

М. Куандыков

НЕЙРОДЕРМАТОЗДАР

Оқу құралы

Оқу құралы

Түркістан 2018

ІШКІР БЕРУШІЛЕР:

М.А. Газалиева- м.ғ.д. Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

А.К. Куандықова- м.ғ.д. Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Медицина факультеті,
«Профилактикалық медицина» кафедрасы

М.Куандықов, «НЕЙРОДЕРМАТОЗДАР».

Оқу құралы. – Түркістан: «Тұран» баспаханасы, 2018

Оқу құралы «НЕЙРОДЕРМАТОЗДАР» – «Қышыма», «Квинке ісігі», «Нейродермит», «Атопиялық дерматит», және де «Есекжем»- белгілері, патогенез, клиникалық көріністері, диагностикасы, емі берілген.

Бұл пән тек «Жалпы медицина» мамандықтарына ғана емес, сондай-ақ «Стоматология» мамандықтары бойынша оқитын жоғарғы оқу орындарының студенттеріне арналған қазіргі заманға сәйкес құнды пән болып табылады.

Мұнда жинақталған ақпарат студенттердің түсінуіне және олардың білім алу тиімділігін көтеруіне жәрдем береді.

© М.Куандықов 2018

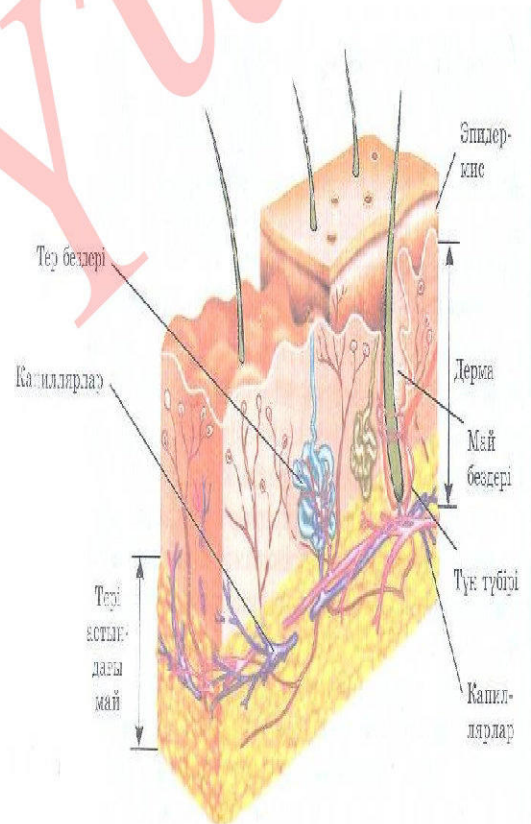
© «Тұран» баспасы, 2018

Қышыма

Қышыма — қышыма кенесімен туындайтын тері ауруы. Алғашқыда беті күлдіреген ұсақ қызғылт түйінді бөртпелердің шығып дуылдап қышуынан байқалады. Бөртпелер, көбіне саусақ арасына, шапқа және тақымға түседі (кейде кеудеде байқалады, оны строфулюс не балалар есекжемі деп атайды). Қасығаннан бөртпелердің беті жарылып, қанталап кетеді. Қышыма, негізінен, кішкентай балаларда, әсіресе, олардың белгілі бір тамаққа әдеттегіден тыс сезімталдығынан болады. Қатты қасығаннан бөртпелердің ішіне іріңді инфекция қоздырғышы түсіп, ол іріңді жара ауруларына ұласып кетуі мүмкін.

Қышыма кенесі — өте кішкентай кене, адам терісіне кіре алады, онда көбейіп, тері тканьдарымен қоректенеді. Қышыма кенесі оңай жарақаттанатын барынша жұқа және нәзік жерлердегі теріге енеді. Инфекцияның кіретін жерлері әдетте саусақтың арасы, балаларда шнтақтың бүгілетін жері, бет, қолтық, әйел адамдарда – сүт бездері.

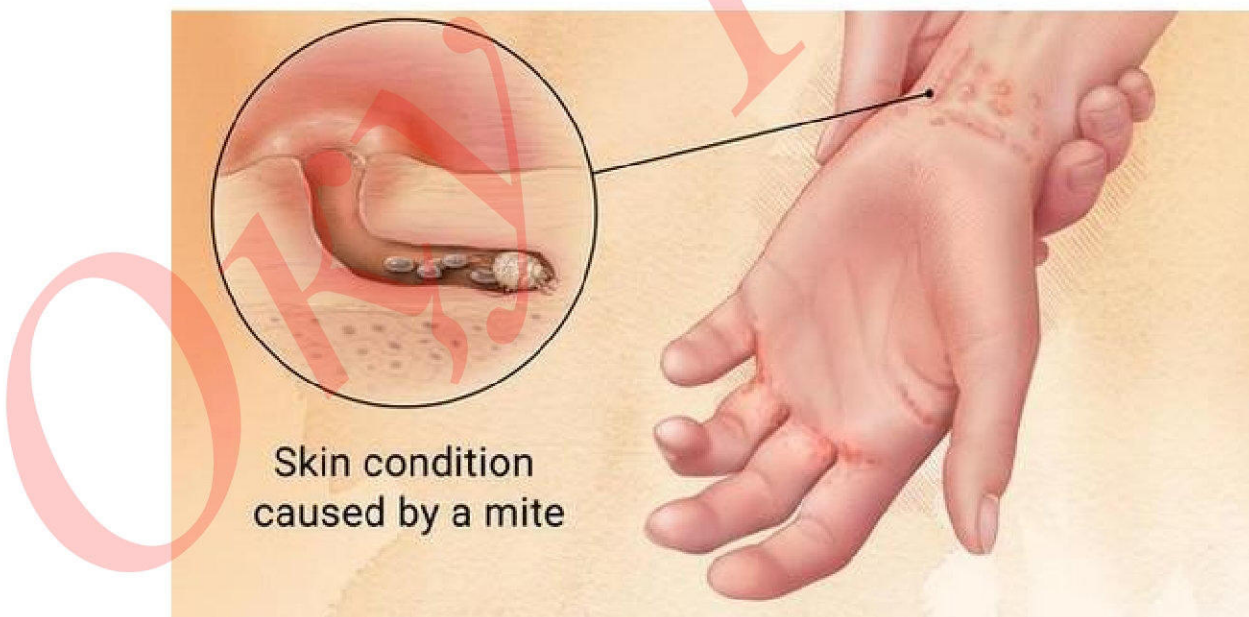
Қышыма кезінде көрінетін қатты қышу – ағзада кененің болуына қарсы аллергиялық реакция болып табылады. Қышыма тері астындағы кененің белсенділігіне қарай күшеюі және тынышталуы мүмкін.



Қышыма кенесі науқас адамнан қарым-қатынастың кез келген түрінде жұғуы мүмкін, яғни тікелей жолмен (отбасылық немесе жыныстық) немесе тікелей емес жолмен, яғни ортақ пайдалану заттары арқылы (киім, төсек жабдықтары, душ құралдары). Эпидемиологиясы. Әсіресе жиі жеке

гигиеналық тережелерін сақтамайтын, тығыз жағдайларда тұратын адамдар ауырады. Жұғу ауру адаммен қатынаста болғанда немесе науқастың инцифирленген жеке құралдарын қолданғанда жұқуы мүмкін. Қотырды жұқтыру жыныстық қатынаста, бір төсек жабдықты, ортақ сүлгі, дене жұғыш немесе киім қолданудан жұғуы мүмкін. Қотырмен ауыратын науқастардың көбі-балалар және 29 жасқа дейінгі жастар.

Қотыр кенесінің көлемдері үлкен емес 0,25-0,35мм және нашар көрінеді. Кенелер дөңгелек формалы және сыртқы кескіні тасбақа ұқсас келеді. Қрықтанған аналық жасуша эпидермистің мүйізгекті қабатына еніп және параллельді терінің беткейіне ұзындығы 5-10мм кейде 10см дейін 50 жұмыртқаға дейін бөліп, қотырлық жол қалдырады. Жұмыртқадан 2-2,5 ай өмір сүретін жыныстық жетілген кенелерден түзілген личинкалар пайда болады. Адам терісінен бөлек кенелердің қолайлы өмір сүру ортасы жүннен тоқылған, шылт, жібек маталар, сонымен бірге үй шаңы және ағаштан жасалған құралдар болып табылады.



Қотырлық жолдан бөлінген кене аналығының өмір сүру қабілеттілігі 5-15 күн аралығы.

Дәрігерлер қышыманың шамадан тыс жұғуға бейім ауру екенін және басқа тері паразиттік ауруларға қарағанда жиірек кездесетінін ескертеді.

Қышыманың таралуына қылмыстың өсуі, алкоголь мен есірткіні қолданушы, салақ жыныстық байланыстарды тәжірибелеп жүрген адамдар санының артуы да ықпал ететіндігін атап өткен жөн.

Қышыма ошағы деп арасында қышымамен ауырған бір адамы бар адамдар тобын атауға болады. Бір ғана ауруға шалдыққан адамы бар ошақты әлеуетті, ал екі немесе одан да көп ауырған адамы бар ошақты әрекеттегі ошақ деп атайды.

Қышыманы жұқтыру әдетте отбасы ішінде болады, онда ол отбасы мүшелерінің біреуімен әкелінуі мүмкін. Бұл ауру жұқтырудың ең таралған жолы және ол тіркелген жағдайлардың 90%-да осылай белгіленген.

Мамандар қышыманың таралуының тағы бір жолын атап көрсетеді – бұл ұйымдасқан ұжымдағы ауру жұқтыру ошақтары.

Бірінші топ — бірге тұратын және демалатын орындары бар ұжымдар (балалар үйлеріндегі, лагерьлердегі, интернаттардағы, жатақханалардағы ұйықтайтын бөлмелер.). Жиі псевдоирригация байқалады, яғни бір ұжымда әртүрлі ұжымнан ауру жұқтырып келген екі (немесе одан да көп) науқас адам болуы мүмкін

Екінші топ — неинвазионноконтактілі ұжымдар. Мүшелері бір ғимаратта жұмыс істейтін және қарым-қатынаста күндіз болатын ұжымды осылай атайды. Бұл балабақшалардағы топтар, мектептердегі сыныптар, орта және жоғарғы оқу орындарындағы топтар, кәсіпорындар мен ұйымдардың әртүрлі еңбек ұжымдары.

Аталған топтар эпидемияның таралуына жағдай тудырмайды, қышыма жеке адамдарда ғана байқалуы мүмкін.

Қышыма кенесінің ошақтық түрімен бірге ошақтан тыс түрі де бар. Қоздырушы аталмыш жағдайларда моншада немесе саунада, ұзақ жолға шығатын пойыздард, қонақүйлерде жұғады. Кененің осындай берілу жолдары жиі кездеседі.

Қышыма көбінесе жастардың арасында жиі кездеседі. Екінші орында жасөспірімдер мен орта мектеп жасындағы балалар, ал үшінші орында отбасы ішінде немесе мектепке дейінгі балалар мекемелерінде ауру жұқтырған кіші мектеп жасындағы балалар. 26 жастан асқан тұлғалар ауыру саны мен ауыру қарқыны бойынша соңғы орында.

Аурудың өзіне тән түрінің тағы бір түрі бар, ол — аз симптомды немесе «инкогнито қышыма», «кірпияз адамдардың қышымасы».

Ауру душты жиі қабылдайтын адамдарды зақымдайды. Жуынған кезде кенелердің көпшілігі жойылады да, сондықтан ауру белгілері әлсіз білінеді. Нәтижесінде дерматит, пиодермия немесе өте сирек жағдайларда микробтық экзема, крпивница туындауы мүмкін. Солайша, қышымаға тән белгілер көрінбей қалуы мүмкін.

Қышыманың ерекшелігі: ауырған адамның денесі әсіресе түнде қатты қышиды. Теріні үнемі қасығанда оған микробтар түсіп, қышымаға терінің іріңді жұқпасы қосылып, ауру әрі қарай асқынып кетеді. Қышымаға қарсы арнаулы емді тері ауруының дәрігері ғана жүргізеді. Ауырған адам өзін-өзі емдеуге болмайды.

Тексеру нәтижелеріне қарағанда қышымамен әлеуметтік жайсыз және тұрмысы нашар отбасындағы адамдар жиі ауырады.

Қышыманы жұқтырмау үшін мынадай қарапайым жалпы гигиеналық ережелерді орындау қажет:

- әрбір 5-6 күн аралығында моншаға түсіп, жуынып отыру керек.
- іш киімдерді және төсек жаймаларын жиі-жиі ауыстырып, жуып, үтіктеп отырған дұрыс.
- әр адамның жеке сүлгісі және жөкесі болғаны жөн.
- үйге келген соң міндетті түрде қолды сабындап жуу керек.
- жаңадан сатып алған киім-кешекті, іш киімді және төсек жаймаларын міндетті түрде үтіктеген дұрыс.
- қышыма ауруына сәл күдіктенгенде дереу тері ауруларын емдейтін дәрігерге көріну қажет.
- Дәрігерге ерте қаралу - айналасындағы адамдарға қышыманың тарал-мауын және одан тез сауығуын қамтамасыз етеді.

Клиникасы. Инкубациялық кезеңі орта есеппен 8-12 күнді құрайды. Кененің теріге енген жерінде кішкентай көпіршік пайда болады. Ең бастысы, және жиі қотырдың бірінші симптомы болып күшейген қышу, әсіресе, бірден икешке және түнде науқас төсегіне жатқаннан кейін пайда болады. Жүп және шашыраған нүктелі түйінді көпіршікті бөртпелену, қотырлық жол және теріні қасығаннан сызаттар пайда болады. Қотырдың орналасуы саусақ аралық терінің қыртыстары, қол саусақтарының бүйір беткейі, кәріжілік-білезік буындарының бүгілу беткейі, білектің жазылу беткейі, м шынтақ буыны, дененің алдыңғы бүйір беткейлері, қолтық асты ойығы, сүт бездері, іш, әсіресе кіндік айналасы, жамбас, бөксе, балтыр және ер жыныс айналасы-терінің жұқа мүйізгекті қабатының аймағында орналасады. Кейде шынтақ буындарының жазылу беткейінде папуло-везикулезды элементтермен жабылған құрғақ қабықтар, қабыршықтар анықтауға болады. Қотырлық жас кенелердің шығуына және ауа кіру үшін кене жаратын жақын орналасқан қара дақтар-тесіктерден тұрады. Көпіршіктердің орнына 1мм дейінгі көлемде қанды қабықтар түзіледі.

Қотырмен бірге күшейген қышу қасынуға, эхскореацияға алып келеді, соның салдарынан қотыр пиодермиомен асқынады. Бұл жиі қотырдың

клиникалық көрінісін өзгертіп және диагностикасын қиындатады. Жайылған және асқынған қотырда қанында эозинофилия және кейде альбиминурия анықталады. Қотыр микропты экземамен де асқынуы мүмкін. Бұл жағдайларда зақымдалған ошақтардың айқын шекарасы, кейде сулану, көптеген іріңді қабыршақтармен жабылады.

Соңғы кездері жиі типтік бөртпеленусіз, бірақ күшейген қышумен қотырдың жасырын формасы анықтала бастады. Қотырдың бұл формасы таза адамдарда немесе дұрыс ем жүргізбегенде анықталады. Науқастарды текгенде, және бұл жағдайларда бірен-саран жұп орналасқан папуло-везикулездар, түйіндер, ұсақ көпіршіктер, уртик тәрізді элементтер анықталады.



Белгілері:

Қолдың саусақтарының арасында, кеуде мен іштің, санның, аяқтың терісінде бөртпелер және қышыма пайда болады.

Қышыма қотыр жұқтырған адамның денесінің кей тұсы бой бермей дуылдап қышиды, әсіресе түнде қатты қышиды.

Теріні үнемі қасығанда оған микробтар түсіп, қышымаға терінің іріңді жұқпасы қосылып, ауру әрі қарай асқынып кетеді.

Денесін түрлі түйіншектер, көпіршіктер, қанды қабыршақтар, тырнақ ізі басады

Мұндай жағдай аяқ-қолдың буын бүгілістерінен, саусақ аралықтарынан, тіпті тұла-бойдан да байқалады.

Адам денесінде қотырдың ізі қалып, ұсақ бөртпелердің көбейіп кетуі. Қышыманың орны ақшыл-сұрғылт жолақтанып ине ұшының ізіндей болады, ізі тура сызықтай болмай, ирелеңкіреп бір-біріне қатарласа түскен үтір сияқтанып жатады.

Қышыманың бөрткені балалардың алақаны мен саусақтарының арасында, қарнына, шынтақтың бүгілетін тері қатпарына, балтырына, өкшесіне табанның ішкі жағына, құйрығына, иығына беті және басына шығады.

Емшек жасындағы сәбилердің көбінесе алақаны мен құйрығының ұшына, беттеріне шығуы мүмкін.

Тері ауруларының белгісі байқала салысымен-ақ дер кезінде дәрігерге көрініп, нәтижелі ем қабылдау қажет. Қышымаға қарсы арнаулы емді тері ауруының дәрігері ғана жүргізеді. Ауырған адам өзін-өзі емдеуге болмайды. Ең бастысы науқас тұтынған заттардағы паразиттің көзін жою керек. Қотыры бар адам дер кезінде дәрігерге көрініп емделмесе, ол созылмалы ауруға айналады. Қотыр, әсіресе, кешке қарай, жылы киінген кезде қатты қышиды. Қышынған адам денесін қасып қанатып та алады. Ол қанаған жер асқынып, іріңдейді.

Қышыманың 3 түрі ажыратылады: балалар қышымасы, ересектер қышымасы, түйінді қышыма.

Балалар қышымасы (строфулюс, папулезді есекжем)- реактивтіліктің конституциональды өзгерген фонында дамидын, тері мен кілегейде аллергиялық қабынумен көрінетін клиникалық белгілер кешені. **Балаларда қотыр** әр түрлі өтеді. Балаларға жиі қотырмен ауыратын науқастар қолданған ойыншықтар, құралдар жұғады. Емізетін балаларда қотырлық қақпаларды типтік жерлерде емес, ал алақандарында, табандарында, аяқ басы жиектерінде анықтауғат болады. Қотырмен ауыратын балалардың іш терісінде диссеминирленген түйінді бөртпелену түзіледі. Мектепке дейінгі балалардың қотырлық кенемент тырнақ пластинкаларының зақымдалуы жазылған.

Ерекше түрі ауыр жүйелі аурулармен ауыратын науқастарда және ұзақ цитостатиктер, глюкокортикоидтармен емделген адамдарда норвегиялық қотыр болып табылады. Қотырдың бұл түрінде қышу болмауы немесе айқын

емес болуы мүмкін, ал қабыну өзгерістерінде қотырлық кенелердің көп жинақталатын лас – сұр түсті қабаттанған қабықтарымен жабылған, үлкен эритематозды беткейлер пайда болады. Эритродермия типімен дене, қол, бет, аяқ, бастың шашты бөлігі зақымданады.

Норвегиялық қотырда зақымданған ошақтар терісі құрғақ, қалың қою жасыл түсті қабықтармен жабылған, жер-жерде тұтас панцирьге қосылған, қозғалысы шектелген және ауырсынады. Тырнақтар бірден қалындайды. Зақымдалған аймақта шаштар құрғақ және көмескі түсті. Лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалады. Науқастан жағымсыз иіс шығады. Қабықтарды жойғанда, гиперемияланған тері ашылады, ондп көптеген ақ дақтарды-қотыр кенелерін көруге болады.



Патогенезі. Үдерістің қалыптасу кезеңінде асқазан-ішек жолдарының ферментопатиясы жатыр, соған байланысты тағамдық заттарға сенсбилизациясы дамиды: емшек жасындағы балаларда- сиыр сүтінің нәруызына, ал 2-3 жаста- жұмыртқаға, шоколадқа, цитрусқа, құлпынайға, балықтың кейбір түрлеріне және басқа да азық- түліктерге және дәрілік заттарға. Ферментті патологияға байланысты сенсбилизация ішектегі аутоинфекциямен қосарланады.

Клиникалық көрінісі. Бет, дене және аяқ-қолдардың терісіндегі эксфолиациямен жүретін қышынумен қоса көптеген жайылған эритемотозды-сквамозды, папуло-везикулозді және уртикарлы-розеолезді бөртпелер болады. Аяқ-қолдың жазғыш бетінде көп мөлшерде тез серозды қабыршақпен жабылатын папуло-везикулозді элементтер көрінеді. Көптеген балаларда рационнан аллергияны шақырған тағамды алып тастағаннан кейін қышыма жоғалады, бірақ кейде приругинозды экзема немесе атопиялық дерматитке айналады. Торпидті ағым мен балалар қышымасының ересек түріне айналуының бастапқы белгілері болып ақ дермографизм, табандың рефлекстің жоғалып, іш перделік рефлекстің әлсіреуі, невротикалық жағдайлар, терінің құрғақтығы, тер бөлінуінің бұзылысы, лимфа түйіндерінің ұлғаюы есептеледі.

Диагностикасы. Атопиялық дерматит пен қотырдан айырмашылығы-қышымасы бар науқастарда пигментация мен лихенизация ошақтары болмайды. Бөртпелер көбіне жазғыш бөліктерінде, ал атопиялық дерматитте-бүккіш беттерінде орналасады. Ажырату диагностикасын қотыр мен токсидермиямен жүргізеді. Қотыр диагностикасында сенімді әдістердің бірі инемен кенені алғаннан кейін микроскопиялық зерттегенде, қотыр кенелерінің анықталуы. Қотыр қақпаларын анықтау үшін йод сынамасын қолданады. Қотыр қақпасы болбыр мүйізгекті массадан тұрады, олар йодты сіңіріп алып көрінеді. Қотырдың экспресс-диагностикасында сүт қышқылы қолданылатын лабораториялық жаңа әдіс жасалған. Қотырлық элементке 40%сүт қышқылы тамшысын жағады және 5 мин кейін болбыр эпидермисті сау терінің капиллярлы қан ағысы болғанша өткір қасықпен қырады. Алынған материалды әйнектегі тамшы сүт қышқылына жағады, екінші әйнекпен жауып, бірден микроскопта зерттейді.

Қотыр диагнозы, сонымен қатар түнде күшейетін қышумен және терінің бөртпеленуімен негізделеді. Емізетін балаларда қотырды диагностикалау, строфулюс симптомына клиникалық көріністері ұқсас болғандықтан, қиындау. Бірақ, түнгі қышу, бөртпе элементтерінің типтік орналасуы және әсіресе анасында, әкесінде немесе баламен қатынаста болған басқа адамдарда қотыр анықталса, уақытылы диагноз қоюға мүмкіндік береді. Қотыр диагностикасында оның пиодермиямен асқынған жағдайда қиындық тудырады. Қотырға типтік жерлерде пиодермия элементтерінің анықталуы қосымша зерттеуге және сынақ емін жүргізуге негіз болады.

Ажырату диагностикасында жиі қиындық тудыратын басқа да тері аурулары, сонымен қатар басқа себептермен шақырылатын тері қышуы болуы мүмкін.



Красная

Кристалл.

Глубокая



Крапивница

Ветрянка

Чесотка

Диагностикасында тері аймақтарында қотырлық кенелер орналасатын жерлерде папуло-везикулалардың жұп орналасуы, қотырлық қақпалар, түнде қышудың күшеюіне, бірнеше отбасы мүшелерінде бөртпеленуге алып келеді. Кейде диагноз қоюға «үшбұрыш белгісі» көмектеседі: сегізкөз аймағында қотырлық бөртпелену үшбұрыш болып орналасады, төбесі жамбас аралық қыртысқа қарай бағытталған. Бұл аймақта, әдетте бөртпелерден басқа, импетигозды элементтер, пигментация, ал кейіннін атрофиялық дақтар пайда болады.

Кейде қотырды қышымамен шатастырып алмау керек, бұл кезде де науқастарды қышу мазалайды. Бірақ, қышымада қышу күндіз де түнде де болады, ауру кейде жылдарға созылады, терінің сұр түсті болуымен, ақ дермографизммен, түйіндермен, жиі қанды қабыршақтармен жабылған және аяқ қолдардың жазылуы беткейінде орналасуымен, лимфа түйіндерінң ұлғаюымке білінеді.

Диагнозға диагностикалық қиын жағдайларда науқасты және онымен қатынаста болған адамдарды тексеріп, қайталап лабораториялық зерттеулер жүргізу қажет.

Емі. Маңызды орынды диетотерапия алады. Емшек сүті жетіспеген жағдайда донорлық сүт қажет. Сонымен қоса айран, сүзбе, ірімшікті ерте қосады. Арнайы гипосенсибилизация мақсатында емшек берместен 15-20 минут бұрын 10-15 тамшы сауылған ана сүтін беру қажет. Жасанды тамақтанатын балаға ащы сүтті тағамдар 5-6 айлығынан бастап екі рет ет тартқыштан өткізілген, көкөніс пюресімен, өсімдік майымен араласқан ет беріледі. Емдеу үшін бифидумбактерин, бификол, бактисубтил секілді ферментті препараттарды антигистаминді қышынуға қарсы заттармен комплексті түрде тағайындайды. Ваготонияда кальций препараттарын қолданған абзал. Ақ дермографизмде метилксантиндерді тағайындайды. Сыртқы ем үшін алибур ерітіндісін қолданады. Одан кейін қара май, ихтиол, нафталандық мұнай жақпа майлары мен кремдер ересек жастағы балаларға қысқа уақытқа тағайындайды. Физиотерапиялық әдіс ретінде ультракүлгін сәулесінің субэритемді дозасы, құрғақ ауалық ванналар, инеререфлексотерапия, бақажапырақ, шайшөп, кимікшөп, мыңжапырақ қайнатпаларымен емдік ванналар қолданылады. Онымен қоса теңізге түсу, күкіртті және күкіртсүтектік ванналар жақсы әсер етеді. Емінде мүйізгекті қабатты болбырлайтын, қотыр қақпасына енетін, кенелерді жоятын препараттар қолданылады. Паразиттерге қарсы препараттардың түрлері өте көп. Бірақ терапияның әсері жиі препаратпен анықталады, ал оны қолдану дұрыстығы және еміне байланысты.

Науқасқа қотырға қарсы препаратты жағу алдында тері беткейінен кенелер және болбырланған мүйізгекті қабатын механикалық жою үшін ыстық душ қолдану қажет. Пиодермия немесе экзематозды үдеріс кезінде емнің алдында душ тағайындалмайды. Ем кезіндеде жуынуға болмайды. Қотырға қарсы препараттарды бас терісінен басқа дене терісіне және аяқ-қолдарына, әсіресе, қотыр кенелерінің орналасатын жерлеріне жағады. Экзематизация немесе импетиализация кезінде паразиттерге қарсы препараттарды сылап сіндірмейды, тек қана зақымдалған ошақтарға ғана жағады. Асқыну емінде де жүргізеді.

Теріге бензилбензоат ерітіндісін сылап сіндіру жақсы әсер береді. Ересектерге 20%, ал кішкентай балаларға 10% сулы-сабынды бензилбензоат эмульсиясы қолданылады. Эмульсияны 10 минуттан 2 рет сылап сіндіріп жағады. Содан кейін науқас таза киімдерін киіп, төсек жабдықтарын

ауыстырады. 2 және 3 тәулікте науқас жуынбайды, бірақ әрбір қол жуғаннан кейін препаратты саусақтарына жағады. 4-күні түнде жуынғаннан кейін процедураны қайталайды. Сіндіріп жағудың мұндай әсері 2 тәулік жұмыртқаның шығу әсеріне байланысты. Келесі таңда науқас жуініп киімдерін ауыстырады.

Дәрілік дерматит және қышу фиксациясын алдын алу үшін бастапқы күндерден бастап қотырға қарсы емінде гипосенсибилизациялық және антигистаминдік препараттар тағайындалу ұсынылады: кальций глюконаты, дипразин, фенкарол, супрастин және т.б.

Қотырдың емінде соңында аталған әдістердің кез келгеніне 5-7 күн ішінде қалдық көріністер сақталып қалуы мүмкін. Науқас емден кейін 10-12 күн бақылауда болуы керек, ал контролды бақылау 1,5 айға созылады. Ем аяқталғаннан кейін бірінші тексеріс 3 күннен кейін, келесі әр 10 күннен кейін жүргізіледі. Қатынаста болған адамдарды әр 10 күннен 1,5 айдан кейін тексеріп отыру керек.

Қотырдың емі үшін аэрозоль формасындағы спрегальдің әсері жақсы болып табылады. Препаратты бронхиальды астмасы бар науқасқа тағайындауға болмайды. Спрегаль бір рет қолданылады, егер 8-10 ішінде симптомдары сақталса, оны 2-рет жағады. Бетіндегі тырнақ іздерін спрегалбды мақтамен сүртеді.

Алдын алу аурудың ерте диагностикасы және науқасты белсенді анықтаудан тұрады. Қатынаста болған адамдарды тексеруге, сонымен қатар алдын алу шара ошақты қорытынды дезинфекциялауға ерекше мән беріледі. Барлық анықталған қотырмен ауыратын науқастарға арнайы хабарлама толтырылады. Қотырмен тиімді күресудің басты шарты зақымдалған ошақта барлық науқастарды бір уақытты емдеу болып табылады.

Қотырмен ауыратын науқастарды емдеу және дезинфекциялық шараларды жүргізу үшін эпидемиялық қолайсыз жағдайда арнайы мекеме – скабиозориялар құрайды. Үй жағдайында іш киімдерді стиральды порошок ерітіндісінде қайнатады, ал киімдерін булы ыстық үтікпен екі жағынанда үіктейді. Қайнатуға немесе жууға болмайтын заттарды дезинфекциялау үшін А-ПАР аэрозолін қолдануға болмайды.

Ересектер қышымасы. Бұл ауру егде тартқан әйелдерде жиі кездеседі. Оның негізінде асқазан-ішек функциясының бұзылысы, эндокринопатиялар, алиментарлы факторлар жатыр.



Клиникалық көрінісі. Аяқ-қолдың жазғыш бетінде, кейін арқа, іш және бөксе терісінде үдемелі қышыну пен папулезді бөртпелер пайда болады. Аяқ-қолдың бүккіш беті мен бет терісі бұл үдеріске қосылмайды. Папулалар жайылып орналасқан, қосылуға бейім емес. Олар тығыз консистенциялы, конус немесе жартылай шеңбер тәрізді, диаметрі 2-4 мм қанық қызыл түсті. Көптеген папулалар эксориацияланған, геморрагиялық қабықты. Папулалар жиі ашық түсті эритема мен үдемелі қышынумен білінеді, уртикарлы түрде болады. Қышыну және эксориациядан кейін үдеріс остиофоликулиттер, фоликулиттер, полиаденопатияның қалыптасуымен жүретін пиодермиямен асқынады. Қышыманың созылмалы ағымында невротикалық бұзылыстар болып, ұйқысының бұзылысы байқалады. Мұндай науқастарда лимфа түйіндері ұлғайып, қанында эозинофилия анықталады.

Ажырату диагностикасын Дюрингтің герпетиформды дерматитпен жүргізеді, ол кезде бөртпелер полиморфизмді, везикулезді элементтердің топтасуға бейімділігі, науқастардың калий йодидіне жоғары сезімталдығы, көпіршікті сұйықтықта эозинофилия анықталады. Қотыр ауруының

элементтері аяқ-қолдың бүккіш бетінде және дененің басқа да бөліктерінде орналасады, папуло-везикулосді элементтерден қотыр кенесін табуға болады.

Емі. Атопиялық дерматитпен ауыратын науқасиартың емімен бірдей.

Түйінді қышыма. Жиі 50жастан асқан адамдарда, әсіресе әйелдерде кездесетін, клиникалық және гистопатологиялық жағынан айқындалған созылмалы ағымды ауру. Өте ауыр және ұзаққа созылатын қышыма жүйке рецепторларының өзгеруіне әкеледі.



Патогенезі. Ауру негізінде созылмалы гепатитпен, гепатохолециститпен, сирек бауыр циррозымен қосарланатын эндокрин жүйесінің бұзылыстары жатады. Шешуші фактор ретінде жиі күйзелістік жағдайлар, жәндіктердің шағуы саналады.

Клиникалық көрінісі. Тығыз жартылай шар тәріздес түйіншіктер және түйіндер пайда болады, диаметрі 5-15 мм немесе одан да үлкен, қанық қызыл түсті, кейде кірпішті-қызыл түстес, тегіс бетті немесе сәл бұдырлы болады. Элементтер аяқтардың жазғыш беттерінде, кейде қолдардың және денесінің терісінде орналасады.

Диагностикасы. Ауруды ажыратуды ересектердің қарапайым қышымасымен жүргізеді, себебі бұл ауру түйінді инфильтрацияның массивтілігі мен көлемділігі мен ерекшеленеді. Жалпақ қызыл теміреткіде

элементтер жалпақ жылтыр бетті, полигональды пішімді, Уикхем торымен болады.

Емі. Қышынуға қарсы антигистаминді препараттар мен қоса жергілікті қышынуға қарсы заттары мен димексид бар крем мен жақпа майлары қолданылады. Айқын қышытуда жақпа май жақпастан 2% фенол, 1-2% ментол, 5% анестезин және 2-4% лимон қышқылы бар спиртті ерітінділер немесе окклюзионды байламаның астына кортикостероидты жақпа майларды жағу керек. Үдеріс қатаң түрде өткен жағдайда хлорэтилен, сұйық азотты себу, түйіндерді 2% новокаин ерітіндісімен егу, лазеротерапия немесе диатермокоагуляция әдісімен жою жүргізіледі.

Тазалық талаптары:

«Сақтықта қорлық жоқ» демекші, ең алдымен адам таза болу керек. Апта сайын суға түсіп, іш киімін жиі ауыстыру керек. Әсіресе біреудің киім-кешегі мен заттарын пайдаланғаннан аулақ болыңыз.

Қышыма қотыр жұқтырған адам ауруханаға жатпай, үйде емделсе, оның төсек-орыны, тұтынатын заттары өзге отбасы мүшелерімен араластырылмай, жеке ұстаған дұрыс. Кірлеген киімдерді де бөлек жинап, бөлек жуған жөн. Яғни оны 1-2% сода ерітіндісі немесе кез-келген ұнтақ сабын қосылған, қатты қайнап тұрған суда 10 минуттай қайнатып жуу керек.

Киімді тек үтіктеп кию керек. Сырқат жатқан бөлмені де күн сайын 2 пайыздық сабын-сода ерітіндісімен жақсылап сүрту керек.

Науқасқа күтім жасағаннан кейін немесе оның жатқан жерін жинастырған кейін міндетті түрде қолды сабынмен жуу керек. Моншаға, душқа түскен кезде отыратын орындықты, сабын, сусабын, ысқы қоятын сөрелерді және жуынатын кіршені ыстық суға хлор араластырып жуған дұрыс.

Біреудің жуынатын заттарын, сыпыртқысын (веник) пайдаланбаңыз. Әр адамның жеке сүлгісі және жөкесі болғаны жөн. Жаңадан сатып алған киім-кешекті, іш киімді және төсек жаймаларын міндетті түрде үтіктеген дұрыс.

Қышыма қотыр ауруының белгісін байқап, күдіктенсеңізе дереу тері аурулары дәрігеріне көрінңіз.

Дәрігерге дер кезінде қаралу – ауруды айналасындағы адамдарға жұқтырмауға, қышыманың таралмауын және одан тез сауығуын қамтамасыз етеді.

Квинке ісігі

Квинке ісігі- (ангионевротикалық ісінуі, гиганттық есекжем) - әр түрлі биологиялық және химиялық факторлардың әсеріне ағзаның реакциясы, көбінесе аллергиялық түрде болады. Неміс дәрігері Генрих Квинке атымен байланысты, ол алғаш 1882 жылы сипаттап кеткен. Жедел аяқ астынан басталатын дененің бөліктенген ісігі, немесе тері асты ісігі не шырышты қабықтардағы кездесетін ауру болып табылады. Дененің барлық жерінде кездесуі мүмкін. Ісінулер көбіне, ерін, тіл, көз, қол-аяқ, жыныс мүшелерінде орналасады, бірақ ісіну орын ауыстыруы мүмкін. Жиі кездесетін патологиялық түрі ол ми қабықтарының ісігі, жатырдың шырышты қабаттары, және зәр шығару жүйесінің, қуықтың шырышты қабаттары сонымен қоса буынның синовиальды қабықтарын зақымдайтын түрі бар.

Бұл сондай әр түрлі факторлардың әсерінен шектелген тері және тері асты шелмай қабатының (май тіні тек тері асты шелмай қабатында ғана емес, сонымен қатар ішкі ағзалардың борпылдақ дәнекер тінінде де болады) ісінуі болатын жағдай. Бұл дертпен ересек адамдар жиі ауырады, оның ішінде жиі әйелдер. Ал балаларда аз — 2% кездеседі. Бірақ бұл жағдай кез келген жаста, тіпті емшектегі балаларда да болуы мүмкін, әсіресе әйел адамдарда дамиды

Квинке ісінуінің аллергиялық және псевдоаллергиялық (тұқым қуалайтын) түрлерін ажыратады. Аллергиялық Квинке ісінуі көбінесе есекжеммен қатар келеді. Квинке ісінуі бар науқастарда басқа да аллергиялық аурулар түрі кездеседі: бронхиалды демікпе, поллиноз және т.б. Аллергиялық квинке ісінуі себептері мен даму механизмі аллергиялық есекжемдегідей. Ал псевдоаллергиялық түрінде комплемент жүйесінің белсенуінің, кинин тәрізді пептид түзілуінің генетикалық тұрғыдан бұзылуымен жүретін ісіну болады. Псевдоаллергиялық ісінудің себебі аздаған физикалық, термиялық немесе химиялық әсерлер болуы мүмкін

СЕБЕПТЕРІ

Пайда болу себептеріне қарай аллергиялық және аллергиялық емес Квинке ісінулері мен ажыратады. Аллергиялық түрінің себептері болып тағамдық және дәрілік заттар есептеледі. Тағамдық аллергендерге жұмыртқа, сиыр сүті, шоколад, жаңғақ, қызанақ, апельсин, мандарин, лимон, киви, миіз тағы сол сияқтылар жатады. Жұмыртқаға аллергия болған кезде организмнің жоғары сезімталлығы жұмыртқаның ағына, сарысына немесе екеуіне бірдей

болуы мүмкін. Оған сезімталдылығы көтерілген адамдар да ауыр аллергиялық серпілістер(көмейдің қатты ісінуі) тіпті аз жұмыртқа қосылып даярланған тағам жеуден де дамиды. Бұндай адамдарда жоғары сезімталдық тауық етіне немесе қауырсынына да байқалады. Балаларда аллергияның көріністері эксудаттық диатез, пилороспазм, ішек түйілуі, құсу түрлерінде, артынан сиыр сүтін қабылдай бастағаннан соң бірінші аптасында Квинке ісінуі дамумен байқалады. Бір науқастың өзінде бірнеше аллергияларға сезімталдық көтерілуі мүмкін. Олардың біреуі (мәселен, тағамдық аллергия) Квинке ісінуін туындатса, екіншісі (мәселен, өсімдік тозаңы) бронхиалық демікпенің ұстамасы дамуына әкеледі.

Квинке ісінуі ішек- қарын жолдарының, бауыр мен ұйқы без ауруымен ауыратын адамдарда жиі кездеседі. Бұндай жағдайларда ас қорыту ферменттерінің жеткіліксіздігінен тағамдық заттардың ыдыратуы бұзылудан дерт дамуына әкелетін екіншілік аллергиялар пайда болады. Квинке ісінуі пайда болуында организмде сүлде(адамда мазасыздандармайтын, жасырын) жұқпалардың болуы маңызды орын алады. Бұл жұқпалар организмнің бактерияларға сезімталдығын көтереді.

Дәрі-дәрмектердің ішінде антибиотиктер, ацетилсалицил қышқылы, барбитураттар, новокаин, бромидтер, инсулин, емдік сарысулар, екпелер квинке ісінуі дамуына жиі әкеледі. Олардың соңғы екеуінен басқасы, тіпті нәруыздарына байланысып, толық антиген пайда болуына әкелетін гаптендерге жатады. Солармен қатар, микробтарды жоятын, кір жуатын ұнтақ заттар, әсемдік бұйымдар, жәндіктер жоятын заттар, бояулар квинке ісінуін дамытады. Мәселен, урсолмен кірпіктерді бояудан ауыр Квинке ісінуі пайда болады. Кейде квинке ісінуі қол жұмысын атқарғаннан кейін дамуы мүмкін. Өйткені физикалық жүктемеден бұлшықеттерде аллергия дамытатын зат алмасу өнімдері түзіледі. Квинке ісінуі деммен түсетін аллергияларға да дамиды. Поллинозбен ауыратын науқастарда өсімдік тозаңдарына бұл дертпен бірге квинке ісінуі де байқалады. Тағамның, әтірдің, иіс судың, бояулардың әртүрлі иістеріне, теріге суық температура әсер етуіне, ара, маса, шыбын, қандала тағы басқа жәндіктер шағуына квинке ісінуі пайда болады. Құрттар мен қарапайым жәндіктер организмде болуынан квинке ісінуі дамуы ықтимал.

Аллергиялық емес квинке ісінуі тұқым қуалайтын ауру. Ол ұрпақтан ұрпаққа үстем жолмен тарайды. Бұл кезде науқаста С1 эстераза ферментінің бәсеңсіткіші түзілуі қалағалайтын геннің ақауы болады. Сонымен бірге бұл дерт организмге гистамин және басқа аллергия медиаторлары босап шығуын

арттыратын ықпалдарға пайда болады. Өт қышқылының тұздары, кейбір дәрі-дәрмектер және тағамдық заттар осындай ықпал етеді. Ұйқыбезде және ішектердің шырышты қабығында болатын калликреиноген әртүрлі әсерлерден калликреинге айналады. Калликреин қылтамырлардың қабырғаларының өткізгіштігін көтеріп қвинке ісінуін дамытады.



Патогенезі

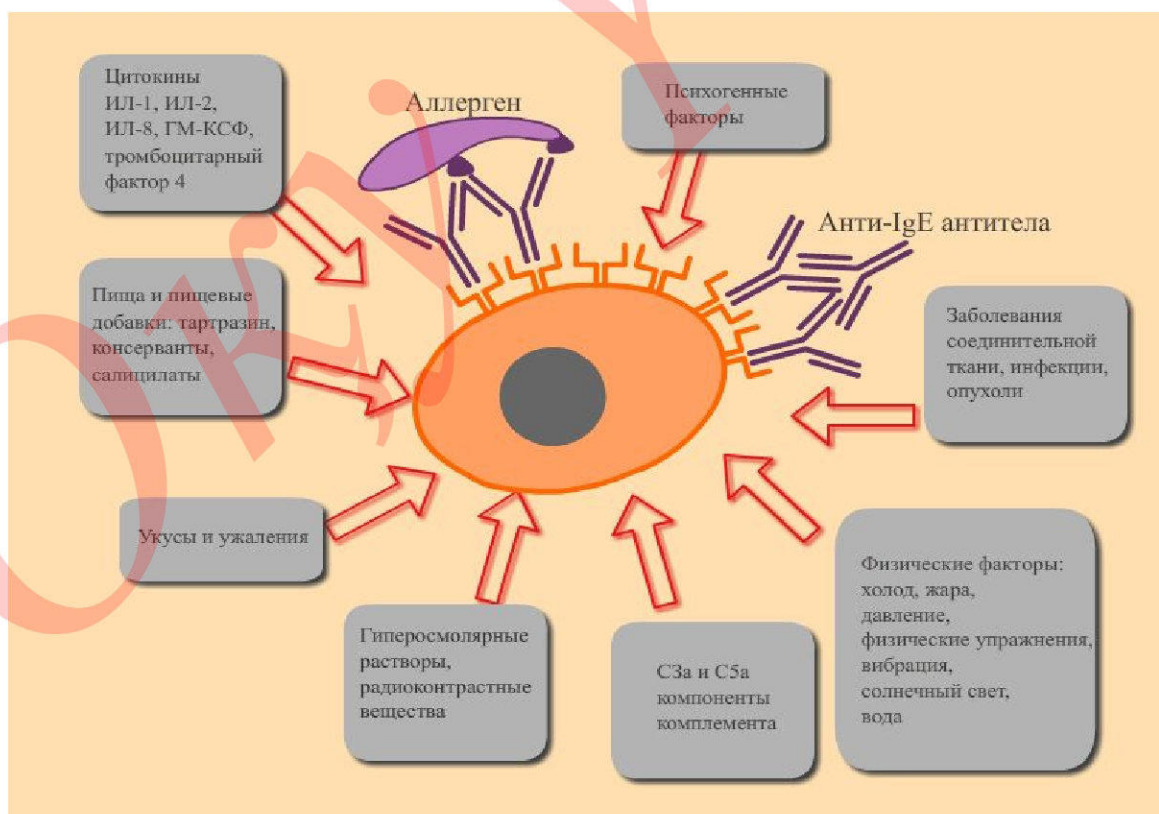
Аллергиялық және аллергиялық емес қвинке ісінулерінің даму жолдары әртүрлі. Алергиялық түрі аллергиялық серпілістертің 1-ші атопиялық түрімен өтеді. Бұл кезде аллергенге жауап ретінде өндірілген антиген IgE мес жасушаларының сыртқы бетіне F- бөлшегімен барып жабысады. Артынан аллерген қайталап организмге түскенде ол мес жасушаларының сыртқы бетіндегі IgE-нің F-бөлшегімен байланысуынан бұл жасушалар түйіршіктері сыртынан шығарылады. Осыдан қылтамырлар мен майда көктамырлардың жергілікті кеңеюіне және олардың қабырғаларының өткізгіштігі көтерілуіне қоршаған тіннің ісінуіне әкелетін аллергиялық дәнекерлер (гистамин, кининдер, простагландиндер) босап шығады.

Аллергиялық емес қвинке ісінуі дамуында иммундық серпілістер қатыспайды. Бұндай науқастардың қан сар суында гендік ақаудың нәтижесінде C1-эстераза мен калликреиннің бәсеңдеткіштері азайған болады. Олар а2-нейраминогликопротеидтерге жататын нәруыздар. Сондықтан тұрмыстық немесе хируриялық жарақат тағы сол сияқты ықпалдар комплемент немесе калликреинкинин жүйелерін жеңіл әсерлендіріп жібереді. Комплемент жүйесі тізбектеліп әсерленуінен C1-эстераза құрылады. Оның

бәсеңсіткіші болмаған жағдайда әсерленген C1-эстераза компоненттің C2 және C4-құрам бөлшектерін ыдыратып, кинин тәрізді пептидтер түзілуіне әкеледі. Бұл пептидтер қвинке ісінуі дамуында маңызды орын алады. Бұндай науқастардың терісіне калликреин енгізгенде тері қызарып, қатты ісінеді. Сонымен бірге, аллергиялық емес қвинке ісінуі даму жолдарында протеазалардың басқа бәсеңсіткіштерінің де (α 1-антитрипсин, α 2-макроглобулин тағы басқа) тапшылығы орын алуы мүмкін.

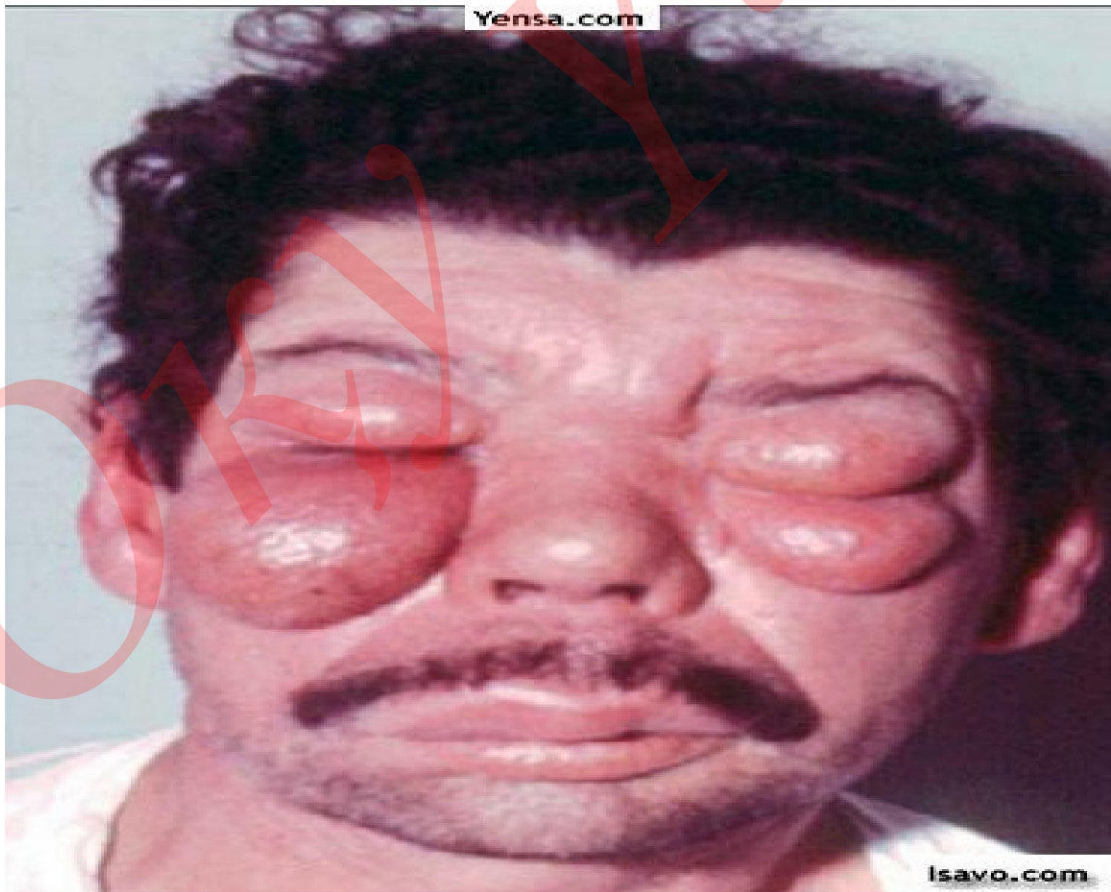
Ангионевроздық жағдай туғызатын вегетативтік нерв жүйесінің функционалдық тұрақсыздығы мен шектен тыс құбылмалылығымен сипатталатын конституциялық ерекшеліктердің маңызы зор. Көптеген жағдайларда аллергиялық механизмдер де әсер етеді. Инфекциялар (экзо мен эндогенді), уыттанулар, тағамдық аллерген , дәрілік әсіресе антибиотиктер кейбір жасанда тіс материалдарды ауруды ушықтыру мүмкін.

Ангионевроздық Қвинке ісігі шырышты қабаттарда бастала отырып, әртүрлі ағзалар мен жүйелердің функцияларын қиындайды да асфиксияға да жетуі мүмкін. Басқа ағзалардың шырышты қабаттары бұзуы ықтимал. Көмей шырышты қабығының ісінуі кезінде аса қауіпті, өйткені онда көбінесе асфиксия құбылысы пайда болады.



Квинке ісігінің жалпы симптомдары

Кенеттен басталады, бүкіл денеге есекжемнің көрінісіне ұқсайтын өзгеріс байқалады денеге әртүрлі өлшемдегі қызыл күлдіреуіктер шығады, олар қышиды. Қышу ағзаға қауіпті емес. Тері асты май қабатының ісіну болады. Бұл белгі- Квинке ісігінің ең басты белгісі. Бірнеше сағаттан кейін немесе 1-2 күннен соң ісік қайтады, бірақ рецидивтер болуы мүмкін. Квинке ісігі кейде жай есекжеммен қосарланып жүреді. Көз шарасы ісінген жағдайда көз алмасының медиальды бағытта ығысып, көрудің нашарлауы мүмкін. Әсіресе, көмей немесе жұтқыншақтың ісігі қауіпті, себебі стеноз бен асфиксияға әкелуі мүмкін. Науқас аяқ астынан тері, тері асты май мен қатайып, қалындап іскенің байқайды. Бұл өзгеріс көбінесе науқастың ернінде, қабағында, бетінде тіпті жыныс мүшелерінде пайда болады. Іскен жерді басқанда із қалмайды, себебі қалындап қатты болады. Бұл науқастың ең қиыны сол, тамақ та, жұтқыншақта, жақын жерде пайда болады. Бұл кезде ауа жетпей, адам көп жөтеледі. Кейін бетінің бозарып көгеруі байқалады. Бұл жағдайда науқастар өліп кетуі мүмкін. Кейде тіпті ішкі ағзаларға да таралуы мүмкін, бұл өте ауыр жағдай.



Квинке ісінуі:

- тері астында шелмайдың және шырышты қабықтардың ісінуімен;
- көмейдің ісінуімен;
- ішек-қарын жолдарының ісінуімен;
- жүйке жүйесінің бұзылыстарымен-көрінеді;

Еріндердің, қастың, ұрттың, аяқ басының үстіңгі жағының, уманың күтпеген жерден бірнеше сағаттан бірнеше тәулік бойы ісінуі жиірек кездеседі. Бұл кезде теріде қышу сезімі болмайды. Өйткені ісіну тері астындағы тіндерге жайылады да, терідегі сезімтал жүйке аяқшалары қоздырылмайды. Ісіну ауыз қуысының шырышты қабаттарында, жиі тілде, жұмсақ тандайда, жұтқыншақта, бөбешікте, бадамша бездерде болуы ынтимал. Бұл ісіну тез арада қалай тез пайда болса, солай тез жоғалып кетеді, бірақ ол қайталану мүмкін. Кейде ісіну тек бадамша бездердің аумағында болуы ынтимал. Бұл кезде оны шырышты баспа дертімен шатастырады.

Барлық жіті квинке ісінуінің 20-25%-ы көмекейдің ісінуімен көрінеді. Ол өте тез байқалады, науқастың тыныс алуы қиындайды, дауысы жоғалып, беті көгілдірленіп кетеді. Бұндай ұстама бірнеше минуттан жарты сағатқа дейін созылады. Артынан ол тоқталады, бірақ тыныс алудың қиындауы және дауыстың қарлығы әлі біраз уақыт сақталады. Ұстама тоқталғаннан кейін бүлінген тіндер қалпына оралады. Ауыр жағдайларда көмейдің ісінуі үдей түсіп науқастың тұншығудан жан тапсыруына әкелуі мүмкін.

