

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти



РЕФЕРАТ

Мавзу: СКАРЛАТИНА (ҚИЗИЛ КУЙЛАК)

Бажарди: Ширинов Т.

Самарқанд 2017 йил

СКАРЛАТИНА (КИЗИЛ КУЙЛАК)

Скарлатина - уткир юкумли касаллик булиб, умумий захарланиш белгилари, ангина ва терида тошма билан кечади. Касаллик узок вақтлардан бери маълум булиб, тошма билан кечувчи бошка юкумли касалликлар гурухида баён этилган.

1675 йили инглиз врачлари Sidengam касалликни тулик урганиб унга scarbt fever номини берган. XVI асрда скарлатина эпидемияси бутун Европада таркалади. Испанияда скарлатина яккол лимфаденит билан кечгани учун уни garotillo яъни «темир буйинбоғ» деб номланган.

Скарлатинанинг клиникаси, киёсий ташхисоти 1789-1824 йилларда Бретенио таърифлаб беради.

Этиологияси. Касаллик кузгатувчиси А гурухига кировчи β -гемолитик стрептококк хисобланади. Бу кузгатувчини асосий хусусиятларидан бири токсин ҳосил қилишдир. Скарлатина ривожланишида шу экзотоксинга ишлаб чиқарилган антитоксик иммунитет ҳолати асосий роль уйнайди. Юқиш вақтида шу иммунитет йук бўлса болада скарлатина касаллиги юзага келади. Иммунитет бор бўлган ҳолларда ангина, фарингит ва бошка шакллар, асло скарлатина эмас, ривожланади.

Эпидемиологияси. Скарлатина антропоноз инфекцияси булиб, касаллик манбаи скарлатинанинг яккол ёки яширин шакли билан оғриган ёки стрептококкли инфекциясини истаган шакли билан оғриган одам хисобланади. Скарлатина купрок совук ёки илик

иклим шароитларида таркалган. Скарлатинада эпидемик жараён хар 2-3 йилда даврий, ҳамда куп йиллик 20-30-йил купайиб ва камайиб туради. Касаллик купрок куз ва киш ойларида учрайди. Касаллик купрок мактабгача ва эрта мактаб ёшида учрайди. Эрта ёшдаги болаларнинг жуда кам касалланишига сабаб онасидан утган трансплацентар иммунитет, ҳамда физиологик ареактивлик холати сабаб булади.

Асосий юкиш йули – хаво-томчи. Юкумлилик индекси тахминан 40% ташкил этади, чунки билинар-билинмас ва инаппарант шакллари хисобга олинмаган.

Бемор касаллик бошиданок юкумли хисобланади. Яширин ёки билинар-билинмас, ҳамда стрептококк инфекциясини бошка шакллари-ангина, назофарингит билан огриганлар эпидемиологик жихатдан хавфли хисобланадилар.

Охирги 10-йилликларда Узбекистон республикасида касаллик даражаси анча камайиб бормокда, купрок енгил шаклларда кечиш кузатилмокда.

Патоморфологияси. Морфологик узгаришлар кузгатувчи ва унинг токсини таъсирида юзага келади. Касаллик кириш дарвозаси-буйин бодом безлари, халкум шиллик кавати, баъзида куйган ёки жарохатланган тери юзаси хизмат килади. Махаллий узгаришлар шиш, гиперемия, тукималар лейкоцитар инфильтрацияси билан кечади, катарал, йирингли ёки некротик яллигланиш кузатилади. кузгатувчининг бошлангич жойлашиши яллигланган регионар лимфаденит хосил килиши-бирламчи скарлатина комплекси

номини олган. Бирламчи аффектдан токсиннинг сурилиши, захарланиши ва скарлатина тошмаси тошиши билан кечади.

Тери яккол кизарган, тери фонида тошиб, майда нуктали характериға эға. Микроскопияда периваскуляр инфильтрация ва дерманинг шишиши курунишидаги майда зарарланиш учоклари кузатилади. Эпидермис экссудат билан туйинади, паракератоз, кейинчалик шохли каватининг палахса-палахса булиб кучиши (оёк, кул, кафтларидаги пластинкасимон кипикланиш) кузатилади. Ички аъзоларда (буйрак, юрак, жигар) дистрофик узгаришлар, микроциркуляция бузилиши ривожланади. Бош мия, вегетатив ганглияларда кон айланиши бузилиши, нейронлар дистрофик узгаришлари юзага келади.

