы және минералокортикоидтар арасындағы қарым-қатынастың өзгеруінен көрінетін гипофиздік бүйрекасты жүйесінің бұзылу қасиеті бар. Бір уақытта рецидивті тілмемен ауыратын науқастарда альдестерон экскрециясы күшейеді және пропердин титрі басқа инфекциялық аурудағыдай (ревматоидты артрит, созылмалы тонзиллит, ревматизм) төмендейді. Осының бәрі кейін де, аллергияның дамуында ағзаның қорғану күшінің төмендеуіне, теріде қоздырғыштың созылмалы ошағының дамуына, лимфоайналымының терең бұзылуына әкеледі. Тілме ауруының рецидиві сенсбилизденген ағзаның инфекция ошағында дамиды

Адам ағзасы өмір ағымында осы қоздырғышпен бірнеше рет кездеседі, сондықтан жастың үлкеюімен А тобының стрептококк сенсбилизация деңгейі де үлкейеді. Осы позициядан тілме ауруымен ересек және қарт адамдар жиі, балалардың сирек ауыруы түсінікті факт болып келеді.

Тілменің пайда болу себептері



1 - Сурет. Тілменің дамуына әкелетін факторлар

А тобының стрептококтарының L-формасы ағзада бос жағдайда тінде орналасқан немесе айналымда болатын иммунды комплекс құрамында жүреді (әсіресе байланыстырушы құрамында). Тілменің рецидивті түрімен ауыратын наукастарда терісінің қабыну ошағының биоптатының иммунофлюоресценция реакциясында АТС-ның L-формасы анықталған. Олардың қабыну ошағында пайда болуы аурудың ағымы мен антибактериалды еміне байланысты. АТС-ның фагоцит ішінде табылуы аяқталмаған фагоцитозды білдіреді. Басқа сөзбен айтқанда, қоздырғыштың жасуша ішінде тіршілік етуі, қабыну процесінің созылуы мен қайталануына әкеледі. Қоздырғыштың ерекше қасиеті - тері макрофагының жасушаішілік паразиті болып саналады. Біріншілік тілмеден кейін иммунитет қалыптаспайды, бірақ аурудың рецидивіне әкелетін стрептококк антигеніне қарсы жоғары сезімталдық пайда болады. АТС-тын фагоцитта жиналуы, созылмалы қабынуды тудырады. Сондықтан да тілме кезінде микробтарды макрофагтар жұтады, бірақ фагоцитоз аяқталмаған күйде қалады.

Рецидивті тілме өткізілген біріншілік тілмеден кейін иммунитеттің пайда болмауынан дамиды, ал өткерген аурулар стрептококк антигеніне жоғарғы сезімталдық қалыптастырады.

Тілменің этиологиясына байланысты көзқарастар әртүрлі болғанымен, барлық ғалымдар тілме патогенезінде микробтық фактордың маңыздылығы мен антибактериалды емдеу әдістерін өңдеу керектігін дәлелдеген. Көптеген зерттеулерге қарағанда, қайталамалы тілменің патогенезінде иммунитеттің төмендеуі мен стрептококкқа қарсы жоғары аллергияның пайда болуы жатыр. Рецидивті тілмеде екіншілік иммундық жетіспеушілік қалыптасады. Тілменің жедел кезеңінде жарты наукастарда айқын киллерлік эффекті «активті» РОК түзіледі. (Т-супрессорлардың басылу уақытында). Иммундық статус факторларының ұқсас динамикасы, жедел циклдік инфекцияға тән болып саналады. Рецидивті тілмеге арнайы антиденегенез жетіспеушілігімен көрінетін хелперлік эффектінің төмендеуі және жарты наукастарда айналымдағы Т-супрессорларының төмендеуімен жүретін супрессорлық субпопуляция бұзылысының бір уақытта түзілуі тән.

Жиі тілме рецидивінде М-иммуноглобулиндер санының жеткіліксіз стимуляциясын, гуморальдық жауаптың әлсіреуіне әкелетін, наукастар ағзасындағы антигендік қоздырғыштың ұзақ персистенциясымен байланыстыруға болады.



2- Сурет. Тілменің патогенезі (МФЖ - макрофагты жүйе, ИК - иммундықкешен)
(Жұқпалы аурулар және эпидемиология В.И.Покровский)

Алматы қаласының ҚКЖАА-ның және әдебиеттердің мәліметтері бойынша соңғы жылдары тілменің геморрагиялық түрі 80-шы жылдармен салыстырғанда анағұрлым өсті (73,5%). Тілменің геморрагиялық формалары қоздырғыш қасиеттерінің өзгеруіне байланыссыз, біріншілік формасының наукастарда қалай байқалса, аурудың рецидивтік формасында солай байқалу кездеседі. Қоршаған орта және жүргізілген ем шаралардың әсері де аз.

Тілменің геморрагиялық түрінің дамуы, ағзаның иммундық жауабының өзгеруінен ғана емес, сонымен қатар, жиі тамырішілік қан ұюымен жүретін аллергиялық некроздалған васкулитпен көрінетін, стрептококка сезімтал наукас терісінің иммундық реакциясына да байланысты болады. Тілменің геморрагиялық түрі жиі тері некрозымен асқынатын созылмалы және ауыр ағымда өтеді.

Тілменің клиникалық жіктелуі :

Тілме - жедел және созылмалы түрде өтетін, β -гемолитикалық стрептококктың А тобымен шақырылатын терінің серозды-ошақты және серозды-геморрагиялық қабыну, қызба және жалпы токсикалық улану белгілермен көрініс беретін жұқпалы ауру.

Тілменің клиникалық жіктелуі (Черкасов В.Л. бойынша):

I. Улану сатысына, ағым ауырлығына байланысты :

I - Жеңіл

II - Орта ауырлықта

III - Ауыр ағымды тілме

II. Жергілікті көрінісіне байланысты :

Эритематозды

Эритематозды – буллезді

Эритематозды – геморрагиялық

Буллезді – геморрагиялық

III.Терілік зақымданудың таралу дәрежесіне байланысты :

Жергілікті тілме

Таралған тілме

Кезбе (жылжымалы)

Метастаздалған (бір-бірінен алыс орналасқан қабыну ошақтары)

IV.Шығу жиілігіне байланысты :

Біріншілік

Қайталамалы

Рецидивті

Ауру ағымының ауырлығын бағалау үшін тілмемен ауыратын науқастардағы ОЖЖгі интоксикация белгілерінің айқындылығына және қызбаның жоғарылауына көңіл аудару қажет.

Женіл түрінде аздаған интоксикация белгілері, субфебрильді қызба, жергілікті эритематозды қабыну болады.

Орташа ауырлықты түрінде айқын ОЖЖ-н интоксикация белгілері: қалтырау, жалпы әлсіздік, бас ауру, жүрек айну, құсу, дене қызуының 38-39,5°C жоғарылауы болады. Процесс жергілікті және жайылған, эритематозды-геморрагиялық,эритематозды-буллезді түрде болуы мүмкін.

Ауыр түріне айқындалған ОЖЖ-н интоксикация белгілері тән (адинамия, қатты бас ауыру, қайталамалы құсу, дене қызуының 39°-40°C және одан жоғарылауы). Аурудың бұл түрі көбінесе таралған, кезбе, метастазды сонымен қатар, жергілікті, буллезді- геморрагиялық, эритематозды-буллезді түрінде болуы мүмкін.

Тілменің жергілікті жайылу процесстеріне байланысты түрлері:

Жергілікті тілме -үрдіс шектелген және бір анатомиялық аймақта болады.

Таралған түрінде - үрдіс 2-3 анатомиялық аймаққа: мысалы бүкіл төменгі аймақ, бөксе және денеге жайылады. Берілген мәліметтерден тілменің өзіндік шектелу тенденциясының жоқтығын көреміз.

Кезбе (жылжымалы) тілме - үрдіс бір анатомиялық аймақта басталып 2-3-4шіге ауысады,оның алғашқы орныққан орнында қабыну үрдісінің бір мезгілде бәсеңдеуінде, дистальды бөлімнен басталған үрдіс, тез арада проксимальды бағытта жылжиды.

Метастазданған тілме- инфекцияның гематогенді таралуына байланысты, қабынудың бір-бірімен анатомиялық байланыспаған әртүрлі аймақта бір мезгілде пайда болуы (аяқ-бет).

Шығу жиілігіне байланысты біріншілік тілмемен қатар, аурудың рецидивті және қайталамалы түрін ажырату керек.

Біріншілік тілме – алғаш пайда болған ауру.

Қайталамалы тілме – ауру екі немесе одан да көп жылдан соң дамиды, бірақ үрдіс басқа аймақта пайда болады.

Рецидивті тілме - екі жыл немесе одан да көп жылдан соң, бұрынғы сол аймақта қайтадан тілмелік қабынудың пайда болуы.

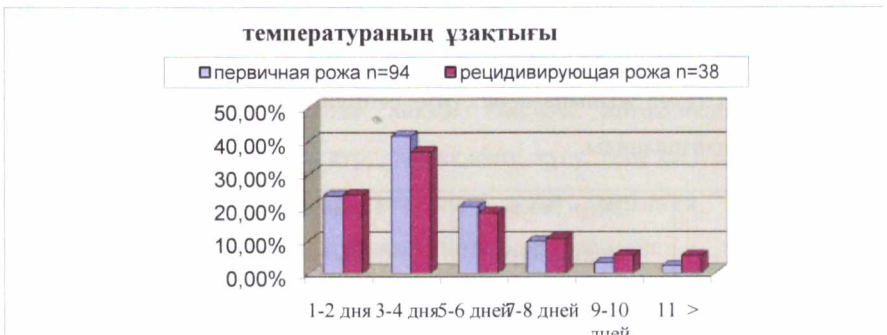
Сирек рецидивті тілме жылына 2 рет, жиі рецидивті тілме жылына 3 немесе одан да көп рет қайталанады.

Ауырлығы бойынша	Жергілікті көріністер	Таралуы бойынша	Шығу жиілігіне байланысты
Жеңіл	Эритематозды	Жергілікті	Біріншілік
Орташа	Эритематозды – буллезді	Таралған	Қайталамалы
Ауыр	Буллезді - геморрагиялық	Кезбе	Рецидивті
		Метастаздалған	

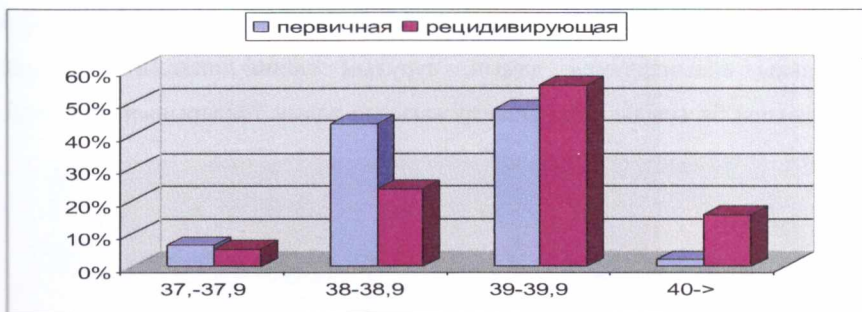
Біріншілік тілменің клиникалық ағымы

Біріншілік тілменің жасырын кезені бірнеше сағаттан 4-5 күнге созылуы мүмкін. Көбінесе ауру интоксикациялық белгілердің көрінуімен және дене қызуының 39,5-40°C дейін жоғарылауымен жедел басталады. Интоксикациялық белгілер қалтырау, бас ауруы, әлсіздік, адинамия, артралгиямен көрінеді. Кейде жүрек айну, құсу болады. Аурудың басталуында селкостық, сандырақтау, аймақтық лимфа түйіндерінің аздап ауырсынуы, парестезия, сәйкес аймақта ауырсыну сезімі болады.

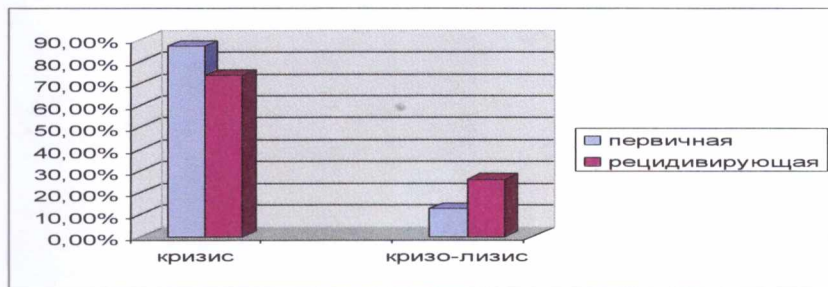
И.С Жекенов атындағы ҚЖКА мәлімет бойынша, тілмеге тән қызбалық қисықтың ұзақтығы көрсетілген 3,4 - суреттер. Қызбалық кезеннің ұзақтығы емнің басталу уақытына және ауырлық дәрежесіне байланысы болады. Қызбалық кезең жеңіл ағымында 1-2 күн, ауыр ағымында 7-10 күн, орта есеппен 3-4 күн болады. Негізгі қызбалық толқыннан кейін көптеген наукастарда тұрақты, қалыпты дене қызуы байқалады, дегенмен, кейбір наукастарда қызбадан кейінгі субфебрилитет сақталады, бірақ ол ірінді асқынудың көрсеткіші емес.



