

**ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**

Балалар жұқпалы аурулар кафедрасы

СӨЖ

**Тақырыбы: “Балалардағы жұқпалы
мононуклеоз”**

**Орындаған: Абдиказиева А.Е
4-043 ЖМФ**

Тексерген: Насакаева Г. Е.

Қарағанды 2016

Жоспар

I Кіріспе

II Негізгі бөлім

✓Этиология және эпидемиология

✓Патогенезі

✓Клиникасы

✓Диагностикасы

✓Емі

✓Профилактика

III Қорытынды

IV Пайдаланылған әдебиеттер



Кіріспе

Ауруды алғаш рет Н.Ф.Филатов 1885 жылы анықтап, «лимфа бездерінің идиопатикалық қабынуы» деп атаған болатын. Сондықтан көптеген жылдар бойы «Филатов ауруы» деп аталды. 1889 жылы неміс ғалымы Е.Пфейффер лимфополиадениті мен аңқаның зақымдалуы дамиды, безді қызбамен ауырған науқастың ұқсас клиникалық көрінісін сипаттап жазған. М.А. Эпштейн мен Д.М. