

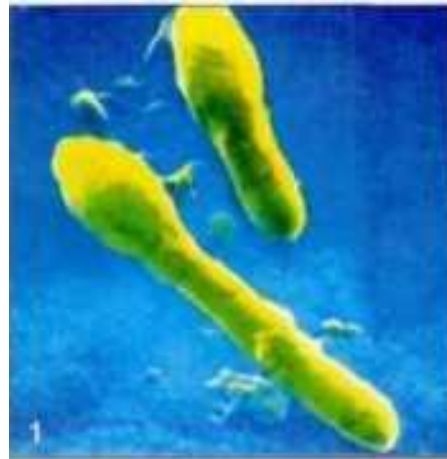
ЖОСПАР

- Сіреспе туралы жалпы түсінік.
- Жіктелуі.
- Клиникалық көрінісі, белгілері.
- Асқынулары, оның түрлері.
- Алдын-алу.
- Емі.

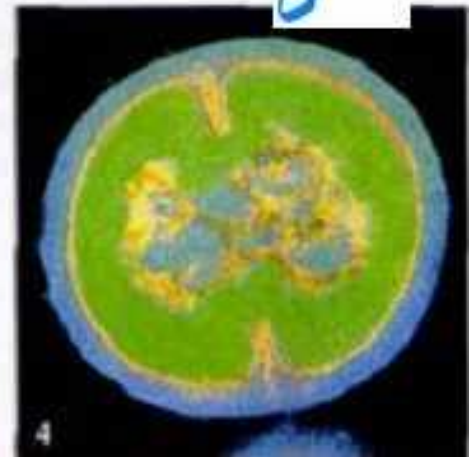
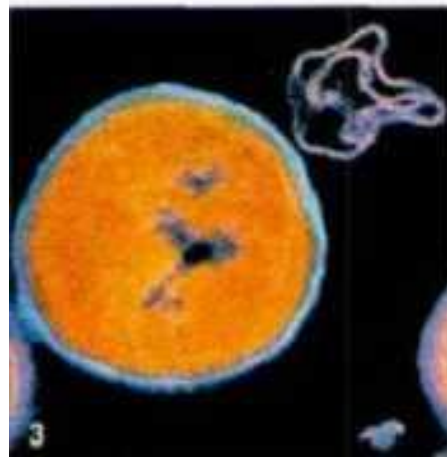
Сіреспе (tetanus) – бұл жедел ерекше инфекциялық ауру. Ол күштіі экзотоксиндер: тетаноспазмин мен тетаногемолизинді бөлетін, анаэробты спора түзуші – *Clostridium tetani*.

Тетаноспазмин жүйке жасушаларына әсер ете отырып, көлденең салалы бұлшықеттердің тоникалық және клоникалық тырысуларын шақырады. Тетаногемолизин эритроциттерді гемолизге ұшыратады. Сіреспе таяқшасы денеге зақымдалған тері және шырышты қабықтар арқылы түседі.

ҚОЗДЫРҒЫШТАРЫ.



F



Инкубациялық кезең көбінесе 4-14 күнге созылады. Ол аз болған сайын, аурудың ағымыда ауырлай түседі.

Тәжірибелік-клиникалық бақылауда инкубациялық кезеңнің ұзақтығы мыналармен анықталады:

- Түрімен, мөлшерімен, микрофлораның вируленттілігімен;
- Жараның таралуымен және тіндердің бұзылу дәрежесімен;
- Организмнің иммунобиологиялық күшімен;

ЖІКТЕЛУІ:

I. Зақымдану түрі бойынша:

- Жаралық
- Инфекциядан кейінгі
- Күйіктен кейінгі
- Үсіктен кейінгі
- Электрлік жарақаттан кейінгі

II. Жайылуы бойынша:

1. Жалпы (жайылған) сіреспе:

- Біріншілік жалпы
- Төмендейтін (бет бұлшықетінен басталады)
- Өрлеутін (ұстама жаранын айналасынан басталып, тұлғанын бүкіл жеріне тарайтын)

2. Жергілікті (шектелген) сіреспе:

- Аяқ-қол (бір немесе бірнеше)
- Баста – бастық сіреспе (*tetanus cerhalicus*), токсин бір немесе бірнеше бас жүйкесіне әсер еткенде дамиды. Бет бұлшықеті (*M. facialis*) бүлінсе мимикалық (күлкі) бұлшық еттің салдануы немесе ұстамасы болады, IX-XI жұп жүйкесін зақымдаса дәм сезуі бұзылады.
- Тұлғалық (сіреспе ішкі ортада болады)
- Шектелген бөлікке таралуы (қол, тұлға немесе т.б.)

