

infeksion xəstəliklər

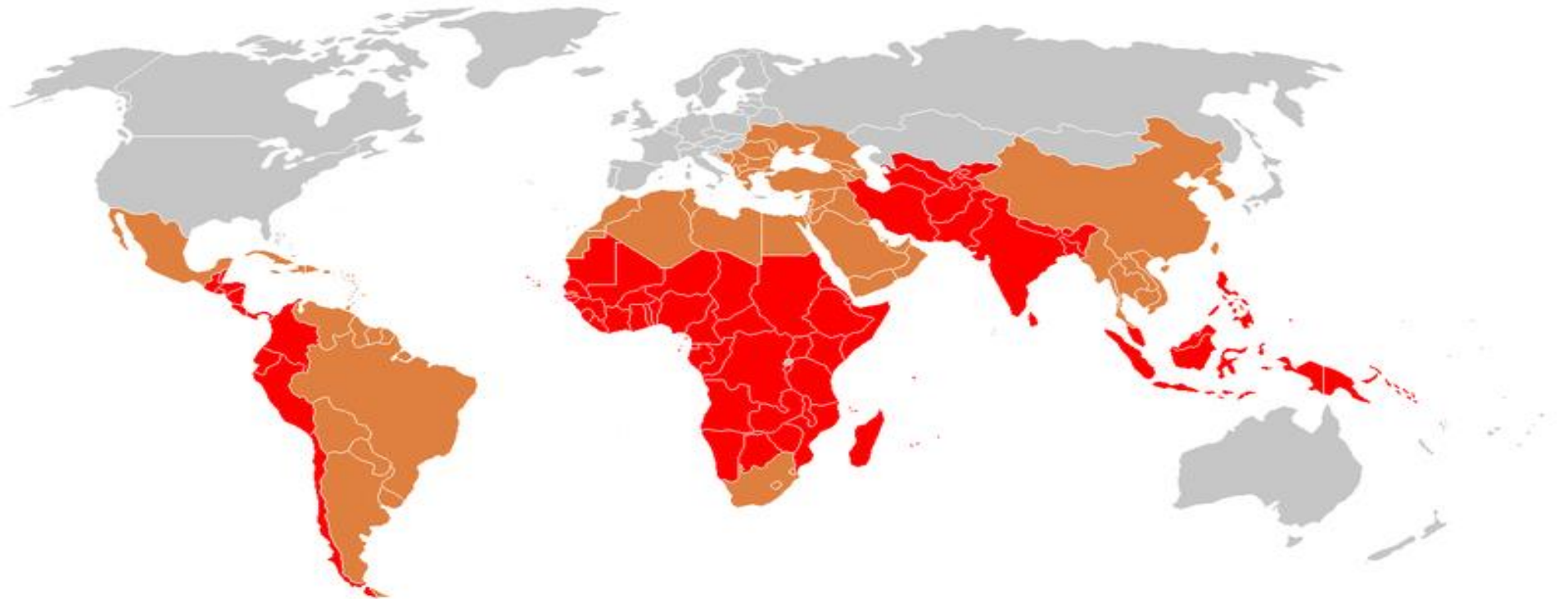
Dos. Bəylarova

Reyhan

Qarin yatalađı

Tifus abdominalis

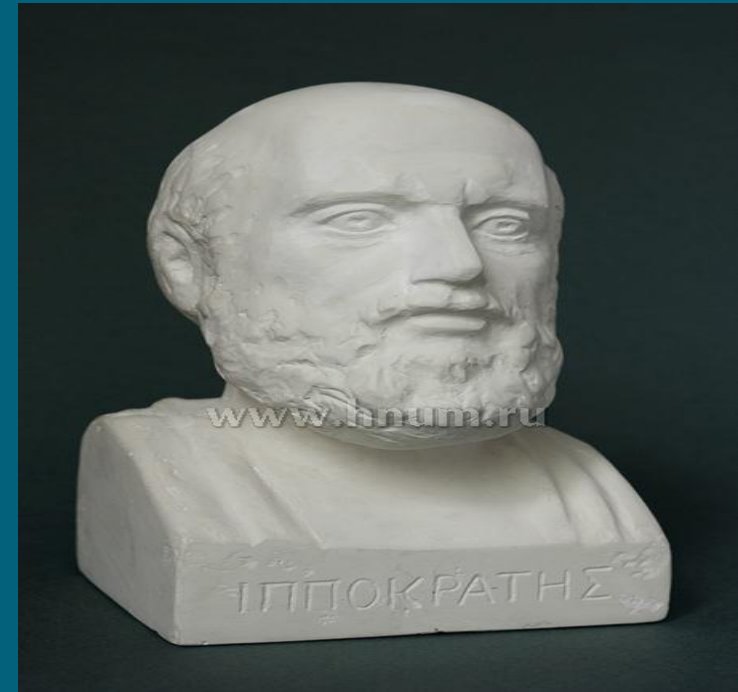
A,B və C paratıfları kəskin gedişə malik olub, bakteremiya yüksək hərərət, tifoz statusla müşayiət olunan ağır intoksikasiya əlamətləri, dəridə rozeolyoz səpgilər, nazik bağırsağın limfatik aparatının zədələnməsi ilə xarakterizə olunan infeksiyon xəstəlikdir.



Tarixi məlumat.

”Tif ” ifadəsi yunan sözü olub, ”tüstü, duman” mənasını daşıyır.

Bizim eramızadək 460-372-ci illərdə **Hippokrat** və **Selsi** tərəfindən tibb elminə məlumat verilmişdi. 1750-ci ildə Rusiyada epidemiya zamanı ilk dəfə qarın yatalağının klinikası **Pyatnitski** tərəfindən dərin təsvir edilmişdir. 1874-1880-ci illərdə **T.Broviç**, N.N **Sokolov** və alman histoloqu **K.Ebert** qarın yatalağından ölmüş xəstələrin cəsədindən xəstəliyin törədicilərini tapmışdılar



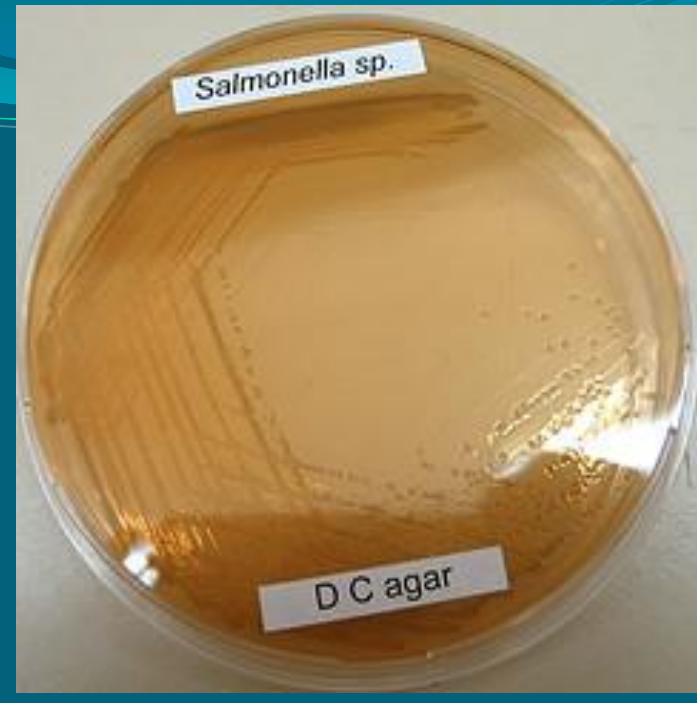
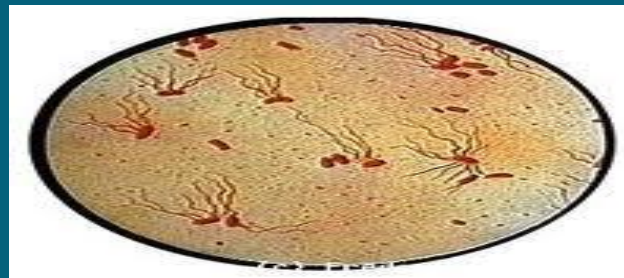
Q.Qaffky (1884) təmiz kulturasını almıřdır.

İlk dəfə **Nikol** (1829) xəstəliyin klinik mənzərəsini bařqa qızdırmalı xəstəliklərdən fərqli olaraq təsvir etmiřdir.



Etiologiya.

Qarın yatalağı törədiciləri –Salmonella
tipi, A və B paratiflərini isə Sal.
Paratyphi A və B adlanan bakteriyalar
törədir. Salmonella cinsinə,
Enterobacteriaceae ailəsinə aiddir.
Çubuqvari, 1-3 mkm uzunluğunda, 0,5-
0,8mkm enindədir. Spor əmələ
gətirmirlər, hərəkətli, qram(-)mənfi olub,
bütün anilin boyalar ilə rənglənilirlər, adi
qidalı mühitlərdə yaxşı çoxalırlar.

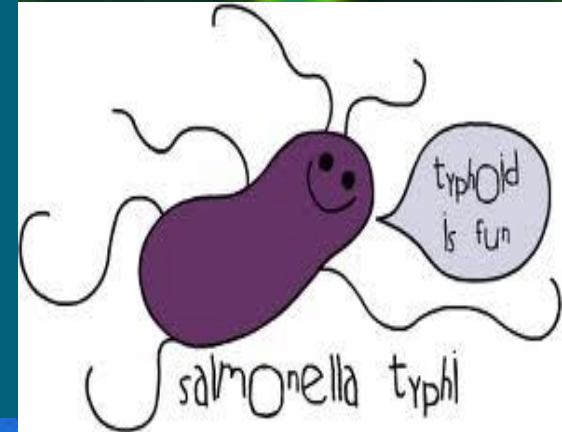
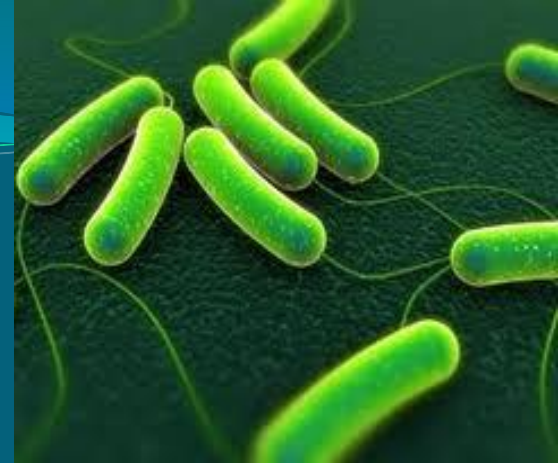


Qarın yatalağı törədiciləri mürəkkəb antigen quruluşa malikdirlər. Somatik termostabil O-antigenə, qamçılarda yerləşən termoləbil H-antigeninə və somatik, lakin daha səthi yerləşən Vi və K-antigenlərinə malikdirlər. (Paratip A və B Vi antigeni olmur) Tərkibinə görə bu antigenlər müxtəlifdir.

O-antigeni mikrob hüceyrəsinin səthində yerləşir və fosfolipid-polisaxarid kompleksindən ibarətdir, termostabildir.

Vi-antigeni kimyəvi tərkibinə görə O-antigeninin analoqudur, lakin termolabildir, az toksikidir. Bu antigenə malik olan salmonellalar faqositoz prosesinə daha çox davamlıdırlar.

K-antigeni bakteriyaların hüceyrə divarlarını örtən qışa olub, onun mikrokapsulunda yerləşir. Zülal-polisaxarid kompleksindən ibarətdir, hüceyrədaxili çoxalma xüsusiyyətinə malikdir.

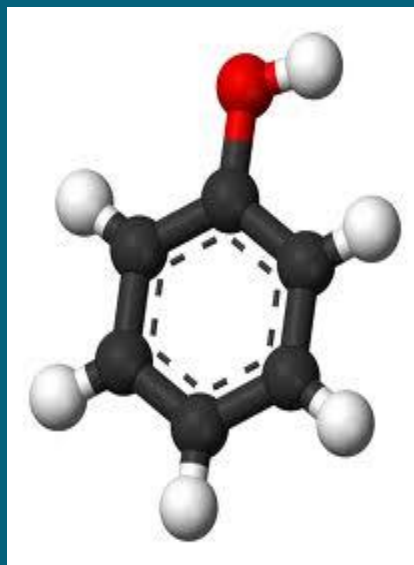


Vi – faqlarla lizisə uğramaq qabiliyyətinə görə 100 dən artıq faqotipi vardır. Bunlardan A₁, B₁, F, E faqotipi daha çox rast gəlinir.

Qarın yatalığının törədiciləri ətraf mühitin müxtəlif faktorlarına qarşı çox həssasdırlar. Suda 50°C-də qızdırıldıqda 1 saat, 100°C-də tez məhv olurlar. Torpaqda, suda bir neçə gündən 5 aya qədər, ifrazatda 25 gün, qida məhsullarında 3 ay, aşağı temperatura davamlıdır.



Dezinfeksiyaedici məhlulların təsirindən (5%-fenol, 3%-lizol, 3%-xloramin) tez, yəni 2-3 dəqiqə müddətində məhv olurlar.



Epidemiologiya. Qarın yatalağ, paratiflər antropoz xəstəlikdir, paratif B isə bəzən heyvanlarda, ev quşlarında ola bilər, infeksiya mənbəyi xəstə insanlar, bakteriyagəzdircilərdir. Xəstəliyin atipik forması ilə xəstə şəxslər, bakteriyagəzdircilər təhlükəli hesab olunurlar. İnkubasion dövrün axırı və kəskin dövrdə xəstə xeyli yoluxucu olur.



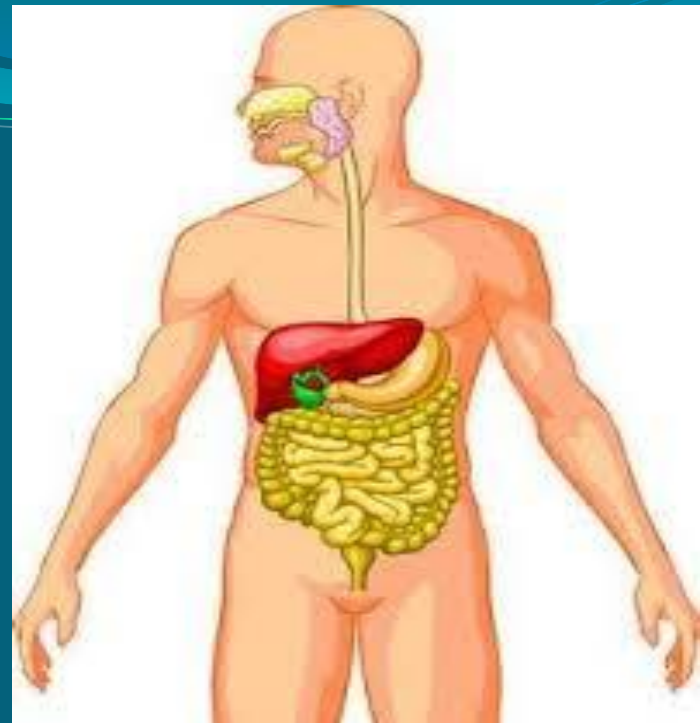
Mikrob sidik, nəcis, ağız suyu, tər hətta südlə orqanizmdən xaric olur. Qarın yatalağı və paratiflərdə iki növ bakteriyagəzdirmə rast gəlinir.

1. Tranzitor və ya sağlam bakteriyagəzdirmə - bir aya qədər davam edir, müvəqqəti haldır.

2. Rekonvalessent bakteriogəzdirmə xəstəlikdən sonra yaranır. Kəskin – 3 aya qədər, xroniki – 3 aydan çox ola bilər. Mikrobun L- forması antibiotiklərin və immun faktorların təsirindən qorunmaqla retikuloendotelial toxumada qalır, vaxtaşırı adi formaya keçərək, subfebril hərarət, yüngül intoksikasiya verən bakteriyemiya törədir, sidik və nəcislə xaric olur.



Xəstəliyin ötürülmə mexanizmi-**fekal-oral** yollaadır. Əsas yoluxma yolları qida və su ilə baş verir. Məişət – təmas nadir hallarda ola bilər Xəstəliyə mexaniki yolla yoluxmada milçəklər əsas rol oynayır. Yoluxma indeksi **40-50%**-dir.

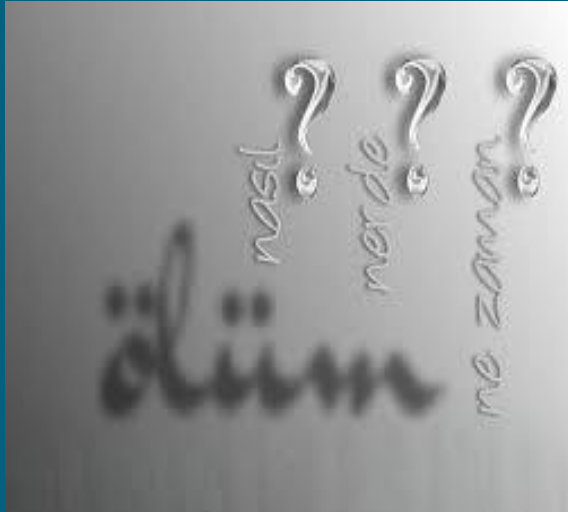


Xəstəliyə əsasən 15-30 yaşlarında təsadüf olunur, bəzi hallarda isə xəstələrin 60-70%-ni erkən məktəb yaşlı uşaqlar təşkil edir. Qarın yatalağına **yay - payız** aylarında rast gəlinmə xarakterikdir.



Xəstəlikdən sonra davamlı və uzun müddətli immunitet yaranır. Lakin xəstəlik residiv və kəskinləşmələrdə verir. Nadir hallarda insan tif-paratifə təkrarən tutulur.

Ölüm halları hazırda 0,1-0,3 % təşkil edir.



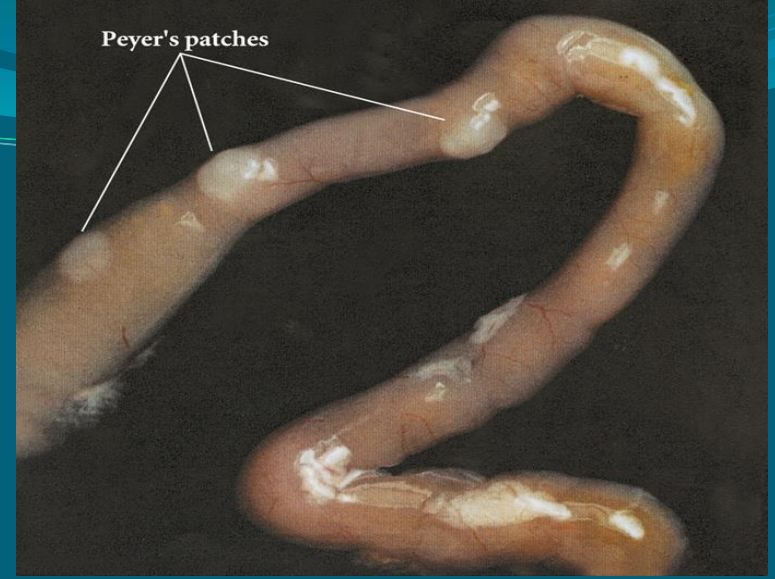
Patogenez. Xəstəliyin ağırlığı törədicinin dozasından, virulentliyindən və makroorqanizmin reaktivliyindən asılıdır. Orqanizmə daxil olan törədicilərin bir hissəsi mədə şirəsinin təsirindən məhv olur. Amerika alimləri - 10 min – 1mild-dək bakteriya daxil olmalıdır ki, xəstəlik baş versin. Lizisə uğramamış salmonellalar nazik bağırsağın **linfa düyünlərinə – solitar follikullara və Peyer düyünlərinə daxil olur** - iltihaba uğradır. Törədici ağızdan, mədədən, yoğun bağırsaqdan da daxil ola bilər. Bu zaman kataral angina, qastrit, mədə və 12b. bağırsaqda xoralar, kolitif əmələ gəlir.



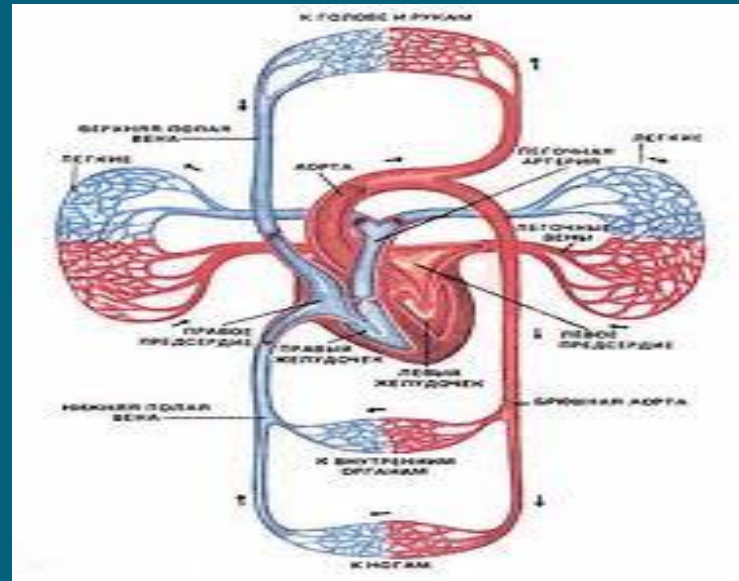
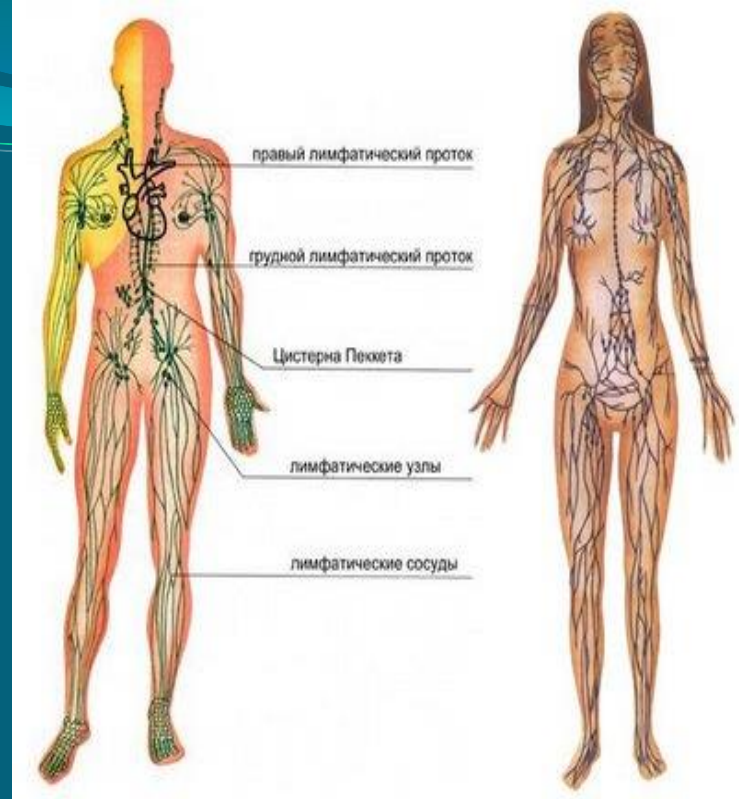
Patogenezdə dövrlər:

1. Törədicinin orqanizmə daxil olması
2. Limfadenitin inkişafı və ya ilkin regionar infeksiya
3. Bakteriemiya və toksinemiya
4. Parenximatoz yayılma
5. Törədicinin orqanizmdən xaric edilməsi
6. İmmunitetin formalaşması və sağalma

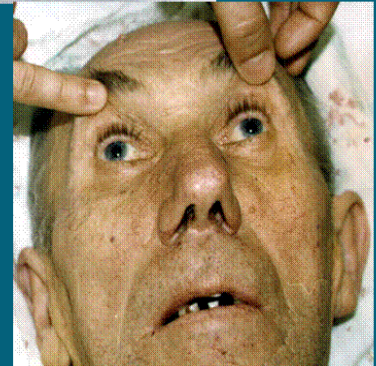
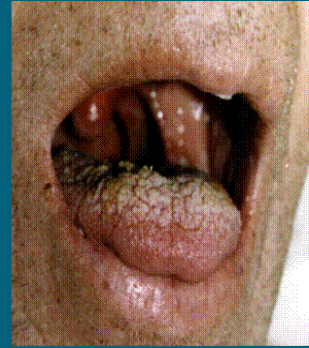
Bağırşağın limfa düyünlərində artıb çoxalan bakteriyalar onları iltihablaşdırır və regional limfa düyünlərinə keçərək onları da iltihablaşdırır – II mərhələ. Bu mərhələ inkubasion dövrə uyğun gəlir. **İnkubasion dövrün axırında salmonellalar limfadan qana keçir, bakterimiya, toksemiya törədir (III-mərhələ) və kilinin əlamətlər əmələ gəlir. Qanın bakteriosit təsirindən parçalanan mikroblardan endotoksin azad olduqda intoksikasiya güclənir. Qanla daxili orqanlara yayılır – parenximatöz diffuziya dövrü (IV mərhələ) – iltihabi proses – 2- li bakteremiya – pnevmoniya, meningit**



Nazik bağırsağın limfatik düyünlərindən mezenterial və qarınarxası limfa düyünlərinə daxil olan salmonellalar artıb çoxalaraq orada iri **“tifoz”** hüceyrələrin toplanmasına şərait yaradır.

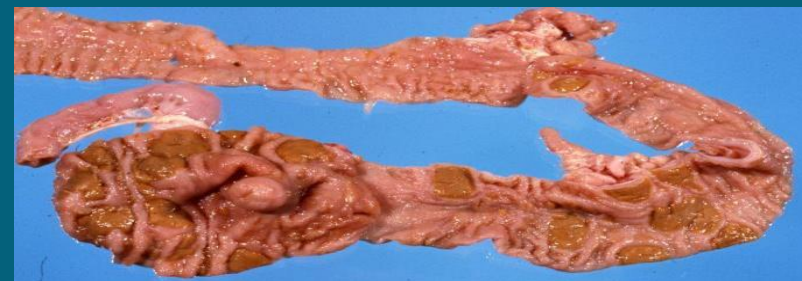
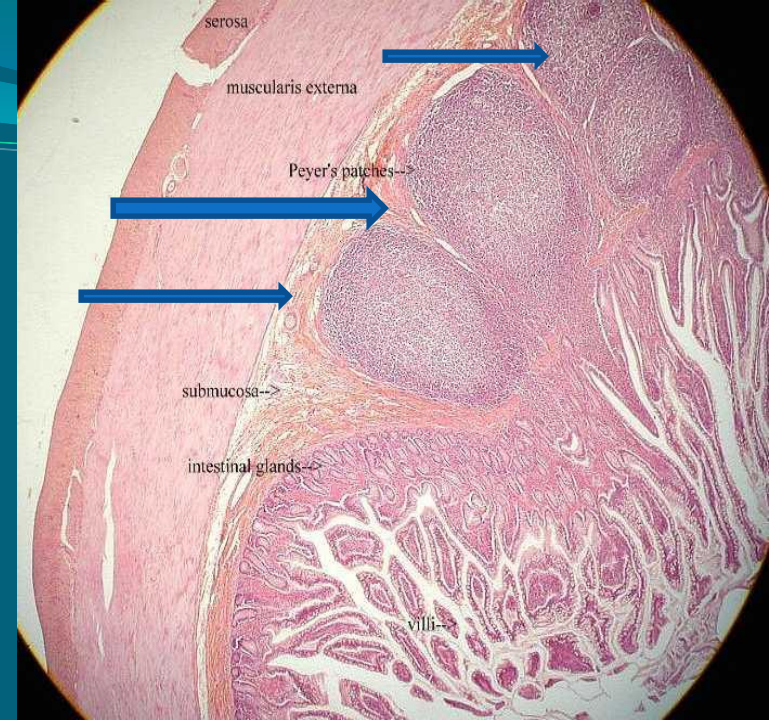


Endotoksinin güclü neyrotrop təsire malikdir və sinir mərkəzinə təsir edərək, xəstəliyə xas olan ləngimə, huşun dumanlaşması ilə gedən infeksiyon ensefalopatiya əmələ gətirir – tifo status **“status typhosus”**. Miokardın zədələnməsi miokardiodistrofiya, ağır hallarda isə toksiki miokarditlə nəticələnir.



Ardıcıl olaraq orqanizmin törədicilərdən **təmizlənmə fazası** (V mərhələ) başlayır. Belə ki, mikroblar öd yolları, böyrəklər, tər, nəcislə, ana südü və s. vasitəsilə orqanizmdən xaric olurlar.

Törədicilər qaraciyərdən öd vasitəsilə bağırsaqlara daxil olurlar. Bir hissəsi nəcislə ətraf mühitə, digər hissəsi isə yenidən nazik bağırsağa düşərək, sensibilzasiyaya uğramış limfatik follikullarına daxil olur və hipertoksik iltihabi və nekrotik reaksiyalar nəticəsində daha dərin bağırsaq xoralarının əmələ gəlməsinə səbəb olur (**Artus-Saxarov fenomeni**).





Erkən yaşı uşaqlarda davamlı qusma və diareya zamanı orqanizmdə susuzlaşma çox olur və hipovolemiya nəticəsində kollaps inkişaf edir. Qarın yatalağının patogenezinə endotoksemiya ilə yanaşı törədicilər də böyük rol oynayır. Qanda dövran edən salmonellalar mononuklear - faqosit sisteminin (MFS) hüceyrələrinə pərçim olur. Nəticədə törədicilərin bir hissəsi endotoksin ifraz edərək məhv olur, digər hissəsi isə artıb çoxalaraq müxtəlif ocaqlı zədələnmələrə (**meningit, osteomielit, pnevmoniya**) səbəb olurlar.

Patomorfolojiya. Qarın yatalağı zamanı patomorfoloji dəyişikliklər əsasən qalça bağırsağın limfoid toxumasında gedir. 5 patomorfoloji mərhələ ayırd edilir və həmişə xəstəliyin klinikasına uyğun olmur.

I mərhələ- **“beyinvari şişmə”** mərhələsi adlanır.

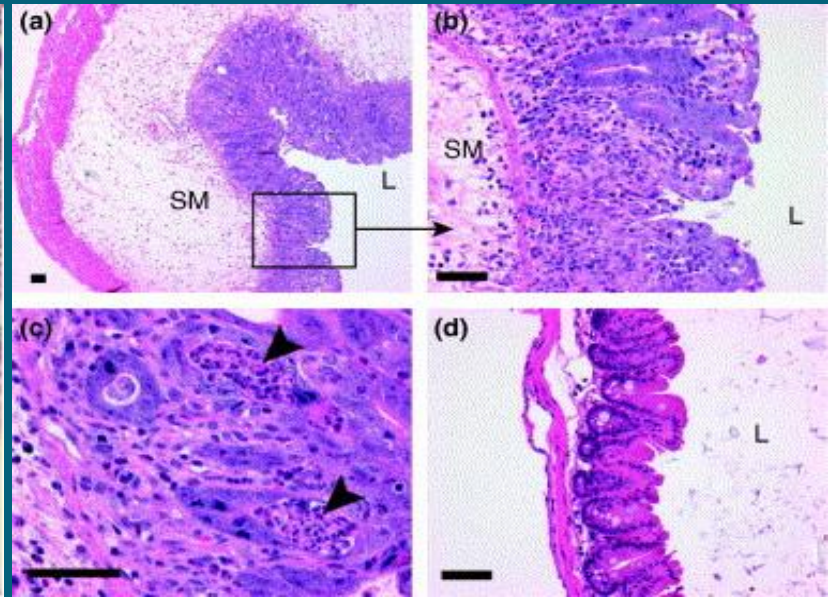
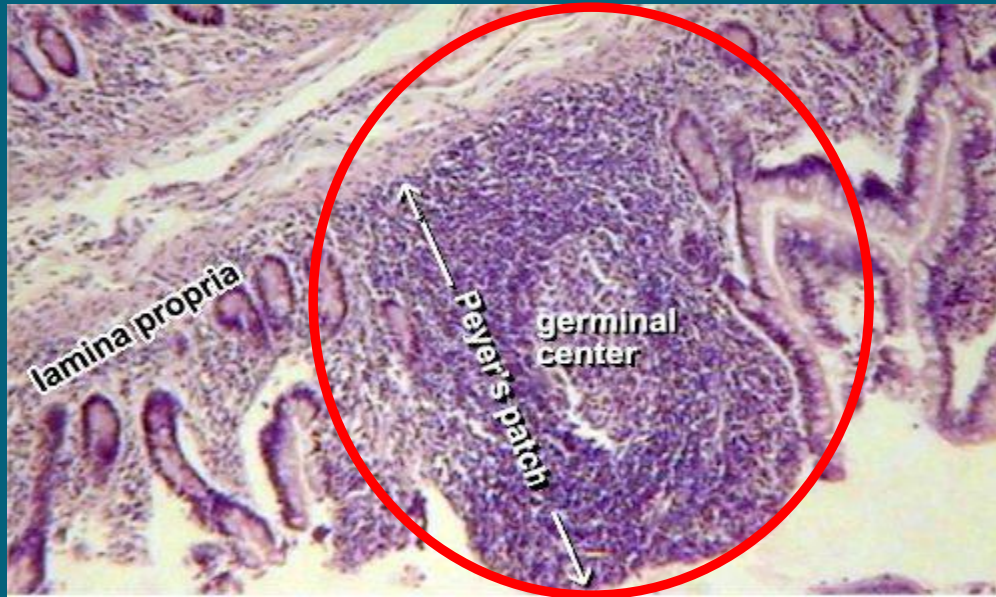
II mərhələ- **“nekroz”** mərhələsi adlanır.

III mərhələ- **xoraların əmələ gəlməsi** mərhələsi adlanır.

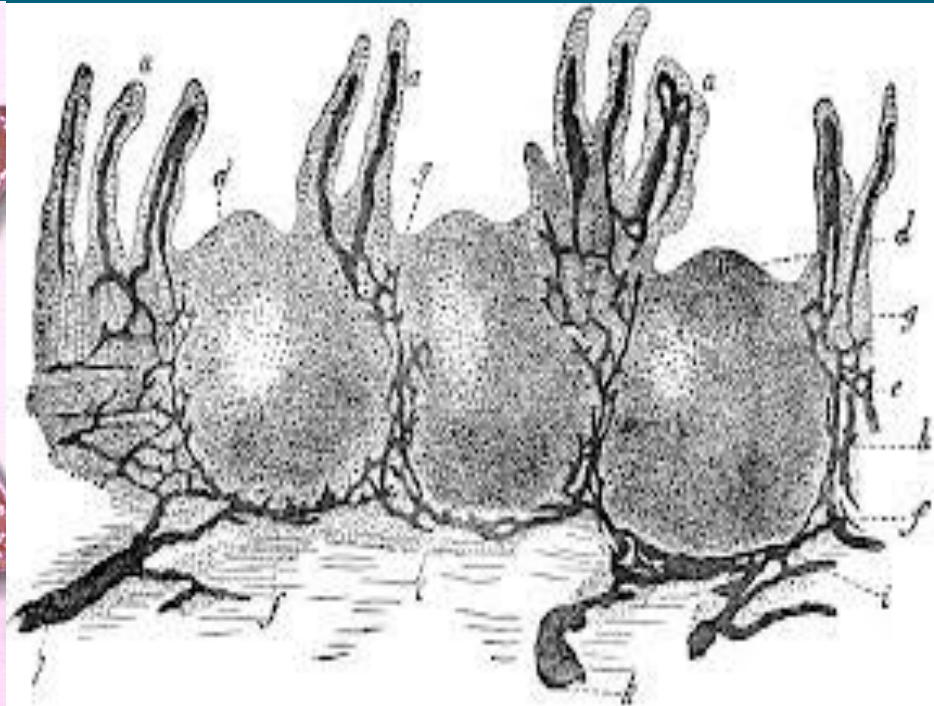
IV mərhələ- **“təmiz xoralar”** dövrü adlanır.

V mərhələ- **xoraların sağalması** mərhələsi adlanır.

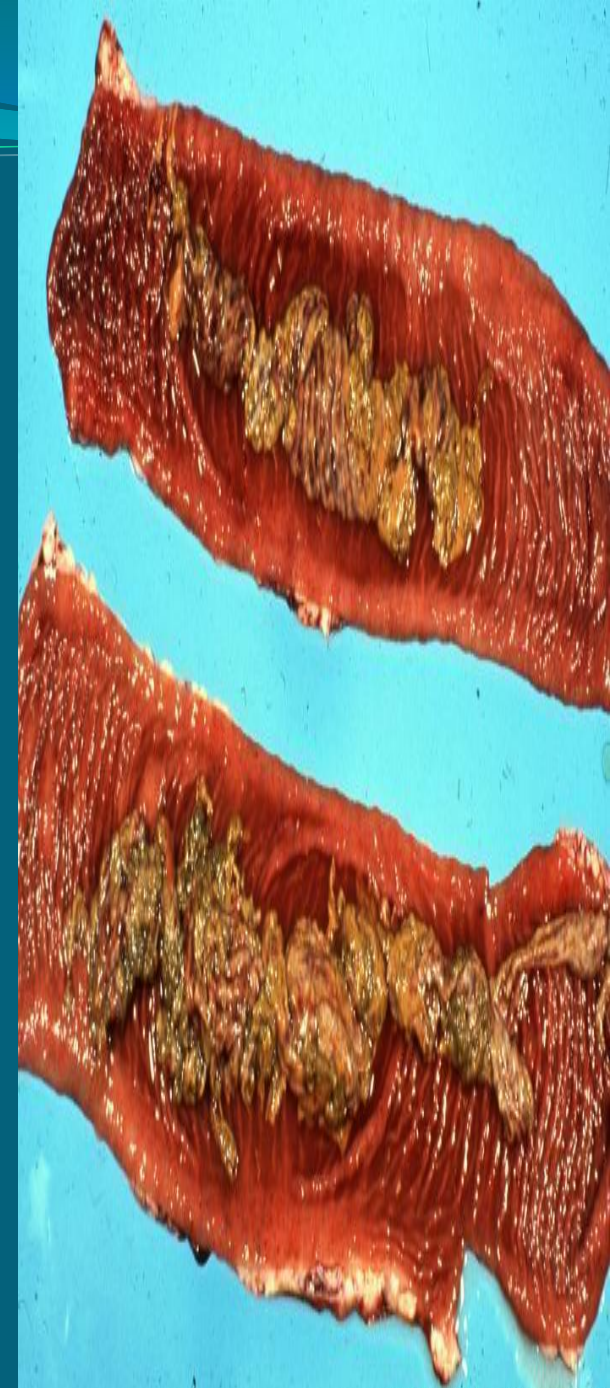
I dövr - xəstəliyin 1-ci həftəsinə uyğun gəlir. Nazik bağırsağın limfa düyünlərinin şişkinləşməsi baş verir, onların ölçüləri böyüyür, **selikli qişa üzərindən qabarıq**. Bu şişkinlik beyin maddəsini xatırladan boz-çəhrayı rəngdə, dairəvi oval şəkildə olub, autopsiya zamanı yenidoğulmuşun beynini xatırladır və “**beyinvari şişmə**” mərhələsi adlanır.



II dövr - xəstəliyin 2-ci həftəsində baş verir və “**nekroz**” mərhələsi adlanır. Böyümüş limfa düyünlərinin mərkəzi hissəsi nekrozlaşır, səthi çirkli boz və ya öd hopması nəticəsində yaşılımtıl-sarı rəng alır.



III dövr - 3-cü həftəsində limfa düyünlərində **nekrozlaşmış hissələr qismən qopur və xoralar** əmələ gəlməyə başlayır. Xoralar əsas mərkəzdə əmələ gəlir, limfa düyünlərin kənar hissələri nekrozlaşmır və bu xoraların sonrakı regenerasiyasına şərait yaradır. Xoralar bağırsağ divarlarında uzununa yerləşərək, bağırsağ əzələsinin dərin qatlarına kimi yayılırlar. Bağırsağ deşilməsi, peritonit çox vaxt bu mərhələdə əmələ gəlir.



IV dövr- 3-4-cü həftəyə uyğun gəlir və “**təmiz xoralar**” mərhələsi adlanır. Nekrozların qopması başa çatır. Bağırsaq boyunca dibi hamar, təmiz, kənarları bir qədər şişkin xoralar əmələ gəlir.

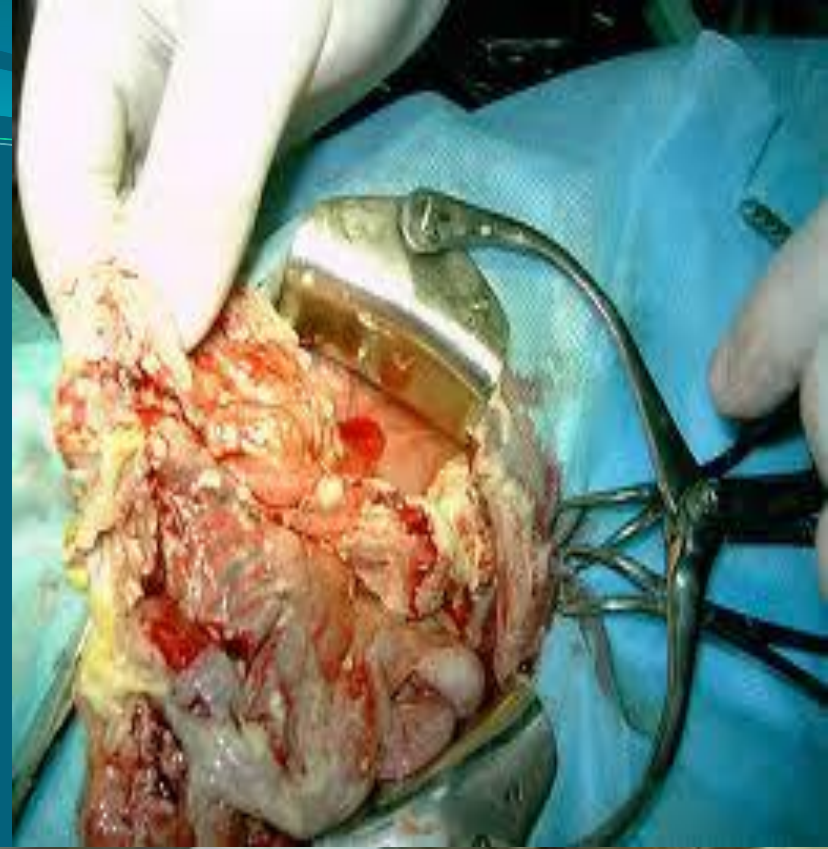
V dövr - **xoraların sağalması** mərhələsidir, V-VI-cı həftəyə uyğun gəlir. Xoralar tam sağalır, yerində zəif piqmentasiya qalır. Çapıqlaşma olmasa da toxumanın tam bərpası baş vermir. Belə ki, limfa toxuması yenidən bərpa olunmur.





Qarın yatalağı zamanı bağırsaqlardan başqa qaraciyər və dalaqda da patomorfoloji dəyişikliklər baş verir, böyüyür, konsistensiyası bərk olur, bəzən nekrotik ocaqlar da tapılır. Xəstəlik zamanı endotoksinin təsirindən degenerativ-iltihabi dəyişikliklər nəticəsində miokardit, meningit, meninqoensefalit, toksiki hepatit, spesifik pnevmoniya, xolesistit və.s ağırlaşmalar əmələ gəlir.

Qarın yatalağı zamanı **patomorfoloji dəyişikliklər uşaqlarda zəif olur**. Xəstəliyin 2-ci həftəsində bağırsaqların limfoid aparatında distrofik dəyişikliklər baş verir. Daha sonra patoloji proses geri inkişaf edir. Nadir hallarda düz bağırsağın düşməsi, bağırsaq qanaxmaları, peritonit, əksər hallarda isə pnevmoniya, irinli otit kimi ağırlaşmalar müşahidə edilir.



Qarın yatalağının təsnifatı.

Tipinə
görə:

Ağırlığına
görə:

Gedişinə
görə:

Formaları.

1. Tipik – yüngül, orta ağır, ağır, çox ağır-hipertoksik olmaqla 4 ağırlıq dərəcəsi.

2. Atipik – abortiv, ambulator, subkliniki gedişləri.

Pnevmo tif, meninqotif, nefrotif, kolotif – orqanın daha çox zədələnməsi ilə əlaqədar variantlar.

Gedişinə görə:

1.Hamar.

2.Qeyri-hamar.

-ağırlaşmalarla;

-kəskinləşmələr və residivlərlə;

-ikincili infeksiyanın qoşulması ilə;

-xroniki xəstəliklərin kəskinləşməsi ilə.

Klinika. Xəstəliyin 4 dövrü ayırd edilir.

inkubasion

başlanğıc

kəskin

kliniki simptomların sönməsi

səğalma

❖ İnkubasyon dövr:

7-25, bəzən 4-50 gün, orta hesabla 14 gün çəkir.



❖ Başlanğıc dövr: 6-7 sutka davam edir. Xəstələrdə ümumi zəiflik, əzginlik, yorğunluq, baş ağrısı, iştahanın azalması və titrətmə müşahidə edilir. **Hərərət yüksələrək 4-7-ci sutkada maksimuma çatır.** Xarakterik - daimi qızdırma əyrisi (39-40) səhər və axşam t-ur fərqi bir dərəcəni ötmür, bəzən dalğavarı olur, yaşlı, zəif şəxslərdə subfebril **olur**. İntoksikasiya əlamətləri güclənir, xəstənin yuxusu pozulur, gecə yuxusuzluq, gündüz isə yuxululuq, qəbizlik və meteorizm əlamətləri müşahidə olunur.





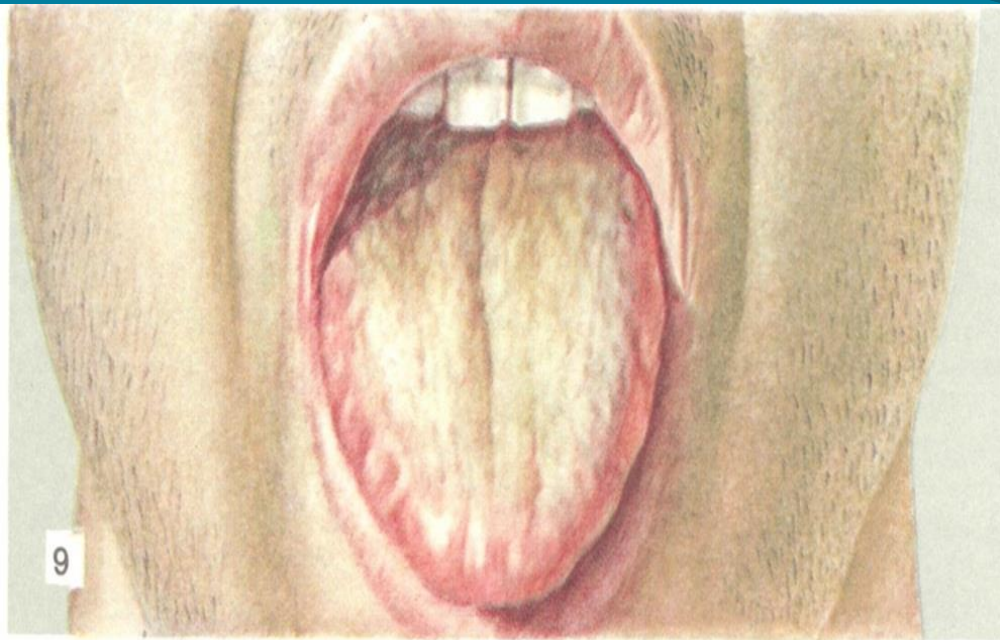
8-10-cu günlər qarında, döşdə, ətraflarda . 2-3mm, çəhrayı, basdıqda itən, 3-6 sayda **rozeola səpgisi** əmələ gəlir. Ağır formalarda səpgi rozeoloz papuloz, hemorragik olur. A və B paratiplərində səpgilər çox, əsas ətraflarda olur.

Kəskin dövədə (2-3 həftə). - **tifoz dil** - dil quru olur, qalınlaşır, qalın bozumontul ərplə örtülü, yan tərəfdə dişlərin izləri görünür. Ağır hallarda **fuliginoz dil** - üzəri çatlayır, qansızma, ərp qaralır. **Dyüge anginası** – badamcıqlar böyüyür, qızarır, bəzən üzərində xora əmələ gəlir. Nisbi bradikardiya, arterial hipotenziya, ürək tonlarının zəifləməsi.



6. Zahneindrücke auf der Zunge





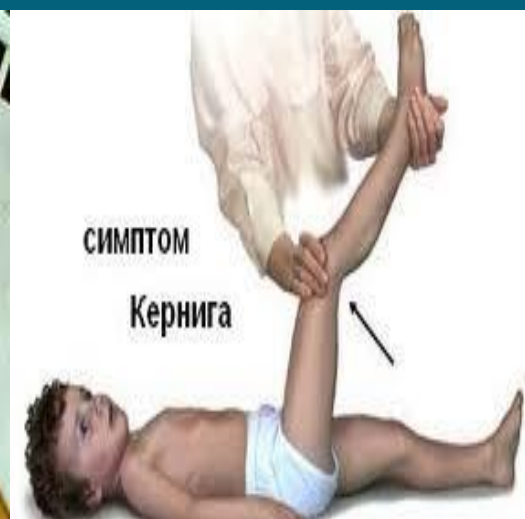
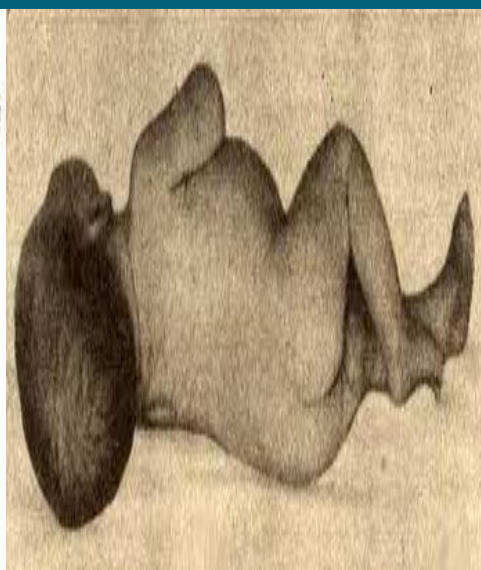
Qarın köpmüş, **Padalka simptomu(+)**, yəni sağ qalça çuxurunda ağrı, qurultu, perkutor səsin kütləşməsi olur. Qarının palpasiyasında kor bağırsağ nahiyəsində qurultu, bəzən isə qarında 3-4-cü sutkadan appendisiti xatırladan intensiv ağrılar müşahidə olunur (**qarın yatalağı apendisiti**). Qaraciyərin, dalağın ölçüləri böyüyür. Tənəffüs sisteminin zədələnməsi bronxit, pnevmoniya, plevrit verə bilər. Nisbi bradikardiya, ürək tonlarının zəifləməsi, sistolik küy, polinevrit, ensefalit, meningit və s.



Xəstəliyə xarakter əlamətlər hərarətin səbəb olmadan **gəcələr** yüksəlməsi, titrətmə, MSS-nin zədələnməsi – ləngimə, huşun alaqqaranlıqlaşması - **tifoz status, rozeolyoz səpgilər, qaraciyər və dalağın böyüməsi**, qanda əvvəl leykositoz, 3-4 gün sonra leykopeniya, limfositoz, EÇS-nin az artması, intoksikasiya əlamətləri güclənir. Xəstələrdə dözülməz baş ağrıları, huşun itməsi, sayıqlama müşahidə olunur.



Çox ağır hallarda meningeal əlamətlər, yəni ənsə əzələlərinin rigidliyi, **Kerninq, Brudzinski simptomları**, yuxunun pozulması xəstələrin diaqnozunun qoyulmasında çətinlik törədir. Ensefalitə xarakter əlamətlər, hallüsinasiyalar, qol və əllərin xaotik hərəkəti, müxtəlif qrup əzələlərdə dartınmalar, udma aktının pozulması, qeyri- iradi sidik ifrazının və defekasiya aktının olması ağır formalar üçün xarakterik olub.



Atipik formalar.

- Abortiv forma. Xarakter əlamətlər olur, tifoz vəziyyət, lakin 5-10 günə birdən birə t-ur normallaşır, sağalır. Peyvənd alanlarda olur, sağalma ilə nəticələnir.
- Ambulator və ya yüngül forma. Qısa müddətli subfebril t-ur, əlamətlər zəif olur. Epidemioloji təhlükəli formadı, bəzən qorxulu ağırlaşmalar verə bilər.
- Subkliniki forma. Xəstəliyə xas əlamətlərin olmur, bakterioloji, seroloji reaksiyalarla diaqnoz qoyulur
- Xüsusi formalar. (pnevmonotif, meningotif, nevrotif, kolotif). Bu zaman hər hansı bir orqanın zədələnməsi üstünlük təşkil edir. Uşaqlarda nadir hallarda rast gəlinir.
- Çox ağır hipertoksiki formasında güclü intoksikasiya, erkən tifoz vəziyyət və koma, meningial sindrom, ilk günlərdən rozeolez-hemorraöik səpgilər, burun, mədə, uşaqlıq qanaxmaları, ağırlaşmalar və ölüm rast gəlir.

Ağırlığına görə

Yüngül

Orta
ağır

Ağır

Ağırlığına görə yüngül, orta ağır və ağır formalar ayırd edilir.

- Yüngül forma zamanı xəstəlik hamar gedişə malik olur. Ağırlaşma və residivlərə çox nadir hallarda təsadüf olunur.

- Orta ağır forma 2-4 həftə davam edir, t^0 - $39,5^0C$, qarın yatalağına xas aydın ifadə olunmuş əlamətlərlə xarakterizə olunur.

- Ağır forma tifoz statusla, meninqoensefalit və hemorragik sindromlarla, ürək-qan-damar sisteminin və tənəffüs sisteminin ağır zədələnməsilə təzahür edir.

Qarın yatalağının gedişi

Hamar

Nahamar

Residivlərlə

Kəskinləşmələrlə

Ağırlaşmalarla

Kəskinləşmə patoloji prosesin güclənməsi, titrətmə və intoksikasiyanın artması, yeni rozeolyoz səpgilərin meydana çıxması ilə xarakterizə olunur.

Residivlər 2-5 aydan sonra da baş verə bilər, kəskin dövrün əlamətləri və morfoloji dəyişikliklər təkrar olunur, yüngül keçsə də bəzən ağırlaşmalar verir. Əlamətləri-sağalma dövrü hərarətin subfebril qalması, qaraciyər, dalağın tam yığılmaması, hemoqramın normaya qayıtmamasıdır. Pəhriz və rejimi gözləmədikdə, antibiotiklərlə müalicə tez kəsildikdə, yanaşı patologiyası (qurd invaziyası, hipotrofiya və.s) olan və qlükokortikoidlər alan xəstələrdə müşahidə olunur.

Ağırlaşmalar.

Spesifik və qeyri-spesifik olur.

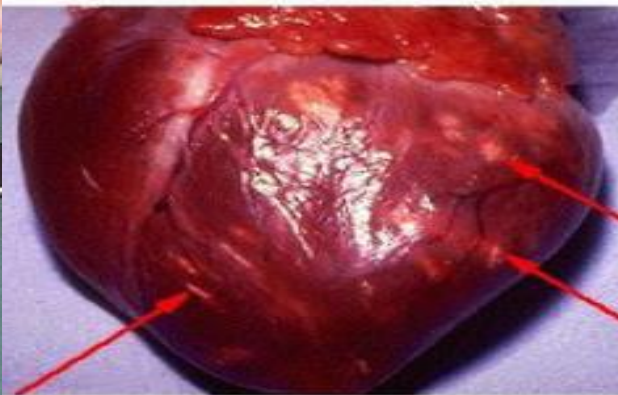
Spesifik - bağırsağın perforasiyası(2-3 həftələrdə, 0,5-1,5% xəstədə olur),

-bağırsaq qanaxmaları

-infeksion-toksiki şok

-miokardit şəklində meydana çıxır

Qeyri-spesifik - pnevmoniya, otit, pielonefrit, sistit, parotit.



Diagnostika.

Epidemioloji anamnez

Klinik əlamətlər

Obyektiv müayinə

Laborator müayinə

Seroloji müayinə

Xəstəliyin başlanğıc dövründə diaqnoz xarakter epidemioloji anamnezə, ümumi zəiflik, tez yorulma, adinamiya, baş ağrıları olur.

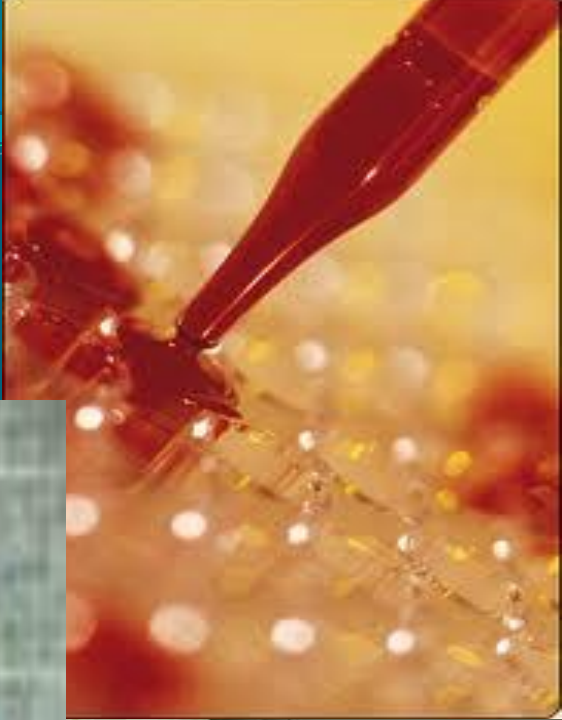
Kəskin dövrdə isə davamlı titrətmə, intoksikasiya əlamətlərinin güclənməsi, tifoz statusun inkişafı, solğun dəri fonunda rozeolyoz səpgilər, tifoz, fuliğinoz dil, Dyuge anginası, qəbizlik, bəzən diareya, hepatosplenomeqaliya, Filippoviç və Padalka simptomu xəstəliyə diaqnoz qoyulmasına əsas verir.

Laborator müayinələrdən bakterioloji müayinə əsas yer tutur. Bunun üçün xəstədən qan, nəcis, sidik, öd, səpgilərdən möhtəviyyat, onurğa beyin mayesi əkilir.



Hemokultura üsulu vacib müayinədir. İnkubasion dövrün axırından başlayaraq bütün qızdırma müddəti, hətta rekovalensensiya dövrünün əvvələrinə qədər qandan salmonellaları tapmaq olar. Etiotrop müalicəyə qədər qan əkildikdə daha çox mübət hemokultura alınır.

Mikrob kulturasını sümük iliyindən, səpğilərdən, 2-3-cü həftədən sonra sidik və nəçisdən də tapmaq olar. Salmonellaların təkəcə nəçisdən tapılması xroniki bakteriagəzdirmənin əlaməti ola bilər.



Seroloji üsul vidal reaksiyasına –qan zərdabında aqlyütinlərin tapılmasına əsaslanır. Xəstəliyin 4-cü günü qanda **spesifik antitellər** tapılır və 3-4-cü həftədə bu antitellərin miqdarı maksimuma çatır. Diaqnostik titr 1:200 və daha da yüksək olur.

Hazırda yüksək həssaslığa malik spesifik immunoloji üsullarla antigen və antitellərin tapılması

İFM (immunoferment müayinəsi), KAR (koaqlyütinasiya reaksiyası), O-aqreqathemaqlütinasiya reaksiyası

vasitəsilə aparılır. Bu reaksiyaların həssaslığı 90-95%-dir.