Ісіну өңеште, асқазанда және ішектерде болады. Бұл кезде шелмай ісінбеуі мүмкін. Содан квинке ісінуін аңғару қиындайды. Аяқ астынан іштің қатты ауыруы, толастамайтын құсу пайда болады. Құсық құрамында басында тағамдық заттар болса, артынан запыран араласады. Ішектердің ісінген жерлерінен жоғары бөліктері қатты толқи жиырылады және іштің кебуі байқалады. Кейде қатты ісінуден ішек бітелісі болады. Ішек қабарғаларының қоректік заттармен қамтамасыз етілуі бұзылады. Ұстама кейде, ішек қабырғаларына қан құйылудан, үлген дәретке қан аралас қатты іш өтумен аяқталады. Ауыр жағдайларда хирургиялық операция жасауға мәжбүрлік пайда болады.

Мидың, ми қабықтарының, ішкі құлақтың ісінулерінен жүйкенің бұзылыстары, шелмай мен шырышты қабықтардың ісінуіне қарағанда, сирегірек кездеседі. Беттің ісінуі кейде қояншық ауруына ұқсас ұстамалармен қабаттасады. Ол мидың тінімен көру жүйкесі қысылып

қалудан көз көрудің бұзылыстары, бас айналуы, кекештену, гемиплегия байқалуы мүмкін

Квинке ісігінің орналасуына байланысты

қысқаша салыстырмалы диагностикасы:

Көмей ісінуі және жедел тыныс жеткіліксіздігі- дауыстың өзгеруі, ит үрген сияқты жөтел, тыныс алуы прогрессирленген қиындауы болады. Тыныс алу жолдарындағы Квинке ісігі кезінде насқастың тамақ аймағы, тіл, ауыздың шырышты қабатында да ісіну жүреді.

Көмейдегі Квинке ісінуі кезіндегі тері түсі бастапқыда көкшіл реңді, одан соң бозарған күйде өзгереді. Себебі көмей ісінуінде тыныс алу жеткіліксіздігінің орын алуы 80% дейін болуы ықтимал

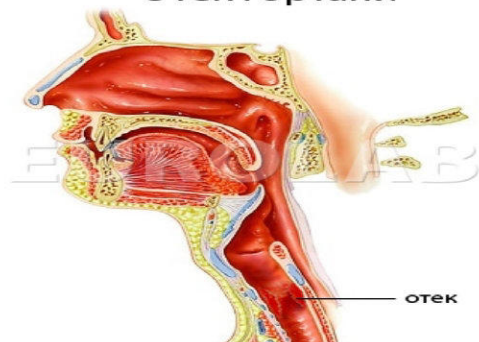
Асқазан-ішек жолдарының шырышты қабатының ісінуі кезінде- жеңіл абдоминальды патология байқалады, диспепсиялық бұзылыстар, ішек перистальтикасының күшеюі болады.

Ісік бетте болса тістің ауруы мүмкін, менингиальды белгілер байқалады. Беттегі Квинке ісінуі жиі кездеседі, визуальды түрде тез диагностикалауға болатын түрі. Беттегі квинке ісінуі кезінде тек бет емес, мұрын, ерін айналасы, қас аймағы, тіпті құлақ аймағының ісінумен жүреді. Беттегі ісікті сипап көрген кезде ауырсынбайды, бірақ тығыз болады. Ісік біраз күшпен басып көргенде бет шұңқыры пайда болмайды. Беттегі Квинке ісігі кезінде науқаста буынының ауыруы байқалуы мүмкін.

Беттегі Квинке ісігінің асқынуы: анафилактикалық шок, естен тану



Отек гортани



Квинке кезінде шұғыл көмек

(Жедел жәрдем бригадасы келгенге дейін келесі шараларды жасау керек)

«Науқасты тыныштандыру, ыңғайлы жерге отырғызу

«Міндетті түрде аллерген мен байланысын үзу, науқасқа таза ауа келетіндей жағдай жасау

«Көмейдің ауыр ісіктері кезінде тыныс жолдарының өткіштігін қалпына келтіру әдістерін қолдану. Трахеотомия немесе коникотомия. Ескерту трахея интубациясы кезінде қиындықтар болуы мүмкін. Сондықтан бұл әдісті білетін маман жасаған өте дұрыс

«Ісіген аймақтарға суық басу немесе мұз басу тиымдірек

«Жәндік шаққан болса, жәндік уын тез арада алып тастау. Тез арада жәндік шаққан жерден сәл жоғары жгут салу, жгут жоқ болса көйлекті қолдану

«Қаттырақ байлауға тырысу керек жгут жоқ болса. Жгутты 30 минутқа дейін салуға болады. Әр 10 минут сайын 1-2 минутқа жгутты босату керек

«Бір немесе екі таблеткадан антигистаминді препарат береміз. Ол препараттар жедел жәрдем келгенге дейін ісік реакциясын бпаяулата тұрады. Ондай препараттарға жататындар Супрастин, Фенкарол.

«Міндетті түрде сілтілермен араласқан сұйықтық ішу керек 1000 мл суға 1 гр тұз қосып ішуге болады. Сілтілермен араласқан сұйықтық ішу аллергеннің ағзадан шығарылуына көмек тигізетіні дәлелденген

«Сорбенттерді қабылдау. Мұндай препаратқа өзіміздің қарапайым «белсендірілген көмір» жатады

Жедел жәрдем келген кезде шұғыл көмек

Гормональды терапия:Келесі дәрілік заттардың біреуін таңдайсыз

Дексаметазон 8-32 мг көктамырға енгізу

Преднизолон 90-120 мг көктамырға енгізу

Метилпреднизолон 50-120 мг көктамырға енгізу

Бетаметазон 8-32 мг көктамырға енгізу

Десенсибилизациялық терапия:Супрастин 2-2,0 бұлшық етке, Димедрол беруге болады

Ісік көмей және жұтқыншаққа жайылған кезде қосымша 0,3 мл араласқан адреналин тері астына баяу енгізу

Зәр айдағыш дәрілік заттар: лазикс 40-80 мг көк тамырға 10-20 мл физиологиялық ерітіндімен енгізу

Бронхоспазм болса, небулайзер арқылы қабынуға қарсы β 2-адреномиметиктерді қолданамыз- сальбутамол 2,5-5,0 небулайзер арқылы

Бронхоспазм қайтпай, сақталып тұрса көктамырға біртіндеп ағызып 5-6 мг 2,4% аминофиллин ерітіндісін 20 минут ішінде құяды немесе көктамыр тамшылататып, 0,2-0,9 мг бронхоспазм жоғалғанға дейін құяды.

Брадикардия болса, теріастылық атропин инъекциясы жасалынады(0,3-0,5мг) қажеттілік болса 10 минуттан кейін қайталауға болады.

Артериялық қан қысымы төмендеп кетсе, кристаллоидтық ерітінділер енгізу. Ол сонымен қатар қанайналымның тазаруын жүзеге асырады:

Декстран, орташа молекулярлы массасы 35000-45000 дальтон

Натрий хлоридінің 0,9% ерітіндісін 1-2 литр мөлшерде құю (5-10 мл алғашқы 5-10 минут ішінде) немесе басқа изотоникалық ерітінділерді қолдану

Сонымен қатар, вазопрессорлы аминдерді беруге болады:

норэпинефрин 2-4 мг (1-2 мг 0,2% ерітінді) 500мл 5% глюкоза ерітіндісіне немесе 0,9 % натрий хлоридінің ерітіндісіне бөліп құю, инфузия жылдамдығы 4-8 мкг мин АҚ қалпына келгенге дейін.

Допамин (көктамырға енгізу)

- 400 мг ерітіндіні 500 мл 0,9% натрий хлоридінің ерітіндісіне немесе 5% глюкоза ерітіндісіне ерітеді, енгізу жылдамдығы 2-20 мкг мин, систолалық қан қысымының деңгейі 90 мм.сын.бағ болғанға дейін дозаны титрлейміз.

Анафилактикалық шоктың ауыр түрінде допаминді енгізу жылдамдығы 50 мкг мин немесе одан жоғары болуы мүмкін.

- тәуліктік дозасы 400-800 мг

Гемадинамикалық көрсеткіш тұрақталған сайын дозасын азайтамыз

Прессорлық аминдерді енгізу ұзақтығы әр науқастың жағдайына байланысты жеке тағайындалады.

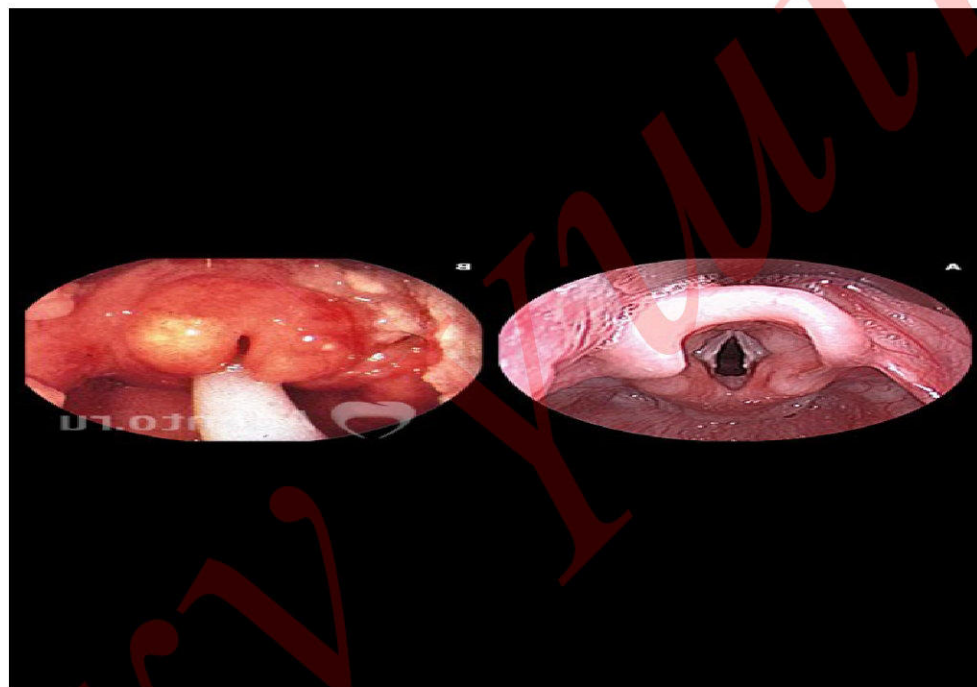
Диагностика

Квинке ісінуі диагнозы клиникалық көрінісіне, аллергиялық анамнезіне, аурудың жылдам дамуына, адреналин және антигистаминдік препараттардың жақсы әсеріне, әртүрлі иммунологиялық реакциялар көмегімен арнайы сенсбилизацияны анықтау арқылы негізделеді. Барлық науқастарда ісіктің түсін, көлемін, температурасын, тығыздығын бағалаймыз. Сонымен қатар, лимфаденопатия, спленомегалия, артропатия барма мән береміз, және науқастың көмей мен жұтқыншағын қарап тексереміз. Лабораториялық диагностикада С1 ингибитормен комплимент жүйенің компоненттерінің белсенділігін анықтаймыз.

Қосымша тексеру әдістері

- Сарысу белоктарын зерттеу;
- Криоглобулин деңгейін анықтау;
- Тиреотропты гормон деңгейін анықтау;
- Тері биопсиясы;
- Лимфа түйіндерінің биопсиясы;

- Іш қуысының биопсиясы;
- Оториноларинголог дәрігерінің кеңесі;
- Уролог дәрігерінің кеңесі;
- Кеуде қуысының рентгендік зерттеуі.
- Қаннаң жалпы анализі
- Зәр анализі
- рентгенограмма



Емі

Ол аурудың периоды мен этиологиялық себебіне байланысты жеке және сатылы болуы мүмкін:

1. Аллерген элиминациясы, яғни аллергияның аластануы.
2. Жеке диетотерапия тәсілі. Бұл тәсілдің негізінде аурудың тағамдарының құрамындағы барлық аллергиялық қасиеті бар тағамдарды алып тастау. Бұл тәсіл үш сатыдан тұрады:
 - жекеше диетаның жасалуы;
 - диетаның қатаң түрде сақталуы;
 - диетаның кеңейтілуі;

3. Емдеу процесіне антигистаминдік препараттарды енгізу жатады.

Олар тіндердің гистамин рецепторларын қоршайды да, аллергиялық процестің патофизиологиялық сатысын тежейді. Тәулігіне 0,002-0,05 г. тағайындайды. Қазіргі кезде мұндай препараттар көп. Кейінгі кезде шыққан препараттардың әсері ұзақ, седативтілігі төмен, жағымсыз әсері жоқ деуге болады. Оларға кестин, зиртек, тавегил, кларитин, гисманал, гисталонг жатады. Емдеу курсы 7-10 күннен аспау керек.

Сонымен қатар, антилибератор, мембрана тұрақтандырушы препараттар қолданған жөн. Олардың әсері клеткалық мембрананы тұрақтандыру, фосфодиэстеразаның тежеуіне әсер етеді. Олар Ц-АМФ метаболиздейді де мес клеткасының деструкциясын шақырады. Оларға кетотифен, задифен, кетасма препараттары жатады.

Сонымен қатар, гистаглобулин препараттары қолданады. Бұл қосарланған препарат, 1 мг. сұйықтықта 0,1 мкг. Гистамин, 0,6мг. Адам гамма-глобулин және физ.ерітіндіден тұрады. Құрамына кірген гистамин H₂-рецепторларына әсер етіп ц-АМФ синтезін клеткада аденилатциклаза арқылы ұлғайтады. Ал ол аллергиялық медиаторлардың шығуын тежейді. Т-супрессорлардың қызметін белсендетіп, лимфокиннен JgE шығуын тежейді. Гистаглобулинді аурудың ремиссиясы кезінде курспен(5-10) тері астына кесте бойынша енгіземіз

Есекжем мен Квинке ісінуінің генерализацияланған түрлерінде кортикостероидтарды беруге болады. Олар гистамин, серотин түзілуін тежейді, кинин жүйесінің белсенділігін азайтады, H₂-адренорецепторларды стимуляциялайды, ал ол клетка мембранасын тұрақтандырады және де олар гиалуронидаза белсенділігін басып, қантамыр өткізгіштігін төмендетіп, ісік пен бөртпенің пайда болуын тежейді.





Келесі этап арнайы иммунотерапияның жүргізілуі. Олар иммунды жүйеге арнайы гипосенсибилизация арқылы әсер етіп, клеткадан тыс циклды нуклеотидтердің әсерін қалпына келтіреді, энергетикалық және белокты алмасуын метаболиздейді; этиологиялық аллергенмен медиаторлық аллергеннің сезімталдығын төмендетеді. АИТ тек ремиссия кезінде өршуден кейін 2-3 апта өткен соң, инфекция ошақтарын толық жойғаннан кейін ғана жүргізіледі.



Көмекей ісінуі бар науқас жедел интенсивті терапия бөлімшесіне немесе реанимацияға госпитализациялауды қажет етеді. Оған ылғандандырылған оттегімен тыныс алуды қамтамасыз ету керек, диуретиктер енгізу: фуросемид (т/і немесе б.е. 1% ерітінді 1-2 мл), 15% маннит ерітіндісі (т/і жайлап енгізу немесе 1-1,5 г/кг дене салмағына есептеп тамшылатып), 30% мочевина ерітіндісін (т/і тамшылатып 0,5-1,5 г/кг дене салмағына) және т.б.; аскорбин қышқылын, кальций препараттарын енгізу.

Жағдайы одан ары нашарлаған жағдайда жедел трахеостомия көрсетілген. Патологиялық үрдіс асқазан ішек жолында, ми қабықтарында орналасқанда антигистаминдік препараттарды және диуретиктерді енгізу керек. Псевдоаллергиялық Квинке ісінуінде Z-аминокапрон қышқылын ішке (2,5-5 г) немесе т/і (2-5 г 20 мл 40% глюкоза ерітіндісі), контрикал (30000 ЕД 300 мл натрий хлориді изотониялық ерітіндісін тамшылатып), плазма құю көрсетілген. Болжамы, сәйкесінше, жақсы.

Алдын алу

Алдын алудың басты мақсаты жақсы климатты жер, аллергиялық заттардан сақтану. Таза ауада жиі демалу. Салауатты өмір салтын қалыптастыру



Нейродермит

Нейродермит-дененің бір жерінде немесе барлық жеріне таралған өте күшті қышымадан басталатын тері ауруы. Нейродермит кеселі функционалдық тұрақсыз нерв жүйесі бар тұлғаларда өзінше трофикалық невроз ретінде қарастырылатын қышымалы дерматоздар тобынан болып келеді. Нейродермиттің буында зат алмасудың бұзылуы, эндокриндік ауытқулар, глисттік инвазиялар және басқалары маңызды рөл атқарады. Қышыма әдетте өте күшті және ұстамалы болып келеді, әсіресе түнде сырқат адамды қатты қынайды. Қасығаннан терінің түсі бұзылып, қоңыр-қызылға тартады, оның үстінде бірте-бірте ұсақ, жалпақтау, ромб тәрізді, ашық қызғылт түсті, типті терінің түсіндей жылтыраған түйіншектер пайда болады және олар терінің өзіндік өрнегін өзгертіп жібереді. Бара-бара түйіншектердің саны көбейе береді, бір-біріне өте жақын орналасады, араларын жіңішке сызықшалар ғана айырып тұрады.

Эпидемиологиясы. Барлық елдерде кез келген жаста кездеседі. Түрлі авторлардың статистикасы бойынша нейродермитпен ауыратындардың дүние жүзінде көрсеткіші 1000:6-15дай кездеседі. Нейродермитпен әйелдер ерлерге қарағанда жиі ауырады: әйелдер (65%) және ерлер (35%).

Ауыл жерлерге қарағанда қалалық жерлердегі адамдар жиі ауырады. Бұл қоршаған ортаның ластануымен кейбір тамақтардың аллергиялық әсерінен, балаларды табиғи тамақтандыруды ерте тоқтатудан, вакцинация т.б. себептер әсерінен дамиды.

Этиологиясы. Нейродермиттің этиологиясы әлі түбегейлі шешілмеген. Орталық жүйке жүйесі зиянды әсері болуына бйыланысты невроз деп тұспалдаушылық та бар.

Дегенмен, аурудың тікелей себебі:

- улану
- ішек- қарынның қабынуы (гастрит, колит)
- зат алмасудың бұзылуы (подагра)
- эндокриндік бұзылулар (климакс)
- аллергияның нәтижесі де болуы мүмкін, оған сол ауруларда кездесетін бронхиалды астма т.б. дәлел бола алады.

Нейродермитке тән лихенификация трофикалық бұзылулардың нәтижесінен де болады және ол, симпатикалық жүйке жүйкіндегі түршігу әсерімен байланысты. Бұған дәлел ретінде ақ дермографизм, паштың кктерілу рефлексінің күшеюінен басқа, нейродермитпен ауырған адамның терісінен адреналин тәрізді заттарды табу А.В. Логинов және де О.К. Шапошников анықтағандай қан тамырларының өткізгіштік қабілетінің нашарлауы сияқты белгілері кетіруге болады.

Қауіп қатер топтары мен факторлары:

- балалық кезінде экзема және диатезбен ауырғандар;

- дәрілік препараттарға, әсіресе антибиотиктерге, тамақтық өнімдерге сезімталдығы жоғары адамдар;
- аллергиялық генезі бар (бронхиалды астма, есекжем, вазомоторлы ринит) науқастар;
- аутоиммунды жағдайлар;

Патогенезі. Нейродермиттің патологиялық процессінде кездесетін механизмдер әртүрлі. Тұқым қуалаушылық, орталық және вегетативты нерв жүйесінің бұзылыстары, нейроэндокриндік және жүрек қан тамырлық бұзылыстар, ішек қарын жолының ферментопатиясы, интоксикациясы, қоршаған ортаның жағымсыз әсерелері, осылардың барлығы ауруның басталуына немесе әрі қарай өршуіне себеп болады.

Нейродермит кезіндегі иммундық бұзылыстар: 80% диффузды нейродермитпен және тыныс алу жолдарының атопиялық ауруларымен ауыратын науқастарда қанда IgE және эозинофильдердің жоғарлауы байқалады. Басқа инфекциялық ауруларды қабылдаушылықтың жоғарлауы, жай герпес ауруы, папилломалардың дамуы жасушалық иммунитеттің төмендеуіне дәлел болады. Нейродермитпен ауыратын науқастардың иммунологиялық тексерістерінің нәтижесінде иммунорелулярлық индексінің өзгеруі, яғни CD4/CD8 ара қатынасы, көбінесе CD8 лимфоциттердің санының төмендеуі болады.

Клиникалық көрінісі.

Ауру бірнеше сатыда өтеді:

- бастапқы сатысы
- жедел сатысы
- ремиссия
- клиникалық сатысы

Зақымдалған жердің терісі қалыңдап, өрнегі аса айқындалып, шерген былғарысына ұқсап кетеді- бұл лихенизация деп аталады.

Нейродермиттің түрлері:

- шектеулі (neurodermitis circumscripta)
- диффузды жайылмалы (neurodermitis diffusa).
- гипертрофикалық нейродермит
- псориаз формалы нейродермит
- сызықты нейродермит
- фолликулярлы нейродермит

Шектеулі нейродермит. Шектелген және диффузды нейродермит ажыратылып қарастырылады. Шектелген нейродермит көбіне желке, мойын, білекилімі, тізе асты шұқырларында, шапқыртысында, санның ішкі беттерінде, еркектерде – ұрықалтасында, әйелдерде – сыртқы жыныс ағзаларында орналасады. Ол көбінесе желкеде, мойынның екі жағында, шынтак ойығында, тізенің астында, шапта, санның ішкі

бетінде, ер адамдарда- ұмада, ал әйелдердің сыртқы жыныс мүшесінде орналасады. Зақымдалған терінің аумағы алақандай, шеті көмескілеу(бұлдырлау) болғанымен осы ошақтан үш зонаны көруге болады. Ошақтың әжептеуір жерін алатын орталығында тері аса қалың, қатқыл болып, қара-қошқыл түске енеді. Тері қрнегі бұл жерде типті айқын байқалады.Терінің бетін топталған қабыршақтар және ұйыған қаннан тұратын қабықтар, жекеленген эксқориациялар жабады.

Одан әрі терінің түсі қызыл-қоңыр болып оның өрнегі алдыңғы зонаға қарағанда азырақ айқындалғвн және ұсақ, жылтырақ, ромб тәріздес түціншектер көрінеді. Ошақтың ең шеткі, бірте-бірте қалыпты теріге ұласып кететін зонасында, терінің түсі сәл қызыл-қоңыр болып, азадап қана лихенизация дамиды. Көбінесе бір, кейде екі-үш қана осындай зақымдалған тері ошақтары болады. Ұма мен әйелдің сыртқы жыныс мүшелері терісінде шектеулі нейродермит, әдетте, терінің аса қалыңдауымен, қоңыр-көкшіг түсі болуымен, өзіндік өрнегінің айқындалуымен, аздаған қабыршақтар, бетінде ұцыған ғанды қабықтар болуымен,терең эксқориацияларымен ерекшеленеді.



Нейродермиттің жайылмалы (диффузды) түрі, әсіресе, қол-аяқта, кейде қарын, арқа, бет терісінде кездеседі. Зақымдалған жердің терісі құрғақ, қалың, қызыл-көкшіл немесе қара-қошқыл болып өзгереді, кейде піл сүйегінің түсіндей болуыда мүмкін. Терінің өзіндік өрнегі жақсы айқындалады. Бетінде қабыршақтар топтылып, эксфолиациялар болуы мүмкін, зақымдалған жері бірте-бірте кәдімгідей өзгермеген теріге ұласып кетеді. Тері тығыздалған, құрғақ, көгілдір-қызыл, сұрғылт реңк иеленген. Тері суреті анық білінеді. Нейродермиттегі тырнақтың пластинкалары жалтырақ. Кейде екінші реттегі жұқпаның (инфекцияның) қосылуынан барлық тері жамылғысының зақымдануы байқалады. Жан қинайтын қышу-сырқаттың жалпы жағдайына кері әсер береді.

Жастық кезең	Көрінісі
--------------	----------



Диффузды нейродермит кезіндегі жастық ерекшеліктер:

Біріншілік	Екі айдан екі жасқа дейін. Зақымдану ошақтары бетте, кеудеде, мойында және қолда орналасады. Зақымдану ошақтары басында қоймалжығи консистенциялы болып кейінен құрғақ бөртпелерге айналады және өте күшті қышыма байқалады. Бұл ауру осы жастағы балдарда көбінесе табиғы тамақтандыруды ерте тоқтатудан немесе қандайда бір тамаққа реакцияның салдарынан болады.
Екіншілік	Екі жастан жас өспірімдік кезеңге дейін. Бұл жаста зақымдану ошақтар жыныс органдарда орналасып теріде қатпар жасайды. Түсі қою-қызыл, айқан білінетін, күшті қышымалы ошақтар байқалады. Мезгілділігіне байланысты бала өзіні жаз айларында жақсы сезінеді. Бұл жаста тамақтық реакция екінші орынға өтіп, стресстік жағдайлар үлкен рөл атқарады.
Үшіншілік	Жасөспірімдік кезеңнен жоғары жас. Көбінесе себепші факторлар: тамақ, дәрілік препараттар. Зақымдану ошақтары бет терісінде, мойында, артқы анал тесігінде, шеткі мүшелерде, Яғни, жалпы алғанда барлық жерде кездеседі. Түсі көкшіл түске айналып ошақтардың саны көбейеді. Қышыма күндізгі уақытта азайып, түнгі уақытта науқасты қатты мазалайды.

Нейродермиттің өте сирек кездесетін алып түрі (Портие мен Брок) тек шап кейде қолтық астында, ерлер мен әйелдердің сырт жыныс мүшесінің терісінде орналасады. Зақымдалған жердің терісінің

қалыңдауы соншалық, ол жан жағына қарағанда едәуір көтеріңкі, консистенциясы тығыз, қоңыр-қызылт түсті болып келеді. Диагнозын дұрс анықтауға адамды көп қинайтын аса күшті қышыма белгісі көмектеседі.

Нейродермиттің ұзаққа созылған ошақтарында пигменттің әр түрлі таралуына байланысты, кей жерлері қоңырқай болып, шұбарланып тұрады. Кейбір сырқат адамдарда нейродермитке қоса витилиго да кездесуі мүмкін. Бірінші өздігінен шығатын нейродермиттен басқа, кейбір қышыма ауруларының үстінде (экзема, қызыл жалпақ теміреткі т.б.) екіншілік нейродермит дамуы мүмкін. Бұл адамдарда, әдетте дермографизм ақ болып келеді және көбінесе шаштың көтерілуі (пилиomotorлық) рефлексімен бірге байқалады. Аурудың ағымы созылмалы.

Гипертрофиялық нейродермит - ісіктік қасиетке ие болып, шап аралығында орналасады.

Псориаздық нейродермит - бас және мойында орналасады, майда қышыйтын қызыл ошақтар кездеседі.

Сызықты нейродермит - шеткі бүгіш буындарда қышыйтын сызықтар түрінде кездеседі.