III. Клиникалық көрінісі бойынша:

1. Жедел – tetanus venemens;
2. Созылмалы - tetanus lentus;
3. Тез көрінген сіреспе - tetanus completus;
4. Жасырын - Tetanus incompletus;

Сонымен қатар мынандай түрлері:

Өте ауыр

Ауыр

Орташа ауыр

Жеңіл

БЕЛГІЛЕРІ:

Жергілікті:

- Жара аймағындағы ауырсынуы;
- Жара аймағының тырысулары;
- Тері жамылғысының бозғылттануы;
- Жара қабырғасының күңгірт болуы;

Негізгі:

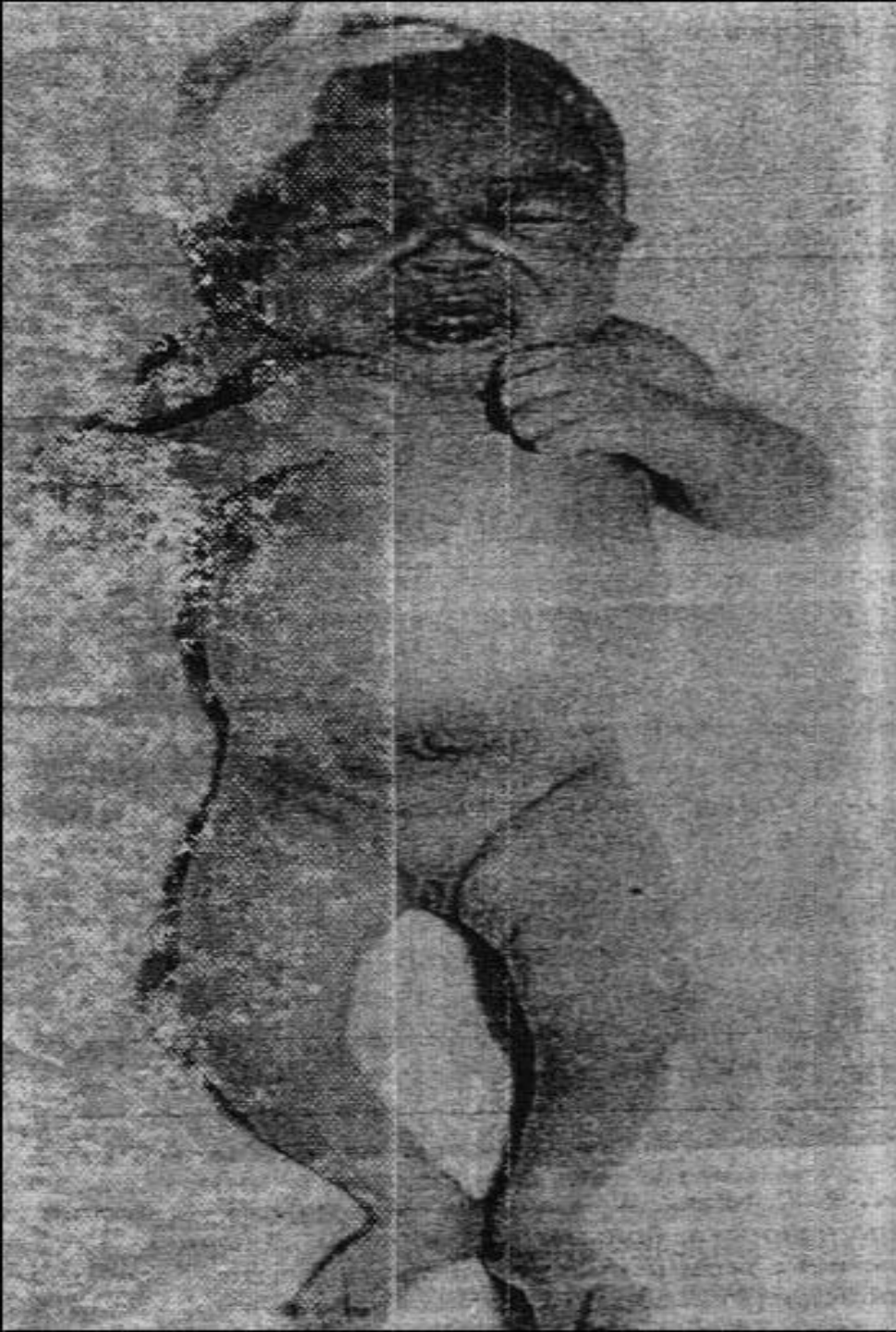
- Тоникалық тырысу (бұлшықет тонусының жоғарлауы);
- Клоникалық тырысу (дірілдеу);

Жалпы:

- Бас ауруы;
- Әлсіздік;
- Қозғыштық;
- Шаршағыштық;
- Жоғары тершендік;
- Ұйқысыздық;
- Дірілдеу;

ТЫРЫСУЛЫҚ СИНДРОМ.

- Ауру тез басталады. Ас қабылдағанда шайнау бұлшықеттері тырысып, тоникалық тырысу - **тризм** байқалады, аузын ашуы қиындайды. Мұндай тырысулар уақытша клоникалықпен ауысады. Кейбір науқастарда жара аймағынын бұлшықетінде осындай ұстамалар болады.



Мимикалық бұлшықеттің тырысу түрде қысқаруы, бетке күлкі бейнесін алып келеді, бұны **«сардоникалық күлкі»** деп атайды. Ауру дамуында тырысу мойын, арқа, іш, тұлғаға бұлшықеттеріне кенет беріледі.



Тырысулық ұстамалар бірінен соң бірі және қатты ауру сезімімен өтетін бұлшықеттің спастикалық қысқаруы. Бұлшықеттің жоғары тітіркенуі тоникалық және клоникалық тырысуы әлсіз әсердін өзіненде болады (жарық, қатты сөйлеу, жақындау, соғылу). Ұстама дененін бүкіл бұлшықетіне тарап, жиі мәжбүрлік жағдайға алып келеді. Арқа, мойын, аяқ-қол бұлшықетінің спастикалық қысқаруы тұлға мен аяқ-қолдың тез жазылып, науқас арқасымен доға тәрізді иіледі, керуетке тек желкесі мен өкшесі тиеді. Мұндай қалыпты – **«ОПИСТОТОНУС»** деп атайды.

ОПИСТОТОНУС.



- Кей жағдайда бұлшықеттердің қысқарып тырысу күші сүйектердің жарылуына және сынуына алып келеді. Зәр мен нәжіс тоқтап қалады. Тырысуға қабырғааралық бұлшықеттер мен диафрагма қатысуы мүмкін. Осы кезде тыныстың бұзылыстары, өкпенің желдетуінің бұзылыстары, асфиксиядан өлімге әкелуі мүмкін, сонымен қатар аспирациалық пневмония дамуына жағдай жасайды.

Науқас есі толық сақталады. Ауру басында дене қызуы көтеріледі, дәрежесінің жоғарлауы бұлшықеттің жиі қысқаруымен және тырысудың ауырлығымен анықталады. Кей жағдайда дене қызуы 42 және оданда жоғары болады. Пульс жоғарлап 1 минутта 120 рет соғады, жүрек тондары анық және қатты. Жалпы тырысу диафрагма, қабырғаралық бұлшықет, және кеңірдек бұлшықеті қатты қысқарып асфикция салдарынан өлім болуы мүмкін.

Сіреспе белгілері өте тез өсіп, 1-2 тәулік ішінде өлуі мүмкін (молниеносная форма), клиникалық көрінісі тез дамуы мүмкін, белгілері айқын, жедел түрі 4-5 күн ішінде өлімге келтіруі мүмкін. Сіреспенің жеделше түрінде белгілері ақырын жоғала бастайды. Осы түрінде көптеген науқастар 20-30 күнде жазыла бастайды. Сіреспенің клиникалық аралығы созылмалы болуы мүмкін.

