

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

ГИНЕКОЛОГИЯ ЖӘНЕ АКУШЕРИЯ КАФЕДРАСЫ

СӨЖ

Тақырыбы:
Крупозды пневмония



Орындаған: Қали А., Бисен Ә.
14-057-1 топ

Тексерген:

АЛМАТЫ 201

Крупозды пневмония

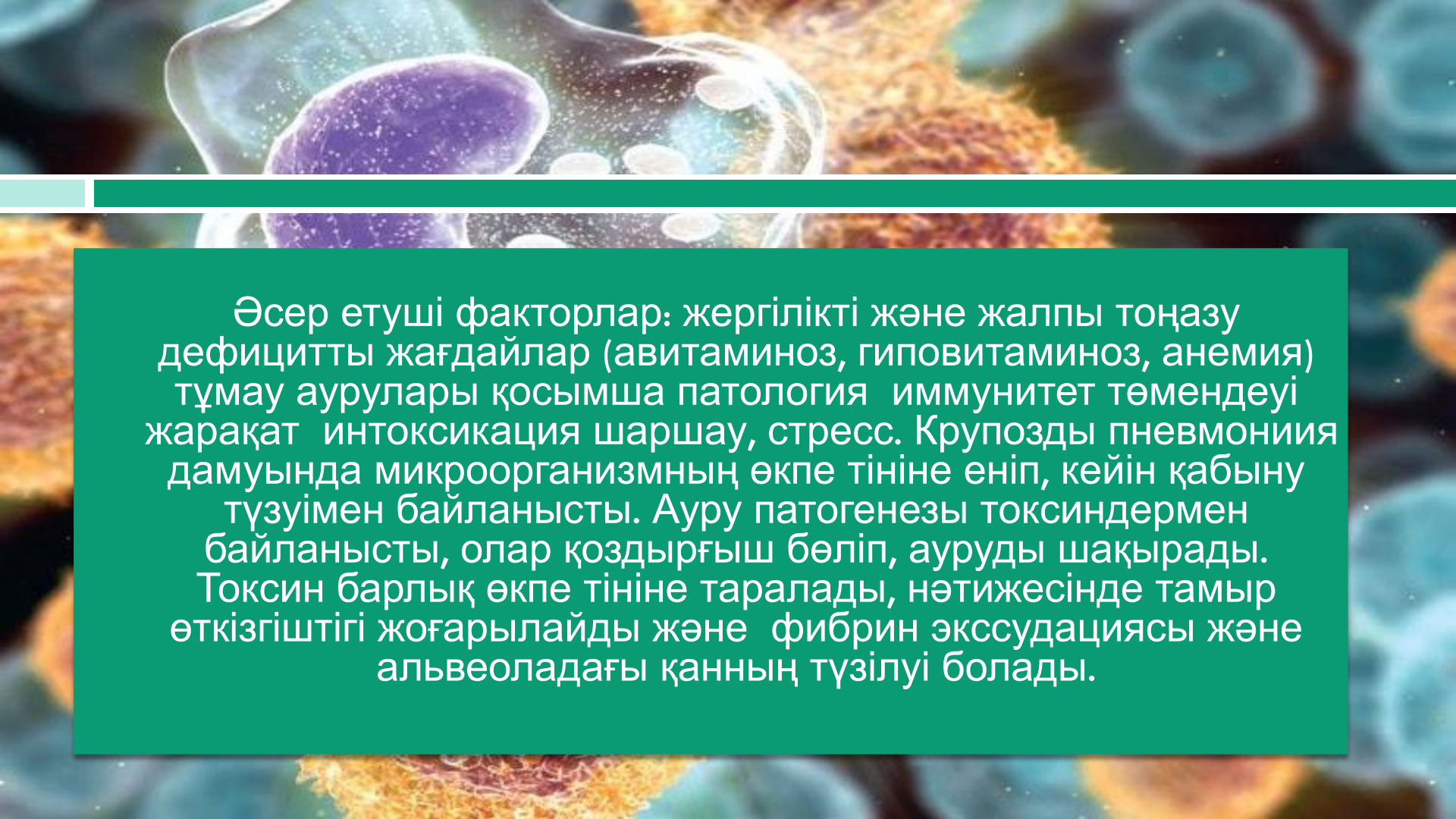
Крупозды пневмония – қабынулық –аллергиялық өкпе ауруы. Өкпенің бір немесе бірнеше бөліктерінің тығыздалуымен жүретін, альвеолалардағы экссудат түзілуімен байланысты. Соның әсерінен өкпе тіні газ алмасудан қалады. Бұл аурумен жиі ересектер 18–40 жастағы, сирек балалар ауырады. Көп жағдайда ошақты пневмонияны крупозды пневмониямен шатастырады. Айырмашылық: ошақты белгілі бөлікшені алса, ал крупозды – бөлікті алады және зақымдалу аймағына байланысты көбірек болады.

Этиологиясы: Крупозды пневмония себебі әртүрлі микроорганизм болуы мүмкін, бірақ жиі жағдайда пневмококк шақырады. Сирек – стрептококк, стафилококк, клебсиелла, ішек таяқшасы болады. Кей жағдайда аралас флора да болуы мүмкін. Аурушандылық қыс – көктем кезеңінде жоғары.

- Клиникалық көріністері: Ауру жедел басталады. Бірінші көрінісі жоғары температура, ол 39–40°С дейін жетеді. Бірақ, қысқа продромалды кезең болуы да мүмкін, ол кезде бас ауруы, әлсіздік, асқазан – ішектік бұзылыстар байқалады. Температуралық реакция ерекшеліктері: науқас дірілдейді, тоңазыйды және жылына алмайды. Аяқ – қолдары «мұз» сияқты, еріндері көгілдір болады. Ақырындап басқа симптомдары қосылады, бүйіріндегі сұқпалы ауырсыну, кейін 2–3 күннен соң басылады. Егер ауырсыну ұзақ сақталса, ол плевра эмпиемасын көрсетеді. Жөтел бас кезінде аз продуктивты, кейін (2–3 күннен соң) ылғалды және қою болады. Үнемі қинамалы жөтел науқастың ұйқысын бұзады. Қақырық алғашқы күндері көпіршікті, ақшылтым болады. Кейін ол тат түстес және қан аралас болады. Ауру жазылған соң, қақырық сұйық және тез түсетін болады. Қақырықта қанның болуы жүрек аурулары және жарақат кезінде байқалады. Дем шығару қиындауымен ентігу байқалады. Дем алу жиілігі 25- 50 ретке дейін жоғарылайды. Кеуде торының бір жағы дем алудан қалып отырады. Плеврит кезінде тыныс алу ауырсыну әсерінен беткей болады. Газ алмасу бұзылысы цианоз арқылы көрініс береді, ол аяқ қолдарға, ерін, мұрын – ауыз үшбұрышына таралады.

□

Науқас тән көріністері: патологиялық симптоматика зақымдалған аймақта пайда болады. Мысалы, герпетикалық бөртпе ерін, құлақ, мұрын қалқандары және беттің қызаруы тек сол жақтан немесе оң жақтан байқалады. Ал цианоз, көздің қызбалық жылтырауы екі жақтан да байқалады. Науқас төсектегі қалпы мәжбүрлі. Тері қабаты қолға ыстық және құрғақ, аяқ – қолдары суық. Тыныс ауру басында беткей және үздікті. Тығыздалу ошақтары өкпедегі көбірек аймақты қамтыса, тыныс алу терең қосымша бұлшықеттердің қатысуымен жүреді.

The background of the slide is a microscopic image showing various cells. A prominent cell in the center-left has a large, dark purple nucleus. Other cells are visible in shades of blue, green, and orange. A solid green rectangular box is overlaid on the lower half of the image, containing white text.

Әсер етуші факторлар: жергілікті және жалпы тоңазу дефицитты жағдайлар (авитаминоз, гиповитаминоз, анемия) тұмау аурулары қосымша патология иммунитет төмендеуі жарақат интоксикация шаршау, стресс. Крупозды пневмония дамуында микроорганизмның өкпе тініне еніп, кейін қабыну түзуімен байланысты. Ауру патогенезы токсиндермен байланысты, олар қоздырғыш бөліп, ауруды шақырады. Токсин барлық өкпе тініне таралады, нәтижесінде тамыр өткізгіштігі жоғарылайды және фибрин экссудациясы және альвеоладағы қанның түзілуі болады.

Даму кезеңдері: Аурудың бірінші сатысы (гиперемия), ол 1–3 күнге созылады, альвеола кеңеюі және онда сұйықтықтың пайда болуы (экссудат) жүреді. Аурудың екінші сатысы 3–5 күнге созылады, ауа альвеоладан фибринозды сұйықтық арқылы ығыстырылады. Аурудың үшінші сатысында экссудатта лейкоциттер жоғарылайды. Аурудың төртінші сатысы 7–11 күні, фибрин ыдырайды.



Диагностика: Дыбыс дірілі (бронхофония) – әртүрлі дыбыстарды айтқан кездегі кеуде торының вибрациясы. Қалыпты жағдайда ол кеуденің барлық бөліктерінде бірдей. Крупозды пневмония аймағында дыбыс дірілі күшейген, ал плеврит аймағында әлсіреген. Перкуссия кезінде өкпелік тимпаникалық дыбыс естіледі. Аускультация кезінде тыныс әлсіреген, везикулярлы. Крепитация естіледі, ауру үдеуіне байланысты бронхиалды дыбыс естіле бастайды, плевра үйкеліс шуы, ұсақ көпіршікті сырыл да естіледі. Жазылу сатысында тыныс қатаң, сырыл азаяды. Рентген көрінісінде ошақты симптоматика байқалады: алдымен өкпе суретінің күшеюі, кейін қою қараю, сосын ұсақ қараю байқалады. Зақымдалу аймағында диафрагма жоғары орналасады. Клиникалық сауығудан соң 2 – 3 аптадан кейін ауру көріністері толықтай жойылады.