İFA spesifik antitellərin-**İgM, İgG** aşkar etməyə imkan verir. İgM- davam edən aktiv patoloji prosesdən xəbər verir. İgG- əvvəl keçirilən qarın yatalağını yaxud vaksinasiyanı sübut edir.

Xəstəliyin 8-10-cu günündən başlayaraq seroloji reaksiyalar aparılır. PHAR (passiv hemaqlütinasiya reaksiyası) daha həssasdır. Aqlütinasiya reaksiyası peyvənd alanlarda, qarın yatalağı keçirənlərdə müsbət ola bilər, bəzənsə hətta qanda salmonella tapıldıqda belə (erkən antibiotik alanlarda) mənfi nəticə göstərir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün 5-6 gündən bir müayinə aparılır, bu zaman klinikada Vidal reaksiyasının titrinin çoxalması, xüsusilə O antigenlə diaqnozu təsdiqləyir. O antigenə qarşı anticisimlər erkən, H anticisimlər isə bir qədər geç əmələ gəlir.

O və H antigenləri ilə ayrılıqda qoyulan PHAR diaqnozu və bakteriagəzdiriciliyi müəyyən etməyə imkan verir.

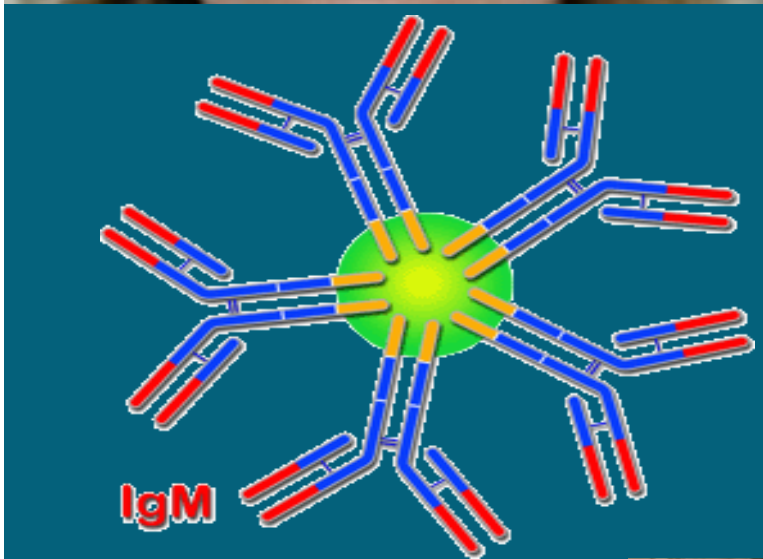
Səbəbi məlum olmayan qızdırmalı hal 2-3 gün çəkərsə, xəstənin qanı qarın yatalağına görə əkilməlidir.



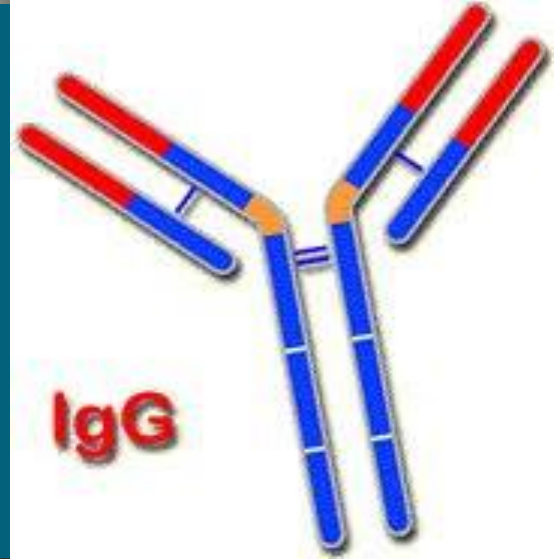
Immunoglobulin Alpha



Ig A



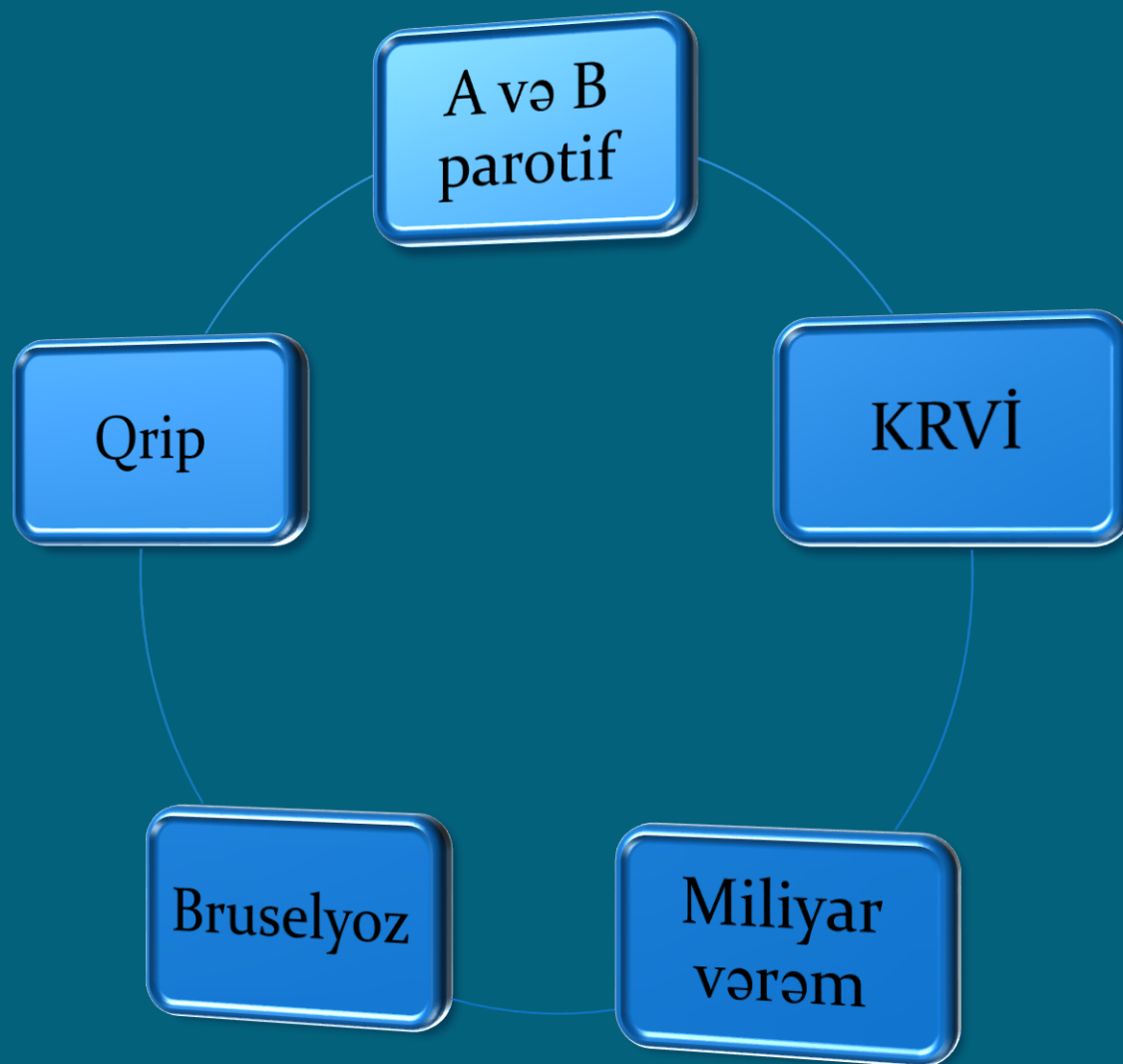
IgM



IgG



Differensial diognostika.



Paratif A və B-nin kliniki şəkli qarın yatalağından fərqlənir. Xəstələrin sifəti hiperemiyalaşmış, konyuktivit, zökəm, dodaqda herpetik səpgilər, xarakter təkrari titrətmələr, tərləmə, enterokolit tipli nəcis ifrazı müşahidə edilir. Rozeolyoz səpgilər xəstəliyin 2-3-cü sutkasında təzahür edir.

Bakterioloji və seroloji müayinə üsulu ilə xəstələrin diaqnozunu qoymaq mümkündür.



Qrip zamanı xəstəliyin kəskin və 39,5⁰-40⁰C temperaturla başlaması xarakterikdir. Baş ağrıları alın və gicgah nahiyəsində lokallaşır. Sayıqlama, adinamiya, şüurun pozulması az rast gəlinir, dil az ərpli, nəm olur. İşıqdan qorxma, mialgiyalar, uzun hiperemiyalaşması, zökəm əlamətləri qrip üçün xarakterikdir. Qarın boşluğu orqanlarında patoloji dəyişikliklər olmur. Qanda leykopeniya, limfositoz olur.

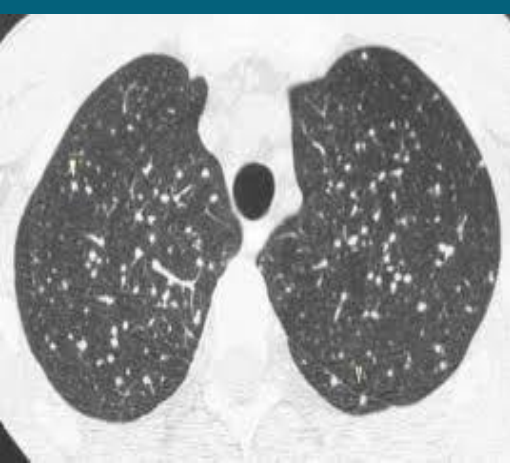


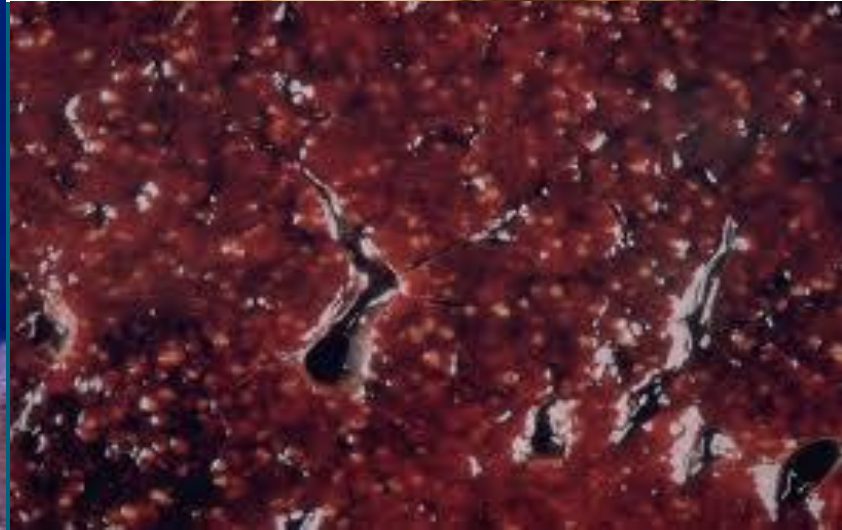
Brusellyoz zamanı xəstələrin vəziyyəti kafi olur. Baş ağrıları xarakter deyil. Əksər hallarda təkrari titrətmələr, artralgiya, bel nahiyəsində ağrılar, poliadenit, bir neçə gün sonra fibrozit, bursit müşahidə edilir.

Epidanamnez, Rayt Xeddelson reaksiyaları, dəridaxili Byurje sınağı xəstəliyə dəqiq diaqnoz qoymağa kömək edir.



Qarın yatalağından fərqli olaraq **miliar vərəm** kəskin başlayır. 2-ci həftədən başlayaraq hərarət sutka ərzində dəyişir, **təngnəfəslik, dodaqlarda sianoz, artıq dərəcədə tərləmə, taxikardiya** müşahidə edilir. Dalağın ölçüsü böyüyür, meteorizm, bəzən dəridə rozeolyoz səpgilər əmələ gəlir. Göz dibində spesifik dəyişiklik qeyd olunur. Leykopeniya fonunda qanda neytrofilyoz, eozonofiliya, döş qəfəsinin rentgen müayinəsi diaqnozun qoyulmasında böyük rol oynayır. Qanın, sidiyin, nəcisin bakterioloji müayinəsi, tuberkulin sınağının (+) olması diaqnozu təsdiqləməyə imkan verir.





A paratifi - inkubasiya dövrü 8-10 gün, kəskin başlayır. İlk günlər dispeptik əlamətlər-ürəkbulanma, qusma, ishal, meteorizm bəzən zökəm, öskürək üstünlük təşkil edir. **Üz qızarır, dodaqda, burunda herpes əmələ gəlir.** Xarakter hərarət əyrisi olmur. Səpgilər 4-7-ci günü olur, müxtəlif xarakterli, 2-3 dəfə təkrar olunur. **A paratində bradikardiya, tifoz vəziyyət olmur, residivlər tez-tez olur.** Qanda normositoz, bəzən limfomonositoz, leykositoz olur, aneozinopeniya xarakterik sayılır.

B paratiti - inkubasion dövrü **qısa 5-10 gün**, kəskin, yüksək qızdırma, əzələ, sümüklərdə ağrı ilə başlayır, qaraciyər, dalaq böyüyür, kəskin tərləmə ilə gedən sepdiki forma, irinli meningit, septikopiemiya kimi ağırlaşmalar ola bilər. Residiv və ağırlaşmalara görə kəskin dövr 3-4 həftəyə qədər uzanır. **Ürək-damar sistemində xarakterik dəyişikliklər tapılmır.**

C paratifi - üçün intoksikasiya simptomları – mialgiya, qızdırma və sarılıq xarakterik hesab edilir.

Müalicə

Etiotrop

Patogenetik

Stimulyaedici

Bərpaedici



Qarın yatalağı ilə xəstələr mütləq xəstəxanaya yerləşdirilməlidir. Müalicə kompleks şəkildə aparılmalıdır. Xəstəyə fərdi olaraq qulluq edilməli, rasinal qidalandırılmalı, müalicə etiotrop, patogenetik, simptomatik, stimulaedici və bərpaedici olmalıdır.



Etiotrop müalicə levomisetinlə, ampisilinlə aparılır. Əvvəl 2-2,5q levomisetin 5-6 saatdan bir bütün qızdırma dövrü və temperatur normallaşandan sonra da üç gün verilir. Bundan sonra gündə 2q levomisetin 7-8 gün, yəni normal temperaturun 10-12-ci gününə qədər içməlidir. Qusma olduqda isə levomisetin əzələ və ya vena daxilinə vurulur. Bəzən salmonellaların yüksək rezistenliyini nəzərə alaraq, antibiotiklər kompleks(ampisillin+gentamisin, levomisetin+ampisillin) təyin edilir. Ağır hallarda 10-15 gün sefalosporinlər təyin edilir.

İmmunostimulyatorlardan immunal, immunomaks və s. postinfeksion immunitet üçün timolin, metilurasil. C, B, PP qrup vitaminləri verilir.

Patogenetik müalicə xəstənin ağıtlıq dərəcəsinə əsasən, yanaşı xəstəlikləri nəzərə alaraq aparılır.

Dezintoksikasiya-5-10% qlükoza, reopoliqlükin, plazma. İTŞ müalicəsində QKSH-lər çox ehtiyatla tətbiq olunmalıdır. Bağırsaq qanaxmalarında 10-12 saat aclıq və ciddi yataq rejimi, aminokapron turşusu, kalsium-xlor, K,C vitaminləri, 100-150 ml qan köçürülür. Profuz qanaxmada operativ müdaxilə məsləhət olunur

Residiv olduqda təkrar antibakterial terapiya aparılır.



Uşaqlarda-patogenetik terapiya intoksikasiyanı aradan götürmək, pozulmuş homeostazı korreksiya etmək, su-elektrolit balansını və turşu-qələvi tarazlığını bərpa etmək, profilaktika və ağırlaşmaları müalicə etmək məqsədi güdür.

Xəstəliyin **yüngül forması** zamanı oral rehidratasiya aparılır. Xəstəyə smekta, enterodez, polifenon, s orbentlər təyin olunur.

Orta ağır forma zamanı vena daxilinə izotonik qlükoza-duz məhlullarından (5-10%-li qlükoza, Ringer məhlulu, laktasol, trisol və.s), 5%-li albumindən istifadə edilir.

Miokarditin inkişafın, qanaxmaların, residivlərin qarşısını almaq, homeostazı yaxşılaşdırmaq üçün indometasinin (metindol) təyini yaxşı effekt verir. Məktəb yaşlı uşaqlara 1-1,5mq/kq təyin olunur. Yeniyetmələrə Na benzonal 0,1q gündə 3dəfə per os məsləhət görülür. Preparat qaraciyərin mikrosomal fermentlərini stimule edir.

Ağır formada müalicəyə kortikosteroidlər 1,5-2,5mq/kq qısa kursla təyin edilir. Eyni zamanda K preparatlarının da təyini vacibdir.

Bütün xəstələrə antioksidantlar, vitamin E, tokoferol, askorutin təyin olunur. Bağırsaqların selikli qişalarında reparativ prosesləri stimulə edən immunomodulyatorlar - metilurasil, rekonvalessensiya dövründə isə aktovegin, adantoven xəstələrə mütləq məsləhət görül

Əgər bağırsaqların divarında perforasiya olarsa, təcili cərrahi müdaxilə olunmalıdır.

Xəstələr tam kliniki sağaldıqdan, laborator göstəricilərin normallaşmasından, nəcisin və sidiyin bakterioloji müayinəsindən 3 dəfə mənfi(-) cavab aldıqdan sonra evə yazılırlar. Bakterioloji müayinə arasındakı fasilə 5 gün olmalıdır. Yeniyetmə uşaqlarda ödün müayinəsi 1 dəfə aparılır. Uşaq kollektivlərinə rekonvalessentlər əlavə 2 dəfə mənfi(-) bakterioloji müayinədən sonra buraxılırlar

Dispanser müşahidə Temperaturun ölçülməsi ilə 3 ay aparılır. 2 ay həftədə 1 dəfə, 3-cü ay 2 həftədən bir. Hər dəfə 1 dəfə sidik və nəcis, 3-cü ay həm də öd əkilir və Vi-hemaqlütinasiya reaksiyası qoyulur. Bundan sonra 2 il sanitar-epidemioloji nəzarətdə saxlanılır ildə 2 dəfə nəcis və sidik, axırda öd əkilir. Mənfi olduqda müşahidə dayandırılır. Rekonvalessentlər 5 il nəzarətdə qalmalıdır. Uşaqlar sidiyin və nəcisin bakterioloji müayinəsi evə yazıldıqdan 10 gün sonra, 1-2 gün fasilələrlə 5 dəfə aparılır. Sonrakı 3 ayda 1 dəfə bu müayinələr təkrarlanır. Bakterioloji müayinələrdən mənfi (-) cavab aldıqdan sonra uşaqlar qeydiyyatdan çıxarılır.



Profilaktika. Xəstələrin və bakteriyagəzdiricilərin erkən aşkar və izolə edilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır. İnfeksiya ocağında cari və yekun dezinfeksiya işləri aparılmalı, xəstə ilə təmasda olan şəxslərin 21 gün müddətində hərarəti ölçülməli, sidiyin və nəcisin bakterioloji müayinəsi olunmalıdır.

Su hövzələrinə sanitar nəzarət gücləndirilməli, qida sənayesi müəssisələri, qida məhsullarının ticarəti, yeməxanalar vaxtaşırı yoxlanılmalıdır. Əsas diqqət ərzaq müəssisələrində işləyənlər arasında bakteriyagəzdirənlərin aşkar edilməsinə yönəldilməlidir.

Spesifik profilaktika- epidemioloji göstərişlər əsasında aparılır. Epidemik göstərici olduqda 7 yaşdan yuxarı bütün əhali vaksinasiyadan keçirilir. Uşaqlar immunoprofilaktika dəri altına 1mi doza ilə bir dəfə qarın yatalağı monovaksini ilə aparılır. Revaksinasiya 6 aydan tez, 1 ildən gec olmamaq şərti ilə olunur. Vaksinasiyanın profilaktik effekti 67% təşkil edir.