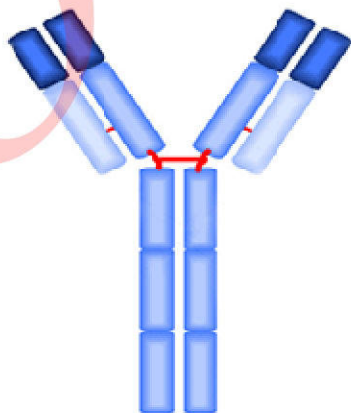
Фолликулярлы нейродермит - шашты аймақтарда папула түрінде кездеседі. Бұл түрі аз жиілікте кездеседі.

Гистопатологиясы—қай түрінде де дәнді, мүйізденген қабатымен бірге қалыңдап акантоз дамиды. Дермада өан тамырларының айналасында лимфоциттен мен гистоциттенден тұратын шамалы сіңбе байқалады.

Диагностикасы.

Нейродермитті қандай анықтауға болады?

Организмде ерекше қорғаныш белоктары - иммуноглобулины Е болады. Адам аллергиялық реакциясен контактиде болған кезде олар қанға түседі. Осы жағдайда нейродермитмен ауыратын адамның қанында иммуноглобулин Е көбейгендігі байқалады. Осыған байланыста оны тез анықтауға болады.



Имуноглобулин Е

Нейродермит кезіндегі қышыманың қауыптілігі: кез келген қышыма-бұл ашық жара. Олда теріге вирустардың, грибоктың, бактериялардың енуіне жол ашады. Нейродермит кезіндегі қышыма ошақтың консистенциясының өзгеруіне және көлемінің ұлғаюына әкеледі. Бұл микроорганизмдердің теріге және одан әрі қарай енуіне өте жақсы жағдай жасайды.

Осының салдарынан нейродермит кезінде екінші инфекцияның қосылуы, типті сепсиске дейін апаруы мүмкін және ішкі органдардың бұзылулары да байқалуы мүмкін.

Нейродермит жұқпалы ма?

Нейродермит жұқпалы емес және оны карантиндеу қажет емес. Өйткені бұл ауруды шақырататын қандайда бір микроб немесе вирустар жоқ. Ол тек ата аналарынан тұқым қуалаушылықтан өтуі мүмкін.

Нейродермиттің емі:

Сырқат адамды мұқият тексеріп, қандай аурулардың барын анықтап алған соң, тиісті ем қолдану керек. Седативтік әсері бар дәрілерді қолдану, сол сияқты витаминдер В, никотин қышқылы, арнайы емес десенсибилизациялық нәтиже беретін кальций хлориды, натрий гипосульфиті, аутогемотерапия т.б. дәрілерді пайдалану өте тиімді. Сумен емдейтін тәсілдер де ванна, душ, курортта емдеу күкіртті сумен ванна алу жақсы нәтиже береді. Гипнозбен емдеудің де пайдасы бар.

Теріге қышуын азайтатын май, тұнба жағуға болады. Кортикостероид қосылған май өте пайдалы. Шектеулі нейродермитті рентген сәулесімен емдеуге, сол сияқты эфир қосылған көмір қышқылымен массаж жасауға да болады, аумағы аз нейродермиттің ошағын новокоинмен блокада жасап емдеу де өз нәтижесін береді.

Нейродермиттің барлық формаларында сақтану режимі, гипоаллергенді диета, созылмалы инфекция ошақтарын санақиялау үлкен маңызға ие. Ішек дизбактериозында бификол, бифидумбактерин, колибактерин, лактобактерин және т.б. пайдаланылады. Импетиганизация болған жағдайда антибиотикограмманы ескере отырып, антибактериальды препараттар қолданылады.

Детоксикациялық терапияны, аллергиялар мен бұзылған метаболизм өнімдерін элиминациялау үшін реополиглюкинді, энтеросорбенттерді қолданса, ал ересектерде өзінің қанына ультракүлгін сәулемен сәулелендіру және гемосорбция әдісі қолданылады. Атопиялық дерматитпен ауыратын науқастарда жиі кездесетін поливалентті сенсибилизация арнайы гипосенсибилизацияны қиындатып, оны керексіз етеді. Қышыну мен терісіндегі қабынуды азайтатын қышынуға қарсы

және антигистаминды препараттар қолданылады. Антигистаминді препараттардың жаңа туындылары H1-рецепторларға ұқсас келеді, M-холинитикалық және седативты әсер бермейді, аллергиялық қабынудың екіфазасына бірдей әсер (лоратадин, дезлоратадин, цетиризин) етеді.

Әр антигистаминді препаратты 10-15 күннен ұзаққа тағайындауға болмайды, емді ұзаққа созуға тура келген жағдайда басқа препараттармен ауыстырған жөн.

Асқынуы:

Тиімді емдеуден кейін дермотологиялық аурулардың көбісі асқынусыз жазылып кетеді. Аллергендердің алдын алу және витаминотерапия асқынудың және екінші инфекцияның қосылуының алдын алады.

Бірақ нейродермит созылмалы түрге ауысқан кезде көп жағдайда рецидив береді. Бұл организмнің қорғаныш қасиетінің төмендеуіне байланысты. Теріні қышу екінші инфекцияның түсінуі және терінің өзгерістеріне алып келеді: абсцесске тімтісүйек тіндерінің өзгерістері. Егер бұл жағдай балалық жаста кездесетін болса осы өзгерістер бүкіл өміріне сақталуы мүмкін. Теріге әр түрлі микроорганизмдердің енуінен ол жерде көпіршіктердің, іріңді ошақтардың, фурункулдардың пайда болуы мүмкін. Бет терісінде фурункулдардың пайда болуы науқастың жағдайының нашарлауына әкеледі. Ал бұл хирургиялық емді қажет етеді.

Атопиялық дерматит

Атопиялық дерматит - терінің қабынулық қайталамалы созылмалы ауруы, ол анық лихенификациямен, папулезді бөртпелермен және қарқынды қышынумен көрініс береді.

Бұл – терінің аллергиялық қабынуы және жоғары секемшілік. Ол көбіне тұқым қуалайтын аллергиялық ауруларға шалдыққан балаларда туындайды.

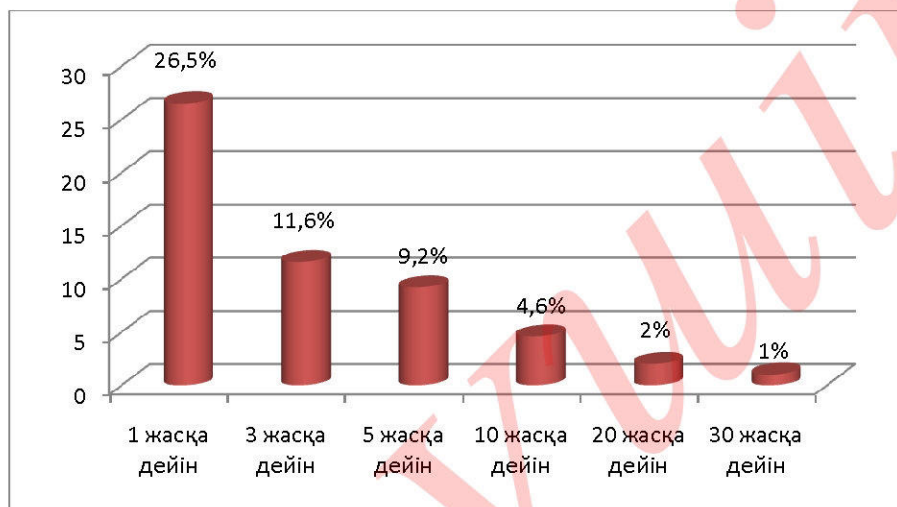
Атопиялық дерматит сәби шақтан басталып, есейген кезде де жалғаса береді. Кейін өрши келе аллергиялық ринитке, кейде қолқа демікпесіне де ұласуы мүмкін.

Бұрынғы кезде 1881 жылы Брок пен Жаке енгізген «нейродермит» термині қолданылып келді, ғалымдар мұнда дерматозды терінің қышымасы мен лихенификациясы байқаланытын некроз ретінде қарастырған. 1923 жылы А.Соса тұқым қуалаушылық сипаттағы гиперсезімталдықты түсіндіру үшін «атопиялық дерматит» терминін қолданған.

Эпидемиологиясы. Атопия, әртүрлі мәліметтер бойынша тұрғындардың 3-15% тіркелген. АтД таралуы балалар арасында 5-20%, үлкендер арасында — 2-10%, АтД ауруының ең үлкен көрсеткіштері

урбанизацияланған (үлкен және өнеркәсіп қалаларында) өңірлерде анықталуда. Асқазан-ішек жолдары органдарының патологиясы, әсіресе атопиялық дерматитке шалдыққан 80-90% балаларда ішек дисбиозы анықталуда.

Бүкіл дүние жүзінде жасқа байданысты атопиялық дерматиттің кездесу жиілігі:



Этиологиясы. Бөбектер бұл ауруға әртүрлі аллергиялардың, немесе аллергиялар туғызатын заттардың салдарынан шалдығады. Үш жасқа дейінгі сәбилерде азық-түлік аллергиялары негізгі рөлді атқарады. Жалпы атопиялық дерматиттің туындауына кез келген тағам себепші болуы мүмкін. Аурудың жиілігі ас-судың сипатына, баланың денсаулық ерекшелігіне байланысты. Бір жасқа дейінгі нәресте үшін атопиялық дерматиттің бастапқы аллергияны сиыр сүті болып табылады. Баланы біресе емішек сүтімен, біресе қолдан аралас қоректендіру де себепші болады.

Аллергия негізінен жұмыртқа, балық, теңіз, цитрус өнімдері, жүзім, қызанақ шырындары, сәбіз, қызылша, саңырауқұлақ сияқты азық-түліктерден туындайды. Соңғы кездері балалардың банан, киви, авокадо, құрма, анар сияқты жемістерден де аллергияға ұшырауы жиілеп барады. Атопиялық дерматит шикілей пайдаланған балдыркөк, желкөк, пияз, ашыған қырыққабат, мал және тауық етінің сорпасынан да еселене түсуде.

Ересектер азық-түлік аллергиясына сирек шалдығады.

Бала өскен сайын оған тағамдағы аллергиялардың әсері азайып, ауадағы аллергиялардың ықпалы күшейе түседі. Мұндай аллергияларға үй ішіндегі шаң-тозаңда, үй жануарларында кездесетін микроскопиялық кенелер жатады.

Туындау себептері:

- ауа райына және тегіне қатысты факторлар;
- отбасының тамақтану дәстүрі;
- тері күтімі тәртібін сақтамау;
- тұрмыстық қауіптер (бөлме жылуының 23 градустан асып кетуі, ауа ылғалдығының 60 пайыздан төмендігі, үйде хайуанаттар ұстау,
- балалар отырған жерде темекі тарту;
- торығу;
- вирусты жіті жұқпалар.

Ата-анасының екеуінде бірдей терінің зақымдануымен білінетін атопия болса, 60-80% жағдайда бұл ауру тұқым қуалауы мүмкін. Егер ата-анасының біреуінде ғана болса, онда тұқым қуалау 40-60% жағдайда орын алады, дегенмен, ата-анасында атопиялық дерматит болмаса, бұл ауру балада пайда болмайды деген сөз жоқ. Аллергиялық бейімділік ұзақ уақыт еш клиникалық көріністерсіз жасырын атопия түрінде өтуі ықтимал.

АД - ті күшейтетін факторлар

-Диеталық режимді бұзу - (жүктілік кезінде және лактация дұрыс тамақтанбау) Балалардың жас күнінде рационалды тамақтандырмау. (сәбилерді жасанды тамақтандыру, жасанды тамақтандыруды ерте бастау,белок және көмірсуды шамадан тыс қолдану)

-Тұрмыстық факторлар -ауа температурасы ($>23^{\circ}\text{C}$) , ылғалдылықтың төмен болуы ($< 60\%$), құрғақ тазалық, жуу құралдарын аса көп қолдану , үйде үй жануарларының болуы, пассивті темекі тарту, отбасындағы созылмалы инфекция - Тері күтімінің бұзылысы - PH – ы жоғары сабын, крем, лосьон, шампун қолдану.

Патогенезі. Аллергияның атопиялық дерматит механизміндегі маңыздылығы оның бронхиальды астма, вазомоторлы ринит, конъюнктивит, есекжеммен бірге байқалуымен бірге байқауға болады.

Атопиялық дерматиттың дамуында негізгі орынды иммунды механизмдер алады. Оның негізгі сау адамдарға қарағанда атопиялық дерматиті бар науқастарда көп мөлшерде болатын Лангерганс жасушаларының беткейіндегі жоғары коаффинді IgE рецепторлары мен антигеннің байланысы жатыр. Лангерганс жасушалары теріге енген аллергендерді Т-лимфоциттерге таныстыратын негізгі жасушалар, ол өз кезегінде Th2-типімен Т-хелперлердің белсенуіне әкеледі. Ол йитокиндердің, әсіресе интерлейкин-4 (ИЛ-4) бөлінуімен қатар жүреді және IgE гиперпродукциясын тудырады. Аллергендердің қайталап енуі мес жасушалардың деградациясын тудырып, қабыну медиаторларының бөлінуіне әкеледі. Аллергиялық қабынудың алғашқы сатысы гиперемия, қабыну, қышынумен білінеді. ИЛ-5, ИЛ-6, ИЛ-8 эозинофилдер мен макрофагтардың қабыну ошағына миграциясын, сонымен бірге ұзақ өмір сүруші эознофилдерді де қоса, күшейтеді. Олар қалыпты жағдайдағы 1

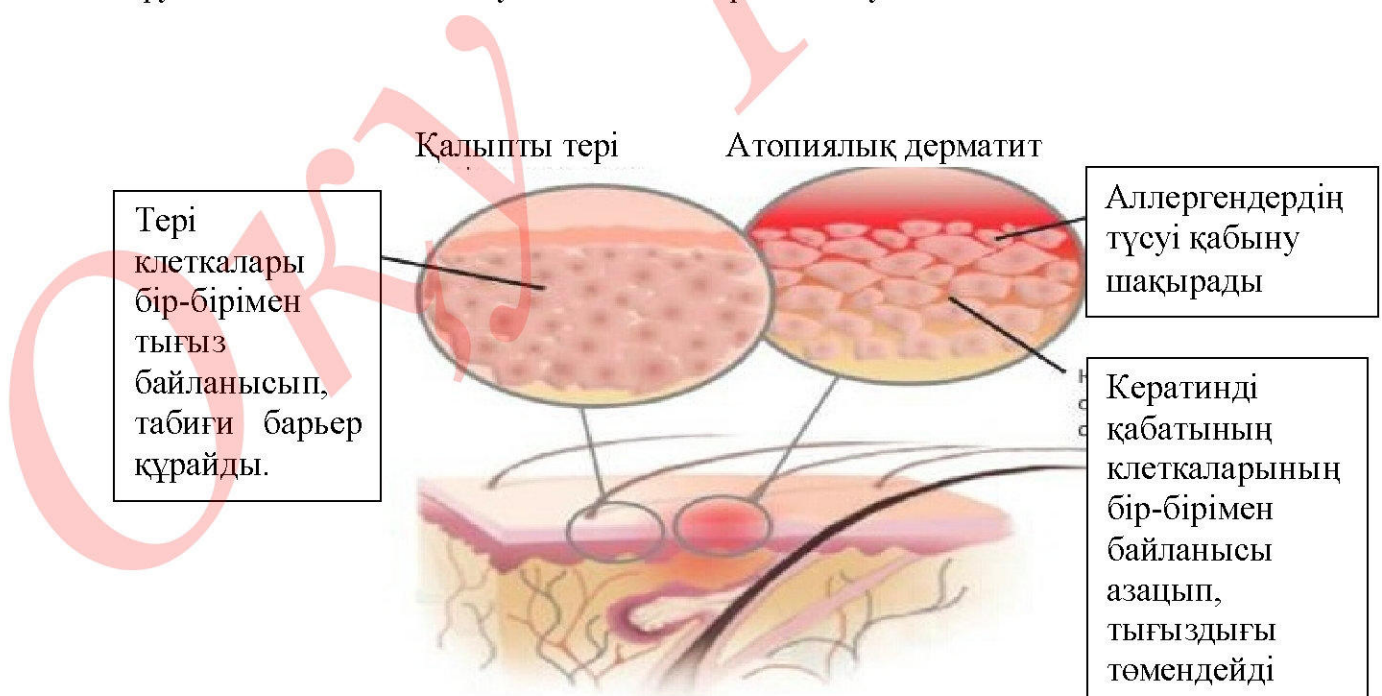
айдың орнына 3 ай бойы қан айналымында жүріп, апоптозға тұрақты бола тұрып, қабынудың созылмалы болуына ықпал етеді.

Иммунитеттің Т-жүйесінің супрессорлық және киллерлік белсенділігі төмендейді. Атопиялық дерматитпен ауыратын науқастарда IgM және IgA деңгейінің төмендеуі мен IgG мен IgE деңгейінің күрт жоғарлауы тән. Бұл ауыр тері инфекциясының дамуына әкеледі. Атопиялық дерматит моноциттердегі, В-лимфоциттердегі DR- антигендердің экспрессиясының төмендеуімен, мембрана беткейіде осы антигендері бар Т лимфоциттер санының жоғарлауымен жүреді. DR-антигендердің экспрессия дәрежесі клиникалық көріністерінің ауырлығына байланысты.

Атопиялық дерматиті бар науқастарда HLA:A1, A9,A12,A13,A24,Dr4,Dr7 тіндік сәйкестік жүйелерінің кейбір гендерімен жиі ұқсастығы анықталған. Атопиялық дерматитпен А локусы маркерлерін зерттеу A24 антигенімен айқын ассоциациясын көрсетті.

Маңызды рөлді айқын эндогенді интоксикацияны тудыратын тұқым қуалайтын туа біткен асқорыту жүйесінің ферментопатиялары алады. Осыған байланысты нейроэндокринді бұзылыстар, каликреин-кинин жүйесінің, катехоламин өндірілуі мен механизмінің бұзылысы, қорғаныш антиденелердің өндірілуі мен функциясының өзгеруі пайда болады.

Терінің аллергиялық қабынуы – эпидермистің мүйізді қабығы мен сулы-липидті мантиясының зақымдалуына әкеледі, трансэпидермиялық судың жоғалуы күрт өседі, теріні патологиялық құрғақ, гиперкератикалық етеді, қабыршақтану мен қышынуды күшейтеді. Терінің кедергілік функциясының төмендеуі екіншілік инфициялануға әкеледі.



Клиникалық көрінісі. Көбіне ерте балалық шақта тағамдық аллергия ретінде басталады. Алғашқы көріністер көбіне бетте пайда болып, кейін мойнына, иығына, балтырына, шынтақ бүгілісіне және тізе асты қыртысына таралады. 1 жасқа дейінгі балаларда гиперемия, ісіну, микровезикулалар, суланулар, қабыршақтар басым келеді. Олар лихенификация ошақтарымен қосылатын эпидермиялық папулалармен қоса жүреді. Дерматоздың бұл дәрежесінің клиникалық көрінісін жиі аллергиялық диатез немесе балалар экземасымен шатастырып алады. Ересек балаларда асқынған қабынулық эритема фонындағы тері лихенизациясымен бірге болатын инфильтрациясы басым болады.

Балаларда аурудың мынадай жастық кезеңдері (фазалары) бар:

1-жастық кезең — сәбилік (2 жасқа дейін)

2-жастық кезең – балалық (2-ден 13 жасқа дейін)

3-жастық кезең – жасөспірімдік және ересектік (13 жас және одан жоғары).

Бірінші жастық кезең экссудацияның басым болуымен сипатталады, ал патологиялық үдеріс жіті немесе жітілеу сипатқа ие болады. Гиперемиямен, ісінумен, қабыршақ түзілетін суланумен көрінеді. Бөртпелер көбіне бетте, аяқ-қолдардың жазылмалы және бүгілмелі жақ беттерінде орналасады. Оның өзіне тән сипаты - бетке бөртпелердің шығуы болып табылады. Субъективті – әртүрлі дәрежедегі қышыну сеземі мазалайды. Дермографизм қызыл немесе аралас.

Екінші жастық кезеңде үдеріс жітілеу және созылмалы сипатта болады. Басым көпшілігінде бөртпелер аяқ-қол буындарының бүгілмелі жақ беттерінде орналасады және іркілген эритемамен, папулалармен, терінің қатқылдануымен, көптеген экскориациялармен және тілінулермен, түлеумен көрінеді.

Сатысы бойынша АД төмендегідей болып бөлінеді:

- бастапқы;
- айқын клиникалық көріністер сатысы (өршу кезеңі), ол өз кезегінде:
- жіті фазасымен,
- жітілеу фазасымен,
- созылмалы фазасымен сипатталады;
- шала (жітілеу кезең) және толық болатын ремиссия сатысы;
- клиникалық сауығу.

Тері үдерісінің таралуы бойынша:

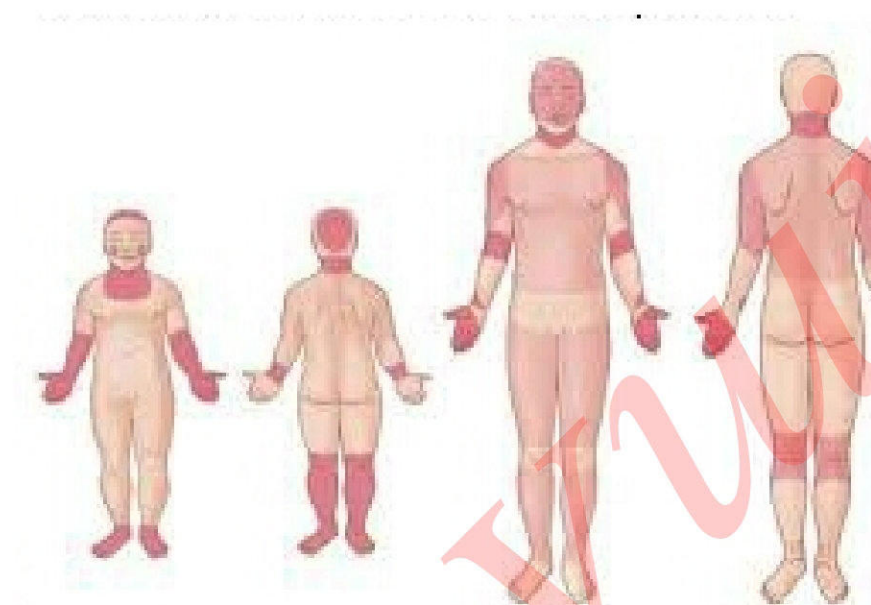
- шектеулі (зақымдану аумағы 10%-дан аспайды);
- таралған (зақымдану аумағы тері жабынының 10-нан 50%-на дейін);
- жайылған (50%-дан көп).

Үдерістің ауырлығы бойынша бөлінуі:

- жеңіл өтуі (үдерістің шектеулілігі, болмашы қышыну, өршу жиілігі жылына 1-2 рет);

- орташа ауырлық (таралған сипатқа ие, айқын қышыну, өршу жиілігі жылына – 3-4 рет);
- ауыр өтуі (зақымданудың жайылған сипаты, қарқынды қышыну, өршу жиілігі жылына – 5 және одан көп рет).

Атопиялық дерматиттің локализациясы



Балл бойынша (1 балл - жеңіл өтетін, 2 балл - орташа ауырлықта, 3 балл – ауыр өтетін):

- бастың зақымдануы - 1 балл;
- кеуде - 1 балл;
- аяқ – қол - 1 балл.

Арудың даму кезеңдері:

1-кезеңде бетте, бөкседе, қол және аяқта бөртпе ошағы анықталады. Алдымен денеде қызарулар, әртүрлі дәрежеде болған ісінулер пайда болады. Сонымен қатар көпіршіктер пайда болады. Жиі бетте, иық, бөкселер, аяқтар, қолдардың бетінде пайда болады. Сондай-ақ, кеудеге, ішке және артқа 80% жағдайда дамиды.

2-кезеңде Терідегі арудың түрі толығымен күшті және азапты бөртпемен жүреді; Денені қышый берудің салдарынан эрозиялар пайда болады. Бұл кезеңде денеде майда домалақ папулалар пайда болады.

3-кезеңге бұл кезеңде зақымдалу ошақтары тазая бастайды, Егер де 2 кезеңде емделмесе ауру ұлғаю кезеңіне ауысады. Бұл кезеңде қолдың және аяқтың бүгілетін жерінде, мойын және төс терісінде өзінің

симметриялығымен лихенделу (терінің қатқылдануы) ошағы пайда болады.



Атопиялық дерматитті 5 клиникалық түрге бөледі:

- 1) экссудативты
- 2) эритематозды
- 3) эритемато-сквамозды қарапайым
- 4) эритемато-сквамозды лихенизациясы бар
- 5) лихеноидты-пруригинозды

Эритемато-сквамозды қарапайым түрі және лихенизациясы бар эритемато-сквамозды түрі 2-10 жас аралығында қалыптасады. Одан соң лихеноидты түрі дамиды, бұл кезде қалыпты тері түстес эпидермоздыдермалды папулалар кейбір бөліктерде (арқасы, іші, кеудесі) шашырап орналасып, кейін тұтас папулезді инфильтрация түріне айналады. Терісі зақымдалу ошақтарында гиперпигментацияланып, қатты қышынуға байланысты эксфолиациялар пайда болады. Құрғақтық пайда болып, кей жерлерде ұсақ пластинкалы тулеу дамиды. Қатты қышымамен бірге білінетін терінің зақымдалуы, невротикалық бұзылыстар, ақ дермографизм, терінің сұрғыл түстенуі, құрғақтық және полиморфты рефлексстер атопиялық дерматиттің типті клиникалық көрінісі болып табылады. Атопиялық дерматит жиі ихтиозбен қосарланады, бұл науқас жағдайын нашарлатады.

Кей науқастарда үдеріске еріннің қызыл жиек (кайма) және қоршаған терінің қызаруы (атопиялық хейлит) қосылады. Атопиялық хейлит диффузды нейродермиттің жалғыз клиникалық көрінісі болуы мүмкін. Ауыздың кілегій қабатына жанасып жатқан қызыл жиектің бөлігі зақымдалмайды және үдеріс ешқашан ауыз кілегейіне өтпейді.

Атопиялық дерматит бірде жақсарып (жазда), бірде (жиі қыста) нашарлайды. Кейде үдеріс бронхильды астма, қызбамен, вазомоторлы ринитпен және басқа да аллергиялық аурулармен бірге жүреді. Эритеманың күшеюімен бірге экзематизация мен тараған жердегі қысқа уақытқа суланудың пайда болуы ықтимал. Шектелген бөртпелерге «шектелген нейродермит» терміні қолданыла береді. Жиі кешке немесе түнде өршитін айқын қышытуда науқастар қатты қиналады. Сүйікті орналасатын жері – мойынның артқы және қатпал беті, анальды-генитальды бөлігі, жиі санның ішкі беті, құйрық аралас қыртыс, ірі буындардың бүккіш бөлігі.

ОҚУ

ҮЗІМ



Терінің шектелген аймағы алғашқыда өзгеріссіз болады. Уақыт өте келе қышынуға қоса тығыз консистенциялы папулезді бөртпелер пайда болады, олар кей жерлерде қабыршақтармен қапталады (кебек тәрізді қабыршақтар). Кейіннен жекеленген негізінен лихеноидты папулалар қосылып, әр түрлі көлемді қатпарлар құрайды. Түсі бозғылт-алқызылдан қанық қызылға дейін өзгеруі мүмкін. Қатпарлар жалпақ, сопақ немесе дөңгелек пішінді, шеттері тегіс емес болып келеді.

Біртіндеп тері суреті айқындалып, лихенификация дамиды. Шагренъ тері түріне енеді. Типті жағдайларда шектелген нейродермит шыңында 3 аймақты ажратады.

Атопиялық дерматитпен ауыратын науқастарда жүйке жүйесінің бұзылыстары байқалады: жоғары қозғыштық немесе енжарлық,

арықтау, астения, эмоциялық лабильділік, ұйқысының бұзылысы және т.б. Бұған қоса азапты және тұрақты қышыну байқалады, бұл аурудың басты симптомы болып есептеледі.

Невротикалық бұзылыстар патогенетикалық маңызға ие, олар атопиялық дерматиттің ағымын ауырлатады. Біріне бірі әсер ететін факторлар тізбегі байқалады: атопиялық дерматиттің ауыр ағымы, ұзақ қышыну невротикалық бұзылыстарды күшейтеді, ал соңғысы патологиялық үдерісті өршітеді.

Сирек жағдайда аурудың клиникалық көрінісінде папулезді бөртпелер мен лихенификациямен инфильтрация емес, инфильтрация емес, везикуляция мен серозды құдықшалар тәрізді сулану, асқынған қабынулы эритемаға тән.

АД кезінде қосалқы аурулардың статистикасы

- Асқорыту мүшелерінің аурулары (80-97%)
- Жүйке жүйесі аурулары (55-60%)
- ЛОР мүшелерінің аурулары (50-60%)
- Тыныс алу мүшелерінің аурулары (30-40%)
- Зәр шығару жүйесінің аурулары (20-30%)
- Ішек-құрт инвазиясы (18,2%)

Диагностикасы. Нейродермит және атопиялық дерматиттің диагностикасында лихенизация ошағына қосылатын аздаған қабыну белгілері бар түйіндерді, ақ дермографизмді анықтау маңызды. Атопиялық дерматитте болатын лихенизация ошақтары, терісінің анық құрғақтығы, бозғылттығы, лихенизация аймағында гиперпигментациялар оны пруритодан ажыратады.

Физикалық зерттеп-қарау:

Жалпы тексеріс:

-терінің жалпы қасиеттерін – ксероздың, ихтиоздың, алақанның гиперлинеарлығының, фолликулдық гиперкератоздың (keratosis pilaris), қарапайым теміреткінің (pityriasis alba), бет терісінің бозаруының, периорбиталық қараңғыланудың және т.б. болуы немесе болмауын тексеріп-қарау және бағалау;

Жергілікті тексеріс:

- терінің зақымдану сипаты (экссудаттық, пролиферативтік, жіті, жітілеу, созылмалы);
- орналасуы (бет, жазылмалы жақ беттері – бала кезде; бүгілмелі жақ беттері, бас, мойын – ересектерде);
- бөрту элементтері (папулалар: лихеноидты полигоналдық және фолликулдық, ұсақ пруритиноздық; папуловезикулалар, терінің қатқылдануы);

-дермографизм (ақ, аралас, берік (қызыл)).

1-кестеде АД бағалаудың негізгі диагностикалық критерийлері келтірілген. Диагноз қою үшін кемінде үш «негізгі» және үш «қосымша» критерийлердің үйлесуі қажет.

1- кесте. АД бағалаудың негізгі диагностикалық критерийлері

Міндетті	Қосымша
Қышу	Ксероз (терінің құрғауы)
Бетте және жазғыштарда, ересектерде – аяқ-қолдардың бүгілмелі жақ беттеріндегі терінің қатқылданулары және эксфолиациялар	Алақан ихтиозы
Созылмалы қайталанбалы ағым Теріге шығатын бөртпелердің қарапайым морфологиясы мен орналасуы (балаларда – экземалық бөртпелер)	Аллергендермен терілік тестілеу кезіндегі дереу типті реакция
Анамнездегі атопия немесе тұқым қуалайтын атопияға бейімділік	Қол басында және аяқ басында орналасу
	Хейлит
	Емшек экземасы
	Терінің инфекциялық зақымдарын қабылдағыштық
	Аурудың ерте балалық жаста басталуы (екі жасқа дейін)
	Эритродермия
	Қайталанбалы конъюнктивит
	Денье – Морган қатпары
	Кератоконус
	Алдыңғы субкапсулалы катарактілер
	Құлақ сыртындағы тілінулер

	Берік ақ дермографизм
	Сарысудағы Ig E жоғары деңгейі және т.б.

Лабораториялық-аспаптық зерттеу тәсілдері:

Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін диагностикалық зерттеп-қарау:

-ЖҚА (эозинофилдердің болуымен міндетті түрде айқындаумен);

-ЖНА.

-Қанның биохимиялық талдауы (АсАТ, АлАТ, жалпы билирубин, глюкоза, жалпы ақуыз);

-Қан сарысуын аллергологиялық зерттеу – тағамдық, тұрмыстық антигендерге, шығу тегі өсімдіктік, хайуандық және химиялық болатын антигендерге телімді IgE-антиденелерді анықтау.

-Иммунологиялық зерттеу:

а) E, A, M, G кластық Ig.

б) CD3+/CD4+/CD8+/CD16+/CD20+/CD22+/CD25+/CD71+/CD72+/CD95+.

в) Фагоцитоз.

г) Циркуляцияланатын иммундық кешендер.

-Зақымдану ошақтарынан алып, флораға себу және антибиотиктерге сезімталдықты айқындау; зенге тексеру.

-Нәжіс талдауы: жалпы нәжіс анализі (копрограмма); нәжістегі ішекқұрттар жұмыртқасын және қарапайымдыларды тексеру; нәжісті дисбактериозға талдау.

Жоспарлы емдеуге жатқызуға жолдау кезінде жүргізілуі қажет зерттеп-қараудың ең аз тізбесі:

-ЖҚА (эозинофилдердің болуымен міндетті түрде айқындаумен);

-ЖНА;

-Қанның биохимиялық талдауы (АсАТ, АлАТ, жалпы билирубин, глюкоза, жалпы ақуыз);

-Нәжістегі ішекқұрттар жұмыртқасын және қарапайымдыларды тексеру.

-Микропреципитация реакциясы.

Стационарлық деңгейде жүргізілетін диагностикалық зерттеп-қарау:

-Қан сарысуындағы жалпы IgE деңгейін анықтау.

-Қан сарысуын аллергологиялық зерттеу – тағамдық, тұрмыстық антигендерге, шығу тегі өсімдіктік, хайуандық және химиялық болатын антигендерге телімді IgE-антиденелерді анықтау.

-Иммунологиялық зерттеу:

а) E, A, M, G кластық Ig.

б) CD3+/CD4+/CD8+/CD16+/CD20+/CD22+/CD25+/CD71+/CD72+/CD95+.

в) Фагоцитоз.

г) Циркуляцияланатын иммундық кешендер.

-Зақымдану ошақтарынан алып, флораға себу және антибиотиктерге сезімталдықты айқындау; зенге тексеру.

-Нәжіс талдауы: жалпы нәжіс анализі (копрограмма); нәжісті дисбактериозға талдау.

Ажырату диагностикасы.

2-кесте. АД негізгі клиникалық ажырату диагностикалық критерийлері

Себореялық дерматит	Сәби өмірінің алғашқы апталарында басталады және фитолаценталық гормондарды шығарудан (элиминация) кейін (әдетте 3 айлық кезінде) аяқталады. Жастық шақта қайта пайда болуы мүмкін. Терінің солғын қабыну жағдайында айқын түлеуімен бірге құрғап кетуімен сипатталады. Қабыршақшалары майлы, сары түсті. Өтудің жеңіл нысанында көпіршіктер, сулану болмайды, ауыр нысанында айқын қан кернеуі, эпидермистің баздануы, тілінулер байқалады. Балаларда жалпы көріністері диарея, құсу, сылбырлық түрінде туындауы мүмкін. Бөртпелердің орналасуы: ошақтары сопақ және домалақ болады, себореялы жерлерде – бастың түкті бөлігінде, маңдайда, бетте, құлақтың сырт жақтарында, мойында, кеудеде, арқада, сүт бездерінің астында, шапта симметриялы орналасады. Қышуы - әлсіз. Аурудың айқын маусымдылығы болмайды.
Жөргектік дерматит	Тек емшек жасында байқалады, күтім жеткіліксіз болған кезінде шап, бөксе, жамбас терісінің нәжіс массалары мен және несептен тітіркенуінен болады, соған сай орналасады.
Аллергиялық жанау дерматиті	Факультативтік тітіркендіргіштердің ықпалынан оларға сезімталдығы жоғары тұлғаларда туындайды. Әдетте жанаспалы аллергендердің әсер ету орнына сәйкес келетін зақымданған аймақтардың нақты шекарасының болуы тән.
Қышыма	Қышу көбіне кешкі және түнгі уақытта мазалайды. Көптеген папулалар, везикулалар, экскориациялар, қышыма жүрістері клиникалық көрінеді, терінің қатқылдануы

	болмайды. Қатпарлардың, кеуденің бүйір беттерінің терісінен бөлек, алақан, аяқ басы зақымдануы мүмкін. Отбасының басқа мүшелерінде ұқсас бөртпелердің және шағымдардың болуы.
Строфулюс	Бұл ауру ерте жастағы сәбилерде жиі кездеседі, басым көпшілігінде аяқ-қолдың жазылмалы жақ беттерінде қыштын күлдіреуіктік элементтердің, ұсақ тығыз папулалардың, серопапулалардың қайталанбалы пайда болуымен сипатталады. Бетке, алақанға, табанға шығуы сирек кездеседі.
Қарапайым ихтиоз	Емшек жасында басталады, тері жабынының құрғап кету, түлеу, фолликулдық кератоз түріндегі жайылмалы зақымдануымен сипатталады. Шынтақ және тізе асты қатпарлары зақымданбайды. Терідегі суреттің күшеюімен алақан және табанның шамадан тыс қатпарлануы байқалады. Түлеу ұн тәріздес, ұсақ қатпарлы немесе кебек тәріздес болады. Эритема және қышыну тән емес.
Қарапайым теңге қотыр (псориаз)	Терідегі үдеріс эритемалы папулалармен, ақбоз қабыршақты түйіндақтармен сипатталады, көбінесе буындардың бүгілмелі жақ беттерінде, бастың түкті бөлігінде орналасады. Аз ғана қышыну болады. Оған псориастикалық үштік тән.
Шектеулі дерматит	Жасөспірімдік және одан жоғары жаста көбірек кездеседі, түйіндақтардың ортасындағы тері қатқылданатын сұрғылт-қоңыр түсті түйіндақтар түріндегі бірен-саран қатқылдану (лихенделу) ошақтарымен сипатталады.
Микробтық экзема	Клиникалық көрінуінің алдында жарақаттық және пиогендік зақымданулар орын алады. Бөртулер эритемалы-везикулалық, папуловезикулалық ісікті түйіндақтармен көрінеді, олардың үстіңгі бетінде іріңді бөртпелер (пустула) орналасуы мүмкін. Ошақтарының дөңгелек кескіні, қанық қызыл түсті шет жиектері фестонша келген анық

	шекаралары болады. Үстіңгі бетінде біртіндеп ұйыма-іріңді қабықтар, қабыршақ-қабықтар түзіледі. Ошақтары аяқ-қолдардың әртүрлі жерлерінде, кіндік, кеуде тұсында асимметриялы орналасады.
Дерматофитиялар	Зақымдану ошақтары үстіңгі бетінде везикулалар болуы мүмкін, анық шекаралары бар эритемалы-сквамозды сақина тәріздес түйіндақтар түрінде көрінеді. Бетте, кеудеде, аяқ-қолдарда орналасады. Қышу аз ғана болады немесе болмайды. Диагноз зақымданған теріден алынған қырындыларды микроскопиялық зерттеу кезінде зецнің табылуымен расталады.
Гипериммундық-глобулинемия E синдромы	Алғашқы қорғаныш (иммун) тапшылығына жатады, өмір сүрудің алғашқы 3 айында пайда болады, бөртулердің клиникалық көп тұрпаттылығымен (полиморфтылығымен) және қан сарысуында IgE жоғары болуымен (2000 МЕ/ мл-ден көп) сипатталады. Клиникалық көрінісі бас терісінде, ірі қатпарларда (бірақ аяқ-қолдардың бүгілмелі жақ беттерінде емес) орналасатын эритемалы, везикулалы, папулалы, пустулалы бөртпелермен берілген. Тері асты «суықтық» абсцестер пайда болады. Сырқат үдемелі сипатқа ие.
Вискотт - Олдрич синдромы	Алғашқы қорғаныш (иммун) тапшылығына жатады, X-рецессивті геннен туындайды. Сәби өмірінің алғашқы айларында бетте, аяқ-қолдарда, дененің басқа аймақтарында атопиялық дерматит типі бойынша үздіксіз созылмалы бөртулер пайда болады. Бөртпелермен қатар күшті қышу болады. Теріде және сілемейлі қабықтарда пурпура, экхимоздар түріндегі қанқұйылулар болады.
Лейнер - Муссеу десквамативтік эритродермиясы	Балаларда өмір сүруінің бірінші айында болатын себореялық дерматиттің кең таралған және ауыр өтетін нысаны. Аурудың алғашқы белгілері диарея, дене салмағын қосудың тұралауы, малабсорбция синдромы болып табылады. Клиникалық көрінісі шап, шап-сан

	<p>қатпарлары аймағында, бөкседегі эритродермиямен, терінің зақымдануымен берілген. Үдеріс жіті қабынушылық сипатқа ие, бөрпелердің жылдам таралуымен, суланумен/базданумен, тілінулердің, көлемді қабықтардың әсіресе бастың түкті бөлігінде пайда болуымен, сондай-ақ кебек тәріздес және пластинка тәріздес түлеумен сипатталады.</p>
--	--

Емі. Емдеу мақсаттары:

АД емдеуге кірісе отырып жастық сатысын, клиникалық көрінуін және ілеспелі патологияны ескеру керек.

- үдерістің өршуін туғызатын себептік факторларды жою,
- аурудың негізгі симптомдарын жою,
- рецидивтер санын азайту, ремиссияны ұзарту,
- өмір сүру сапасын және аурудың болжамын жақсарту.

Емдеу тактикасы

Клиникалық-зертханалық тексеріп-қараудың негізінде қауіп факторларын айқындауға, ішінде - курстық емдеу кезеңдері, дәрілік препараттарды ауыстыру, бекемдеуші ем және рецидивтер профилактикасы көрсетілуі қажет емдік-профилактикалық іс-шаралар жоспарын межелеуге мүмкіндік беретін жетекші патогенетикалық тетік белгіленеді.

Дәрі-дәрмексіз емдеу:

Жалпы режим, №7 үстел – гипоаллергендік емдәм (нағыз (облигатты) тағамдық аллергияларды, сығып алынған заттарды рационнан алып тастау, көмірсуларды шектеу және т.б.).

АтД болғанда «элиминациондық емдәм» тағайындалады, онда аллергия болып табылатын тағамды рационнан алып тастайды. Мұны жасауға Сізге Сіздің дәрігеріңіз және тамақтану күнделігіңіз көмектеседі. АтД науқастанған адамның тағамына төмендегіні енгізеді:

- өсімдік немесе зәйтүн майы араласқан сүтсіз көкөністерден әзірленген ботқалар (қарақұмықтан, күріштен, сұлы жармасының, тарының, жүгерінің, ұнтақтан басқалары);
- көкөністер (қырық қабат, картоп, кәді, самсар, шалқан);
- ет (сиыр, күрке тауық, қоян, тұздалмаған доңыз);
- жеміс-жидектер (ашық түсті емес қышқыл-тәтті алмалар, қара өрік, алмұрт).

Рационнан алып тасталуы керек тағамдар: цитрусты жемістер, жаңғақтар, балық және балық өнімдері, құстар (күркеиуфқ, тауық және осылардан жасалған өнімдер), шоколад и шоколад өнімдері, конфеттер,

кофе, сүрленген өнімдер, уксус, қыша, майонез, кетчуп және басқа да тұздықтар мен ақжелкек, тұрып қызанақ, баклажанғ , саңырауқұлақтар, сүзілмеген сүт және сгущенное , құлпынай, бұлдірген, қауын, ананас, майқоспа қамыр, бәліштер және тәтті нандар, бал, шемішке, жаңғақ, халуа.

АД-тен зардап шегуші балаларға азықты дені сау сәбилердікімен бірдей мерзімге тағайындайды. Әрбір жаңа өнімді енгізу педиатр мен дерматологтың қатаң бақылауымен жүргізіледі. АД науқастарын емдеу кезінде тағамдық аллергияның расталуынсыз тамақ өнімдерін рационнан алып тастауға кеңес берілмейді. Балаларда АД-тің алдын алу үшін жүктілік және емшекпен емізу кезінде өнімдерді алып тастамаған дұрыс. АД алдын алу үшін, гидролизденген қоспалар емшек сүтіне ауыстырым ретінде ұсынылады.

Бұдан басқа, элиминациялық іс-шаралар орындалуы тиіс: (үй-жайларды дымқыл жиыстыру, тұрғын үй-жайлардағы басы артық ылғалдылықты жою, түрлі аллергиямен жанасуды болдырмау, синтетикалық жуғыш құралдарды пайдалануды шектеу және т.б.). АД-пен ауыратын науқас балаларда тері тосқауылын қалпына келтіру үшін ылғалдандырғыш құралдармен (иісмайлар, лосьондар, жақпамайлар, сірнелер (гель) және олардың комбинациялары) емдеуді тұрақты түрде жүргізу маңызды. Ылғалдандырғыш құралдар теріні жұмсартады, эпидермис тосқауылының зақымданған функциясын қалпына келтіруге көмектеседі, құрғақ терінің қышуын төмендетеді, топикалық кортикостероидтардың тиімділігін арттырады және стероиджинақтаушы функция атқарады. Ылғалдандырғыш құралдар АД кезінде тапшылық беталысына ие болатын және тітіркендіргіш материялардың, жұқпалар мен аллергиялық субстанциялардың әсерінің теріге терең енуін болдырмау үшін аса маңызды болатын табиғи үстіңгі майлардың орнын басады және теріден ылғалдың шығып кетуіне кедергі жасайды.

Атопиялық дерматиттің барлық формаларында сақтану режимі, гипоаллергенді диета, созылмалы инфекция ошақтарын санациялау үлкен маңызға ие. Ішек дизбактериозында бификол, бифидумбактерин, колибактерин, лактобактерин және т.б пайдаланылады. Импетиализация болған жағдайда антибиотикограмманы ескере отырып, антибактериальды препараттар қолданылады.

Детоксикациялық терапияны, аллергиямен тері мен бұзылған метоболизм өнімдерін элиминациялау үшін реополиглюкинді, энтеросорбенттерді қолданса, ал ересектерде өзінің қанына ультракүлгін сәулемен сәулелендіру және гемосорбция әдісі қолданылады. Атопиялық дерматитпен ауыратын науқастарда жиі кездесетін поливалентті сенсбилизация арнайы гипосенсбилизацияны қиындатып, оны керексіз етеді. Қышыну мен терісіндегі қабынуды азайтатын қышынуға қарсы және антигистаминды препараттар қолданылады. Антигистаминді препараттардың жаңа туындылары Н1-рецепторларға ұқсас келеді, М-

холинитикалық және седативты әсер бермейді, аллергиялық қабынудың екіфазасына бірдей әсер (лоратадин, дезлоратадин, цетиризин) етеді.

Әр антигистаминді препаратты 10-15 күннен ұзаққа тағайындауға болмайды, емді ұзаққа созуға тура келген жағдайда басқа препараттармен ауыстырған жөн.

Аллергияға және қабынуға қарсы заттар- салиаттар мен пиролозон туындылары (индометацин, ортофен, напросин) қолданылады. Кальция препараттары (кальций глюконаты, лактат, хлорид) жиі қышығуды күшейтеді, сол себепті оны аз мөлшерде қолданылады.

Гуморальды және жасушалық факторлардың дисбалансына және организмнің арнайы емес қорғаныс күшінің жетіспеушілігіне байланысты иммунды стимулдеуші терапияның орны ерекше. Иммуноглобулиндердің жетіспеушілігінде IgG концентрациясының төмендеуінде гаммаглобулиндерді қолданған дұрыс. Жасушалық иммунитетті қуаттандырушысы ретінде метилурацилді, пентоксилді, натрий нуклеинатты қолданады.

Иммунотропты препараттарды қолдану (миелопид, вилозен, рузам, лейкинфоран, ликопид) иммунологиялық көрсеткіштердің оң динамикасымен жүретін жақсы емдік әсер етеді.

В тобының витаминдеріне аллергиялық реакциялар жиілеуі В1, В6 және В12 витаминдерін қолданған дұрыс.

Орталық және вегетативті нерв жүйесінің функциясын қалпына келтіру үшін валерін препараттарын, пион немесе сасық шөп (тау жалбызы) тұнбасын, ауыр жағдайда- триоксазин, оксазепам (тазепам), диазепам тәрізді транквилизаторларды қолданады. Дерматоздың торпидті ағымды ауыр науқастарда бүйрек үсті безінің функциясының жетіспеушілігі айқын болады, бұл жағдайда детоксициялаушы препараттармен қосып, глюкокортикоидтарды парентералды енгізу қажет. Емдеу курсы қысқа және әрі қарай үйреніп кетушілікті болдырмау үшін мөлшерін азайтып отарады. Ультрафиолетті сәулелер (негізінен УКТ) иммундық-супрессивті әсер етіп клиникалық жақсаруға әкеледі. Физиотерапияның басқа да әдістерін қолданады: глюкокортикоидты препараттардың фонофорезі, магнитті және лазеротерапия, массаж, парафин, озокерит аппликациялары, емдік балаулар (ванналар). Жергілікті еміне кератопластикалық жақпа майлар және нафталан, ихтиол, қара май АСД сұйықтығы (И.П. Дорогов антисептикумы, №3 фракциясы), күкірт, дерматол қосылған кремдер. Жақпа мыйлар мен кремдерге 5-10% анестезинді, 1% ментолды, 1-3% фенолды қосқан дұрыс. Нафталин мен қара май тері құрғақтығын күшейтіп, күн сәулесіне сезімталдығын артырады, сондықтан оны 5-7 күнге дейін шектеген абзал.

Импетигинизация жағдайында фукорцин мен басқа да анилин бояуының ерітінділерін, борлы-қара май жақпасы, 5-7% линкомицинмен, гентамицинмен жақпа майлар, фузиллин-натрийдің 50% димексидтегі ерітіндісі қолданылады. Құрамында глюкокортикоидтары бар (синафлан,

флуцинар,эколом, адвантан, апулеин, фторокорт және т.б.)жақпа майлар мен кремдерді жағымсыз әсерлерге байланысты әрі сапрофитирлеуші коктік флораның белсену мүмкіндігіне байланысты қысқа уақытқа басқа кератопластикалық препараттармен қосып қолданылады. Фторлы глюкокортикоидты препараттар ұзақ қолданған жағдайда терінің дистрофиялық өзгерістеріне әкеледі. Құрамында фторы жоқ адвантанның (метилпреднизолон) мұндай кемшілігі жоқ. Құрамында антибиотиктері бар глюкокортикоидты гормонды жақпа майлар мен кремдер: геокортон, гиоксизон, оксикорт, целестодерм, синалар Н.Топикалық глюкокортикостероидтар мен фтор құрамды кортикостероидтарды 6 айға дейінгі балаларға қолданбаған абзал.

Атопиялық дерматит пен аллергиялық дерматоздарда қолданылатын препараттар тізбегі кальциневриннің жергілікті ингибиторы-пимекролимустпен толықты.

Препарат кальциневрин-фосфатазаның активтілігін ингибирлеу арқылы белсенген Т-лимфоциттер мен мес жасушалардан цитокиндердің бөлінуін тежейді. Глюкокортикоидтармен салыстырғанда бұл препарат фибробласттар мен кератиноциттердің пролиферациясына, коллаген синтезіне әсер етпейді, сондақтан пимекролимусты крем ретінде ұзақ қақыт пайдалану терінің атрофиясына әкелмейді. Пимекролимусты жүйелі түрде әсер етпегендіктен оны ұзақ уақыт (1 жылға дейін) балаларда 3 айдан бастап қолдануға болады.

Шектелген (жергіліктенген) нейродермитте 2% новокоин ерітіндісін, 0,15% метилен көгі ерітіндісі мен 2% бенкаин ерітіндісі немесе новокаиннің пролонгатор қоспасымен- желатинмен немесе поливинилпирролидонмен айналдырып егу, сұйық азотпен, көмір қышқылының қарымен криомассаждар, димексидпен аппликациялар жасалады.

Асқынған қабынулы көріністер жоғалған кезден бастап, негізінен жаз айларында, санаторлы-курорттық ем қолданылады. Күкіртті, күкіртсутекті, йодбромды, радонды көздері бар курорттар ұсынылады (Пятигорск, Сочи, Мацеста, Белокуриха, Сергиевский суы және т.б.)