- **Бұл жағдайда клоникалық тырысу байқалмайды, температура қалыпты немесе субфебрилді. Ауру бірнеше аптаға немесе айға созылады және жазылумен аяқталады.**
- **Жазылу сатысында анықталған белгілер 14 күннен 60-70 күн аралығында жоғала бастайды. Сіреспемен ауыратындардың 61%-і 11 күннен 30 күн ішінде жазылады. Жалпы және жергілікті сіреспеден басқа кеш және рецидивті сіреспе бар.**

- Кеш сіреспе жарадан кейін ұзақ уақыттан кейін дамиды және екіншілікті инфицирленген түрде шақырады.
- Рецидивті сіреспенін дамуы сіреспе жазылғаннан кейін қайта арнайы емес инфекциямен шақырылуы.



Асқынулары.

Сіреспе дамыған 25-30 % науқастарда асқынуға алып келуі мүмкін.

Жіктелуі:

- Ерте.
- Кеш.

Сіреспенің **кеш** асқынуы оның ағымына байланысты. Тахикардия, гипотония, әлсіздік, омыртқа деформациясы және т.б.кездеседі.

Ерте – сіреспемен және жара зақымдануымен байланысты. Ерте асқынудың көп бөлігі өкпе желдетуінің бұзылысымен және аспирациямен шақырылған пневмония, тыныс алу бұлшықетінің, диафрагма, дауыс байламының, жұтқыншақ бұлшықетінің тырысуымен байланысты қақырық. Сіреспемен ауыратын адамның өлімнің негізгі бір себебі асфиксия болып табылады. Аурудың ерте уақытындағы тырысу кеш анықталатын бұлшықет жыртылуын және сүйек сынуын шақырады.

Сіреспенің **диагностикасын** анықтауда клиникалық көріністер қиындық туғызбайды. Ауру дамуының ерте сатысында сіреспенің табылуы маңызды, бірақта емнің жетістігі одан ерте анықталуы керек.

Сіреспенің ерте белгілері мыналар:

- Жара аймағында тартылып тұратын ауру.
- Қатты жарақаттанған бөлігінінін дәрежесіне қарамай дене қызуы болады.
- Кейде арқа ауруы;

**Сіреспенін ерте көрінісі Лорин-Эпштейн симптомы.:
Шайнау бұлшықетінің жоғары рефлексі. Рефлекс екі
қабылдаудың біреуінен шақырылады:
Еркін ауыздың жартылай ашығында балғамен
соққанда немесе саусақпен шайнау бұлшықеті
жабық күйінде бұлшықетік қысқаруында.
Осы рефлекс ашық ауыздың алдыңғы тістеріне
қойып плессиметр балғамен ұрғанда да шақырылуы
мүмкін.**

Бұл рефлекс қалыпты жағдайда шақырылмайды, ал сіреспе кезінде тризмнің бірінші белгісіне дейін 24-48 сағатта шақырылады.

Аяқ-қолдағы жараны алғашқы қысқа уақыттағы бұлшықеттің жергілікті ригидтілігін белсендіру. Жергілікті бұлшықеттің ригидтілігі тризм пайда болғанға дейінгі 48-72 сағатта байқалады және жараланған орынын орталығын пальпациялағанда немесе жұлқылағанда шақырылады.

Сіреспенің алдын алу және емдеу.

Соңғы жылдары сіреспенін комбинерленген алдын-алудын тиімділігін дәлелдеген. Барлық алдын алу шаралары екі топқа бөлінеді:

Арнайы активті-пассивті антитоксикалық алдын алу, сіреспе токсиніне қарсы иммунитетті көтеруге бағытталған. Ол анатоксинді сіреспеге қарсы белсенді иммунизацияландырады (1 мл, 3 аптадан соң 1,5 мл және 3 аптадан соң 1,5 мл анатоксин) және міндетті түрде әдейі емес жарақаттан соң бұлшықетке 1500–3000ЕД сіреспеге қарсы сарысу енгізеді.