Патогенези. Касалликни узига хос клиник курунишдаги кечиши стрептококкнинг токсик, септик ва аллергик таъсири сабаб булади. Стрептококк тушган жойда махаллий яллигланишга олиб келади. Лимфа йуллари ва юзаки кон томирлари оркали регионар лимфа тугунларига тушади, конда β -гемолитик стрептококкнинг юрак-томир тизими, асаб ва эндокрин тизимиға таъсир килувчи токсик субстанциялари пайдо булади.

Токсик синдром умумий захарланиш, иситмалаш, тошма, бош огриши, кусиш, томир узгаришларининг симптоматик курунишлар билан изохланади. Огир холларда геморрагик асоратлар ривожланиб буйрак усти безларига кон куйиши, мия шиши,

миокард дистрофияси, вегетатив асаб тизимини баъзида симпатикопарез курунишда бузилишига олиб келади.

Иммунитет. Касалликдан кейин бутун А гурухи кузгатувчиларга тегишли булган мустахкам, хаётий, антитоксик иммунитет типоспецифик булиб кучсиздир. Антитоксик иммунитет стрептококкли инфекцияда бошка оддий шакллардан кейин хам ривожланади. Фарки бу ҳолатларда антитоксик иммунитет йук булган учун жараён скарлатинага утиб кетиши мумкин.

Клиник куруниши. Яширин даври 2-7 кунни ташкил этади. Бу давр бир неча соатгача кискариши ва 12 кунгача чузилиши мумкин. Касаллик уткир, иссиғи чиқиши билан бошланади. Бола ютинганда тамок огриши, бош огриши, бир марталик қусишга шикоят қилади. Касаллик бошлангандан бир неча вақт утгач тери кизарган фонида юзида, буйнида, оёқ-кулларида пушти майда нуктали тошма пайдо булади. Юзида тошма лунжларида тошади, бунда бурунлаб учбурчагида тошма булмайди (Филатов белгиси). Болани кузлари чакнаб туради, юзлари кип-кизил, бир оз шишган булади. Тери табиий бурамаларида, биқинларда, айникса қорин пастида, оёқ-куллар буқувчи юзасида, култиқларда, чов соҳасида тошма қуюклашади, қон қуюлишлар булиши мумкин (Пастия белгиси). Майда нуктали тошмадан ташқари миллиар тугма зич бошидек майда тиник ёки лойка суюқлик тутувчи пуфакчалар хам топилади. Оғир ҳолларда тошма қуқимтир булиб, дермографизм узук-юлуқ қучсиз ифодаланган булади. Скарлатинада томирлар мурт булиб қолиши қутилишида чимчилаш ёки жгут қуйиш урнида қон қуюлиши излари пайдо булади. Скарлатинада тошма 2-7 кун туриб,

изсиз, пигментация колдирмай, йуколади. Тошма йуколгач, касаллик биринчи хафта охири, иккинчи хафта бошида кипиклаши бошланади. Бадан, буйин, кулокларда кипиклаш майда излар куп микдорда кипиклаш милиар тошмадан кейин кузатилади.

Скарлатинага учун хос булгани оёк-куллар, кафтида палахса-палахса кипиклашидир. Скарлатинанинг доимий ва асосий белгиларидан бири тамокдаги узгаришлардир. Узига хос яккол, чегараланган бодом безлари, тилнинг кизариши, каттик танглай шиллик каватига утмайди. Касаллик биринчи кунларида нуктали энантемани куриш мумкин ва у баъзида геморрагик характерга эга булиши мумкин. Тамокдаги узгаришлар шунчалик узига хоски, уни «тамокдаги аланга, ёниб турган тамок» деб аташ мумкин.

Захарланиш белгилари даражаси скарлатина огирига боглик.

Одатда у иситмалаш, холсизлик, бош огриши, кейин кусиш билан ифодаланади. Огир холлардв харорат 400С кутарилади, кучли бош огриши, куп марта кусиш, холсизлик, баъзида безовталиқ, алахсираш, талвасалар, менингеал белгилар кузатилади. кон-томир тизимидаги узгаришлар касаллик бошида симпатик иннервациясининг тонуси ортиши хисобига булади (кон босим ортиши, тахикардия,-симпятикус фаза). 4-5 кундан кейин парасимпатик нерв тизимининг тонуси ортиб, брадикардия, юрак тонлари бугиклашиши, кон босими пасайиши кузатилади,-вагус фаза. Симпятикус фаза дермографизм ок, вагус фазада кизил булади. Вагус фазада юрак чегараларининг бир оз кенгайиши, I тон бузилиши, ёки систолик шовкин пайдо булади, ЭКГ да синусли брадикардия ва аритмия кузатилади. Бу узгаришлар «инфекцион

юрак» номини олган булиб улар асосида экстракардиал таъсирлар, кам холларда эса-миокард зарарланиши ётади. Юрак-кон томир тизимидаги узгаришлар 2-4 хафта сакланиб, кейинчалик изсиз йуколади. Скарлатина учун ок дермографизм хос булиб, касаллик бошида чузилган яширин (10-12 мин.) ва кискарган яккол (1-1,5 мин.) даврига эга. (сог одамда яширин даври 7-8 мин., яккол даври 2,5-3 мин. булади). Кейинчалик яширин даври кискариб, яккол даври нисбатан тургунлашади. Периферик кон томонидан чапга силжиган нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши кузатилади.

Классификация. А.А.Колтупин буйича таснифланади, хамда тури, огирлиги ва кечиши буйича булинади. Тури буйича типик ва атипик скарлатина тавофут килишади.

Типик турига скарлатинага хос булган белгилар: захарланиш, ангина, узига хос тошма билан кечувчи тури киради. Атипик турига билинар-билинемас, ута енгил кечувчи, хамда экстрафаренгеал (экстрабуккал) шакли (куйганда, яраланганда, туккондан кейин)-яъни бирламчи учокнинг томокдан ташкарида булиши киради. Экстрафаренгеал скарлатинада тошма кириш дарвозасида тошиб куйиклашади, иситмалаш, кусиш кузатилади. Ангина кузатилмайди, лекин лимфаденит кириш дарвозаси олдида булиб, кучсиз ифодаланган булади.

Атипик шаклларига энг огир кечадиган-геморрагик ва гипертоксик-шакллари хам киради. Бу шакллар аггровирланган деб аталади, чунки бемор касаллик клиникаси тулик пайдо булмасдан нобуд булиши мумкин. Бундай беморлар касалхонага менингоэнцефалит

ташхиси билан келишлари мумкин. Улим асаб, кон томир, эндокрин тизимининг кескин бузилиши окибатида юзага келиши мумкин. Бундай шакллар хозирда камдан-кам холларда учрайди. Типик шаклларда огирлиги буйича енгил, урта огир, хамда огир шаклларига булинади. Огирлик курсаткичлари захарланиш даражаси ва махаллий яллигланиш белгиларига караб аникланади.

Кечиши. Скарлатина текис, асоратсиз, хамда, нотекис аллергик ва септик асоратлар билан кечади. Скарлатина текис кечганда патологик жараён 2-3 хафтада тугайди. Скарлатина кечишида рецидивлар,-асосан 2-3 хафтада,-булиши мумкин. Улар одатда янги келган беморлар билан мулокотда булганда стрептококкнинг янги типи тушиб (суперинфекция) ёки аввалги типи билан яна зарарланиш (реинфекция) хисобига булади.

Асоратлари. Скарлатинанинг энг куп асоратларига лимфаденит, отит, нефрит, синовит, йирингли артрит, мастоидит киради. Улар касаллик бошида ёки охирида ривожланиши мумкин. Уларнинг генезида аллергия, реинфекция ва суперинфекция ётади.

Инфекцион-аллергик асоратлар (нефрит, синовит, оддий лимфаденит) асосан касаллик иккинчи даврида, 2-3-хафтада ривожланади. Йирингли асоратлар касалликнинг хам бошида, хам охирида кушилиши мумкин. Одатда улар эрта ёшдаги, йулдош касалликлари бор болаларда учрайди.

Эрта ёшдаги болалар скарлатина билан камдан-кам касалланади. Касаллик клиникаси узига хос хусусиятларга эга. Трансплацентар иммунитет бор болаларда скарлатина рудиментар, билинар-

билинмас кечади. Бундай холларда касаллик белгилари кучсиз, харорат баланд эмас, тошма кучсиз, кам, тез йуколади. кипиклашиш булмаслиги мумкин. Иммуниетет утмаган болаларда касаллик септик, огир некротик ангина, фарингит ва куплаб йирингли-некротик асоратлар билан кечади. Эрта ёшдаги болаларда аллергия аломатлари ва инфекцион-аллергик асоратлар (нефрит, синовит) кам учрайди.

Хозирги даврга келиб антибиотикларнинг кенг, эрта кулланиши натижасида касаллик огир, асоратли шакллари кам учрамокда.

Ташхисоти. Типик шаклларда ташхисот кийин эмас. Бирданига иситмалаш, уткир бошланиш, ютинганда тамокда огрик, тамокдаги чегараланган яккол кизариш, тери кизарган фонида майда нуктали тошма тошиши, унинг тери, табиий бурамаларида куюклашиши, оч бурун-лаб учбурчаги. Касаллик ташхиси куйдагилар ёрдам беради. конда чапга силжиган нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши бунга ёрдам беради.

Билинар-билинмас шаклларда тамокдаги чегарали кизариш, табиий бурамаларда тошма куюклиги, лимфаденит, ок дермографизм ва кон куриниши ташхисотда хисобга олинади.

Касалхонага кеч мурожаат килинган холларда узокрок сакланувчи белгилар-табиий бурамаларда тошма куюклиги, тилнинг сургичсимонли петехиозлар, тери курук ва кипикланиши ёрдам беради.

Бундай ҳолларда эпидемиологик анамнезида боланинг стрептококкли инфекцияни бошқа шакллари билан мулоқотда бўлгани ҳисобга олинади.

Лаборатор текширувларда томоқ шиллигида β -гемолитик стрептококк топилиши, конда антистрептолизин-О ва бошқа ферментлар, ҳамда стрептококк антитоксинларини аниклаш аҳамиятга эга. Скарлатинага берилувчанликни Дик реакцияси билан аникланади. Бунда тери ичига стандартли эритроген токсинидан 0,1 мл юборилади. Агар 24 соатдан кейин инъекция урнида инфильтрат ёки 10 мм ортик кизариш пайдо бўлса реакция мусбат бўлиб, антитоксик иммунитет йуклигидан дарак беради ва бола скарлатина билан касаллиниши мумкин бўлади.

Давоси. Касалхонага ётказиш клинико-эпидемиологик курсатмаларга биноан амалга оширилади. Енгил ва урта огир шаклларида уйда даволанади. Касалхонага огир шакллари, ҳамда уйда болаларни даволашга шароит бўлмаган ҳолда ётказилади. Касалхона хоналари бир вақтда бемор билан тулдирилиши керак. Янги беморлар ва реконвалесцентлар билан мулоқот бўлмаслиги керак. Касалхонадан чиқариш клиник курсатмаларга асосан, пенициллинотерапия тугагач, 7-10 кун ружсат этилади. Уйда даволаганда беморга мос шароитлар яратиш лозим. Бунда бемор бошқа болалар билан мулоқотда бўлмаслиги ва санитария-гигиена қоидаларига амал қилиши лозим (қундалиқ дезинфекция, алоҳида идиш-товок ва бошқалар). Уткир даврида ётоқ тартиби буюрилади. Пархез туйимли, витаминларга бой, асосан хазм бўладиган бўлиши

керак. Скарлатинада антибиотиклар куллаш тавсия этилади. карши курсатмалар булмаса асосан пенициллин 5-7 кунга буюрилади. Уйда даволанганда феноксиметилпенициллин ичишга (50 минг МЕ/кг/сут) ва ундан купрок буюрилади. Пенициллин куллаш иложи булмаса дуоцеф, амоксиклав, рулид, сульфаниламидлар, лидаприм терапевтик дозаларда тавсия этилади. Захарланиш кучли булганда инфузион терапия (реополиглюкин, гемодез, глюкоза) 1-2 кунга буюрилади. Бошка дори-воситалардан аскорбин кислотаси, антигистамин дори-воситалар, томокни мойчечак, фурациллин эритмаси билан чайилади.

Асоратлар умумий коидаларга асосан даволанади.

Олдини олиш. Скарлатинани махсус профилактикаси йук. Олдини олиш чораларига скарлатина бемори ёки стрептококк инфекциясини бошка шакли билан огриганларни эрта аниклаш ва алохидалаш, даволаш киради. кабул килинганда курсатмаларга асосан бола касаллик бошидан бошлаб 7-10 кунга алохидаланади, лекин болалар муассасига бориш 22 кундан кейин рухсат этилади, чунки бу пайтда болада кечки асоратлар юзага чикиши мумкин. Стрептококк инфекцияси бошка шакллари (ангина, фарингит, стрептодермия ва бошқалар) билан огриганлар хам 22 кунга алохидаланади.