3- сурет. Тілменің әртүрлі формасындағы температураның ұзақтығы



4- сурет. Тілменің әртүрлі формасындағы қызбалық қисықтың биіктігі.



5- сурет. Тілменің әртүрлі формаларындағы қызбаның төмендеу сипаты

Қызбамен бірге немесе бірнеше сағаттан соң жергілікті тілмелік қабыну белгілері пайда болады. Жергілікті қабыну үрдісі әртүрлі болуы мүмкін. Әрбір жергілікті көрінісінің өзіне тән клиникалық ерекшеліктері бар: Терінің зақымдану аймағында үйкелу, күйдіру, қышу, ауру сезімі пайда болады, тыныштықта азаяды. Ауру көбінесе бетте, бастың шашты бөлігінде айқын болады. Ауру сезімі көбінесе аймақтық лимфатикалық түйіндерде болады. Қозғалыс кезінде күшейеді, теріде қызару эритема, ісіну пайда болады.

Эритематозды түрінде – теріде айқын шектелген ісік және гиперемия, аздаған ауру сезімі, аймақтық лимфаденит, лимфангоит байқалады. (сурет 6,7,8). Эритематозды тілмеде эпидермистің базальды және тікенекті қабаттарының ісінуінен, оның қалыңдауы болады. Лимфоцит, гистеоцит, нейтрофилдердің периваскулярлық жасушалық инфильтрациясына байланысты

кантамырдың гиперемиясы байқалады. Қабыну ошағы аурудың алғашқы күні максималды айқындалумен дамып, аурудың екінші аптасында сондай жылдамдықпен басылады. Ішкі ағзалар жағынан жүрек тондарының бәсеңдеуі, тахикардия, артериалды гипотензия байқалады.



1- Сурет.Беттің біріншілік тілмесі эритематозды формасы (орныкқан), орташа ауырлықта (өзіндік бақылау).

Қызба және токсикоздың басқа симптомдары әдетте 5-7 күн сақталады. Дене температурасы төмендеген кезде реконвалесценция кезеңі басталады. Жергілікті қабыну реакциялардың кері дамуы дене температурасының калпына келуінен кеш пайда болады: эритема бозарады, оның шекаралары айқындығын жоғалтады, шеткі инфильтрациялық белдігі жойылады. Ісік азаяды, жергілікті лимфадениттің кубылыстары (көріністері) бәсеңдеп кейіннен толығымен жойылады. Гиперемия жоғалғаннан кейін терінің ұсақ қабыршақты түлеуін

байқауға болады, пигментация болуы мүмкін. Ісіктің тұрақты сақталуы - лимфостаз түзілуінің белгісі.



2- Сурет. Сол иықтың және кеуде торының біріншілік тілмесі эритематозды формасы (жайылған), орташа ауырлықта (өзіндік бақылау)

Эритематозды – буллезді түрі терінің барлық кабаттарының ісінуімен және некроздың болуымен сипатталады. Эритема фонында әртүрлі мөлшерлі буллезды элементтер түзіледі. Бұл элементтер түссіз және мөлдір сұйықтықтан тұрады. Көбінесе орташа мөлшерлі 1-2 немесе бірнеше көпіршік пайда болады. Көпіршік эритемадан кейін бірнеше сағаттан кейін немесе екі үш күннен кейін пайда болады. Көпіршіктің пайда болуы қабыну ошағында экссудацияның жоғарылауына және жиналған сұйықтық арқылы эпидермистің дермадан ажырауына байланысты. Жарылған көпіршік орнында эрозиялар пайда болады. Мацерацияланған аумақ баяу эпителизацияланады. Қабыршақтар түзіледі, олардан соң тыртық қалмайды. Инфекциялық-токсикалық синдром тілменің эритематозды түріндегіден аса айырмашылықтары жоқ.



3- сурет. Сол балтырдың тілмесі эритематозды-буллезды формасы орташа ауырлықта (өзіндік бақылау)



4- Сурет. Беттің біріншілік тілмесі эритематозды-буллезды формасы орташа ауырлықта (өзіндік бақылау)

Эритематозды – геморрагиялық түрі соңғы жылдары жиі кездеседі. Эритематозды формасынан айырмашылығы теріде эритема фонында әртүрлі мөлшерлі қан құйылу болуымен сипатталады.

Геморрагиялық формасында созылмалы лихорадка (10-14 күн), және жергілікті қабыну өзгерістерінің қайта дамуы болады, некроз түріндегі асқынулар болады.



5.1- Сурет. Сол балтырдың біріншілік тілмесі геморрагиялық формасы(аймақтық лимфаденит) орташа ауырлықта (өзіндік бақылау)



5-

Сурет 5.2. Оң балтырдың біріншілік тілмесі геморрагиялық формасы (аймақтық лимфоаденит) орташа ауырлықта (өзіндік бақылау).



6- Сурет. Оң балтыр және жамбастың біріншілік тілмесі эритематозды-геморрагиялық формасы (жайылған), орташа ауырлық



7.1 - сүрет

Оң жак төменгі аяқтың тілмесі бастапқы беті орташа ауырлықтағы геморрагиялық форма (өзіндік бақылау)

7.2 – сүрет. Бөксе аймағындағы тілме ауруының бастапқы беткейі орташа ауырлықтағы геморрагиялық формасы (өзіндік бақылау)

Буллезды – геморрагиялық түрі дерманың емізік және торлы кабат кантамырларының және капиллярдың терең зақымдануы нәтижесінде болады. Жарылған көпіршік аумағында фибрин жиналады және геморрагиялық сұйықтықтың пайда болуы, эрозия немесе жара дамып, грануляцияға ауысады.

Буллезды және геморрагиялық түрімен ауыратын наукастарда ауру эпидермис жасушаларының айқын дистрофиялық өзгерісіне, экссудативті компоненттің басымдылығына эритематозды түріне карағанда кабыну қарқындылығының жоғарылығына байланысты ұзақ және ауыр ағымда өтеді. Жергілікті үдеріс баяу дамып, бір және екі апта аралығында терінің ауыр зақымдалуы болады, ал реконвелесценция үш аптадан ерте басталмайды, көбінесе 3-4 аптаға дейін кабыну үрдісі сақталып, аурудың ұзаққа созылуы болады.



8-сүрет. Сол жак төменгі аяқтың буллезді геморрагиялық формасы (өзіндік бақылау)



9- Сурет. Оң балтыр біріншілік тілмесі буллезды- геморрагиялық формасы орташа ағымы (өзіндік бақылау)

Бұл нысанды терең некроздар, флегмоналар жиі қиындатады, сауыққаннан кейін тыртықтар және тері пигментациясы қалады (10- сүрет).



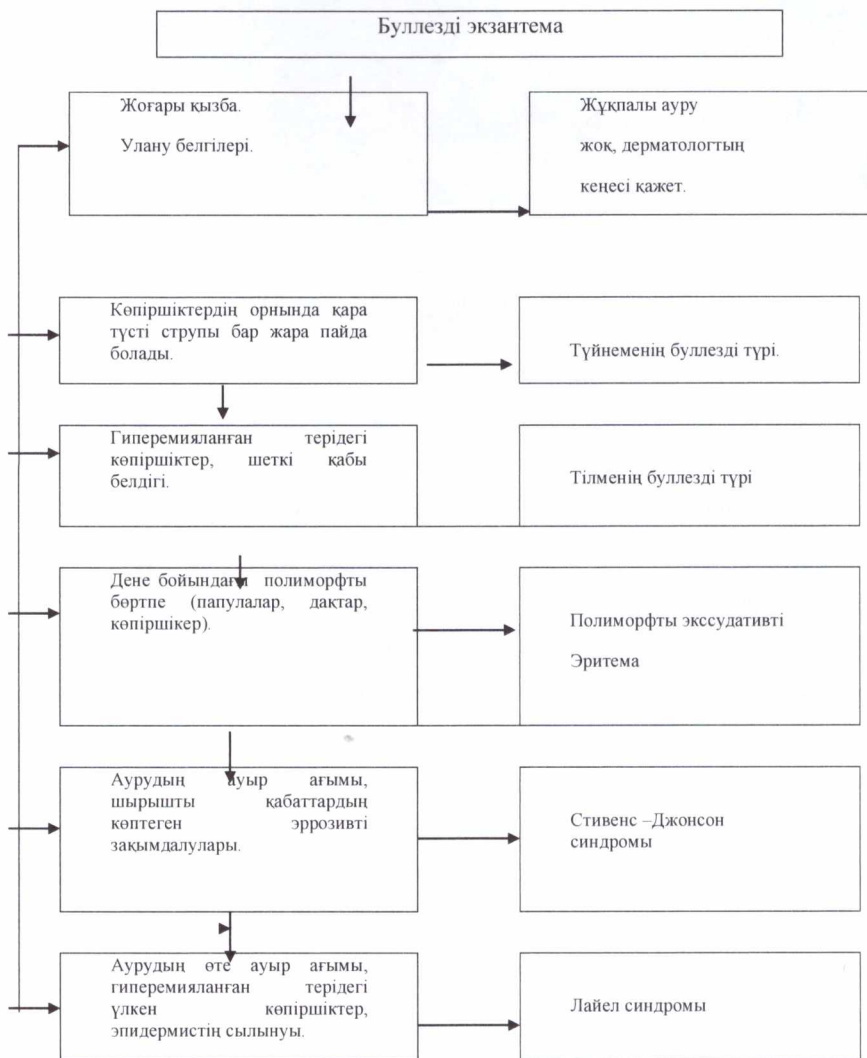
10 - Сурет. Оң балтыр біріншілік тілмесі буллезды- геморрагиялық формасыауыр ағымды (өзіндік бақылау)

Рецидивті тілменің клиникалық ағымы

Тілменің бір ерекшелігі - біріншілік тілмеден соң немесе соңғы болған рецидивтен кейінгі алты айдан соң рецидивтердің қайта болуына бейімді, дегенмен 2-3 жылдан соң да рецидив пайда болуы мүмкін. Тілменің ерте жиі рецидивтері (алғашқы 4-6 айда) стрептококк серотипімен шақырылатын нағыз рецидивтер болып табылады.

Оның жиі болуы үдерісінің созылмалыға ауысқанын білдірмей, тек рецидив жиілігінің жылына 3-5 рет артса диагностикалауға болады. Кеш рецидивтер бір немесе одан да көп жылдан соң көрініс береді және реинфекция нәтижесі болып табылады. Аурудың кеш рецидивтері сирек кездеседі. Оларға маусымдылық рецидивтері жатады, көбінесе жаздың соңында, күздің басында болады. Бұл кездегі басты фактор - стрептококты инфекциямен шақырылған әртүрлі созылмалы аурудың өршуі зақымдалған аймақта лимфа және қан айналымының бұзылуына байланысты болады. Көбінесе эритематозды жергілікті үрдістер рецидив береді. Беттегі локализация сирек кездеседі. Жиі рецидивті ауру кезінде, ауыр ағымдысы сирек кездеседі. Жасырын кезеңнің қысқалығы немесе болмауында қызба бірнеше сағаттармен шектеледі. Аздаған ОЖК- н улану белгілері, өзгерген тері фонында айқын емес эритема болады. Осыған байланысты тілменің созылмалы ағымы лимфа айналымының

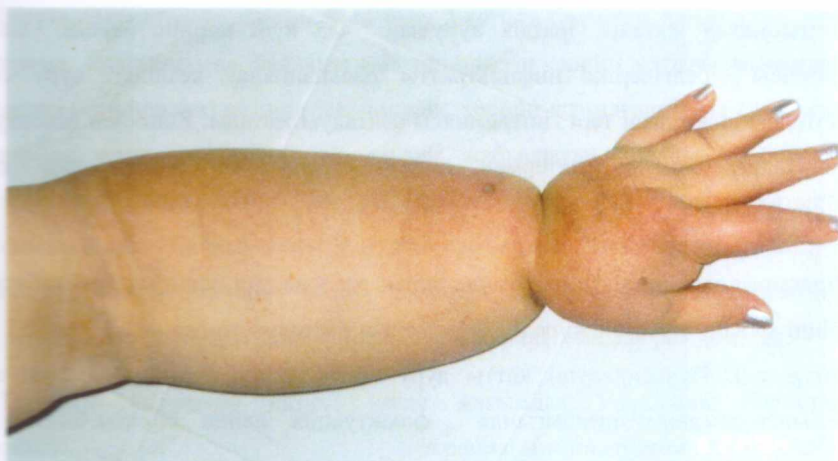
прогрессивті бұзылуына және екіншілік пілділік пайда болады және мүгедектікке әкеледі.



6- Сызба. Буллезды экзантемамен наукасты диагностикалық ізденіс алгоритмы



11 - Сурет. Оң балтыр және жамбастың рецидивті тілмесі геморрагиялық формасы орташа ауырлықта (өзіндік бақылау)



12- Сурет. Сол колдың рецидивті тілмесі эритематозды формасы лимфостазбен асқынған (өзіндік бақылау)

Асқынуы

Соңғы жылдары әртүрлі сипаттағы асқынулар анықталуда. Қосалқы аурулары бар егде және қарт науқастарда жалпы мынадай асқынулар болуы мүмкін: сепсис, жедел жүрек қантамыр жетіспеушілігі, өкпе артериясының тромбоэмболиясы т.б.. Сепсис және инфекциялық шокпен қатар, терінің трофикалық жарасына әкелетін өлі еттенуі болады. Жергілікті асқынулар арасында жиі кездесетіні - терінің өлі еттенуі. (сурет 12).

Іріңді асқынулар (абцесс, флегмона), жара, өлі еттенуі жиі тілменің біріншілік түрінде дамиды, ал рецидивті түрінде тұрақты лимфостаз және пілділік кездеседі. Тілменің геморрагиялық түрінде фиброзды – геморрагиялық экссудаттан тұратын буллезды элементтер негізінде терідегі көлемді кан құйылулар нәтижесінде өлеттену дамиды. Өлеттену көбінесе созылмалы венозды облитерлеуші атеросклерозы, қант диабеті және басқа да перифериялық кан тамырларының ауруы бар науқастарда жиі дамиды. Жиі кездесетін асқынуларға тері асты май қабаттарында дамитын іріңдік, флегмоналар жатады. Іріңдік аурудың 4-5 күні көрініс береді. Олардың алғашқы белгілеріне инфильтратты пальпациялау кезіндегі ауру сезімі, үстіндегі шектелген тері гиперемиясы сақталуы жатады. Кейіннен флюктуация байқалады. Антибиотиктермен емдеуге қарамастан жоғарғыдене қызуы сақталады.

Флегмоналар іріңдікке қарағанда сирек дамиды, тері астылық май қабатының іріңді қабынуларымен жүреді. Флегмонаның басталуы жедел қызу 39-40 С дейін көтеріледі. Пульсирлеуші қатты ауру сезімі, ісіну, терінің қызаруы пайда болып, зақымдану орталығында флюктуация пайда болады. Флегмоналар салыстырмалы сирек кездеседі. Сонымен қатар, флебиттер және тромбофлебиттер тілме асқынуларының бірі болып табылады. Флебиттерді анықтау диагностикасы қиындық туғызбайды. Берілген асқынулардың даму

жілігіне байланысты, төменгі аумақтық тілмесі бар наукастарға кейін де антикоагулянттар қолданылады.

Тромбофлебиттің клиникасы

Терең кан тамырлардың тромбофлебитін анықтау қиын. Тромбофлебитке күдіктенген жағдайда диагностикалық мақсатпен Orits Ramines (манжетка симптомы) сынамасы қолданылуы мүмкін. Науқастың аяқтарын сәл бүгіп, шалқасынан жатқызып, тізеден жоғары сфигмоманометр манжеткасын салып, 40 мм с.б мөлшерінде қысым туғызады. Егер терең кан тамырлар тромбофлебиті болса, қысымды әрі қарай жоғарылатқанда, балтыр және тізе асты аймағында ауру сезім анықталады. Қысымды төмендеткенде ауру сезімі жойылады.

Тілмелік қабынудың зардаптарына көбінесе, аурудың созылмалы рецидивті ағымында кездесетін лимфостаз және екіншілік пілділік жатады. Пілділіктің клеткалық көрінісіне баға беру 2 сатыға бөлінеді: лимфодема және фибродема. Орналасуына байланыссыз пілділіктің екінші сатысы мынандай: лимфостаз (лимфодема) кезінде ісік жұмсақ, терінің қозғалғыштығы сақталған, шандырмен және тері асты май қабаты жабыспаған болады. Фибродема кезіндегі ісік тығыз, ағаш тәріздес, терінің басқа қабаттарына қатысты жылжымалылығы байқалмайды. Жоғарғы аймақтың пілділігі наукастарда радикалды мастэктомиядан кейін дамиды. Пілділіктің ұзақ ағымында гиперкератоз, гиперпигментация, трофикалық жаралар, лимфорея дамиды.

Тілменің болжамы қазіргі кезде жағымды. Уақытылы басталған комплекссті терапия (антибиотикотерапия, СЕҚҚП, десенсибилизирлеуші, дезинтоксикационды заттар, иммуномодуляторлар) тілменің ауыр түрлерімен ауыратын наукастардың жазылуына мүмкіндік туғызады.

Тілменің рецидивті дамуы бірнеше себептерге байланысты:

- біріншілік және ерте тілме рецидивін толық дұрыс емдемеу
- тілме зардаптарының және айқын көріністі калдықтарының болуы
- периферия бұзылысына және инфекцияның түсуіне жол беретін ұзақ ағымды созылмалы тері ауруының болуы
- созылмалы стрептококты инфекция ошағының болуы
- лимфа және қан айналымының бұзылуы
- жұмыс істеуге қолайсыз жағдай (тону, ылғалдану, терінің микротравмалары)

Зертханалық диагностика

Қаннан β -гемолитикалық стрептококтың сирек бөлінуінен және қабыну ошағына қарапайым бактериологиялық зерттеу жүргізу жеткіліксіз. Соңғы кезде полимеразды тізбектік реакция (ПТР) қолданылады. Көптеген наукастарда аздаған нейтрофильды лейкоцитоз, нейтрофильдің солға жылжуы, анэзофилия, ЭТЖ жоғарлауы көрінеді. Лейкопения болуы мүмкін. Ауыр түрінде, ірінді асқынуында гиперлейкоцитоз, лейкемоидты реакция, улы нейтрофильдер табылады. Имунитеттің Т- және В- жүйесінің өзгерістері, аурудың рецидивті формасына тән. Геморрагиялық тілмемен наукастарға гемостаз және фибринолиз бұзылыстары тән, қанда фибриноген жоғарлауымен, плазминогеннің санының кобеюімен не азаюымен, плазмин, антитромбин III, тромбоциттердің 4ші факторы деңгейінің жоғарлауымен көрінеді.

Тілменің салыстырмалы диагностикасы

Қазіргі кезде тілменің диагностикасы және дифференциальды диагностикасы қиын мәселе, себебі диагноз клинико-анамнестикалық мәліметтер негізінде қойылады. Тәжірибелік аналогтық «тілме тәрзді» зақымданулар гамма қоздырғыштармен: стаффилококк, листерия, клебсиеллат.б шақырылады.

Тілмені көптеген жұпалы, хирургиялық,тері аурулары: эризепоид, сбір жарасы, абсцесс, флегмона, флебит және тромбофлебит, трофикалық бұзылыстарымен облитерлеуші эндартерит, көпформды эритема, дерматит, токсикодермия және жүйелі қызыл жегі, склеродермия, Лайма ауруы (боррелиоз) және т.б салыстыру қажет. Тілменің диагностикасыаурудың типті клиникалық көрінісіне негізделеді,мынандай сипатталумен: айқын гипоксия (дене температурасының жоғарылауы, қалтырау, әлсіздік, бас ауру) белгілерімен,зақымдану аймағында күйдіру сезімі,лимфангоит,аймақтық лимфаденит, жедел басталуы, аздаған ауру сезімі, айқын шектелген эритеманың болуы,ісіну рецидив түрінің диагностикасында маңызды.Аурудың рецидивті формасының диагностикасында толық анамнез және ошаққа тән өзгерістер негізгі орын алады. Салыстырмалы диагностикасы клиникалық көріністері ұқсас аурулармен жүргізіледі

Іріңдік

Іріңдік-тері асты май жасушасында іріңді қуыс дамиды. Ауырудың 4-5 күнінде абсцесстің клиникалық көрінісі байқалады. Бастапқы кезеңінде пальпацияда ауыртпалы тығыз, шектелген тері гиперемиясының инфильтраты сақталады.

Флюктуация кеш анықталады. Антибиотикпен емдеуге карамастан жоғары температура сақталады.



13-сурет. Бет флегмонасы (doctor-lib.com)

Флегмоналар

Флегмона іріндікке караганда сирек кездеседі және тері асты май жасушасының әр түрлі ірінді қабынумен жүреді. Жедел басталады, дене қызуы 39-40°C жоғарылайды. Локализацияланған жер солқылдап қатты ауырады, ісіңкіреп ісінеді, терінің қызаруы болады.

Тілмеден айырмашылығы зақымдалған жер бірден гиперемияланып, қатты ауру сезімі тыныштықта да және аз физикалық жүктемеде дамып, жиектері зақымдалмаған теріден айқын емес шектелгендігімен ерекшеленеді. Зақымдалған аймақтың ортасында бірнеше күннен соң флюктурация пайда болады. Лимфаденит, лимфангоит жоқ, ісіну және қызарудың анық шекарасы жок.

Тілмеде флегмонамен салыстырғанда қабыну ошағының пальпациясында ауырсыну аздау. Қызару қабыну ошағының шеттерінде айқын, тегіс емес. Тілме кезінде эритеманың жайылуы флегмонамен салыстырғанда тезірек жүреді.

Іріндеген гематома

Терінің зақымдалған көрніссіз жүретін, соккыдан пайда болған ауру. Көбіне посттравмалық гематома тізенің алдыңғы бетінде орналасады. Гематома болған жерді пальпациялағанда ауру сезімі байқалады, теріде гиперемияленген және инфильтратталған аймақ көлемі шектелген және флюктуацияланған.

Мұрын абцессі (мұрын кеңсірігі)

Ісікпен инфильтрация әсерінен мұрын көлемі үкейген, мұрыннан тыс гиперемия жайылмайды. Айқын интоксикация-дене қызуы жоғарлауы, маңдайда пульсирлеуші ауру сезімі, мұрын жолдарының бітелуі, ауа өтудің қиындауы. Мұрын ұшын басқанда, керетін және тартатын сипаттағы ауру сезімі. Терісі қызарған, тартылған, пальпация ауру сезімді

Беттің терең веналар тромбозы

Беттің терең веналар тромбозында салыстырмалы диагностикасында беттік тілмеден ажырату өте қиын. Көбіне бұндай наукастар стационарға бет тілмесі диагнозымен түседі. Бұл екеуіде жедел басталады- сонымен қоса жұздап, дене қызуы жедел жоғарылап, сырқырап, бас ауру, ұйқының бұзылуы, кейде сана-сезімнің жоғалуымен көрінеді. Бет веналар тромбозында жергілікті жауап ретінде ісіну, терінің қызаруы және зақымданған аймақтың үлкен көлемде тығыздалуы, мұндай көріністер тілмеде кездеспейді. Терідегі тілме ісігінде және бет венасының тромбозында болатын қызарудың ерекшелігі, шекарасының айқын еместігінде, ал гиперемияда зақымдалу аймағы айқындылығымен ерекшеленбейді. Қан тамырының қызаруы, ақшылдау немесе қызылттау турге ену себебі, венадағы тромбтың жарыққа шағылуы, сонымен қоса майда іріндіктердің көбіне ошақтық іріндік еруімен қоса тереңнен көрінуі. Беттің іріндік тромбоз негізінде стафилакоктың біріншілік немесе екіншілік ошақтары мыналар: фурункул, карбункул, іріңді паротит, этmoidит, ренит түрінде болады, бірақ бетте ғана болмайды дененің басқа аймақтарында кездестіреміз. Вена тромбозының диагнозында тек қана стафилакокты ошақтық байқамай олардың бұрынғы іздерін ескеру қажет. Бет веналар тромбозы вена көшшелеріне, ми синусына, ми қабатына тез тарайды және менингитпен сепсиске ауысады, сондықтан жедел диагноз қойып ем шараларын қолдау керек. Көз алмасының ісінуімен, экзофтальммен, офтальмоплегиямен, қарашық реакциясының бұзылуы және зақымдану жағында үшкіл нервтің бірінші бұтағының иннервация аймағында сезімталдық бұзылысымен көрінеді.

Эризипелоид

Инфекция көзі жануар, жиі шошқалар. Берілу механизмі – контакты- тұрмыстық, зақымданған тері арқылы жұғу. Ауруға кәсіптілік тән (ет өндіретін және балық өндіріс орындарының жұмысшылары, малшылар, балықшылар, мал дәрігерлері) ірі кара малдың, шошқаның, балық етін тұрмыста өңдеу кезінде жұқтырады. Ауру 1-2 см болатын айқын қызыл ісінген табактарды саусак және

білезік аймақтарында пайда болуымен басталады. 3-5 күн арасында эритема бүкіл саусақ немесе білезіктің алақандық беткейіне жайылып, бүкіл саусақаралық буындар аймағын қамтиды. Эризипелоид кезіндегі эритема түсін өзгертеді: алғашында анық қызыл түсті, кейінірек ортасына қарағанда шеткі бөлігі айқын цианоздалған. Тілмеге қарағанда эризипелоидтағы ісіну айқын емес. Эритема аймағындағы жергілікті тері температурасы өзгермеген немесе сау теріге қарағанда аздап жоғарылаған. Жалпы интоксикациялық симптомдар айқын емес: субфебрильді температура, әлсіз бастың ауыруы, жеңіл селкостық.

Лимфангоит жоқ. Кейде эритеманың фонында везикулезды элементтер дамиды.



14- Сурет. Эризипелоид (өзіндік бақылау)

Тілме нейтрофильді лейкоцитозбен және лейкоцитарлы формуланың солға жылжуы, ЭТЖ жоғарылауымен сипатталады. Эризипелоид кезінде лимфоцит, лейкоциттер санының қалыптысы, қалыпты ЭТЖ және ұсақ нейтрофильды гранулоцит анықталады. Диагнозды «эризипелоид» нақтылау үшін эризипелоидты аллергиямен теріішілік сынама қойылады. Сонымен бірге РПГА эризипелоидты диагностикумен қойылады, аурудың 5-6 шы күніне оң болады.

Дерматиттер

Қызаруы мен ісінуге байланысты қабынған ошақ айқын шектелген. Эритема

көрінісінде айқын емес инфильтрациясымен көрінетін майда көпіршіктер, қабыршықтар мен қабықтар пайда болады. Субъективті зақымдалған жерде қышу және күйдіру сезімдері негізгі орын алады. Аймақтық лимфаденит пен жалпы интоксикациялық симптомдар болмайды. Анамнезінде химиялық заттар мен физикалық факторлармен жанасулардан туындаған серпілістер көрінеді.



15- сурет. Контактты дерматит (dermatit\html.)

Микробтық экзема

Экзема бұл терінің қабыну ауруы, жұқпалы емес, қосалқы асқинуларымен созылмалы формада өтеді. Микробты экзема иммунитеті әлсіреген адамдарда дамиды, себебі организм түрлі ауру тудыратын микроорганизмдерді тез қабылдайды, мысалы, стрептококк, стафилококктар. Аурудың патогенезі, этиологиясы толық анықталмаған, сондықтан ағымы тұқымқуалаушылық немесе аллергиялық болады, эндогенді және экзогенді факторлар арқылы ауру өршиді. Бұдан басқа иммунологиялық, нейроэндокринді және психовегетативті бұзылыстар аурудың өршуіне септігін тигізеді. Микробты экзема көбінесе балтырда, сирек трофикалық және ұзақ жазылмаған жара айналасында кездеседі. Экзема айналасындағы тері ірінді қабықпен жабылады, беті

ылғалды,терінің мүйізді кабатының сылынуына байланысты тері қышуы болады.



16- сурет. Микробты экзема (dermatit\html.)

Және олар сау терінің барлық аумағына корінбейтін кабаттарына ассиметриялы өсу касиетіне ие. Бөртпелер жағымсыз катты қышумен және жиі асқынулармен жалғасады. Өте құрғақ микробты экзема кезінде зақымданған тері ірі пластинкалы кабыршақпен жабылады,онай сылынады және тері құрғақ ,жылтыр,аздап кызарып қалады.

Түйнеменің терілік түрі

Тілменің буллезді түрін түйнеменің терілік түрлерінен әр жағдайда дифференциалдауға тура келеді. Жедел жұқпалы аса қауіпті ауру. Терінің ашық аймағында тығыз қыштын дақ пайда болып, біртіндеп (12-24 сағ.) қанды көпіршікке айналады. Осы уақыттан бастап дене қызуы көтеріліп, интоксикация симптомы байқалады. Жарылған көпіршіктің орнына жара пайда болып, кейін кара өзекке айналады. Ісік ұлғайып, бозарған, тері анестезиясы мен ісінген жерде "өзекті жолдарды" көруге болады. Түйнеменің терілік түрі көбінесе терінің жоғарғы бөлігінде орналасқан, кей жағдайда бетте, желкеде болады.Адамға жануарлардан жұғады,әсіресе ауыл шаруашылығындағы (ірі мүйізді малдар мен түйелерден). Инфекцияның жұғу жолы: тікелей контактты (ауру арқылы малды сойғанда,бөлшектегенде,етін жегенде).



17- сүрет. Біріншілік терілік аффект – пустуланың жараға айналуы
(А.М.Дмитровский бақылауы)



18- сүрет.Папула-пустула-жара орталық некробөйіне орналасында
ауырмайтын,желетәрізді ісік (А.М.Дмитровский бақылауы)

Ісік көлемді, бірнеше анатомиялық аймақты алады, ісік тіні бозғылт, температура калыпты, сезімталдық түрлері сақталған. Көбінесе колда, сирек бетте, мойында болады. Ал аяқтарда аз кездеседі.

Түйнеменің буллезді түрі

Түйнеменің буллезді түрісірек кездеседі. Әдетте бұл түйнеменің терілік түрінің ең ауыр варианты болып табылады. Жоғары деңгейдегі қызбамен және жалпы интоксикация симптомдарымен сипатталады. Түйнеменің басқа түрлерінен айырмашылық - әдеттегі түйнемелік карбункулдың орнында қанды сұйықтыққа толған көпіршіктер пайда болады. Олардың көлемі жылдам ұлғаяды, шамамен 10-шы күнге қарай көпіршіктер жарылады, одан кейін түйнеменің терілік түрлерінің басқа варианттарына ұқсас үлкен жара пайда болады. Жара аумағында, сонымен қатар, жергілікті лимфалық түйіндердің аумағында ауыру сезім болмайды. Диагностикасында бактериологиялық зерттеу әдісі маңызды рөл ойнайды, иммунофлюоресцентті әдіс көмегімен алынған материалдан түйнеменің коздырғыштарын анықтауға болады. Антроксинмен аллергиялық сынама қолдануға болады. Аллергендітері ішіне 0,1 мл дозада енгізеді, 24сағат кейін нәтижесін көреміз. Гиперемия аумағы инфильтрациямен 3 см не одан көп болса оң нәтиже.



19- сүрет. Түйнеменің буллезді түрі (А.М.Дмитровский анықтау стандарты ООИ, СДС, 2008)



20- сүрет. Түйнеменің буллезді түрі (А.М.Дмитровский анықтау стандарты
ООИ, СДС, 2008)

Сап

Сап- зоонозды ауру, ауру малдан жұғады (жылқы, есек, мула). Сирек кездесетін ауру, зақымданған тері, ауыз, мұрын, демалу жолдары, асқорыту жолы аурудың жұғу қақпасы болады. Инкубационды кезеңі 3-7 күн, ауру бұлшықеттегі ауру сезімімен және жоғары температурамен жедел басталады. Қоздырғыштың зақымдаған жерінде лимфангоитпен папула пайда болады. Папула тілмеге ұқсас болады. Кейін папула геморрагиялық-іріңді көпіршікке айналады. Бактеремияның әсерінен теріде екіншілік пустула дамиды, бұлшықеттерде көптеген іріңді абсцестер пайда болады. Ауру жиі өліммен аяқталады. Бұл кезде дұрыс диагноз қоюға эпидемиологиялық анамнез және пустуладан бөліндіні, қақырықты бактериологиялық зерттеу көмектеседі.

Пастереллез

Пастереллез –жедел зоонозды инфекция, жануарлардың тістеуінен дамиды (жіі мысық, ит), жануарлар өздері ауырмайды,адамнан адамға жұқпайды.Терілік түрінде алғашында ісіну,қызару,пальпацияда ауру сезімі болады. Пустула дамып,көпіршік жарылған соң струп дамиды.Қабыну терең болса флегмона немесе іріндіктер дамуы мүмкін.Егер қабыну тек теріде болса айқын интоксикация, температура болмайды. Диагностикасында эпидемиологиялық анамнез маңызды.

Клиникалық көріністеріне – инфекция қақпасына айқын қабыну реакцияларының болуы (ең ауыр түрлері терінің қабыну өзгерістерінен басталады). Диагнозды дәлелдеу үшін қозырғышты бөліп алу қажет (қаннан, ірінді абсцесстен, цереброспинальді сұйықтықтан бөлінді қажет). Серологиялық реакция қосымша мағынаға ие.



21- сурет. Оң қолдың пастереллиозы (өзіндік бақылау)

Белдеулік теміреткі

Белдеулік теміреткі бұл вирусты ауру,қоздырғышы вирус герпес зостер (Herpes Zoster).Көбінесе вегетативті нерв жүйесі зақымдалады.Вирус герпес зостер организмге балалық шақта ауырған желшешектің әсерінен түседі.Ауыр түрінде қабыну процессі терінің терең қабатына енеді(дермаға).Нәтижесінде тыртық

калады. Аурудың жайылған түрінде бөртпе желшешек тәрізді дененің бүкіл аймағында болады. Ауру сезімі бөртпеден кейін екі күннен кейін пайда болады. Ауру синдромы айқын, әсіресе жүйке бағаналары бойымен таралады. Бұл үдеріс көбінесе денедегі және беттегі жүйке жолдарында орналасады. Эритемоздық көріністе серозды немесе геморрагиялық сұйықтықтары бар көпіршіктер пайда болады. Көпіршіктерді тілгенде сары-қоңыр немесе қара қабыршыққа айналып, 2-4 аптадан соң жазыла бастайды.

Ауру түнде күшейеді және тітіркендіргіштердің әсері (жанасу, суық) болады. Жалпы интоксикация белгілері: әлсіздік, тәбеттің төмендеуі, құсу, жүрек айну, температураның жоғарлауы. Бұл ауруда науқаста бөртпе кеткеннен кейін де ауру сезімі сақталады (апта, ай, жылдар).



22- сурет. Белдемелі теміреткі (проф., Доскожаевтың С.Т.презентациясы)

Беткей тамырлардың флебиты және тромбофлебиты

Флебит – қантамыр қабырғасының қабынуы. Варикозды ауру фонында дамиды. Флебит кезінде жиі тромбоз тромбофлебитпен дамиды. Тромбофлебит- тромб түзілумен жүретін венаның қабынуы. Тромбофлебит асқынуымен қауіпті, тромбтың жарылуы және өкпе артериясы зақымдалса өліммен аяқталады. Клиникалық көрінісінде қантамырлар проекциясының орнында ауру

синдромы, шекарасы анык емес гиперемия болады. Тромбофлебит айкын болған сайын терінің гиперемия жолағы кеңейеді. Пальпацияда қабынған варикозды түйіндерге байланысты бұдырлар сезіледі. Температура жиі субфебрильды сипатта болады. Лимфаденит, лимфангоит болмайды. Аяқтарда ісік жоқ, бар болса тек 1-2 см. Айкын интоксикация көрінбейді. Тромбофлебитке күмәнданған диагностикалық мақсатта Oritz Ramines сынамасы қолданылады (манжетка симптомы).



22 - сурет. Тромбофлебиттер (svoidos.ru\wp.content)

Көптүрлі эксудативті эритема

Көптүрлі эксудативті эритема бұл ауру көбінесе жас және орта жас адамдарда кездеседі. Түрлі дәрілік препараттарға организмнің сенсбилизациясына байланысты немесе жұқпалы аурулар фонында дамиды. Токсико-аллергиялық формасының даму себебі дәрілік препараттарды көтереалмаушылық: барбитурат, сульфаниламидтер, тетрациклин, амидопирин т.б. Ол вакцинадан кейін немесе сарысу енгізгеннен кейін дамуы мүмкін. Клиникалық көрінісі:

әдетте жоғары кызбамен, бас ауру, жалпы әлсіздік, тамақтағы ауру сезім, айқын улану белгілерімен, артралгиямен, миалгиямен жедел өтеді.

Жалпы өзгерістерден кейін 1-2 күнде тек ауыздың шырышты қабатында бөртпе пайда болады, одан кейін тері зақымдалады. Бөртпе пайда болғаннан кейін жалпы симптомдар кетеді, 2-3 апта сақталуы мүмкін. Бөртпе анық шекарамен, қызыл күлгін түсті ісінген папуламен көрінеді. Папула 2-3 ммден 3 смге дейін тез ұлғаяды. Серозды және кан құрамды көпіршік пайда болуы мүмкін. Бөртпенің полиморфизмі теріде пустула, дақ, көпіршіктің бір уақытта болуына байланысты.

Бөртпе күйдіру, қышу сезімімен жүреді. Токсико-аллергиялық формасы алғашқы симптомдарсыз жүреді, кейде температураның жоғарлауы ($38.0-39^{\circ}\text{C}$) және айқын интоксикация, артралгия, миалгия болады. Лихорадка 1-3 апта сақталады. Бөртпенің сипатына қарай бұл түрі инфекциянды-аллергиялық эритемадан ажыратылмайды. Ол фиксирленген және жайылған сипатта болады. Екі жағдайда да бөртпе ауыздың шырышты қабатын зақымдайды. Бұл бөртпенің полиморфтілігі дифференциальды диагностикада шешуші мағынаға ие. (23, 24 сурет).



23- сурет. Көптүрлі эксудативті эритема



24- сүрет. Көптүрлі эксудативті эритема

Лайэл синдромы

Лайэл синдромы(эпидермальды токсикалық некролиз) – өлім-жітім көрсеткіші 50%-ға дейін жететін ауыр ауру. Күрт басталумен, жоғары қызбамен, жалпы улану белгілерімен сипатталады. Аурудың бірінші сағаттарынан бастап көлемді эритематозды дақтар пайда болады. Олардың фонында үлкен көпіршіктер түзіледі (2 дәрежедегі күйікке ұқсас). Көпіршіктер жарылған соң эрозияланған аумақтар қалады. Аяқ-қолдардың үлкен аймақтарында (қол басы, аяқ басы)және денеде эпидермистің дермадан сылынуы байқалады.



25- сүрет. Көптүрлі эксудативті эритема (Лайэл синдромы) (өзіндік бакылау)

Түйінді эритема

Түйінді эритема– көп этиологиялы ауру, пайда болуына стрептококты инфекция әсер етеді.Тілмесекілді науқастардың анамнезінде баспа,созылмалы тонзиллит аныкталады. Ауру жедел басталады,айқын интоксикация және кызудың жоғарлауымен.Балтыр,сирек жамбас, иық, іште симметриялы тығыз,ауыратын түйіндер шығады.Түйіннің астындағы тері ашық күлгін түсті,кеңінен көкшілденеді,шекарасы анық емес.Түйінді эритеманың даму басында аяқта,тізе,балтыр табан буынында ауру сезім болуы мүмкін. Түйін бірнеше апта ,теріде тұрақты пигментация пайда болғанға дейін сақталады.



26 - сурет. Түйінді эритема (washdoctor. ucor.ru)

Жүйелі қызыл жегі (волчанка)

Жүйелі қызыл жегі (волчанка) аутоиммунды ауру, капиллярды және дәнекер тінді зақымдайды, бүкіл организмге әсерін тигізеді. Кез келген жаста басталады, жиі 15 және 40 жас әйелдерде кездеседі. Ауру жалпы интоксикация белгілерімен, қызбамен, ұзақ созылмалы ағыммен жүреді. Экзантема элементтер сипаты, орналасуы (бетте – «көбелек» тәрізді, аяқ-қолдарда, тұлғада) бойынша полиморфты болып табылады. Эритемадан басқа шашыранды дақты және

түйінді элементтер болуы мүмкін. Буындардың, бұлшықеттердің, ішкі ағзаладың зақымдалуы тән.

Клиникасында барлық ағзалармен жүйелердің тінін зақымдайды. Кей жағдайда терілік симптомдармен шектеледі, ол дискоидты жегі деп аталады. Тұрақты симптомдары тері, шырышты кабат, бұлшықет буындық жүйенің зақымдалуы, полисерозит (бірнеше серозды кабық: перикард, құрсак, плевра). Дерматит, артрит және полисерозит диагностикалық үштігін құрайды. Дерматит, тері қабынуы тән симптомдардың бірі болып табылады (дерматиттің 28 формасы анықталған), бөртпелер ашық қызыл түсті, ауру сезімді болады. Жалпы симптомдарына тұрақты қызба, әлсіздік, салмақ жоғалту, шаршағыштық жатады.



2- сурет. Жүйелі қызыл жегінің беттегі «көбелек тәрізді» типтік бөртпе түріндегі көрінісі (alcala.ru).

Жүйе келесі критерилерден: көбелек симптомы, дискоидты бөртпе, күн көзінен кейін бөртпе шығуы, артриттер, полисерозит, бүйрек зақымы – зәрде белок, зәрде цилиндр, ми зақымы, қалтырау, психоз, эритроциттердің азаюы,

канда лейкоцит, тромбоциттердің азаюы, канда спецификалық антидене: анти-ДНК антидене, анти-См антидене, Вассерман реакциясының жалған оң болуы, ЛЕ-клеткаларына оң тест, канда антинуклеарлы антидене (АНА) табылады.

Розенбергтің жұқпалы эритемасы

Розенбергтің жұқпалы эритемасы жедел басталумен, жоғары қызбамен (39°C-қа дейін), айқын улану белгілерімен сипатталады. Бөртпе аурудың 4-6 күндері пайда болады. Алдымен дақтар пайда болады, олар бірінші тәулікте эритемалық алаңдарға бірігеді, эритема дақтар көлемі ұлғаюының нәтижесінде пайда болатыны анық көрінеді. Әдетте экзантема аяқ-қолдардың жазу беттерінде, ірі буындар аумағында (тізе, шұнтақ, білезік, тобық) және жамбас аумағында қоюланып, орналасады. Тек қана бөртпе қоюланып орналасқан аумақтағы ғана дақтар эритемаға бірігеді, басқа орындарда дақтар түріндегі шашыранды элементтер байқалады. Элементтер түсі ашық-қызғылт болады, одан соң қошқыл-қызыл түске айналып, кейіннен бозарады да, бір аптадан соң жоғалады. Экзантеманың орнында тері қабыршақтануы мүмкін. Қызба 1-2 аптаға сақталады.

Чамердің жұқпалы эритемасы

Чамердің жұқпалы эритемасы -ауру көбінесе 2-15 жастағы балаларда кездеседі. Жеңіл түрде өтеді, қызба әдетте 38°C-қа дейін жоғарылайды. Аса тән белгілердің бірі – экзантема. Бөртпе аурудың бірінші күні бетте орналасқан қызылдау дақтар түрінде пайда болады. Бөртпе элементтері алдымен ұсақ болып, бірнеше сағаттан кейін шеттері фестонды тұтас эритемаға айналады. Жиі жағдайларда мұрынның негізінде бөртпе элементтері пайда болады, нәтижеде науқастың бетінде «көбелек» тәрізді дақ түзіледі. Төменде эритеманың шекарасы мұрын-ерін қатпарына дейін жетеді, мұрын-ерін үшбұрышы бозғылт болып қалады. Бірақ иек аумағында (жәншәуден

айырмашылығы) бірең-сараң бөртпе элементтері болады. Маңайдағы 2 күнде экзантема тұлғада, жамбас аумағында, сандарда пайда болады, бірақ бұл орындағы бөртпе көп емес. Науқастардың ауыр емес жағдайы, дене қызуының аздап жоғарылауы, экзантемалардың жылдам динамикасы, беттегі «көбелек» тәрізді дақ Чамер эритемасының клиникалық диагностикасын жеңілдетеді.



28 - сүрет. Чамер эритемасы

Тілменің объективті диагностика мақсатында « тілме жағдайында стандартты анықтау» шығарылды. Жедел қызба ауруымен науқаста кем дегенде келесі 4 симптом анықталады:

- ісіну;
- анық шекаралы гиперемия жергілікті гипертермия;
- дене қызуы;
- бас ауру.

Диагностикалық кателіктердің негізгі себебі ауру анамнезін толық жинамау болып табылады. Тілме ауру ағымының ерте кезеңде неғұрлым мұқият зерттегенде осы аурулардың дифференциалды диагностикасының сапасы артады.

Тілмемен ауыратын науқастардың емі

Тілмемен ауыратын науқастардың емі аурудың формасына қарай (біріншілік, қайталамалы, рецидивті, жиі рецидивті), интоксикация сатысына, асқинуына қарай жүргізіледі. Тілмемен ауырған науқастардың емі амбулаториялық, сонымен қатар стационарда жүргізіледі. Ауруханаға жатқызудың көрсеткіші: айқын интоксикациямен, жоғары қызбамен, үлкен аймақтық зақымдалумен жүретін ауыр ағымды, жиі рецидив беру, лимфа айналымының тұрақты бұзылу көрінісіндегі тілме дамуы, басқа да қосымша ауыр аурулардың қосылуы.

Этиотропты терапия

Тілмемен ауыратын науқастарды емдеу басқа да жұқпалы аурулардың емі тәрізді жүргізіледі. Тілмемен ауырған науқастарды емдеу әдетте, антибиотиктер - бензилпенициллин және осы уақытқа дейін кешенді терапия басты орын алады (әр күнде 4-6 млн бірлік 7-10 күн). Бастапқы кезде тілменің қайталамалы формасында және оның кеш рецидивінде пенициллинмен емдеу нәтиже жақсы береді. Сонымен қатар, 2-3 буынды цефалоспориндер (1 гр-нан, тәулігіне 3-4 рет), гликопептидтер, фторхинолондар қолданылады (орташа терапевтік мөлшерде, 7-10 күн). Эритромициннің, олеандомициннің, сульфониламидтік препараттардың және нитрофурандық препараттардың әсері төмендеу. Тілмеде макролидтер кең қолданылады - макропен, фрамилид, рокситромицин (800 мың бірлік, 7-10 күн). Терапиялық концентрацияда макролид бактериостатикалық әсер етеді. Жиі рецидивтейтін тілмеде екі курсты антибиотикотерапия жүргізіледі: β – лактамды препараттар курсынан соң 2-3 күндік үзілістен кейін линкомицин тағайындалады (0,6 г-нан) күніне 3 рет, бұлшықетке 7 күн бойы).

Линкозамидтерден - линкомицин (30% 8 сағ. сайын 0,9 - 1,5 г. 7 -10 күн). Антимикробты әсерге линкомицин макролидке жақын, бұл препарат тілмеде рецидивті формасында жиі қолданылады. Ауыр ағымда кешенді антибиотикотерапия қолданылады: бензилпенициллин + аминогликозидтермен бірге (гентамицин, канамицин, амикацин, стрептомицин), эритромицин + гентамицин, бензилпенициллин + рефампицин.

Антибиотикотерапия әдістерінің қолданылуында қанағаттанбаушылық нәтижелері сақталады, өйткені аурудың рецидивті ағымының дамуы маңызды орын алады. Сол себепті, рецидивті тілменің этиотропты емі үшін кешенді антибиотикотерапия (кем дегенде 2 антибактериальды препараттар) тағайындалады. Ең тиімді қосылыстарды цефалоспориндер және фторхинолондар (қосылған антибиотикотерапияда гентамицин және амоксициллинді қолдануға болады). Аурудың жиі рецидивтерінде екі курсты ем қолданылады. Бірінші курс антибиотикотерапиясына цефалоспорин (7-8 күн), 5-7 күн үзілістен кейінемнің екінші курсы линкомицин 7-8 күн. Антибактериальды терапияның әсерінің жеткіліксіздігінің себебі: антибиотикорезистенттіліктің дамуы, препараттың жеткіліксіз концентрациясы

Соңғы жылдары терінің жұқпалы, іріңді қабынулық ауруларының перспективті емдеу әдістеріне эндолимфатикалық антибиотикотерапия жатады. Бақылау кезінде науқастарда бұл емнің оң нәтижесі анықталды. К.Б. Герман және басқа авторлар тілмемен зақымданған аяқтың бірінші саусақ арасына тері астына пенициллин новокаинмен 600000 бірл. 1 рет тәулігіне 3-5 рет енгізді. Осылайша авторлар 25 науқасты тілмемен ауырған емделгенін анықтады, және бұл әдістің тиімділігінің жоғары екенін дәлелдеді.

С.С. Долгаш және басқа авторлар танометр манжетін жамбастың ортаңғы бөлігіне салып 40 мм сын.бағ қысыммен балтырға тері астына алдымен протеолитикалық ферменттер енгізді (лидаза, трипсин, химотрипсин) изотониялық ерітіндімен 0,25%, одан кейін бензилпенициллин немесе

ампициллин 1 рет тәулігіне. Емдеу курсы 2 ден 5 күнге дейін. Осылай емделген наукастар 4-5 күннен кейін жазылып шыққан, бақылаудағылар - 12-14 ші тәулігіне. Л.Д. Левин және басқа авторлар тері астына табан аймағына антибиотиктер енгізді (бензилпенициллин, бициллин -3) 4 күн 3-4 рет үзіліспен. Тілменің айқын симптомдары - лихорадка, эритема, ісіну, жергілікті ауру сезімі бұл әдісте қысқа болады, рецидивтері 5 рет сирек болды. А.И. Поля және басқа авторлар тура емес лимфатропты терапия бициллин-3 пен оң нәтижесін бақылады. Препаратты 1,2 млн. бірл. 5-7 мл дозамен енгізді 0,25% новокаин ерітіндісімен тері астына 3-реттік интервалмен 3-4 күн жүргізді.

Патогенетикалық терапия

Екіншілік иммундық тапшылықта тілменің ең басты рецидивтелген сипаты иммундық коррекцияны қолдануды дәлелдейді. Біріншілік және рецидивтелген тілмеде бактериалды сұйықтық индуктор интерферонын (ИИБЖ) иммунды модулятор ретінде қолдануды ұсындық 1,0 б/е 1 рет №7 күн). Циклоферон кесте бойынша. Метилурацил - лейкоцитозды белсендіреді, репарация үрдісін алшақтатады, тәулігіне 2 -3 гр. 2 -3 апта кесте бойынша циклоферон тағайындалады. Витаминотерапия - аскорбин қышқылымен бірге В топ дәрумендері 15 - 20 күн тағайындалады. Антигистаминді препараттар — диазолин, тавегил, супрастин т.б.

Қабынуға қарсы стероидты емес препараттарға реопирин, индометацин, диклофенак қызуды, ауыру сезімін, қабынуды төмендететін қасиеті бар. Бұл препараттармен емдеу антибиотикотерапиямен бірге жүреді. Ауыр ағымды интоксикациямен жүретін тілмеде антигистаминді препараттар мен дезинтоксикациялық терапия (5% глюкоза ерітіндісі, 5 - 10% аскорбин қышқылының ерітіндісі, натрий хлорид изотониялық ерітінді) тағайындалады. Тәуліктік диурез көрсеткіші бойынша қабыну ошағында сулы сұйықтықтың мөлшерін қадағалап отыру керек.

Жергілікті терапия

Тілмеде тек дененің соңғы бөліктерінің кең буллезды элементінде жергілікті ем қолдану керек. Жедел тілме кезінде ошақты тітіркендіріп, бірден экссудацияны күшейтетін және репарацияны баяулататын Вишневский майын қолдануға тиым салынған. Физиопроцедура жүргізуге болады. Ашылған көпіршіктердің бетіне 0,1% риванол ерітіндісін немесе 0,02% фурацилин ерітіндісін тәулігіне бірнеше рет ауыстырып қояды. Ұзақ эрозия сақталған жағдайда эрозия үстіне эпителизациялайтын, регенерациялайтын препараттар қолданылады. Мысалы, винилин (Шостаковский бальзамы) тағайындаймыз. Жергілікті ем көпіршік пайда болғаннан бастап, репарация үдірісі - қабыршықтанғанға дейін жүреді.

Жергілікті емді физиопроцедурамен бірге жүргізуге болады. Патогенетикалық терапия жергілікті геморрагиялық синдром кезінде емнің басындатиімді (алғашқы 3-4 күн) болады, және ол геморрагиялармен буллалардың дамуын алдын алады. Препаратты таңдау гемостаз және фибринолизге (коагуллограмма мәліметтері) байланысты жүргізіледі. Гиперкоагуляция айқын болған кезде тікелей әсерлі антикоагулянттармен емдеу көрсетілген (тері астына енгізу немесе электрофарез жолымен) және антиагрегант трентал 0,2 г дозада 3 рет тәулігіне 7-10 күн қолданылады. Аурудың ерте кезеңінде фибринолиздің айқын активациясында фибринолиз ингибиторы амбен 0,25 г x 3 рет тәулігіне 5-6 күн тиімді. Айқын гиперкоагуляция болмаса, қабыну ошағына электрофареза әдісімен протеаз – контрикал және гордокс ингибиторлары енгізіледі, ем курсы 5-6 күн. УКС (УФО), УЖЖ (УВЧ), лазерлік сәулелену - қабынуға қарсы, қанайналымның жылдамдығын күшейтеді және жаңа коллатеральды қан тамырлардың биіктігін қалыптастырып, зақымданған ұлпадағы энергия қажетті метаболизмді белсендіреді, липидтің перекисті қышқылданған үдірісін қалыптастырады.

Көрсетілген физикалық фактордың иммунды жүйеге әсері лейкоциттердің фагоцитарлы белсенділігінің жоғарлауымен, дәнекер тіннің

плазматикалық жасушаларының санының жоғарлауымен, зақымданған тіннің репарациясын тездетуімен көрінеді

Тілменен ауырған науқастарды бақылау және тексеру, стационардан шығару.

Тілменің жеңіл ағымындағы науқастарды үй жағдайында емдеуге болады. Тілменің рецидивті ағымына (бұрынғы қабыну орнындағы тері инфильтрациясы, тұрақты ісіну синдромы, лимфостаз, ұлғайған және ауру сезімді лимфалық түйіндер) әкелетін қолайсыз қалдық белгілердің болмауымен көрінетін клиникалық сауығудың нәтижесінде стационарда емделген науқастарға шығарылу ұсынылады.

Келесі бақылау және диспансерлеу тұрғылықты орны бойынша жұқпалы аурулар емханалық кабинетінде жүргізіледі.

Диспансерлеуге келесі науқастар кіреді:

I диспансерлік топ - (тұрақты диспансеризация) 3 айда 1 рет қаралу. Жыл бойы бициллин профилактика (бициллин-5, 1,5 млн. бірлік немесе ретарпен 2,4 г-нан, бұлшық етке). 1 жылдық 3 реттік ИИБЖ емі. Тұрақты ісінулер мен лимфостаз айқындалғанда қайтадан физиотерапиялық ем қолданылады. Кеш күз бен ерте көктемде қолданылатын жалпы тұрақтандырғыш терапия (витаминдер, тұрақтандырғыш адаптогенді препараттар – элеуторококк сығындысы, женьшень түбірінің тұнбасы). Созылмалы инфекцияның ошақтарын санациялау;

Табан микоздарын, созылмалы тері ауруларымен қатар созылмалы кан тамырдың жетіспеушіліктерді тыңғылықты емдеу;

II диспансерлік топ – (2-3 жыл диспансеризациялау). Жарты жылда 1 рет тексеру. Маусымдық бициллинотерапия (бициллин-5, ретарпен) және тілменің маусымдық рецидивтеріне дейінгі, егулер курсы 2 жылға дейін жалғастырылады, 2-3 аптада ИИБЖ 2 курсы. Жалпы тұрақтандырғыш терапия

ерте көктемде және кешкі күзде қолданылады. Созылмалы инфекция ошақтарын санациялау. Қосарланған созылмалы ауруларды, әсіресе, аяқтың терілік және тамырлық ауруларын тыңғылықты емдеу;

III диспансерлік топ – (аурумен ауырғаннан соң 6 ай ішінде диспансеризациялау). Аурумен ауырғаннан соң 1, 4, 6 айда тексеру, тілменің болжамы қолайсыз түрінің қалдықтарын физиотерапиялық емдеу. 1 айдан соң қайтадан ИИБЖ курсына қолдану;

Осы бағдарламаны практикаға енгізудің нәтижесінде тілменің рецидивті түрімен ауыратындардың жылдық санын төмендету және рецидивтердің арасындағы ремиссия кезеңдерін ұзарту болып табылады.

Профилактикалық шаралар

1. Тері жабындыларының тазалығын сақтау керек.

2. Жарақаттардың, жарықтардың біріншілік өңделуі, іріңді ауруларды емдеу, медициналық манипуляциялар кезінде асептика ережелерін қатаң сақтау, тілменің алдын алудың бастышарттарының бірі болып табылады. Тілменің алдын алуы жарақаттан, микрожарақаттардан сақтануға негізделген, яғни бұлар иммунитеті төмен адамдарда стрептококктың ену қаупіне айналады. Арнайы профилактикасы жоқ. Эпидемиялық ошақтағы шаралар қарастырылмаған.

ИИБЖ қабылдаған тілменің рецидивтелген түрімен ауыратын науқастың мәліметтері:

Науқас Ж.В.

1953 жылы дүниге келген рецидивтің 2-ші күнінде мынандай диагнозбен ауруханаға түсті: оң жақ балтырының рецидивтелген тілменің орта дәрежелі геморрагиялық түрі. Қосарланған ауруы: табан эпидермофитиясы, созылмалы пиелонефрит. Соңғы он жылда оң жақ балтырының тілмелі рецидивімен

ауырады. Жыл сайын наукаста 5-6 рецидивтер болады. Соңғы жылы рецидивтер көбейіп, аралықтары 3-4 апталық болған. Рецидивтер жоғары қызбамен, катерлі түрде, айқын интоксикациямен, рецидивтердің барлық түрі эритематозды-геморрагиялық қабыну ағымымен жүреді. Шағымдары: баст ауруы, әлсіздік, күйдіру сезімі, ісіну, оң балтырдың гиперемиясы. Жағдайы нашар, аздап тежелген, сұрақтарға қиын жауап береді. Түскен күнгі температурасы – 39,6°C, терісі бозғылт, беті қызарған. Жүрек тондары тұйықталған, ырғағы қалыпты. АҚ – 110/70 мм. с.б., пульсі – 106. Оң жақ балтырдың, артқы және ішкі беткейінің ортасы мен төменгі үштен бір бөлігінде айқын гиперемия, ол бүкіл балтыр-табан буын аймағына және табанның ішкі, сыртқы беткейіне жайылады. Эритема сау теріден анық шектелген, жиегі тегіс емес, алауланған. Балтырдың артқы жағында екі көпіршік (көлемі 8x7 см және 3x4 см). Көпіршіктер сарғыш, мөлдір сұйықтыққа толы. Оң балтыры мен табаны бірден ісінген. Эритема аймағындағы тері ыстық инфильтратталған, пальпациялағанда ауыру сезімді. Тізден шап катпарына дейін, санның ішкі бөлігінен лимфангоит. Пальпациялағанда көлемі бұршақ тәрізді, ауыру сезімді шаптық лимфа түйіндер тарайды. Клиникалық диагноз: оң жақ балтыр мен табанның рецидивтелген тілмесі, эритематозды-буллезды түрі, ағымы таралған (ауыр ағым). Түскен кезден бастап наукас роцефин 1,0 грx2 рет күніне 7 күн бұлшықетке, антигистаминді препараттар, В тобының витаминдері, стероидты емес қабынуға қарсы препараттар және сұйық бактериальды интерферон индукторы (ИИБЖ) 1,0 мл бұлшықетке күніне. Стационарға түскеннен кейінгі 3 күнде наукаста бастың ауыруы қойып, температурасы тұрақтанып, әлсіздігі жойылып, аяғының ауру сезімі азайды. Стационарда жатқан 4-ші күнінде көпіршікшелер жарылып, олардың орнында қабыршақтар пайда болып, эрозиялар мен тыртықсыз аурудың 10-11 күні түсе бастады. Гиперемия – аурудың 7-ші күнінде, балтырдың ісінуі аурудың 12-ші күнінде жойылды. Қанның жалпы анализінде лейкоцитоз ($11,7 \times 10^9/\text{л}$), зәрдің жалпы анализінде ақуыз – 0,33%, л-14-15 алаңында, Нечипоренко бойынша л – 5000. Шығарылу кезінде барлық анализдері қалпына келді. Наукас стационарға түскеннен соң 12-

ші күні жалпы жағдайы қанағаттанарлық болған соң шығарылды. Оң балтыр аймағындағы ісіну, гиперемия кайтып, терінің түлеуі және пигментациясы калды. Наукас амбулаторлы қаралып, әр 4 ай сайын ИИБЖ-ң профилактикалық емін жыл бойы қабылдады. Осы емдерді қабылдағаннан соң 3 жыл бойы ешқандай рецидив байқалмады.

Қайталамалы тілменің мысалы

Наукас Б., 65 жас, зейнеткер, ауруының 2 ші күні бас ауру, әлсіздік, оң қолдағы үйкеліс сезімі, иық және иық алды аймағы терісінің қызаруына шағымданып госпитализацияланды. Жедел ауырды: оң қолда ауырлық сезімі пайда болып, «терінің тесілу ,күйдіру» сезімі, иық және оң қол басы аймағындағы қыздыру сезімі болды. 2-3 сағаттан кейін қатты қалтырау, жүрек айну ,құсу мазалады. Иықтың төменгі аймағы және қол басының жоғарғы бөлігінде бір уақытта гиперемия пайда болды. Дене температурасы 39,3°C көтерілді. Аспирин, стрептоцид ішті, бірақ жағдайы жақсармады. Екінші күні дене температурасы 38,8 - 39,5°C тұрақталды, бас ауру, оң қолдағы ауру сезімі, кезеңдік жүрек айну, бір реттік құсу болды. 2- ші күннің соңында гиперемия кеудеге, арқаға, жауырыңға жайылды. 3 жыл бұрын радикалды мастэктомия операциясын өткерген, операциядан кейін оң қолда жедел лимфостазом дамыған . Бір жылдан кейін бірінші рет тілмемен ауырды. . Амбулаторлы емделді. Бір жыл өткесін аурудың бірінші рецидиві ауыр өтті . Стационарда емделді.

«Рецидивті тілме оң қолда эритемотозды формасы» Инт.2 саты. Диагнозымен жатқызылды. Қосалқы диагнозы: Мастэктомия оң сүт безінің.

Түскен кезде жағдайы ауыр. Дене температурасы - 39,5 °C, Пульс 110 ритмді А/Д 110/60 мм.б. Интенсивті эритема сақталған. Эритема фонында көп ұсақ геморрагиялар. Оң қол ұлғайған, ісіну мен лимфостазға байланысты. Ісік тығыздалған. Клиникалық диагноз: Рецидивті тілме оң қол және кеуде торында эритемотозды геморрагиялық формасы ауыр ағымды , Интоксикация 2 саты.

Емі: цеф 3 - 1,0x2 реттенб/е гентамицинмен дезинтоксикациондыжәне десенсибилизациялық терапия, сонымен қатар индуктор интерферон бактериальды сұйықтық 1,0 - 1 р күніне 7күн.

Аурудың 3-ші күні ЖҚА : л.-10,2*10.9/л, п. -9%, с.-70%, лимф. 14%, мон. -7%, СОЭ- 22 мм./с. Температура түсті, интоксикациялар жойылды, 5 ші күні температура нормаға келді. 8-ші күні тілменің жергілікті және жедел көріністері жойылды. Теріде пигментациялар ,ісік , лимфостаз сақталды. 12 ші күні анализдер, л. 7,9*10,9/л, п 3%, с 72%, лимф. 18%, мон. 6%, СОЭ 18 мм. с. 15 ші күні науқас қанағаттанарлық жағдаймен үйге шығарылды.

3 айдан соң ИИБЖ қайталамалы курсы алды, 1 жылдан соң ИИБЖ курсы тағы алды. Соңғы 2 жыл ішінде рецидивтер болмады.

«Тілме» тақырыбы бойынша тапсырмалар

Тапсырма №1

Наукас Н. 30 ж.емханаға 15.09.2013 ж. келді, қызару,ісіну,оң қолдың үлкен саусағында тартылатын және ашытатын ауру сезіміне шағымданады. 12.09.2013 ет бөліп жатқан кезде қолын жаракаттап алған соң ауырды.

Объективті: Наукастың жағдайы қанағаттанарлыққа жақын. Температура 36,6° С, интоксикация жоқ . Statuslokalis: Оң қолдың үлкен және сұқ саусағының аймағында ашық қызыл ісіну тері инфильтрациясымен 1-2 см көлемде. Саусақтың бүкіл аймағы эритематозды сақинадан ортаға қарай қызыл түс көкшіл бояумен және жеңіл ісінумен көрінеді. 5 күннен кейін ем басталғаннан эритема және субъективті көріністер жойылды,жазылды.

1. Қандай диагноз сәйкес келеді?

Тапсырма №2

Наукас М.. 37 жас , емханаға ауруының бірінші күні дене қызуыныңжоғарлауы,қалтырау, әлсіздік, бас ауруға шағымданып түсті. Қызу,қызару,сол батырдағы ісінуді айтты. Қарап тексеру кезінде наукастың жағдайы ауыр, температурасы 40,0° С, тахикардия.

Statuslokalis: Сол балтыр аймағында,табан және жамбасқа дейін эритема анық шекарамен . Эритеманың шеттері «жалын тілшелері» түрінде жамбасқа таралады. Жамбастың ішкі беткейінде гиперемияланған жолақтар көрінеді,грек жаңғағына ұқсас ұлғайған ауру сезімді лимфа түйіндері пальпацияланады. Балтырдың алдыңғы беткейінде бірнеше ірі көпіршіктер серозды құраммен анықталады.Жалпы қан анализінде : лейкоцитоз 10,9x 10⁹ /л мкл де, СОЭ 28 мм/с. Емдеу барысында температура 4 ші күні түсті. Эритема 6 шы күні азайды,көпіршіктер кеуіп орнында кара қабыршық қалды. Наукастың табан микозымен ауыратыны анықталды,суықтауға байланысты.

1. Қандай диагноз сәйкес келеді?

2. Тиімді емдеу тәсілін тандаңыз ?

Тапсырма №3

Наукас Г., 65 жас ,мұрын ұшында ауру сезімді қызаруды байқайды,кейін қалтырау, температурасы 38,0°С көтеріледі. Есінің бұзылуын,сандырақ, температурасының 40,0°С дейін жоғарлауы пайда болады . Аурудың 3-ші күні қабақтың аймағында,дәлірек сол көзде инфильтрацияның пайда болуына байланысты стационарға жіберілді. Түскен кезде жағдайы ауыр,есі анық емес,сандырақ,көзін аша алмайды,қабақтарында көкшіл тығыз инфилтрат. Аурудың жедел басталуы,қабақта тығыз инфилтрат аныкталады,тромбталған қан тамырлар, маңдай,шеке аймағында коллатералдың пайда болуы, жоғары лихорадка,қанда лейкоцитоз 23×10^9 в 1 мкл, СОЭ 30 мм/с.

1. Қандай диагноз сәйкес келеді?

Тапсырма №4

Наукас Б., 57 жас, жедел ауырды 13/12 айда; Қалтыраумен, температура 40,0 °С, маңдайдың сол бөлігінде,бастың шашты аймағында үшкіл жүйке бұтағы бойымен тескен тәрізді ауру сезімі,ұсақ дақтар мазалады. 2-ші күні - везикулярлы бөртпе,жарылған көпіршіктер орнында ұсақ некроздар түзілді,кеш қабыршық пайда болды. Стационарға екінші күні орташа ауыр жағдайда түсті. Беттің сол бөлігінде,маңдай және бастың шашты бөлігінде ұсақ дақтар жоғары пигментациямен,ұсақ көпіршіктер, қабыршақтар,некроздар. Ауру синдромы 4-5 ші күні қарқынды, ақырындап жойылды. Лихорадка 3 аптаға созылды , 35 ші күні ауру синдромы азайды . Түскен кездегі қан анализілейкоцитоз $10,6 \times 10^9$ в 1 мкл, СОЭ 22 мм/с

1. Қандай диагноз сәйкес келеді?

Тапсырма №5

Наукас М., 23 ж. бет тілмесіне күдікпен жұқпалы аурулар бөлімшесіне жіберілді. Қалтырау, температура 38,5 - 39,6° С жетті,бетте «көбелек» тәрізді эритема, буындарда ауру күшейді. Келесі күні температура 38,0-39,0°С

шегінде, танертенгілік төмендеуімен болды. Денеді симметриялы папулезды-уртикарлы бөртпе, буындағы « ұшқын» тәрізді ауру сезімі, жұтыну қиындады. Ентігу 26 сокқы мин.т., әлсіздік, ауыз шырышты қабатында геморрагиялар. Жағдайы ауыр жалғасуда. Эритема орнында күміс тәрізді чешуйка, гиперпигментация аймақтары. Қанда: лейкоцитоз $8,3 \times 10^9$ мкл, нейтрофиллез, СОЭ 40-55 мм/с.

1. Қандай диагноз сәйкескеледі?

Тапсырма № 6

Наукас, 33 ж, 20 желтоқсан аурудың 2-ші күні бас ауруына, қызуға, беттегі жағымсыз сезім, ісінуге шағымданып түсті. Жедел ауырды, суықтаудан кейін қалтырап, бас ауру, температурасы $38,0^\circ$ көтерілді. Объективті: температура 38° . Жағдайы орта ауыр. Селкос, беті гиперемияланған, көзін аша алмайды. Бетте серозды сұйықтықпен ірі көпіршіктер, жүрек тоны тұйық, пульс 110 1 мин., өкпеде везикулярлы тыныс.

1. Қандай диагноз сәйкескеледі?

Тапсырма №7.

Наукас Я., 55 ж, 6-шы күні ауруханаға түсті. Түскен кездегі шағымдары: қатты әлсіздік, бас ауру, сол балтыр және табандағы ауру сезім, температураның жоғарлауы. Жедел ауырды, сол балтыр бұлшықеттерінде діріл, бас ауру, суық тер болды. Кешке температура 40°C көтерілді, аспирин ішті, халық еммен емделді. Температура түспеді. Келесі күні температура $40,2^\circ\text{C}$ жоғарлады, аяқта сыздап ауру сезімі пайда болды, гиперемия, сол балтыр, табанда ісіну болды. Созылмалы тонзиллитпен ауырады. Лимфа түйіндер $1,5 \times 1,5$ см ұлғайған.

Statuslokalis: Сол балтыр және табанда айқын гиперемия, айқын ісіну, терісі ұстағанда ыстық, ауру сезімді, флюктуация байқалады.

ЖҚА: Лейкоцит - $16,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 27 мм/с.

1. Қандай диагноз сәйкес келеді?
2. Қандай асқыну туралы ойлауға болады?

Тапсырма №8

Наукас А., 40 ж, аспазшы. 3-ші күні қатты бас ауруға, бас айналу, әлсіздік, температура 38,8°C жоғарлауы, бет аймағындағы сыздап ауру сезіміне шағымданып түсті. Екі күн бұрын ауырған, температурасы 38,8°C көтеріліп, қатты бас ауырып, әлсіздікпен, бас айналу, беттің қызаруы, ісінуі болды. Димедрол, аспирин, анальгин ішкен, температура 37,0°C түскен. Бірақ ісіну мен гиперемия көз айналасына тарады. Төрт ай бұрын бет тілмесі болған, пенициллинмен емделген.

Statuslokalis: айқын эритема, бетте, мұрында ісіну, тері ауру сезімді, ыстық, он бетте көпіршіктер. Жақ асты лимфа түйіндері 1,5x1,5 см ұлғайған, ауру сезімді. 3ші күні нейтрофильді лейкоцитоз анықталды, СОЭ - 14 мм, зәрде - лейкоцит, бүйректік эпителий.

1. Қандай диагноз дұрыс келеді?
2. Емдеу жоспарын құр.

Тапсырма №9

Наукас У., 51 ж, жүргізуші. Аурудың 3-ші күні түсті. Түскен кезде: жағдайы ауыр, температура 39,6°C, тахикардия, пульс 130 рет мин., АД - 95/60 мм.рт.ст. Сол кеуде аймағында тері гиперемиясы, кең геморрагиялар. Қызарудың шеттері тегіс емес, артқы және сыртқы беттерінде бірнеше сары, кара құрамды көпіршіктер. Сол жағында лимфа түйіндері ұлғайған және ауру сезімді. 40 жасында бет тілмесін өткерген.

1. Қандай диагноз сәйкес келеді?
2. Қандай аурумен салыстыру қажет?

Тапсырма № 10

Наукас С., 48 жас, баспадан айыққаннан кейін бір аптадан соң жедел ауырды, температурасы $38,8^{\circ}\text{C}$ көтерілді. Келесі күні сол балтырда ауру сезімі, ісіну, тері гиперемиясы пайда болды. Аурудың 3-ші күні қызару аймағында түссіз құрамды көпіршік түзілді. Көп жылдар бойы сол балтырдың терең венасы тромбофлебитімен, екі аяқтың трофикалық өзгерістерімен, қантты диабетпен ауырады.

1. Қандай диагноз сәйкес келеді?

2. Қандай аурумен салыстыру қажет?

Тапсырма № 11

Наукас Г., 57 жас, жедел ауырды, температурасы $39,5^{\circ}\text{C}$ көтеріліп қалтырады. Аурудың 2-ші күні оң балтырда ауру сезімі, гиперемия терінің қалындауы, түссіз құрамды көпіршік түзілді. Балтыр жаракаты себеп болды. Жиі баспамен ауырған.

1. Қандай диагноз сәйкес келеді?

Өзінің білімін тексеруге арналған тест сұрақтары

1. Қандай ауруды емдеген кезде пенициллин тағайындалады?

- а) тілме
- б) бруцеллез
- в) іш сүзегі
- г) Ку лихорадка
- д) токсоплазмоз

2. Тілмеге жиі тән белгі ?

- а) эритема
- б) везикула
- в) пустула
- г) карбункул
- д) жара

3. Тілменің жиі орналасатын орны ?

- а) арка
- б) қолдар
- в) бет
- г) аяқтар
- д) жамбас

4. Тілмеге аса тән симптом?

- а) тері гиперстезиясы
- б) дақты эритема
- в) анық шекаралы эритема
- г) қоңыр қызыл жаралар
- д) көпіршік

5. Түйнемеге тән симптом ?

- а) лимфангоит
- б) ауру сезімді карбункул
- в) кара струп түзілуі
- г) анық шекаралы гиперемия
- д) аймақтық лимфа түйіндерінің ауыруы

6. Тілмеге тән белгілер?

- а) жүйке бағаны бойымен ауру сезімі
- б) ұзақ ауру синдромы
- в) жүйке бағаны бойымен ұзақ көпіршіктер
- г) серозды құраммен ірі көпіршіктер
- д) ауырмайтын карбункул

7. Біріншілік тілменің ерте симптомы:

- а) теріде эритеманың пайда болуы
- б) зақымданған ошақта ауру сезімі
- в) температураның көтерілуі қалтыраумен
- г) Зақымданған ошақта жұмсақ тіндердің ісінуі
- д) регионарлы лимфотүйіндерде ауру сезімі

8. Тілме ауруына қандай асқыну тән?

- а) ұйқышылдық
- б) қан кету
- в) жаралар
- г) флебиттер
- д) лимфорейя

9. Тілменің терапиясында эффективті зат:

- а) делагил

- б) пенициллин
- в) ремантадин
- г) витамин
- д) гормон

10. Тілменің жиі асқынуына жатады:

- а) абсцесс
- б) қансырау
- в) шок
- г) лимфостаз
- д) кара струп

11. Тілме кезіндегі эритеманы сипатта ?

- а) қызарған терінің шекарасы анық емес бөлігі
- б) тегіс емес шеттермен анық шектелген бөлігі
- в) шекарасы анық емес терінің жайылған гиперемиясы
- г) тасты қабатының ісінуімен терінің қызарған бөлігі
- д) гиперемия ортасында айқын шетіне карағанда

12. Тілменің емінде таңдаулы препарат :

- а) пенициллини
- б) стрептомицин
- в) бисептол
- г) метронидазол
- д) ампициллин

13. Біріншілік тілмеден кейін қанша уақытта қайталамалы тілме пайда болады?

- а) 1 айдан кейін
- б) 1 жылдан көп
- в) 2 аптада

- г) 2 жылдан көп
- д) 10 жылдан кейін

1 4 . Тілме кезіндегі инфекция көзі:

- а) құстар
- б) ауру адам
- в) жануарлар
- г) карапайымдылар
- д) гельминт

1 5 . Тілменің жиі асқынуы:

- а) лимфостаз
- б) тромбофлебиты
- в) гангрена
- г) кансырау
- д) бөртпе

1 6 . Тілменің диагностикасы:

- а) клиникалық симптомдары
- б) микроскопиялық анализ
- в) биологиялық анализ
- г) вирусологиялық анализ
- д) серологиялық анализ

1 7 . Тілмеге аса тән симптом

- а) жара
- б) эритема
- в) пустула
- г) карбункул
- д) везикула

1 8 . Тілмені емдеу принциптері:

- а) антибактериалды терапия
- б) дезинтоксикационды терапия
- в) зақымданған бетте жақпаның жиналуы
- г) вакцинотерапия
- д) физиотерапия

19. Тілме кезіндегі перифериялық қандағы өзгерістер:

- а) лейкопения
- б) лимфоцитоз, моноцитоз
- в) лейкоцитоз нейтрофильдің солға жылжуымен
- г) СОЭ өзгеріссіз
- д) Нормоцитоз

20. Тілмеде қандай физиеом қолданылады :

- а) УФО
- б) УВЧ
- в) батпак
- г) радон ваннасы
- д) электрофарез

21. Тілме клиникасында қандай синдром кездеседі:

- а) интоксикационды синдром
- б) терінің зақымдану синдромы
- в) гиповолемиялық
- г) астено-вегетативті синдром
- д) ісіну-асциттік

22. Эризипелоидқа тән симптом?

- а) эритема
- б) ауру симптомы
- в) көкшіл түстес дақты эритема

г) симптомы «маржан алқасы»

д) «студневид ісіну»

23 Қандай адамдар тілме ауруына бейім?

а) асказан жарасы ауруы

б) кант диабеті

в) гипертониялық ауру

г) спецификалық емес ойық жаралы колит

д) ішек инфекциясы

24. Тілме инфекция аурулардың ішінде қай топқа жатады?

а) қан

б) ішек инфекциялары

в) ауа-тамшылы инфекциялар

г) әртүрлі беріліс жолдарымен

д) сыртқы жабындар

№	жауаптар	№	жауаптар
1	А	16	А
2	А	17	Б
3	Г	18	А
4	В	19	В
5	В	20	А
6	Г	21	А
7	В	22	В
8	А	23	Б
9	Б	24	Д
10	А		
11	Б		
12	А		
13	Г		
14	Б		
15	А		

№	Жауаптары
1	Эризипелоид
2	Сол балтырдың эритематозды-буллезді тілмесі (орташа ауырлықтағы формасы, 2 сатысы
3	Беттің терең веналарының тромбозы
4	Белдемелі теміреткі (Herpes zoster)
5	Жүйелі қызыл жегі
6	Біріншілік беттің эритемотозды-буллезді формасы. Инт.2 сат.
7	Сол балтырдың біріншілік тілмесі эритематозды формасы орташа ауырлықта Инт. II сат.
8	Беттің рецидивті эритематозды - буллезді формасы. Орта ауырлықта. Интоксикация II сат
9	Қайталамалы буллезді-геморрагиялық тілме сол балтырда, ауыр ағымды.
10	Біріншілік эритематозды-буллезді тілме сол балтырда. Орта ауыр ағымды.
11	Біріншілік эритематозды-буллезді тілме . Орта ауыр ағымды.



29 - сүрөт. Көп түрлү эритема (өзіндік бакылау)



30 – сүрөт. Эксудативті полиморфты эритема



31- сүрет. Сепсис (өзіндік бақылау)



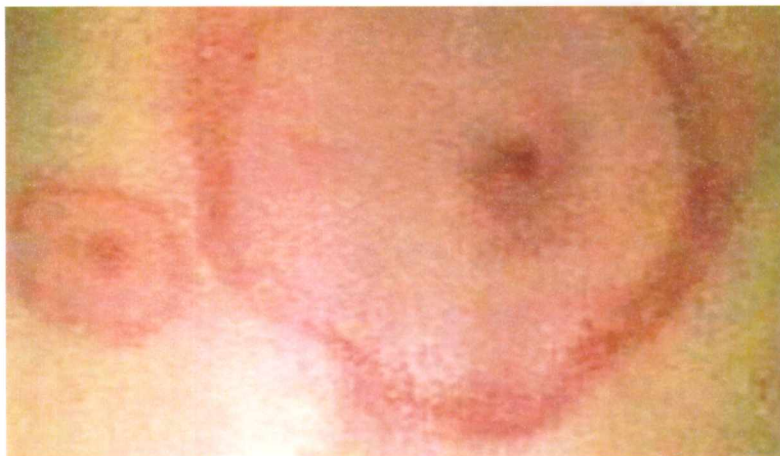
32 - сүрет. Буллезді Левер пемфигусы



33 - сүрет. Пастереллез біріншілік ошақтық терілік формасы (өзіндік бақылау 2023ж)



34 - сүрет. Клебсиеллездің біріншілік ошақтық терілік формасы (А.М.Дмитровский стандарты жағдайды анықтау ООИ, СДС, 2008)



35 - сүрет. Кенелік борелиоз (Лайма ауруы)



36 - сүрет. Көп түрлі эритема (өзіндік бакыла



37 - сүрет. Оң балтырдың рецидивті тілмесі эритематозды формасы орташа ауырлықта (өзіндік бақылау)



38 - сүрет. Төменгі аймақтың трофикалық өзгерістері (трофикалық жаралар) (өзіндік бақылау)

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Клиниканың ерекшеліктері және қызыл иектің диагностикасы: әдістемелік ұсыныстар / Мәскеу Денсаулық сақтау департаменті. 2017.
2. Плавунув Н. Ф., Кадышев В.А., Чернобровкина т. я., Проскурина л. н. клиниканың ерекшеліктері және дифференциалды диагностика. Шолу // ішкі аурулар мұрағаты. 2017. № 7(5). 327-339 ББ.
3. Ишкова и.А., Кляритская и. Л., Цапьяк Т. А., Кривой В. В. А тобының стрептококк инфекциясы: оның мәні мен диагностикасы // Қырым терапевтік журналы. 2021. № 1. 32-36 бет.
4. Гришина Е. Е., Сухова Т. Е. беттің қызылиек қабынуы. Офтальмологпен білуі керек? // РМЖ. Клиникалық офтальмология. 2018. № 2. 155-160 ББ.
5. Ершовиченков А.А., Потекаева С. А., Анохина г. И. және т. б. қазіргі заманғы клиниканың өзекті аспектілері, науқастарды емдеу және оналту // Фарматека. 2012. № 20. 62-67 ББ.
6. Юшук Н.Д., Венгеров Ю.Я., Аликева Г.К. Инфекционные болезни/2-е изд., перераб. и доп.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-50 экз.
- 7.. Покровский В.И., Пак С. Г., Брико Н. И., Данилкин Б. К. Инфекционные болезни и эпидемиология / 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004.-149 экз+19 (2003). 3.
- Покровский В.И., Пак С. Г., Брико Н. И., Данилкин Б. К. Инфекционные болезни и эпидемиология / 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-107 экз.
4. Венцель Р.П. Внутрибольничные инфекции: монография.-2-е изд., перераб. и доп.-М.: Медицина, 2004.- 5 экз.
- 8.. Ссылка (<http://ru.freepik.com/free-photos-vectors/medical>,<http://www.pressfoto.ru/categories/health/medicine/#!/sstring=&>)
9. Бережная Н.М., Чехун В.Ф. Система интерлейкинов Ирак,- Киев: Дисс. док.мед. наук.2000.-224с.

10. Богомолов Б.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. М., 2000 г.
11. Влияние рекомбинатного интерлейкина-2 на состояние иммунитета и гемостаза у больного рожистым воспалением. Емельянова А.Н., Витковский Ю. А., Кижло Л.Б., Сергеева Э.И //Бюллетень Вост.- Сиб. Научного Центра СО РАМН,- 2001.,№4-С.21-24. 9.
- Жуманбаева Г.К., Сыздыков М.С., АлиакпаровМ.Т. Экстракорпоральные и иммуномодулирующие методы в комплексной терапии больных рожей в экологически неблагополучных промышленных зонах: Монография - Караганда. 12.
- Жуманбаева Г.К., Сыздыков М.С., АлиакпаровМ.Т. Сравнительная оценка эффективности методов лечения рожи с целью профилактики рецидивов и осложнений: Монография,№6083-Ка95.-Алматы, 1995. -165с. 11.
- Иммунологические аспекты патогенеза рожистого воспаления в сочетании микробной экземой / Фазылов В.Х., Куклин В.Т., Гилмулина Ф.С, Мигранова Г.М.. //Рос.ж. кож. и Венер. Болезней. - 2000, № С 12. Клиническое течение современной рожи / Королев М.П., Спасивцев Ю.А., Коньчев А.В., Толстов О.А.// Нерешенные вопросы неотложнойхирургии и эндовидеохирургии. - 1998.С. 153-154.
13. Погорельская Л.В., Турьянов М.Х., Корсун В.Ф., Ноева Н.А., Рожа: клиника, диагностика, лечение. фитотерапия. //Учебно- методическое пособие // 1996.-48с.
14. H.Tassler. Comparative efficacy and safety of oral fleroxacin and amoxicillin clavulanate potassium in skin and soft tissue infection //Amm. J. Med.-2003.-v.94.-№3а-Р. 159-165.
- 15.Norrby teglund A., Correlation between serum TNF alpha and GL- 6 llevels and severity of group A streptococcol infections // Scans J. Infect. Dis.-1995/-v.27.-№2.- Р. 125-130.

16. В.Е.Рычнев. В.М.Фролов. Изменение гранулоцитопозитической системы при рожистом воспалении. - Врачебное дело, 1992, № 6. С. 54 -56. и химиотерапия. - 1992.№ 5.-С. 44-46.
17. Потапов Л.В., Решетов А.В., Тонс В.В. Эффективность ультрафиолетового облучения крови в комплексном лечении рожистого воспаления // Вестник хирургии им.И.И.Грекова - 1992,-№7-8.-С.84-85.
18. F. Sjoblom et. Al. Infection with group A streptococcus //Nord. Med.-2005-v. 110.- №2.-р 5-52
19. Егорова В.Н.,Летягина О.В., Смирнов М.Н.Ронколейкин - рекомбинатный интерлейкин -2 человека - эффективное средство коррекции иммунодефицитов. //Российский национальный конгресс» Человек и лекарство». Москва,1998. Тезисы докладов - М.,1998.-С.486.
20. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни. М.. 2001,2005 гг.
- 21.Руководство по инфекционным болезням. Под ред. В. И. Покровского. М.: 2000 г.
22. Шувалова Е. П., Змушко Е. И. Синдромная диагностика инфекционных заболеваний.С.-П., 2003 г.
23. Cytokine profiles as markers of disease severity in sepsis: a multiplex analysis / F.A. Bozza et al // Crit Care. 2007. - Vol. 11, N 2 . - P. 49.
24. Determinants of severity for superficial cellulitis (erysipelas) of the leg: a retrospective study / P. Musette et al // Eur J Intern Med. — 2004. Vol. 15, N 7. - P. 446-450.
25. Dupuy A. Descriptive epidemiology and knowledge of erysipelas risk factors / A. Dupuy // Ann. Dermatol. Venereol. (France) — 2001. -Vol. 128, N3-4.-P. 312-316.
- 26.Erysipelas. Retrospective study of 647 patients / I. Zaraa et al // Tunis Med.

Белгілер үшін