Белсенсіз иммунизация ретінде жоғары титрлі сіреспеге қарсы әсер ететін гамма – глобулин қолданылады. Бір реттік мөлшері 10мл (400ЕД), балаларға және ересектерге бұлшықетге.

Арнайы емес алдын-алу, жарадағы микробты жоюға бағытталған шаралар тұратын және олардың жарада дамуына кедергі жасайтын, өз уақытында жараны өңдеп біріншілікті хирургиялық көмек көрсету.

Емі:

Сіреспенің арнайы емі жоқ. Сіреспенін себептеріне қарай емдейді. Сіреспенін кешенді әдіспен емдеу өлім себебін төмендетеді.



Кешенді емдеудің негізі мыналар:

Жарадан сіреспе токсинінің ағзаға түспеуін болдырмау немесе төмендету;

Тоникалық және клоникалық тырысуларды толық тоқтату немесе болдырмау;

Жалпы организм жағдайын жақсарту, жүрек қызметін, өкпе вентиляциясын қалыптастыру.

Екіншілікті асқынулардың алдын-алу немесе күресу;

Бірінші емдеудің негізін шешеді:

- а) жараны тексеру немесе емдеу, әсіресе көрінбейтіндерді, кейде денедегі бөтен заттарды (киім, таяқ бөлігі, қалдықтар және т.б.). Бұл жағдайларда терең тексеру, жараны өңдеу, денеден бөтен заттарды жою, гипертоникалық ерітінділермен таңу.
- б) токсиннің жүйке жүйесімен байланыспаған кезінде бұлшықетке сіреспеге қарсы сарысуды қолданады.

Тырысуды тоқтату немесе төмендету үшін ерекше тиімді ұйықтататын аминазинді қолданады. Хлоралгидрат, сульфат магния, алкоголь қолданады. Соңғы жылдары нақты әсері бар миорелаксанттарды – диплацин және т.б. қолданады. Сіреспемен ауыратын науқастарды емдегенде реанимация бөлімінің бөлек палатасына көру, есту және механикалық тітіркендіргіштен шектеп (қараңғы бөлмеге) жатқызады.

Науқас дәрігердің және мейірбикенің үнемі бақылауында балу керек. Палатада ӨЖД аспабы, интубация мен трахеотомияға арналған құралдардың жинағы, ауызды ашқыш, керекті дәрілі заттар болуы қажет. Үшінші негізінде науқастын жүрек-тамыр қызметін үнемі бақылап, автоматты тыныс алдырумен қамтамасыз ету керек. Жараны антибиотикотерапиямен емдеп, тыныс алуын қадағалап, екіншілікті асқынудың алдын-алу немесе күресу.

- Соңғы жылдары сіреспені нейролептиктермен және кураре тәрізді заттармен емдеу тәсілі шықты. Емдеу жоғарыда айтылып кеткен төрт негіздеу бойынша өткізіледі.
- Наркоз пайдаланып жараны өңдеп және ұзақ тексереді.
- Ауруды анықтағаннан кейін дер кезінде Безредке бойынша сіреспеге қарсы сарысу енгізеді.

Ересектер үшін 100000-150000 ЕД, жаңа туылғандар үшін 10000-20000ЕД, үлкен жастағы балалар үшін 20000-80000 ЕД. Сарысуды егер алдында 36-37С-ға дейін жылытады.Сарысуды 2-3 күн қатар мөлшерін 50000ЕД-дан төмендете отырып егеді.Сіреспеге қарсы гамма-глобиндіде осылай қолданады. Курстық дозасы 200000-350000 ЕД.

Сарысуды бұлшықетке егуді ұсынады, тек ауыр жағдайда ғана бұлшықетпен бірге ақырын көктамырға енгізеді, сіреспеге қарсы сарысуды 5рет изотоникалық ерітіндімен сұйылтады. Сарысуды басқа жолдармен енгізу ұсынылмайды.



Тырысумен күресуде наркотикалық, нейролептиктер, және кураре тәрізді заттарын қолданғанда бұлшықеттің күшті тоникасын төмендетеді.

А) Наркотикалық заттар. Гексенал, пентонал, хлоралгидрат және т.б. қолданады. Егер бұл заттарды ұзақ, көп мөлшерде қолданатын болсақ улануға, тыныс алудың бұзылысына алып келетінін есте сақтау керек. Басқа заттарға қарағанда хлоралгидраттың улылығы төмен, сондықтан жиі 4-8 г/тәул. мөлшерде аурудың ауырлығына қарап қолданады. Ал клизма түрінде 2-4% ерітіндісі қолданады.

□ **Б) Нейролептикалық заттар.** Жиі аминазинді қолданады. Есін толық жоғалтпай седативті әсер етеді, ауру сезімін төмендетеді, тырысуға қарсы, антигистаминдік, ганглиоблокаторлық әсер бар. 2,5% ерітіндіні бұлшықетке 4 мл тәулігіне 4-5 рет енгізеді. Әсер ету уақыты 3-5 сағат.

Нейролептикалық қоспалардыда қолданады: 1 -2мл 2,5% аминазин ерітіндісі, 3 мл 1% димедрол ерітінді тәулігіне 5-6 рет. Димедролдын орнына промедол (2 мл 1% ерітінді) немесе пантопон (1 мл 2% ерітінді).

□ В) Кураре тәрізді заттар. Кондельфин, элатин, диплацин қолданылады. Кондельфин және элатинді ауызға енгізеді, себебі ол ақырын сіңеді және әсер ету ұзақтығы аз. Әсер ету ұзақтығы сер ету ұзақтығы 3 сағат. Мынандай мөлшерде ересектерге қолданады: кондольфин 0.1г 6-8 рет тәулігіне, элатин 0.04-0.05 г 6 рет тәулігіне. тыныс алу бұлшықетіне тырысу әсер етсе және тұншығу қауіпі туса қысқа әсерлі реолоксанттар қысқа (1% дитилин ерітіндісі, 2% листенон ерітіндісі 3-5 мл мөлшерде) немесе ұзақ (2% диплацин ерітіндісі 3-5 мл мөлшерде) әсері.

Ересектерге қарағанда балаларда мөлшері төмендетіледі, ақырын енгізеді. Бұл дәрілермен 10 күннен 16 күнге дейін емдейді.

Бұл аталған препараттарды жасанды тыныс алдыру аппараттарымен және олсызда қолданады. Апаратсыз жасанды тыныс алу үшін аз мөлшерін және ақырын енгізуді ұсынады. Ал жылдам енгізетін болса қысқа уақытқа тыныс алу тоқтауы мүмкін. Бұндай жағдайда өкпенін жасанды желдетуін жасау керек.

Жүрек қызметін жақсарту үшін камфору, кордиамин, коргликон, ал ішке 40% глюкоза ерітіндісін 40-60 мл/тәул. тыныс алуды жақсарту үшін оттегімен ингаляция жасайды, цититон енгізеді және т.б. Жара асқынуының, пневмонияның алдын-алу үшін антибиотиктер береді. Үлкен дәретке отыруы қиындаса клизма жасайды. Зәр бөлінуі қиындағанда қуыққа грелка қойса әсер етпесе, онда несеппағарға жұмсақ катетер енгізеді. Ақуыз алмасуының күшті бұзылысында ақуыз жеткіліксіздігі туады.

Жоғары құндылықты сұйық ас, су, витамин беру керек. Тризм кезінде асқазанға мұрын арқылы зонд тығып тамақтандырады. Науқас жатқан мекемеде реанимациялық көмек көрсетуге барлығы дайын болу керек. Сіреспемен ауырған адамдарда иммунитет қалыптаспайды. К.М. Лобан соңғы жылдары сіреспені емдеуде кураре тәрізді және нейролептикалық заттарды қолданған, 36 адамды емдегеннен 5 өлген. Өлімнің негізгі себептері болып асфикция, пневмония және сепсис болып табылады.



□ Күйік кезіндегі сіреспенің көрінісі

НАЗАР АУДАРҒАНЫҢЫЗГА РАХМЕТ!