Негізгі дәрілік заттар тізбесі

Фармакологиялық тобы	Препараттың ХПА	Шығару нысаны	Мөлшерлеу	Қолдану жиілігі	Ескерту
Жүйелі терапия					
	Лоратадин	таблеткала	Ересектер мен	Орташ	Өршу

<p><u>Антигистаминдік препараттар (дәлелділік деңгейі А-В-С-дан)</u></p>	<p>(екінші буын)</p>	<p>р, 10 мг; құтыдағы шәрбат</p>	<p>12 жастан асқан балаларға тәулігіне 1 таблетка (10 мг) немесе 2 шай қасық шәрбат тағайындайды . Емдеу курсының ұзақтығы - 10–15 күн. 3 жастан 12 жасқа дейінгі балаларға - тәулігіне 1/2 таблеткадан немесе 1 шай қасық шәрбаттан тағайындайды .</p>	<p>а алғанда, 10-15 күн бойын а тәулігі не 1 рет</p>	<p>кезінде қабылдансын. Мектеп жасындағы балаларға тыныштан дыратын қасиеті жоқ және зейінді төмендетп ейтін антигиста миндік препаратта рдың екінші буынын тағайындағ ан жөн. 2 жасқа дейінгі сәбилерге екінші буындағы антигиста миндік препаратта рды қолданбай ды.</p>
	<p>Дезлоратадин (үшінші буын)</p>	<p>таблеткалар, 5 мг; құтыдағы шәрбат</p>	<p>1 жастан 5 жасқа дейінгі балаларға күніне 2,5 мл шәрбат, 6 жастан 11 жасқа дейін - 2,5 мг немесе 5 мл шәрбат, 12 жастан асқан балаларға 5 мг немесе 10 мл шәрбат</p>	<p>Орташа алғанда, 10-15 күн бойын а тәулігі не 1 рет</p>	
	<p>Цетиризин (екінші буын)</p>	<p>таблеткалар, 10 мг</p>	<p>2 жастан асқан балаларға күніне 1 рет 0,25 мг/дене салмағының</p>	<p>Орташа алғанда, 10-15 күн бойын</p>	

			кг	а тәулігі не 1 рет
	Хлорапирами н (бірінші буын)	таблеткала р, 25 мг инъекцияға арналған ерітінді – 1,0 мл (20 мг)ампулал ар	Балаларға емді 5 мг (0,25 мл) мөлшерінен бастайды. Бұдан былай мөлше рін арттыру көбіне жанама әсерлерінің туындауымен шектеледі. 1-12 айлық балаларға - 5 мг (0,25 мл). 2-6 жастағы балаларға - 10 мг (0,5 мл). 7-14 жастағы балаларға - 10-20 мг (0,5-1 мл). Тәуліктік мөлшері дене салмағының әр кг/2 мг-нан аспауы тиіс. Балаларға: 1- 12 айлық - күніне 1/4 таблеткадан (6,25 мг) 2-3 рет (ұнтақталып е зілген түрінде	Орташ а алғанд а, 7- 10 күн бойын а күніне 1-3 рет

			<p>балалар тағамымен бірге).</p> <p>1-6 жасар - 1/4 таблеткадан (8,3 мг) күніне 3 рет немесе 1/2 Таблеткадан күніне 2 рет.</p> <p>6-14 жастағылар - 1/2 таблеткадан (12,5 мг) күніне 2-3 рет.</p>	
	<p>Дифинилгидрамин (бірінші буын)</p>	<p>20 мг; 30 мг және 50 мг бойынша ұнтақ және таблеткалар; инъекцияға арналған ерітінді 1% (ампулалар және шприц-сықпа). 5 мг, 1 мг, 15 мг және 20 мг бойынша тығындәрілер (свеча).</p>	<p>Балаларға дифинилгидраминді аз мөлшерде тағайындайды : 1 жасқа дейін қабылдауға - 0,002-0,005 г, 2 жастан 5 жасқа дейін - 0,005-0,015г, 6 жастан 12 жасқа дейін - 0,015-0,03 г. Дифинилгидраминді тығындәрілерді ішекті тазалау клизмасынан немесе өз бетінше тазалаудан кейін күніне 1-2 рет тік ішекке</p>	<p>Орташа алғанда, 7-10 күн бойына күніне 1-3 рет</p>

			ендіреді. 3 жасқа дейінгі балаларға құрамында 0,005г; 3 жастан 4 жасқа дейін - 0,01 г; 5 жастан 7 жасқа дейін - 0,015 г; 8-14 жас - 0,02 г димедрол бар тығындәрілерді тағайындайды.	
	Клемастин (бірінші буын)	таблеткалар 1 мг, шәрбат, 2,0 мл ампулалар	1 жастан 3 жасқа дейінгі балаларға 2,0-2,5 мл шәрбаттан күніне 2 рет; 3 жастан - 6 жас – күніне 5,0 мл (0,5 мг) 2 рет; 7 жастан асқан балаларға - 5,0-10,0 мл (0,5-1,0 мг) күніне 2 рет	Орташа алғанда, 7-10 күн бойына тәулігіне 1-2 рет
	Мибгидролин (бірінші буын)	таблеткалар, драже 50 және 100 мг-нан	Екі жасқа дейінгі балаларға күніне 50-100 мг-нан, 2 жастан 5 жасқа дейін күніне	Орташа алғанда, 7-10 күн бойына тәулігі

			50-150 мг-нан, 5 жастан 10 жасқа дейін - 100-200 мг- нан	не 1-3 рет	
	Хифенадин	таблеткала р, 10 және 25 мг	3 жасқа дейінгі балаларға 5 мг-нан, 3-7 жас - 10- 15 мг-нан күніне 2-3 рет	Орташ а алғанд а, 7- 10 күн бойын а тәулігі не 1-3 рет	
	Диметинден	4 мг-дық капеулалар, тамшылар (1 мл – 20 тамшы - 1 мг)	Балаларға тамшы түріндегі препаратты тағайындаған дұрысырақ. 3 жастан асқан балаларға тәулігіне 15- 20 тамшыдан тағайындайды . 1 жастан 3 жасқа дейінгі сәбилерге - тәулігіне 10- 15 тамшыдан 3 рет.	Орташ а алғанд а, 7- 10 күн бойын а күніне 1-3 рет	
Сыртқы терапия					
<u>Сыртқа қолдануға арналған глюкокортикостер оидттық препараттар</u>	Клобетазол пропионат	0,05% жақпамай, иісмай	Зақымдану ошақтарының санына қарай	күніне сырты нан 1- 2 рет	Таңдау препаратта ры. ТГКС ұзақ және үзіліссіз қолдану

<p><u>(дәлелділік деңгейі А-В-С)</u></p> <p><u>Өте күшті (IV)</u></p>					<p>емшектегі сәбилерде бүйрекүсті бездері қыртысын ың функциясын басып тастауы мүмкін. Емшектегі сәбилерде жөргектер бөгеуші (окклюзиондық) таңғыштар секілді әрекет етуі және кортикостероидтардың абсорбциясын ұлғайтуы мүмкін.</p>
<p><u>Күшті (III)</u></p>	<p>Бетаметазон валерианаты</p>	<p>0,1% жақп амай, иісмай</p>	<p>Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай</p>	<p>күніне сырты нан 1-2 рет</p>	
	<p>Метилпреднизолон ацепонаты</p>	<p>0,05% жақпамай, иісмай, эмульсия</p>	<p>Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай</p>	<p>күніне сырты нан 1-2 рет</p>	
	<p>Мометазон фуораты</p>	<p>0,1% жақп амай, иісмай</p>	<p>Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай</p>	<p>күніне сырты нан 1-2 рет</p>	

	Гидрокортизон-17 бутираты	1,0% жақпамай, иісмай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
	Флютиказон пропионаты	0,05% жақпамай, иісмай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
	Бетаметазон дипропионаты	0,05% жақпамай, иісмай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
	Десонид	0,1% иісмай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
	Предникарбат	0,25% иісмай, жақпамай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
<u>Бірқалыпты күшті (II)</u>	Флуоцинол ацетониді	0,025% иісмай, жақпамай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
	Триамцинолон ацетониді	0,1% иісмай, жақпамай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
	Аклометазон дипропионаты	0,05% иісмай, жақпамай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына	күніне сыртынан 1-2 рет	

			қарай		
	Флуметазон пивалаты	0,02% иісмай, жақпамай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
<u>Әлсіз (I)</u>	Дексаметазон	0,025% иісмай, жақпамай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
	Преднизолон	0,25%, 0,5% иісмай, жақпамай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
	Гидрокортизон ацетаты	0,1%, 0,25%, 1,0% және 5,0% иісмай, жақпамай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
<u>Құрама</u>	Бетаметазон дипропионат + гентамицин сульфаты + клотримазол	1000 мг құрамында: бетаметазон дипропионаты + гентамицин сульфаты (1 мг) + клотримазол (10мг) бар үшкомпонентті жақпамай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	Қосарланған пиогенді, зеңді жұқпа қосылғанда қолданылады
	Гидрокортизон + натамицин +	1000 мг құрамында: гидрокорти	Зақымдану ошақтарының саны мен	күніне сыртынан 1-	

	неомицин	зон + натамицин (10 мг) + неомицин (3500 ЕД) бар үшкомпонентті жақпамай, иісмай	ауқымына қарай	2 рет	
	Бетаметазон + гентамицин	1000 мг құрамында: бетаметазон (1мг) + гентамицин сульфаты (1 мг) бар екікомпонентті жақпамай, иісмай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	күніне сыртынан 1-2 рет	
<u>Кальциневрин баяулатқыштары</u>	Пимекролимус	1% иісмай	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	Күніне 1-2 рет	
<u>Цинк препараттары</u>	Белсендірілген пиритионцинкі	0,2% иісмай, жақпамай, спрей	Зақымдану ошақтарының саны мен ауқымына қарай	Күніне 1-2 рет	

Әрі қарай бақылау:

- Тұрғылықты жері бойынша дерматологта диспансерлік есепке қою.

- Ілеспелі патология болған кезінде педиатрға, невропатологқа, аллергологқа/иммунологқа, оториноларингологқа, гастроэнтерологқа, психотерапевтке қаралу және емделу.

Ем тиімділігінің және диагностикалау мен емдеу әдістері қауіпсіздігінің индикаторлары:

- қышудың азаюы немесе жоғалуы;
- ұйқының қалыпқа түсуі;
- терідегі бөртпелердің кетуі.

Алдын алу. Дұрыс диета организмге арнайы емес десенсибилизациялаушы және детоксикациялық әсер береді, оны науқастың қай тағамды көтере алатынына байланысты әр науқасқа жеке таңдайды. Тағам рационнда кептірілген, консервирленген тағамдарды, тәттілерді, ас тұзын, цитрустыларды, шоколадты, балды, жұмыртқаны, балмұздақты шектейді. Рецидивті алдын алу үшін және ремиссияны ұзарту үшін қарапайым санитарлық-гигиеналық шараларды сақтап, жаз айларында ұзақ уақыт оңтүстікте дем алу қажет.

Балаларда алдын алу шаралары:

Алғашқы профилактика.

Туыларалды (антенаталды) профилактика:

- Жүктілікті жоспарлау;
- Антигендік жүктемені азайту жүкті әйелдер токсикозы, жүкті әйелдің көлемді дәрі-дәрмектік терапиясы, оған кәсіптік аллергиялардың әсері, біржақты көмірсулы тамақтану, нағыз (облигатты) тағамдық аллергияларды теріс пайдалану және т.б.

Туылғаннан кейінгі (постнатальді) профилактика:

- Емшекпен емізуді қолдау;
- Жасанды жолмен ерте тамақтандырудан қашу;
- Шамадан тыс дәрі-дәрмектік терапиядан қашу;
- Емізетін ананың гипоаллергендік емізін сақтау;
- Атопиялық дерматит жөніндегі қауіп факторы болғанда – нәрестенің терісіне дұрыс күтім жасау, асқазан-ішек жолдарының қызметіп қалыптандыру.

Салдарлы профилактика

- Ілеспелі патологияның уақтылы терапиясы;
- Иммунитетті көтеру мақсатымен созылмалы жұқпаның (инфекция) ошақтарын санациялау;
- Балалардағы белгілі бір физикалық факторлардан туындаған атопиялық дерматиттің өршуін профилактикалау үшін, науқастар өршу себебінің әсерінен қашуы керек:

- Суықтан шығатын есекжемнің өршу кезеңінде көшеде жүру уақытын шектеу;
- Ультракүлгін сәулелердің тікелей әсер етуінен, ашық киім киюден қашу; жоғары инсоляциялы аймақтарда демалудан бас тарту, күннен қорғайтын құралдарды пайдалану;
- Анықталған және күдікті аллергиялармен немесе ирританттармен байланысты үзу;
- Тағамдық күнделік жүргізу;
- Денсаулық мектебінде атопиялық дерматит жөнінде оқыту.

Асқынуы. Атопиялық дерматиті бар науқастарда бұл аурудың асқынуы ретінде пиодерма, инфекциялық аурулар, вирустық және саңырауқұлақ инфекцияларына ұшырайды. Бұл ерекшеліктер атопиялық дерматитпен ауыратын көптеген науқастарға тән бастапқы иммунды жеткіліксіз күйін көрсетеді.

Стафилококкты зақымдануы

Көріністің клиникалық тұрғыдан алғанда, ең маңыздысы pyoderma (іріңді тері зақымдануы) болып табылады. Атопиялық дерматиті бар балалардың 90% -ға жуығын алтын стафилококк штаммы қоздырғыштармен теріні екіншілік зақымдалуы болады, сонымен қатар, ол ең белсенді терінің зақымдануы бар жерлерде әдетте локализацияланған болады.

Вирустық зақымдануы

Атопиялық дерматиті бар науқастар процестің күші мен ауырлығына қарамастан, вирустық инфекцияны жұқтырады, көбінесе инфекция қарапайым герпес вирусымен ауырады. Сирек жағдайларда, организмнің жалпы реакциясы жасушалық иммунитеттің жүйесінің жетіспеушілігін көрсететін «Герпетиформды экзема» (Kaposi varioliform eruptions) түрінде дами алады. Бұл әсіресе, балалық шақта атопиялық дерматиті бар ең ауыр жұқпалы асқыну

Саңырауқұлақ инфекциясы

Саңырауқұлақ инфекциясы - пиодермия және вирустық аурулары сияқты жиі асқынатын ауру емес. Дерматофитоз 5% -дан аспайды, питириспоральді түрі 2% аспайды. Бала кезіндегі кандидоздар жиі кездеседі. Саңырауқұлақ инфекциясының болуы қосымша сезімталуға және қабыну процестерін қолдауға әкелуі мүмкін.

Дерматопатикалық лимфаденит

Атопиялық дерматит кезінде терінің диффузиялық зақымдалуынан мойын, қолтық асты, жамбас, шап аймақтардағы лимфа түйіндерінің

үлкеюі байқалады. Түйіндердің мөлшері әр түрлі болуы мүмкін, олар қозғалмалы, серпімді консистенциялы, жиі ауырысынусыз. Көбінесе лимфаденопатия балаларда және атопиялық дерматиттің қайталама инфекциясының асқынуында байқалады.

Болжамы. Аурудың жалпы болжамы аурудың әлсіреу заңдылықтары және аяқатулуы негізінде оң мәнді болып табылады. Алайда, толық клиникалық қалпына келтіру туралы деректер әр түрлі болып табылады және 17% дан 30% дейін өзгереді. Ауру өмір бойыда созылуы мүмкін. Қысқа нысандары бар.

Балалардың атопиялық дерматиті

Атопиялық дерматит - терінің зақымдануы, бұл баланың ерте шағында, сатыланып, аурудың қайта өршуі оның негізгі тұқым қуалау жағдайындағы бейімделушілігінде және Ig E-ауру механизміне тәуелді, ол қарқынды қышыма, жайылмалы бөртпе лихинделген түрде білінеді.

Хаттама коды: Н-Р-001 "Балалардың атопиялы дерматиті"
Педиатрия саладағы стационарлар үшін

АХЖ10 бойынша коды (кодтар):

L 20.8 Басқада атопиялық дерматиттер

L 23 Дерматиттің аллергияға ұласуы

L 50 Аллергиялық есекжем

Жіктемесі

Жіктемесі:

1. Шын мәніндегі экзема.
2. Микробтық экзема.
3. Себеройдты экзема.

Ауырлық дәрежесі: жеңіл , орташа, ауыр.

Балл бойынша (1 балл - жеңіл өтетін, 2 балл - орташа ауырлықта, 3 балл – ауыр өтетін):

- бастың зақымдануы - 1 балл;

- кеуде - 1 балл;
- аяқ – қол - 1 балл.

Диагностика

Диагностика критерилері

Шағымдар мен анамнез:

- тері қышымасы;
- ерте басталу (2 жасқа дейін);
- тері қатпарының зақымдануы, сонымен бірге, 10 жастан кіші балалар ұртының анамнездік көрсеткіші;
- анамнездегі терінің жалпы құрғауы;
- анамнездегі аллергиялық ринит немесе бронхиалды астма, сонымен бірге жақын туыстарындағы (1 дәрежелі туыстығы) 4 жасқа дейінгі кез келген атопиялық ауырулары.

Физикалық тексеру: терінің қатпарлық зақымдану мінезі, лихенизация.

Инструменталдық зерттеулер: асқазан-ішек жолдарының функционалдық және органикалық патологияларын анықтау – құрсақ қуысы ағзаларын УДЗ.

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер: қосарланған патологияға байланысты.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Аллерголог кеңесі.
2. Педиатр кеңесі.
3. Ішек дисбактериозын зерттеу.
4. Гистологиялық зерттеу.

5. Қырынды алу.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі.

1. Стоматолог кеңесі.
2. Невропатолог кеңесі.
3. Құрсақ қуысы ағзаларын УДЗ.

Лабораторлық зерттеулер

Лабораторлық зерттеулер: Ig E сарысуының жоғарлау деңгейі, Ig E – ИФА диагностикасын арнайы анықтау.

Дифференциалды диагноз

Дифференциалды диагноз: микробтық экзема, қызғылт теміреткі, стрептодермия, қотыр, триптофан алмасуының бұзылыстары, себореялық дерматит, иммунтапшылық аурулары және басқа аралас этиологиялы өзге де дерматиттермен жүргізеді. Аралас этиологиялы дерматиттер кезінде атопияға тұқымқуалаушылық бейімділік және аллергоанамнез болмайды. Сол және өзге аллергендер әрекетімен байланыс жоқ.

Аралас этиологиялы дерматиттер инфекциялық агенттермен байланысты, дененің түрлі жерлерінде ассиметриялы орналасады, инфильтативті учаскелер, температуралық реакция байқалады.

Емдеу тактикасы

Емдеу тактикасы

Ем мақсаты:

1. Терідегі қабынбалы өзгерістерді және терінің қышымасын жою және азайту.
2. Тері құрылымы және функциясын қалпына келтіру (зақымдану ошақтарында микроциркуляция және метаболизмді жақсарту, тері ылғалдылығын қалыпқа келтіру).
3. Науқастың өмір сүру сапасын төмендетуге және мүгедектікке алып келетін аурулардың ауыр формасының дамуын алдын алу.
4. Қосарланған ауруларды емдеу (асқазан ішек жолдарын санациялау).

5. Клиникалық-лабораториялық ремиссияға қол жеткізу.

6. Өзін-өзі жақсы сезінуді жақсарту.

Дәрі-дәрмексіз ем

Атопикалық дерматит қалыптасуында тамақтық аллергендердің ролі басымдылық болуына қарай, рационын аллерген көрсеткіші бар тамақ рационьнан алып тастау. Жіберілетін факторлар (үйдегі шаң , мал жүні т.б.) әсерін шығару (азайту).

Дәрі-дәрмектік ем

Келесі кезеңге қолданылатын дәрілік препараттарды ендіру: 2-3 ұрпақтық антигистамин препараты (лоратадин 25 мг, эбастин 100 мг, цетиризин 10,0). Аллергиялық процесстің тұрақтануы үшін, жасуша мембранасының (кетотифен 1 мг/кг) стабилизаторының көрсеткіші пайдаланады. Препараттар асқорту процессінің реттеуіштері. Ауыр науқастық жағдайда, жақсартатын кортикостероидты препараттар қолдану тиімді, өйткені 1-4 апта ішінде жағдайды жақсартады (преднизалон 30 мг/мл-1% гидрокортизонның жағындысы, бетаметазон дипропенад 15-20 мг).

Атопиялық дерматиттің ауырлық дәрежесі тері қышымасының үдемелігімен тері процессінің кең таралуына, локализациясы (шоғырлануы) ұйқының бұзылуымен, тері инфекциясының болуымен анықталады, теріде бөртпе болған жағдайда, организмге аллергеннің келуін тоқтату және ішек пен қарынды шаю керек, энтеросорбенттерді қолдануы керек екені көрсетіледі.

Сыртқы терапиялық белгіге үлкен көңіл аударылады: экссудацияда –1% танинмен ылғалдау, одан әрі 3-6 күн ішінде метилен көгі мен өндеу керек, содан соң глюкокортикостероидты крем, гель, майды сыртына жағу керек, онда глюкокортикостероидтың (метилпреднизалон 250 мг) қабындыруға қарсы әсерін ескеру қажет. Сырттан қолданылатын терапиялық ем, аурудың клиникалық көрінісін, дәрежесіне байланысты, әртүрлі дәрілік формалар пайдаланылады (паста, май, крем, лосьон).

Пиодермиялық қабынуда, антибактериялды терапия курсы жүргізіледі (ол антигистаминдік препараттың болмысында), сонымен қатар сыртқа (комбинированный) құрама препараттар қолданылады (1%-10,0, тридерм); целестодерм Г 0,5%-10,0; 0,1 адвантан кремі, элоком 15мг, 0,1 май / мазь.

Десенсибилизациялық мақсатта тиосульфат натрий (физиологиялық ертінді дәрілік затқа 1-2 тамшы) қолданылады.

Атопиялық дерматит асқынғанда асқазан – ішек жолында ауруға жиірек патологияның гепатобилиарлық жүйесі белгілі бір роль атқарады, сондықтан бауырдан алынатын сынама, осы топта дисбактериозға нәжісін тексеру, терапиядағы ең маңызды көрсеткіш болады, содан соң гепатопротектор (1 мг 50 мг эссенциале немесе күніне 1-3 рет 50,0 капсула), сонымен қатар ферментті препарат (панкреатин 0,5 мг) белгіленеді. Кейбір ауруларда ОНЖ – жағынан өзгерістері білінеді, ұйқы бұзылады, ондайда қосымша седация үшін элетросон белгілейді, сонымен қатар психотропты препараттар көңіл күй басатын әсерлі препараттар қолданылады (қажетті жағдайда), олар – түнге қарай 10 мг оксазепам немесе 0,0005 г. феназепам белгіленеді.

Профилактикалық шаралар: жоқ.

Әрі қарай жүргізу: Санаторлық-курорттық ем. Родонмен теңіздік ванналар (Алакөл, Ыстық көл, Өлі теңіз).

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Лоратадин 10мг таб; мазь (май) 15 мг.
2. *Цетиризин 10 м таб.
3. *Преднизолон мазь (май) 0,5 %.
4. *Гидркортизон 1% мазь (май), крем.
5. *Тридерм 15 мг таб.
6. *Целестодерм Г 15-30 мг табл.
7. *Адвантан мазь (май) 15,0.
8. *Тиосульфат натрий 30% 10 мл ертіндісі.
9. *Метилпреднизолон 4 мг табл ; 40 мг 125мг, 250мг, 500мг, ине мен салатын ертінді дайындау.
10. *Панкреатин табл, 4500 ЕД, кем емес липазасы бар капсула.

11. *Бетаметазон дипропенад 1 мл ертінді амп.

Қосымша дәрі – дәрмектер тізімі:

1. *Оксазепам 0,01 мг таб.
2. *Феназепам 0,01 мг таб.

Ем тиімділігінің индикаторлары:

- терілік синдромды басу;
- қышынудың жоғалуы;
- бөртпелердің регрессиясы;
- ұйқының қалыпқа келуі;
- клиникалық-лабораториялық ремиссияға қол жеткізу.

* – Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар

Госпитализация

Ауруханаға жатқытудағы көрсеткіші: терінің қабыну процесі, қышу.

Жоспарлы түрде ауруханаға жатқытудағы қажетті тексерілу:

1. Педиатр консультациясы.
2. Аллерголог консультациясы.
3. Жалпы қан анализі (6 параметр).
4. Жалпы зәр анализі.
5. АЛТ, АСТ анықтау.
6. Глист жұмыртқасына қырынды.

Есекжем

Есекжем (күлдіректену) – терінің аллергиялық серпіні.

- **Есекжем** –терінің дәріге, тамаққа және басқа заттектерге аллергиялық серпіні. Мономорфты уртикарлы қыштын бөртпелермен көрінетін дерматозды есекжем деп атайды. Есекжем бірнеше минуттан бірнеше күнге дейін созылуы мүмкін. Есекжем көтеріңкі, қызыл, қыштын, түрлі пішінді және өлшемді, шеттері айқын және ортасы солғын келетін күлдіреумен көрінеді.Бұл ауру терінің әр түрлі бөліктерінде күлдіреуік пайда болар алдында қатты қышынып жедел басталады.Күлдіреуік көтеріңкі көлемі жасымықтан алақанға дейінгі,ашық қызғылт түсті тығыз бөртпе.Оның үстіңгі беті қатты тығыздалған домалақ пішіні әр түрлі кейде шеті иректелген болады,ортасы қызғылт түстен форфор түске ауысуы мүмкін.Ондаған минуттардан,бірнеше сағата дейін тұрып,күлдіреуік ізсіз жоғалып кетеді де,қышуы тоқтайды.Жедел ұстамалы түрде болатын есекжемде күлдіреуік тек теріде ғана емес,сонымен қатар еріннің,тілдің жұмсақ таңдайдың,көмейдің шырышты қабаттарында пайда болуы мүмкін.Күлдіреуік геморрагиялық түрде сирек кездеседі,егерде қайталайтын болса теріде із қалдырады.Есекжем жедел ұстамалы түрде бірнеше сағаттан,бірнеше күнге дейін немесе созылмалы түрде күн сайын,кейде сағат сайын айлар жылдар бойы қайталанып тұруы мүмкін. Тін зақымдалуының реакиндік түрі даму негізінде биологиялық активті заттардың дереу шығарылуы болып табылады, олар гистамин, серотонин, нейтрофильдік немесе эозинофилдік хемотаксис факторы. БАЗ әсері тегіс салалы бұлшықеттерді жиырылтады, посткапиллярлық сфинктерді тарылтады немесе прекапиллярлық сфинктерді кеңейтеді.Содан соң қан тамырлар өткізгіштігі жоғарылайды, интерстициальді ісіну және қабыну дамиды. Бірінші түскен аллергияға тыныс жолы, ішек, тері қарсы жауап қайтарады. Тін зақымдалуының реакинді түріне: анафилактикалық шок, Квинке ісінуі, есекжем, жәндіктік аллергия, поллиноз, бронх демікпесі жатады.

Эпидемиологиясы. Есекжем жиі таралған ауру болып табылады. Бұл аурумен 15%-25%аралығында бүкіл жер бетіндегі адамдар ауырған. Жедел есекжем 70-75% жағдайда кездеседі,созылмалы есекжем25-30% аралығында кездеседі.

Жедел есекжем көбінесе балалар мен жасөспірімдерде кездеседі, ал созылмалы түрімен егде жастағы адамдар зардап шегеді. Созылмалы есекжем 5% адамдарда 30-45 жас аралығындағы жаста көп кездеседі, және 2 есе жиі әйелдер ауырады.

Этиологиясы. Есекжем экзогенді және эндогенді факторлардың әсерінен пайда болған терінің жедел аллергиялық реакциясы болып саналады. Қазіргі зерттеулер бойынша есекжемдегі күлдіреуік-қабыну реакциясының белгісі емес, ол әр түрлі химиялық агенттердің теріге тигізген әсеріне қан тамыры қабырғасының өткізгіштігі артуынан пайда болған терінің ерекше трофикалық ісігі. Химиялық белсенді зат қатарына гистамин және белок алмасуынан пайда болған өнімдер жатады. Бұл заттар теріге сырттан механикалық, физикалық, химиялық факторлардың тікелей әсер етуінен енуі мүмкін, және организмдегі патологиялық процесстің әсерінен де жұғуы мүмкін. Есекжем көбінесе тамақ немесе дәрі-дәрмектің кейбір түрлеріне химин морфин пенициллинге жоғары сезімталдылық әсерінен жедел түрде дамиды. Оның созылмалы түрі бүйрек бауыр, ішек қарын аурулары мен зат алмасудың бұзылуымен жасырын инфекция ошақтарымен тығыз байланысты. Есекжемнің бұл түрі жүкті әйелдерде токсикоздың белгісі ретінде ішкі ағзалардың қатерлі ісігі салдарынан қат түзетін мүшелердің ауруының нәтижесінде пайда болуы мүмкін. Созылмалы есекжем суыққа, жылыға күн сәулесінен өте жоғары сезімталдылық нәтижесінде пайда болады. Кейде есекжем шартты рефлекс түрінде болуы да мүмкін, яғни күлдіреуік тек қана тікелей белгілі бір фактордың ісерінен пайда болады. Есекжем дәріге, тамаққа (балық, жаңғақ, жұмыртқа, сүт, т.б.), жануарлардың түгіне, өсімдік тозаңына, инфекцияға (мононуклеоз), жәндік шағуына серпін ретінде көрінуі мүмкін. Басқа мүмкін себептері – өсімдікпен, ингаляцияда қолданылатын құралдармен жанасу, күйзеліс, макияж және ыстық-суықтың, күннің әсері. Есекжем көңіл-күй күйзелісінің, тершендіктің, аутоиммундық аурудың немесе лейкемияның салдарынан дамуы мүмкін. себепін анықтау қиын

Жіктелуі. Өткір, созылмалы рецидивтеуші, тұрақты папулезді созылмалы және күн тәрізді есекжем деп ажыратады.

Ағымы бойынша:

- жедел (6 аптаға дейін);
- созылмалы.

Бейімділігі бойынша:

- тұқым қуалайтын;
- жүре пайда болған.

Жасы бойынша:

- балалар;
- ересектер есекжемі.

Этиологиялық факторы бойынша:

- физикалық;
- идиопатиялық;
- есекжемнің басқа түрлері.

Клиникалық-патогенетикалық нұсқалар бойынша:

- аллергиялық нұсқа;
- жалған аллергиялық нұсқа.

Жедел есекжем. Ауру бірден басталады. терінің қышуы мен қызаруы пайда болады. Бұл кезде ең алғашқы уақытта басының ауруы, дене температурасының 39С дейін көтерілуіне дейін алып келіп бірнеше минуттардан соң қызарып күлдіреуік шыға бастайды. Күлдіреуітер жеке жеке немесе топтасып шығады. Жедел есекжем бірнеше сағаттан бірнеше күнге дейін созылуы мүмкін.

Жеделдеу есекжем. Бұл кезде де клиникалық көрінісі дәл жедел кезеңіндей болады. Бұл кезде 5-баптаға дейін созылуы мүмкін.

Созылмалы есекжем. Қатты мазасызданумен. қышынумен қатар бұл кезде ауру 5аптадан жоғары уақытқа дейін болады.

Созылмалы рецидивтеуші есекжем. Қышыну қатты болғандықтан науқастар қан пайда болғанға дейін қышынуға барады. Бұл созылмалы асқынған түрі болып табылады. Науқас бұл аурумен 10жылдай қайталануымен зардап шегеді. 70%жағдайда этиологиясы мен емін табу қиындық соқтырады.

Этиологиясына байланысты:

- Аллергиялық есекжем; азық-түліктер, дәрі-дәрмектер әсерінен пайда болатын.
- Аллергиялық емес есекжем: морфин, кодеин, декстран және қалақаймен, медузамен, жұлдыз құртпен, актиниялармен жұғысқанда пайда болатын деп бөлінеді.
- Терінің механикалық тітіркенуі— діріл, қысым т.б (механикалық, дермографиялық, қысымдық есекжем)
- Күн сәулесі әсерінен (күндік есекжем)
- Су (аквагенді есекжем)
- Физикалық жүктеме, тар бөлмеде болу (холинергиялық есекжем)

- Жылы нысана (жылулық есекжем)
- Суық нысан, суық ауа (суықтық есекжем)
- Тері дәрі, тағам, жәндік шаққанда тікелей жанасуы (контактты және папулезды есекжем)
- Сирек кездесетін физикалық есекжем (вибрационды, адренергиялық)



Патогенезі. Егер есекжем аутоуыттану, тағамға немесе бактерияларға сезімталдылық көтерілуі сияқты эндогендік ықпалдарға дамыса, онда қан тамырлардың бөліністері аллергиялық серпілістердің реагендік I-түрінің тетіктері бойынша дамиды. Атопия дамуында анафилаксиялық серпілістерге сәйкес арнайы тетік болып аллергенге жауап ретінде организмнің антиденелерді артық өндірі маңызды орын алады. Атопиялық ауруларға бейімділік бар адамдарда $Tx0$ жасушаларының нақтылануы $Tx2$ жасушалар жағынан басым болады. $Tx2$ жасушалары интерлейкин 4, 5, 10 тағы да басқа медиаторлар шығарады. Бұлар әсіресе интерлейкин 4 Влимфоциттерінде G иммуноглобулиндердің орнына иммуноглобулин E өндірілуін арттырады. Дені сау адамдарда IgE Оден 40-60 халықаралық өлшем мл/ге дейін ғана болады. Ал атопиялық аурулар кездерінде оның мөлшері 100-120 өлшемнен бірнеше мың өлшемге дейін көтеріліп кетеді. Оларда лапроциттермен базофидерге жабысып антиденелердің міндетін атқарады. Есекжем кезінде қышыма бөртпелердің пайда болуында қылтамырлар қабырғаларының өткізгіштігі көтерілуі өте маңызды орын алады. Бұл кезде қан тамырлардың өзгерістері дамуына аллергиялық медиаторлардың маңызы

зор.Қанда гистамин деңгейінің көтерілуі әр түрлі себептердің пайда болған есекжеммен ауыратын науқастарда байқалады.

Кейде есекжем аллергиялық емес жолмен де дамуы ықтимал.Оның бұл жолмен дамуында бейспецификалық тетіктер елеулі орын алады.Бұл кезде;

- Организмнің дербес жүйке жүйесінің өзара қатынасы бұзылуы осыдан парасимпатикалық жүйке жүйесінің межеуаты көтеріліп В2 адренергиялық жауап қайтарудың төмендеп кетуі
- Лаброциттермен базофилдердің өз беттерінше ешбір себепсіз немесе әр түрлі иммундық емес түрткілерге жауап ретінде көптеп биологиялық белсенді заттар босатып шығару қабылетінің артып кетуі
- Қанда эозинофилдер көбейіп,олардың шырышты қабықтарда жоғарылауы маңызды орын алады.

Жіті есекжем немесе сүлде есекжемнің ушығуы кезінде қанда кининаза ферментінің белсенділігі төмендейді.Қатты шаршаудан жан дүниелік күйзелістерден физикалық ықпалдардан дамыған есекжем даму жлдарында ацетилхолин қатысады.

Есекжем теріге тікелей әсер етуінен дамығанда қан тамырлардың өзгерістері бұл ықпалдардың алдымен эпителий қабатына және оның жүйкелік рецепторларына артынан қан тамырларының қабырғаларына тікелей әсерінен болады.

Бұл дерт кезінде қан және лимфалық қылтамырлар кеңиді,терінің бүртікті қабатында жіктелген ісіну және эпидермисте жасушааралық ісіну пайда болады.Есекжем кезінде тыныс жолдарының шырышты қабығы бүлінуімен тыныс алу ауырлайды.Ұстамалы жөтел пайда болады,асфиксия дамуына қауіп төнеді.

Есекжемнің барлық клиникалық түрлеріне ортақ патологиялық тізбек болып ұсақ тамырлар өткізгіштігінің жоғарылауы мен осы тамырлардың айналасында ісіктің пайда болуы есептеледі.

Есекжемде күлдіреуіктік реакцияның негізінде гистамин әсерін потенциялаушы биологиялық активті заттардың жоғары концентрациясына байланысты (серотонин, ацетилхолин, брадикинин, интерлейкиндер, простогландиндер) дереу-баяу әсерлі типті гиперсезімталдық жатыр. Демек, есекжем көп этиологиялы уытты-аллергиялық дерматоз болып табылады. Сонымен қоса, жасуша ішілік протеиназаның шамадан көп жиналуымен жүретін диспротеинемиядан болатын созылмалы есекжемнің аллергиялық емес формалары белгілі. Бұл жағдайда гистаминнің әсеріне ұқсас, тамырлық реакцияны шақыратын, патологиялық антиген-антидене реакциясынан кейін

агрессивті иммунды комплекстер пайда болатын, иммунды жүйенің патологиялық жағдайында болатын аутоагрессивті үрдістер орын алады. Есекжемде сарысулық иммуноглобулиндердің құрамында IgE гиперпродукциясы мен IgA жетіспеушілігі өзгеруімен жүретіндіктен, есекжемнің дамуы әрқашан гистаминнің көп мөлшерде бөлінуімен байланысты болмайды.

Брадикинин, серотонин және басқа да пептидтердің әсерінен болатын аурудың түрлерін гистаминге қарсы препараттармен емдеу еш нәтиже бермейді. Осы топқа тоңу кезінде бөлінетін крибулиндердің шамадан тыс бөлінуінен болатын суықтық есекжем жатады. Холинергиялық есекжем вегетативті дистонияның уртикарлы эффоресценциялардың қалыптасуына әсерінің мысалы болып табылады. Бұл жағдайларда ацетилхолиннің бөлінуі күшейеді де гистаминге реакцияға ұқсас тамырлық реакцияны тудырады. Патогенетикалық жағынан қосымша аурулар да (созылмалы ошақты инфекциялар, ішеккұрт инвазиясы, отбасылық атопия, өт шығару жолдарының дискинезиясы, асқазан-ішек бұзылыстары, дәрілік аллергия) маңызға ие.

Клиникалық көрінісі. Өткір есекжем үдемелі, кенеттен басталады, денесінде аяқ-қолдарында көптеген бөртпелер пайда болады. Күлдіреуіктер тері бетінен жоғары орналасатын терінің емізікшелі қабатының өткір ісінуімен өтетін, седепті реңмен қанық қызғылт түсті, қышыйтын тығыз түзіліс болып келеді.

● Егер күлдіреуіктер көп болса, олар шеттері тегіс емес полициклді шеттері бар кеңейген ошақтарға айналады. Бұл кезде қалтыраумен бірге субфебрилит, асқазан-ішектік бұзылыстар, өт шығару жолдарының дискинезиясы, невротикалық бұзылыстар болуы мүмкін. Бөртпе элементтері ауыз кілегейінде пайда болып, тыныс алу мен жұтынуды қиындататын ісінумен жүреді. Өткір есекжем бірнеше күн сақталады. Ағымына қарай:

- жедел -6 аптаға дейін
- Созылмалы- 6 аптадан аса ауырған жағдайда болады.

Күлдіреуік деңгейіне байланысты балл бойынша есептеледі.

Балл	Күлдіреуік	Қышуы
0балл	болмайды	болмайды
1балл	20күлдіреуік 24сағатқа дейін	жеңіл
2балл	20-50күлдіреуікке дейін 24сағатқа дейін	орташа
3балл	50күлдіреуіктен жоғары 24сағат ішінде	қатты



Балалар есекжемі. Балалар есекжемі 5-байдан бастап 2-3жасқа дейінгі балаларда кездеседі. Ол кеуде және аяқ қол терісінде күлдіреуіктің шығуынан басталады. Ортасында түйреуіш басындай түйіншек-көпіршік құрылады. Кей жағдайда шешектің бір түріне ұқсас ірілеу көпіршік түзіледі. Бөртпелер қатты қышиды, қасынуда қоңырқай қабықшалар пайда болады. Бұл ауру кәдімгі импетиго тәрізді аурулармен асқынуы мүкін. Ауру созылмалы, қайталанып тұрады. Әдетте 3жасқа келгенде өзінен өзі кетеді. ең басты себебінің бірі баланы дұрыс тамақтандырмау және кейбір тағамдарға сүтпен, жұмыртқаға, етке тәттіге балыққа сезімталдылықтың жоғары болуы.

Есекжемнің ең бірінші элементі күлдіреуіктер – ол еміздікті қабаттың жедел ісігі ретінде дамиды.



Диагностикасы.

Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті)

диагностикалық зерттеп-қарау:

- жалпы қан анализі;
- жалпы несеп анализі;
- нәжісті ішқұрттарға тексеру;
- ИФА әдісімен қан сарысуындағы Ig E (жалпы) анықтау;

Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін қосымша диагностикалық зерттеп-қарау:

- қанның биохимиялық талдауы (глюкозаны, жалпы ақуызды, холестеринді, креатининді, несепнәрді анықтау);
- тері қырындысын зеңге микроскопиялық зерттеу;
- бактериологиялық зерттеу (нысаптың (фекалии), ұлтабар жынының, ауыз жұтқыншақтан және басқа да созылмалы жұқпа ошақтарынан алынған материалдың);
- ИФА әдісімен токсокара, жылауыққұрт (эхинококк), трихинелла және/немесе басқа да паразиттердің антигендеріне антиденелерді табу;
- эзофагогастроуденоскопия;
- өтті себумен ұлтабарға сүңгі салу;
- in vivo (телімді IgE аллергендерінің құрамын анықтау) және in vitro (тері және арандату сынамалары, толық ремиссия кезеңінде) аллерготесттері.

Жоспарлы емдеуге жатқызуға жолдау кезінде жүргізілуі қажет зерттеп-қараудың ең аз тізбесі:

- жалпы қан анализі;
- жалпы несеп анализі;
- нәжісті ішқұрттарға тексеру.

Стационарлық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық зерттеп-қарау:

- қанның биохимиялық талдауы (билирубинді, АЛТ, АСТ анықтау).

Жедел кезек күттірмейтін көмек кезеңінде жүргізілетін диагностикалық іс-шаралар: шоктың дамуын болдырмау мақсатымен АҚ, ЖЖЖ, тыныс алуды бақылау.

Физикалық зерттеп-қарау:

Құбылмалы экссудаттық жолақсыз элементтер/күлдіреуіктер:

- ісінген, тығыз, ашық қызыл түсті;
- тері деңгейінен көтеріңкі тұратын;
- әртүрлі өлшемдегі (диаметрі 0,5 см-ден 10-15 см-ге дейін);
- әрқилы кесіндегі (дөңгелек, ірі фестондық және т.б.);
- ортасының ақтаңдақ болуы жиі кездеседі.

Терінің шектеулі ісігі (алып есекжем, жіті шектеулі Квинке ісігі):

- сілемейлі қабықтардың (тіл, көмей, көздің конъюнктивтері, мұрын жұтқыншак), беттің (ерін, ұрт, қабақ және т.б.) және/немесе жыныс мүшелерінің;
- субъективті сезінулердің болмауымен бірге, тері мен сілемейлі қабықтар тығыз серпінді консистенцияда, ақ, сиректеу – қызғылт түсті болады.

Есекжемнің диагностикасы біріншілік морфологиялық элемент – күлдіреуікке негізделген. Диагнозды ашық уртикарлы қызыл дермографизм дәлелдейді. Ажырату диагностикасын дәрілік токсидермиямен, строфулюспен, Квинке ісігімен жүргізеді. Есекжемді жәндіктердің шағуынан ажырату қиын, себебі шаққан жерде уртикарлы бөртпелер пайда болады. Бөртпенің пайда болу кезеңін, оның орналасуын, тұрғылықты жерінің немесе балалар үйінің санитарлық жағдайын ескеру керек. Дюрингтың герпестік дерматозында күлдіреуікпен қоса көпіршіктер мен көпіршікшелер болады, олардың құрамында көп мөлшерде эозинофилдер анықталады, сонымен қатар йод препараттарына жоғары сезімталдық байқалады.

Балалардағы есекжем кезіндегі көмектің алгоритмі.

- 1. Балаға су шайлы пауза 12 сағатқа тағайындау.
- 2. Тазалаушы клизма.
- 3. бұлшық етке 2% супрастин немесе 2%

тавегил ерітіндісін 0,1 мл/жыл дозасында

- 4. гисталонг немесе зиртек, кемтин мына дозада: 2 жасқа дейін - 1/4 табл.; 2-7 жас- 1/3 табл.; 7-12 жас - 1/2 табл.; 12 жастан жоғары -1 табл. 1 рет күніне.
- 5. Белсендірілген көмірмен 1 г/кг/күніне энтеросорбция жүргізу.
- 6. гигантты есекжемде 0,1% адреналин ерітіндісін 0,1—0,2 мл п/к.
- 7. Квинке ісінуі кезінде 3% преднизолон ерітіндісін 2 мг/кг және 2% лазикса 1-3 мг/кг в/в тамшылатып
- 8. Тұқымқуалайтын ангионевротикалық ісінуде жаңа мұздатылған плазма 50-100 мг в/в.
- 9. Көмей ісінуі болған жағдайда ЛОР-бөлімшеге жеткізу.

Есекжем дифференциалды диагностикасы

Есекжемнің негізгі клиникалық-зертханалық сараланған-диагностикалық белгілері

Критерийлер	Есекжем	Күлдіреуікті васкулит	Токсикодермиялар	Дюринг ұшық тәріздес дерматиті
Бөртпелердің мінездемесі	Ісінген, тығыз, ашық қызғылт түсті, тері деңгейінен көтеріңкі тұратын, әртүрлі	Тері жабыныңн түрлі аймақтарына шығатын, әртүрлі үлкендіктегі күлдіреуіктер	Тері мен сілемейлі қабықтарда эритемалы-сквамозалық, везикулалық және буллездық элементтер	Күлдіреуіктің көп тұрпатты (полиморфтық) элементтері, көпіршіктер мен көбіктер айқындалады

	өлшемдегі (диаметрі 0,5 см-ден 10-15 см-ге дейін) және кескіндегі (дөңгелек, ірі фестондық және т.б.), жиі ортасында ақтаңдақ жері бар күлдіреуіктер.		басым болатын көп тұрпатты (полиморфтық), көбіне симметриялы бөрту элементтері	ы.
Үдерістің ағымы	Күлдіреуіктер ізсіз кетіп қалады (кейде бірнеше минуттан кейін); папулалар (созылмалы есекжем кезінде тәуліктен астам уақыт сақталуы мүмкін).	Әдетте, бөртпелер 1-3 және одан да көп тәулік сақталады.	Бөртпелер сақталады және емдеу болмаған кезінде үдерістің жалпылай жайылуына бейім болады.	Үдеріс емсіз - дененің басқа да аймақтарын да жаңа элементтердің пайда болуымен үдей түседі.
Қышудың қарқындылығы	Айқын қышыну, ашып ауыру	Науқастар қышынуға қарағанда ауырсыну сезіміне жиі шағымданады	Айқын	айқын
Науқастардың жалпы жай-күйі	Жалпы жай-күйдің бұзылуы: қалтырау, буын	Жалпы жай-күйдің бұзылуы: буын сырқырауы,	Жалпы жай-күйдің бұзылуы: буын сырқырауы,	Жалпы жай-күйдің бұзылуы: буын сырқырауы,

	сырқырауы, тұншығу; дауыстың қарлығы, еңтігу, қызба (есекжем қызбасы).	іштегі ауырсыну, дене қызуының көтерілуі.	дене қызуының көтерілуі, диспепсиялық бұзылыстар	дене қызуының көтерілуі.
Зертханалық көрсеткіштер	Эозинофилдердің көбеюі; қан сарысуындағы Ig E жоғары деңгейі.	ЭШЖ жоғары, иммуноглобулиндер қатынасының өзгеруі, комплементтің гемолитикалық белсенділігі	ЭШЖ 15-тен 40 мм/с дейін жоғары, ауырлығына қарай, эозинофилдердің көбеюі 10-нан 40%-ға дейін	Қандағы және көпіршік сұйықтығындағы эозинофилдердің көбеюі 10-30%-ға дейін, сондай-ақ йод препараттарына жоғарғы сезімталдық.

Емі.

Емдеу мақсаттары:

- клиникалық симптомдарды тоқтату;
- асқынудың дамуын болдырмау;

Гипоаллергендік емдәм: №7 үстел (облигатты тағамдық аллергияларды, сығып алынған заттарды, ішімдікті рационнан және т.б.).

Дәрі-дәрмекпен емдеу

2-буындағы антигистаминдік H1 бөгеушілері тағайындалады.

Айқын аллергияға қарсы, қышынуға қарсы, қабынуға қарсы және антиэкссудаттық әрекеттерді қамтамасыз ету үшін:

- Лоратадин (дәлелділік деңгейі – B) ішкізу арқылы тәулігіне 1 рет, №10-14: ересектер мен 12 жастан асқан балаларға 1 таблетка (10 мг) немесе 2 шай қасық шәрбат; 2 жастан 12 жасқа дейінгі балаларға 1/2 таблетка немесе 1 шай қасық шәрбат.

- Цетиризин (дәлелділік деңгейі – C) ішкізу арқылы тәулігіне 1 рет, № 10-14: ересектер мен 12 жастан асқан балаларға 1 таблетка (10 мг)

немесе 20 тамшы;
6 жастан 12 жасқа дейінгі балаларға 1 таблетка (10 мг) немесе 20 тамшы (0,25 мг/дене салмағының кг есебінен);
2 жастан 6 жасқа дейінгі балаларға 5 мг (1/2 табл. немесе 10 тамшы);
1 жастан 2 жасқа дейінгі балаларға 2,5 мг (5 тамшы).
· Левоцетиризин (дәлелділік деңгейі – А) ішкізу арқылы күніне 1 рет, № 7-10 күн: ересектер мен 6 жастан асқан балаларға 5 мг.
· Дезлоратадин (дәлелділік деңгейі – В) ішкізу арқылы тәулігіне 1 рет, № 10–14 күн: ересектер мен 12 жастан асқан балаларға 5 мг немесе 10 мл шәрбат; 6 жастан 11 жасқа дейінгі балаларға 5 мл (1 өлшеуіш қасық – 2,5 мг); 1 жастан 5 жасқа дейінгі балаларға 2,5 мл (1/2 өлшеуіш қасық – 1,25 мг).
· Фексофенадин (дәлелділік деңгейі – Д) ересектерде ішкізу арқылы тәулігіне 1 рет, балаларда 2 рет, № 10-14 күн: ересектер мен 12 жастан асқан балаларға 180 мг-нан; 6 жасқа дейінгі балаларға 30 мг.
· Клемастин (дәлелділік деңгейі – D) (бірінші буыны) ішкізу арқылы тәулігіне 1-2 рет, № 7-10 күн: 1 жастан 3 жасқа дейінгі балаларға 2,0-2,5 мл шәрбаттан күніне 2 рет; 3-жастан 6 жас –5,0 мл-ден (0,5 мг) күніне 2 рет; 7 жастан асқандарға 5,0-10,0 мл-ден (0,5-1,0 мг) күнінен 2 рет. Ересектерге ішке 1 мг-нан. Бұлшықет ішіне 2 мл-ден күніне 1 рет.
· Хлоропирамин (дәлелділік деңгейі – D) (бірінші буыны) ішкізу арқылы тәулігіне 1-2 рет немесе бұлшықет ішіне 1 мл-ден, № 10-14: ересектерге 25 мг-нан; 1 айдан 12 айға дейінгі сәбилерге - 5 мг (0,25 мл) (ұнтақталып езілген түрінде балалар тағамымен бірге); 1 жастан 6 жасқа дейінгі балаларға - 10 мг (0,5 мл) немесе 1/4 таблеткадан (8,3 мг) күніне 3 рет немесе 1/2 таблеткадан күніне 2 рет; 6 жастан 14 жасқа дейінгі балаларға - 10-20 мг (0,5-1 мл) немесе 1/2 таблеткадан (12,5 мг) күніне 2-3 рет.
· Дифенгидрамин (дәлелділік деңгейі – С) (бірінші буыны). ішкізу арқылы немесе бұлшықет ішіне 1 мл-ден 1% күніне 1-2 рет: ересектерге 25-50 мг-нан; 1 жасқа дейінгі сәбилерге - 0,002-0,005 г-нан; 2 жастан 5 жасқа дейінгі балаларға - 0,005-0,015 г-нан; 6 жастан 12 жасқа дейінгі балаларға - .
Тығандәрілерді, орташа алғанда 7-10 күн бойына, ішекті тазалау

клизмасынан кейін күніне 1-2 рет немесе өз бетінше тазалаудан кейін күніне							
1-3	рет		тік		ішекке		ендіреді:
3	жасқа	дейінгі		сәбилерге		0,005	г-нан;
3	жастан	4	жасқа	дейінгі	балаларға	- 0,01	г-нан;
5	жастан	7	жасқа	дейінгі	балаларға	- 0,015	г-нан;
8	жастан	–		14	жас	- 0,02	г.
· Мобгидролин (дәлелділік деңгейі – D) (бірінші буыны) ішкізу арқылы тәулігіне 1-3 рет, № 7-10 дней:							
ересектерге				100			мг-нан;
2	жасқа	дейінгі		сәбилерге		50-100	мг-нан;
2	жастан	5	жасқа	дейінгі	балаларға	50-150	мг-нан;
5	жастан	10	жасқа	дейінгі	балаларға	100-200	мг-нан.

Глюкокортикоидтар

тағайындалады.

Үдерістің ауыр өтуі кезінде мөлшері мен қайталау реттілігі әр пациентке жеке анықталады:

· Бетаметазон (дәлелділік деңгейі – D) бұлшықет ішіне, 7-10 күн ішінде 1 рет жамбас бұлшықетіне терең енгізілетін инъекцияға арналған суспензия:

ересектерге	(4-8 мг)		1-2	мл;
1 жастан	5 жасқа	дейінгі	сәбилерге – бастапқы мөлшері	2 мг;
6 жатан	12 жасқа	дейінгі	балаларға	4 мг.

· Гидрокортизон (дәлелділік деңгейі – D) әр 2-6 сағат сайын вена ішіне тамшылатып енгізу, аурудың ауырлығына қарай 48-72 сағаттан көп емес:

ересектерге	100		мг;
балаларға	кемінде	25	мг/кг/тәу.

· Дексаметазон (дәлелділік деңгейі – D) вена ішіне тәулігіне 3-4 рет немесе ішкізу арқылы, тәуліктік мөлшерді 2-3 қабылдауға бөліп, тамақтан кейін қабылдау, № 5 күн: ересектерге: 4-тен 20 мг-ға дейін немесе таблеткамен тәулігіне 10-15 мг-нан; балаларға: 0,02776-0,16665 мг/кг/тәу.(жасына қарай) мөлшеріне дейін 2,5 – 10 мг/ дененің үстіңгі бетінің ауданының м 2/тәу. тағайындайды.

· Преднизолон (дәлелділік деңгейі – C) ішкізу арқылы, тәуліктік мөлшерді 2-3 қабылдауға бөліп, тамақтан кейін қабылдау, № 5 күн: ересектерге күніне 40-60 мг; балаларға 1 мг/кг/күн.

· Метилпреднизолон (дәлелділік деңгейі – C) ішкізу арқылы, тәуліктік мөлшерді 2-4 қабылдауға бөліп, тамақтан кейін қабылдау № 5 күн:

ересектерге –4-тен 48 мг-ға дейін;
балаларға – 0,42-1,67 мг/кг немесе 12,5-50 мг/м 2 /тәу.

**Амбулаториялық деңгейде көрсетілетін дәрі-дәрмектік ем:
Негізгі дәрілік заттар тізбесі (100% тағайындау мүмкіндігі бар)**

- Лоратадин - таблеткалар 10 мг, құтыдағы шәрбат;
- Цетиризин - таблеткалар 10 мг; ішке қабылдауға арналған тамшылар 10 мг/1 мл; 20 мл құты.
- Левоцетиризин - таблеткалар 5 мг;
- Дезлоратодин - құтыдағы шәрбат 2,5 мг/5 мл, таблеткалар 5 мг;
- Фексофенадин - таблеткалар 30, 120, 180 мг, суспензия 6 мг/мл (30 мл, 300 мл);
- Клемастин - таблеткалар 1 мг, шәрбат, 2,0 мл-лік ампулалар;
- Хлоропирамин - таблеткалар, 25 мг; 1,0 мл-лік (20 мг) ампулалар;
- Дифенгидрамин - ампулалардағы инъекцияға арналған ерітінді 1% - 1мл; 20 мг; 30 мг және 50 мг-дық таблеткалар, тік ішекке қолдануға арналған тығындәрілер 5 мг, 1 мг, 15 мг және 20 мг;
- Мебгидролин - таблеткалар, драже 50 және 100 мг.