Лабораторлы көріністер: Жалпы қан анализінде нейтрофилды лейкоцитоз $15-20 \cdot 10^9$ г/л, лимфоцит төмендеуі, моноцит жоғарылауы, ЭТЖ жоғарылауы 70 мм/сағ. Биохимиялық қан анализінде – ақуызды фракция өзгерістері байқалады.



- **Клиникалық көріністері:** Ауру жедел басталады. Бірінші көрінісі жоғары температура, ол 39–40°С дейін жетеді. Бірақ, қысқа продромалды кезең болуы да мүмкін, ол кезде бас ауруы, әлсіздік, асқазан – ішектік бұзылыстар байқалады. Температуралық реакция ерекшеліктері: науқас дірілдейді, тоңазыйды және жылына алмайды. Аяқ – қолдары «мұз» сияқты, еріндері көгілдір болады. Ақырындап басқа симптомдары қосылады, бүйіріндегі сұқпалы ауырсыну, кейін 2–3 күннен соң басылады. Егер ауырсыну ұзақ сақталса, ол плевра эмпиемасын көрсетеді. Жөтел бас кезінде аз продуктивты, кейін (2–3 күннен соң) ылғалды және қою болады. Үнемі қинамалы жөтел науқастың ұйқысын бұзады. Қақырық алғашқы күндері көпіршікті, ақшылтым болады. Кейін ол тат түстес және қан аралас болады. Ауру жазылған соң, қақырық сұйық және тез түсетін болады. Қақырықта қанның болуы жүрек аурулары және жарақат кезінде байқалады.

Дем шығару қиындауымен ендігу байқалады. Дем алу жиілігі 25-50 ретке дейін жоғарылайды. Кеуде торының бір жағы дем алудан қалып отырады. Плеврит кезінде тыныс алу ауырсыну әсерінен беткей болады. Газ алмасу бұзылысы цианоз арқылы көрініс береді, ол аяқ қолдарға, ерін, мұрын – ауыз үшбұрышына таралады. Науқас тән көріністері: патологиялық симптоматика зақымдалған аймақта пайда болады. Мысалы, герпетикалық бөртпе ерін, құлақ, мұрын қалқандары және беттің қызаруы тек сол жақтан немесе оң жақтан байқалады. Ал цианоз, көздің қызбалық жылтырауы екі жақтан да байқалады. Науқас төсектегі қалпы мәжбүрлі. Тері қабаты қолға ыстық және құрғақ, аяқ – қолдары суық. Тыныс ауру басында беткей және үздікті. Тығыздалу ошақтары өкпедегі көбірек аймақты қамтыса, тыныс алу терең қосымша бұлшықеттердің қатысуымен жүреді.

- **Асқынулары:** Өкпелік – плеврит, абсцесс, карнификация (дәнекер тінмен алмасу), гангрена. Өкпеден тыс – жүрек қабаттарының, құрсақтың, буындардың, бүйректің қабыну аурулары. Ауыр жүрек жеткіліксіздігі, токсикалық шок, бауырлық жеткіліксіздік, психоз, ми ісігі байқалады.



Емі: Крупозды пневмония емі комплексты және ауру этиологиясы мен патогенезін ескере отыра жүргізіледі.

Госпитализация микроорганизм сезімталдығын ескере отырып, антибактериалды терапия қабынуға қарсы препараттар, соның ішінде гормоналды, симптоматикалық ем – герпеске қарсы препараттар, тамырлық заттар, муколитиктер оксигенотерапия асқынулар мен қосымша дертті емдеу физиотерапия

Алдын алу: эпидемия кезінде маска кию инфекция ошақтарын арнайы ерітінділермен өңдеу

Қолданылған әдебиеттер

1. Сәтпаева Х.К. Адам физиологиясы : оқулық / Х. Қ. Сәтпаева, А. А. Өтепбергенов, Ж. Б. Нілдібаева ші бас., экз. ж.толық. - Алматы : Эверо, с. 2. Судаков К.В., ауд. Миндубаева Ф.А. / Қалыпты физиология/ - М.: ГЭОТАР – Медиа, – 848 б. 3. Судаков К.В., В.В. Андрианов, Вагин Ю.Е., И.И. Киселев ауд. М. Қ. Қанқожа / Адам физиологиясы: Атлас динамикалық сызбалар/ - М: ГЭОТАР-Медиа, – 416 б. 4. Интернет желісі



**НАЗАРЛАРЫҢЫЗГА
РАХМЕТ!**