Қосымша дәрілік заттар тізбесі (қолданылу мүмкіндігі 100%-дан төмен):

- Бетаметазон - ампулалар 1,0 мл;
- Гидрокортизон – инъекцияға арналған суспензия 25мг/мл;
- Дексаметазон - таблеткалар 0,5 мг; 1,5 мг, ампулалар 0.4% 1.0 мл;
- Преднизолон - таблеткалар 5 мг, ампулалар 30 мг/мл;
- Метилпреднизолон - таблеткалар 4 мг; 16 мг, ампулалар 20, 40, 125, 250, 500, 1000 мг.

Есекжемнің барлық клиникалық варианттарында ем тамақтану режимін реттеуден, мүмкін болатын аллергендік факторларды алып тастаудан басталады. Өткір есекжемде тамыр өткізгіштігін азайту және капиллярлар тонусын жоғарылату үшін кальций хлориді, кальций глюконатын, антигистаминді препараттар және аскорутин тағайындайды. 10-15 % магний сульфаты ерітіндісін 10-15 мл-ден тәулігіне 3-4 реттен тұрақты әсер алғанға дейін ішкізеді. Гистаминге қарсы препараттардың жаңа ұрпағы жақсы әсер береді: кестин, зиртек 10 мг-нан күніне 1-2 реттен 10 күн бойы.

Жергілікті ментол, анестезин, гидрокортизонмен шайқалатын жүзінділерді тағайындайды, кейін фторланған глюкокортикоидты жақпа майлар мен кремдерді, фенистил гелін қолданады.

Созылмалы есекжемде басты назарды диетаға, режимге, жүйке жүйесінің, асқазан-ішек жолының жағдайына, созылмалы инфекциялар ошақтарын анықтап, тазартуға аудару қажет.

Детоксикация мақсатында гемосорбция немесе энтеросорбцияны қолданады. Гистаминге қарсы препараттармен қоса 10 мл 30 % натрий тиосульфат ерітіндісін тамыр ішіне күн сайын немесе күнара енгізу ұсынылады. Ауыр формаларында экстракорпоральды детоксикациямен қоса глюкокортикоидты гормондар преднизолон, дипроспан қолданылады. Холинергиялық есекжемде беллоид, беллатаминал, атропин сульфатын қолданған дұрыс.

Есекжемнің барлық формаларында витаминдер тағайындалады: аскорбин және ниотин қышқылдары, рибофлавин, кальций пантотенат және пангамат, пиридоксальфосфат, цианокобаламин, дипромоний, токоферол ацетат. Іш қату мен дисбактериозда іш жүргізетін заттар, биологиялық препараттар тағайындалады.

Жергілікті ем аса маңызды емес. Ерітінділер, спирт пен сумен аралас шайқалатын қоспалар, сирек майлы шайқалатын қоспалар, жақпа майлар, линименттер, пармидинді, индометацинді, бутадиионды мазьдар, кортикостероидты гормондармен қосылған жақпа майлар мен кремдер, фенистил гелі тәрізді қышынуға, қабынуға қарсы заттар қолданылады.

Алдын алу шаралары

- сенсублизациялаушы әлеуетті аллергендермен және факторлармен (суық, жылу, күн, физикалық жүктеме, дәрілік препараттар және т.б.) жанасуды болдырмау мақсатымен элиминациялық іс-шараларды сақтау;

- есекжемнің өршуін профилактикалау үшін, экзогендік агенттерге анықталған реакциясы бар науқастарға (жанаспалы есекжем және басқа түрлері) неғұрлым жеңіл киім киюге; жасына қарамастан (балаларға өмірінің алғашқы күндерінен бастап және ересектерге), үйден шығар алдында дененің ашық жерлеріне (бет, қол, ерін) арнайы құралдарды – теріні қорғайтын эмоленттерді жағуға кеңес беріледі;

- пацентті тұрмыстағы және өндірістегі өзін ұстау дағдыларына үйрету – аурудың ағымының, диагностикалау мен емдеудің ерекшеліктерін, симптомдық терапия жүргізудің, «жедел жәрдем» дәріқобдишасының болуы жөніндегі ұсынымдарды сақтаудың, сезімталдық спектрін ескере отырып гипоаллергендік емдәмді сақтаудың қажеттілігін түсіндіру (ауызша немесе

жадынама

түрінде);

асқынған алергологиялық анамнезге ие немесе есекжеммен ауыратын баласы бар әйелдер жүктілік кезінде гипоаллергендік емдәмді сақтауы қажет.

Созылмалы экзема

Созылмалы экзема дегеніміз — көрінетін себептері ауырпалы пайда қызаруы, бөртпелер пайда бола бастады, түрінде көпіршіктері олар лопались, мокли мен ссыхались білімі бар корочек, сүйемелденді күшті қышыма пайда болады, ұйқыны бұзатын және покраснением тері ладоней. Бірінші эпизод аурулары аяқталды өздігінен емдеу және созылды шамамен бір ай. Екінші эпизод басталды 2014 жылғы қыркүйекте — күшейді мокнутие, Жүгінді дерматологу тұрғылықты жері бойынша диагнозы «Экзема», тағайындалды элоком мазь, бөртпелер регрессировали. Үшінші эпизод қаңтар 2015 2015 — әлі күнге дейін жалғасуда. Бөртпелер болды қатты зудеть, бұл кедергі жасады. Бұл эпизод бастады расслаиваться тырнақтар. Сыртқы түрі бойынша бөртпелер бірінші және екінші эпизод байқалған жоқ, дегенмен көп обильными, тері ауырпалы болды трескаться. Болды стационарована тері-венерическое бөлімшесі аурухананың тұрғылықты жері бойынша диагнозы «Экзема». Төлеген емдеу, ол, алайда, әкелген жоқ толық регресс высыпаний, бірақ азайтты, олардың қарқындылығы, қатты азайды қарқындылығы қышуды. Арқылы күні стационардан шыққаннан кейін бөртпелер қайта басталды. Науқас шешті консультация алуға жүгінуі және емдеумен клиникаға тері-венерологиялық аурулар ПМГМУ. Сеченов 20. 02. 15.

Ауруханада тұрғылықты жері бойынша төлеген келесі емдеу:

Гипоаллергенді диета
Ерітінді «Гемодез» 200 ml\к / т тамшылатып № 7
Дексаметазон ерітіндісі 2,0 (8 мг.)\м. №5; 1,0 (4 мг.)\м № 4
Ерітіндісі, кальций глюконаты 10% 10,0\м
Ерітінді натрий тиосульфаты 30% 10,0 в\
Таблеткалар Лоратадин 1 т. тәулігіне.
Таблеткалар Кетотифен 1-т., түні.
Энтеросгель 1 ас қасықтан күніне 3 рет тәулігіне
Капсула Аевит 1. тәулігіне 3 рет
Таблеткалар Валерианы 1 т. 2 рет тәулігіне
Кванттық терапия схемасы бойынша
Сыртқа — борные басқыштар тәулігіне 3 рет, фукорцин р-р, гиоксизон 2 рет тәулігіне.

Емханалық емдеу тағайындалды:
 1. Гипоаллергенді диета 10 күн ішінде, тері гигиенасы, деген сөздер алынып тасталсын байланыс болуы мүмкін аллергиялармен
 2. Байқау және емдеу дерматолог тұрғылықты жері бойынша
 .Т. Зиртек 1 т. күніне 2 рет 10 күн
 .Т. Кетотифен 1 т. 10 күн
 .Т. Глицирам 1 т. күніне 2 рет 30 минут тамаққа дейін бір ай ішінде.
 .Т. Адаптол 1 т. күніне 2 рет 14 күн
 .Жергілікті «кловейт» 1р. тәулігіне; «Локобейз рипеа» 2. р. тәулігіне;
 метилурациловая мазь 2 рет тәулігіне 10 күн.
 . Status praesens
 Жағдайы қанағаттанарлық. Қалыпты тамақтану. Әлпеті өкініштісі. Қожа тыс зақымдау ошақтарын: құрғақ, склонная к покраснению, тургоры төмендеген. Дермографизм қызыл нестойкий. Тері сезімталдығы сақталған. Шашты басында сақталған. Тырнақ өзгеруі — ногтевые пластинкалар түтіккен, слоятся бар борозда және тазартылып, бірнеше шұңқырлар. Айналасындағы тері тырнақ өзгертіледі — жарықтар эпидермис, қабыршақтануы, қабыршақтары.
 Шырышты физиологиялық түсті. Лимфа түйіндері өскен жоқ, безболезненны, спаяны айналасындағылармен маталар.
 АҚҚ 160\80
 Тексеру жүйелері бойынша — жүргізілген жоқ.
 ауру экзема высыпание
 5. Status localis
 Қабыну зақымдануы, терінің созылмалы сипаттағы. Бөртпе көп, кеткен жер оқшауланады ауырпалы және стопах, зақымданған межпальцевых орындары, шеткі бунақтың және тырнақ жоғарғы және төменгі аяқ, және дистальной үштен предплечий. Бөртпе симметрична, полиморфна, орналасқан эритематозном фонында ұсынылған бастапқы — миллиарными тығыз папулами және папуло-везикулами полушаровидной нысандары; және кейінгі — серозными корочками сұр-сары түсті, чешуйками орта мөлшерін, сызықтық жарықтары бар, эпидермис ұзын-екі жылдан бес сантиметр. Қабығы мен қабыршақтары бар жазық пішінді, қате кескінін, нерезкие шекаралары, қызғылт түсті шероховатой беті. Кескінін бөртпелердің нақты емес, элементтері, оның бейім бірігу, бейім топтастыру. Бар саны аз нүктелі эрозия с серозным бөлінді бар — «серозды құдықтары». Ошақтары бөртпелердің кезектесіп орналасқан учаскелерімен лихенизированной тері, еркін высыпаний. Күні жетекшілігі басым екіншілік элементтері — жарықтар эпидермис және қабыршақтары арналған эритематозном фонында. Папулы және қабыршағын

сақталады саласында ғана жоғарылау үлкен саусақтың. Тері ладоней орташа отечна және лихенифицирована. Шырышты емес, қатысу. Шаш емес, қатысу. Тырнақ арналған саусақтары аяқ қатысу — ауданда ногтевого білікшенің краевое жіктелуі тырнақ өзгерістер, олардың түсті. Бөртпелер күшті сүйемелденеді қышыма пайда болады, ол күшейіп, түнде және таңертең және бұзады, ұйқы.

6. Негіздеу диагноз
Басы ауырған жоқ көрінетін себептері, өзгермеген теріде бастап отечной эритема.

Сыртқы түрі высыпаний өзіне тән эволюционным полиморфизмом (алдымен туындаған сұр-папулы, эрозировались білімі бар «сірі құдықтар, дамуына әкеліп соқты мокнутия, білімі сірі корочек, қабыршақты және желілік эрозий эпидермис). Бір мезгілде болуы әр түрлі элементтерін қалыптастырады. Бірте-бірте арта түсуі көріністерін және қайталанбалы ағым — қосылу эритема. Қышу пайда болып, асқынған кезінде процесс. Симметриялық сипаты высыпаний — ауырпалы және стопах. — бұл классикалық клиникалық көрінісін идиопатической экземасы.

Дифференциалды диагноз:
Шектелген нейродермит

Pro. Кровное непрямоe туыстығын науқастармен атопическим дерматитом және бронх демікпесімен.

Contra — қызғылт дермографизм қарағанда ақ кезінде нейродермите, мокнутие кезінде нейродермите жоқ. Жоқ анамнезін қатысты диатеза. Менің тікелей туыстарының құбылыстардың дерматит байқалмаған.

Кәсіби экзема:

Pro. Тұрақты байланыс тағамдық пленкамен, тағамдық бояғыштармен бояу жұмысы

Contra. Циклоферонның жеңіліс ладоней және тоқта. Пайда болуы высыпаний арналған неизмененном фонында, ал кәсіби экземе, әдетте, алдында аллергиялық дерматит.

Микробты экзема:

Contra болмауы, ілеспе нагноения, симметриялы высыпаний.

Псориаз (Псориаз ладоней және табанның)

Pro. Жасы 52 жаста, физикалық сипаты. өңі қызарып, жарықтар

Contra — болмауы псориатической ұштаған (феномендері стеаринового дақтар, псориатической пленка және қанды шық). Болмауы высыпаний, дененің басқа.

Тексеру

жоспары

1.Микроскопия қабыршақтар отырып, тырнақ және ладоней болдырмау үшін
грибкового зақымдануы

2.Қанның жалпы талдауы

.Қан биохимиясы

4.IgE

.Серологиялық реакциялар мерезге, АҚТҚ-ға, В және С.
. Емдеу (амбулаториялық)

Режимі жуу:

1.Аулақ артық жууға. Тырысу емес мочить қолына алмай, мұқтаждық.

2.Пайдалану қорғаныш қолғаптар кезінде жинау, ыдыс жуу, және т. б.

.Қолды жуу гипоаллергенным сабынмен.

.Ылғалдандыру кремами.

Диета:

Диета негізінен көкөніс және сүт. Ұсынылады үнемі ішу сүт қышқылды
өнімдер (ацидофилин, бифидок, снежок, қатық, айран және т. б.)

Деген сөздер алып тасталсын дәмдеуіштер (бұрыш), цитрус.

Жалпы емдеу.

1.Емдеу ілеспе ауруларды терапевт, гастроэнтерологом (барлығы —
санациясы, ішек).

2.Кеңес гинеколог-эндокринолог.

.Атаракс 25 мг түнге қарай сағат 19.00-де және 12,5 мг. күні сағат 12.00-де. —

Атипичный транквилизатор тобының бөгейіштердің гистаминнің.

Қамтамасыз етеді симптоматикалық ем қышыну және жеңіл
противотревожное және седативное қолданысқа енгізіледі. 10 күн

.Аевит 1 капсуладан күніне 2 рет ұзақ уақыт тамақпен бірге.

.Энтеросгель — 2 шай қасық тәулігіне бір рет — 4 сағаттан кейін
қабылдағаннан кейін басқа дәрі-дәрмек (23.00) — 10 күн

.Ацилакт — 1 капсуладан күніне 2 рет тамақпен бірге.

.Нимесулид 200 мг 2 рет. 10 күн

.Пентоксифиллин 100 мг. күніне 2 рет. 10 күн

Жергілікті емдеу:

1.»Сызаттар және суланатын эрозия жағуға р-р фукорцина тәулігіне 2 рет

2.Кейін кебу фукорцина теріге жағыңыз мазь D-пантенол — түсте және
кешке.

.Түнде астында окклюзионную байлап демалыссыз элоком мазь, таңертең
оны жағу керек.

Қайталап тексеру арқылы 5 күн.

Физиотерапия:

1.ҚҚЕБ-А

2.Магнитотерапия

.Озонотерапия (Газация аяқ-қолдың в пластиковом қапта)
.Гипербарическая оксигенация.
Болжам: қатысты толық емделгенге қолайсыз. Бәлкім созылмалы жиі рецидивами.

Дерматологқа көрінген дұрыс. Көріне алмаған жағдайда:

Экземаға арналған жан-жақты әсері бар дәрілер жоқ. Сондықтан да, алдымен, аурудың туындау себебін анықтап алу керек, содан кейін организмді тұтастай емдеген жөн. Алғашқы жәрдем ретінде ішке хлорлы кальцийдің 10%-дық ерітіндісін тамақтанудан соң күніне 3 қасықтан қабылдайды, сондай-ақ антигистаминді препараттарды да, мысалы, димедрол, супрастин, тавегил, кларитин сияқты дәрілердің бірін тамақтанудан 30 минут бұрын 1 түймедағын қабылдауға болады.

Түнге қарай валериана (жарты құты суға 40 тамшы) немесе сасықшөп (пустырник) тұндырмасын, новопассит және басқа да тыныштандырғыш дәрілерді қабылдауға кеңес беріледі. Қызарғанда және жарылмайтын көпіршіктер болған жағдайда тальк, мырыш, крахмал опаларының бірін, индифферетті пастаны; қатты қабынған жағдайда салқындатқыш ерітінділер (корғасын суын) қолданады. Дымқылдығы кеткеннен кейін құрамында нафталин және концентрациясы 2-3% бор қышқылын қолдануды біртіндеп арттырады. Қатты қабыну реакциялары жоғалған кезде пастаға қара май, АСД қосады. Бұлардың мөлшерін біртіндеп 2%-дан 5-10%-ға дейін көбейтеді. Созылмалы экзема ошақтарын емдеуді жақпамайларға кортикостеродты майларды қосып аяқтайды. Дымқылды сатысында дәріге батырылған дымқыл дәкені, мысалы, төрт қабаттап бүктелген дәкені тиісті ерітіндіге батырып, жақсылап сығып алады да, терінің зақымданған жеріне басады. Мұндай дәкені әрбір 10-15 минут сайын алмастырып отыру керек. Оның сыртына компреске арналған қағазды жабады. Дәке әрдайым салқын болуы тиіс. Дәке үшін бор қышқылының 2% ерітіндісін (100 мл суға бор қышқылының ұнтағын 2 г-нан салып ерітеді), салқын сұйық шайды қолданады.

Теріге Лассар және Дерматол жақпамайлары жақсы әсер етеді. Қабатталған дәкенің орнына тәулігіне 1 рет «Элоком» кремін жұқа етіп жағуға болады. Науқастардың өзі, алдымен, теріні күтуге аса мән беру керек. Ыстық суды, сусабынды, сабынды аурудың жедел ағымды және баяу өрбитін түрлерінде

пайдалануға болмайды. Суға түсе бермеуі керек. Су тым ыстық емес, жылы болуы тиіс. Мұндайда бұлаудан гөрі, себіл қабылдаған дұрыс. Егер су тітіркендіретін болса, оған бор қышқылының және марганец қышқыл калийдің әлсіз ерітіндісінің аздаған мөлшерін қосса, оның зиянды әсері бәсеңдеуі мүмкін. Крахмал және итөшаған қосылған бұлау қабылдау керек, бірақ жиі және ұзақ емес.

Экземаға шалдыққан науқасқа витаминдер, кондитерлік тәтті (ара балы, тосап, шоколад т.б.), ащы, қуырылған тағамдарды және спирт ішімдіктерін шектеуге тура келеді. Кір жуғыш ұнтақтар, тұрмыстық химия заттарын пайдалануға болмайды. Пайдаланған жағдайда қолға іші мақта матамен астарланған резеңке қолғап кию керек. Киілетін киім мақта матадан болғаны жөн. Жүн мата, жасанды талшықтардан жасалған маталар теріні тітіркендіре түседі.

Тері қышыса да, шыдамды болуға тырысқан дұрыс. Қасынған сайын ол ұлғая түседі. Әрі онда түрлі жұқпалар пайда болуы мүмкін.

Терінің қатты терлеуіне жол бермеу керек. Сондықтан тым жылы киінбеңіз. Жедел ағымды кезеңінде зақымданған жерді күн сәулесінен және жарықтан қорғау керек. Ал жазылу кезеңінде, керісінше, күн сәулесі пайдалы.

Аллергия тудыратын косметикалық майларды, дәрілерді және гигиеналық жабдықтарды пайдалануды доғара тұру керек. Сонымен қатар экземаға шалдыққан адамдардың ұзағырақ ұйықтағаны пайдалы.

Экзема (грек. eczema – теріге бөртпе шығу) – **терінің** созылмалы **ауруы**.

Экзема көбінесе жүйке және **эндокринді** жүйелер қызметінің бұзылуынан, созылмалы жұқпалы аурулардың асқынуынан (**тонзиллит**, **гайморит**, т.б.), **организмнің** белгілі бір аллергияға аса сезімталдығынан, **асқазан-ішек жолдарының ауруларынан**, т.б. пайда болады. Экзема, әсіресе, экссудативтік-катаралдық диатезбен ауыратын сәбилерде жиі кездеседі (қ. **Диатез**).

Экземамен ауыратын кейбір

науқастарда **балыққа**, **жұмыртқаға**, **цитрусты** жемістерге, т.б. тағамдарға, үйдегі шаңға, гүл тозаңына, гүл иісіне, **химиялық** заттарға (кір жуатын ұнтақтар, бояулар, т.б.) **аллергия** реакциялар (қ. **Аллергия**) байқалады. Кей жағдайда дәрілік препараттар да Экземаның дамуына септігін тигізеді.

Сондай-ақ Экзема жазылмай ұзаққа созылған күйіктің, жараның айналасында (әсіресе аяқтағы) пайда болады, оны – **микробты** экзема деп атайды. Аурудың алғашқы белгісі: ісінген теріде ұсақ, іші суға толы көпіршіктер, қызғылт түсті түйіндер шығады. Кейін олар бір-бірімен тұтасып бірігіп кетеді де, қабыршақтанып, терінің беті жарылады. Экзема түскен жер қатты қышиды. Біртіндеп Экзема пайда болған тері қабаты қатайып, қалыңдай түседі.

Ересек **адамдарда** Экземалық бөртпелер саусақтың, өкшенің, білектің сырт

жағынан, ал балаларда бетінен, мойнынан және кеудесінен шығады. Экземаны дерматолог-дәрігер емдейді.^[1]

Экзема- өзгеше қабынған эритемо-везикулездық , терінің қыштитын зақымдануы, жедел басталып, кейіннен созылмалы түрде дамиды, қайталауға жиі биім. Аурудың аты гректің "eczeo"- "қайнау" деген сөзінен шыққан. Экземада шығатын ұсақ көпіршіктер қайнап жатқан судағы ауа көпіршіктерінің тез жарылуын еске түсіреді.

Этиологиясы. Аурудың басты себептерінің бірі-жүйке жүйесі, эндокриндік өзгерістер, инфекциялық-аллергиялық факторлар, генетикалық ауырлықтар және иммунды тапшылықтар алып келеді. Бірақ осы факторлардың әрқайсысының шешуші маңызы дәлелденбегендіктен экзема көп этиологиялық ауру деп саналады.

Клиникалық және патогенетикалық ерекшеліктеріне қарай экземаның бірнеше түрі болады: нағыз, себореялық , дисгидротикалық , микробтық , кәсіби экземалар.

Клиникалық көрінісі. **Нағыз немесе идиопатикалық экземада** алдымен жедел қабынулық , домбық-қан эритема шығады, содан кейін топтанып өте ұсақ көпіршіктер пайда болады, түгел дамып бітпей жатып олар тез жарылады. Орнында майда нүкте тәрізді ұйымалы құдықшалар деп аталатын эрозиялар ашылады, ұйыма жалқық бөлініп шыққандықтан, эрозиялардың беті суланып тұрады. Бірте-бірте ұйыма жалқық кеуіп, сарғыш-сұр қабықтар түзіледі, олардың астындағы эрозия жазыла бастайды. Сонымен, экземаның ағымында бірнеше сатыларды бай-қауға болады-эритематоздық , түйіншекті-көпіршікті, сулану және қабық түзілу. Толқынды дамуының салдарынан барлық бірінші дәрежелік бөртпелер–дақ, түйіншектер, көпіршіктер-бір мезгілде көрінеді, бұл белгі – эволюциялық полиморфизм деп аталады және экземаға өте тән. Ақырындап сіңбе дамиды, зақымданған тері қалыңдай бастайды, тері өрнегі аса айқын көрінеді (лихенизация) сөйтіп ауру бірте-бірте жедел ағымынан созылмалы түріне ауысады. Терінің түсі – қанның тоқырағандағы түсіне жақындайды, ошақтың бетінде қабықтардан басқа қабыршақтар пайда болып, түлей бастайды. Сонымен қатар, жаңадан түйіншектер , көпіршіктер шығуы толасмай, "ұйымалы құдықшалар" мен эрозиялық ошақтар түзіле береді. Мұнда жедел қабынудың белгілері мен сіңбеленудің көрінісі алма-кезек ауысып отыруы нағыз экземаға тән белгі, терінің қышуы қатар жүріп отырады, ауру өршігенде өышыну сезімі де арта түседі. Экзема ошақтары анық шектеулі, иректі болады. Көбінесе терінің бірнеше аймақтары зақымданады, бір – бірінен қалыпты тері арқылы бөлініп тұрғандықтан теңіздегі аралдар архипелагына ұқсап кетеді. Процесс көбінесе беттің, қол ұшының терісінде басталып бүкіл теріге жайылып кетуі мүмкін. Жедел

басталған ауру біртіндеп созылмалы түріне ауысып, кейде жылдар бойы сақталады.

Микробтық экзема. Созылмалы іріңдікті аурулардың орнында – инфекциялық жарақаттардың, трофикалық жаралардың, ірің ағып тұрған тесіктердің, сыдырылулардың айналасында дамиды. Жедел қабынулық, қалыпты теріден анық шектелген, шеттері иректелген ірі ошақтар пайда болады. Түйіншек-тер мен ұсақ көпіршіктерден басқа, суланған эрозиялардың бетіне қалың іріңді қабық қатады. Бөртпелер арасында қалыпты тері көрінбей бір-бірімен тығыз орналасады. Ошақтар шетіне қарай өсуге бейімді.

Емі. Науқасты емдемес бұрын оның ішкі ағзаларының ауруларын, созылмалы инфекция ошақтарын т.б. себептерін анықтау. Науқастарға седативті, десенсибилизациялық, қабынуға қарсы препараттар: кальций препараттарын (10% кальций хлорид ерітіндісін немесе кальций глюконат к / т 10 мл күнара, барлығы 8-10 егу Гистаминге қарсы қолданылатын дәрілер – диазолин, задитен, супрастин, тавегил, кларитин беріледі. Тері аса ісінген жағдайда зәр қуатын дәрілер берген жөн. Қабынуға қарсы және гипосен-сибилизациялық әсері бар – полиглокин, гемодез препараттарын қолдану тиімді. Иммундық процестерді реттейтін – метилурацил, тактивин, тималин, пирогенал, спленин, дәрілерді де қолдануға болады. Жасалған ем көмектеспеген жағдайда және ауру бүкіл теріге жайылып кетуге бейім болса 2 – 3 апта преднизолонда тәулігіне 15 – 25 мг беріп, бірте – бірте мөлшерін азайтады. Витаминдер-ден В1, В6, В12, С тағайындалады. Жергілікті ем қабыну процесінің ерекшелігіне сай тағайындалады. Сулы таңба үшін 0,02% фурациллин, 2% резорцин, 0,01-0,1% калий перманганаты т.б. пайдалануға болады. Экземаның созылмалы сатысында майлар қолданылады- гидрокортизон, синафлан, целестодерм т.б. Ересектерге де, балаларға да тиімді, гипосенсибилизациялық диета ұстау (тәтті, ащы тағамдар жемеу.)

Мазмұны

1. Қышыма	3
2. Квинке ісігі	17
3. Нейродермит	31
4. Балалардың атопиялық дерматиті	69
5. Есекжем	75
6. Созылмалы экзема	91

Оқу үлгісі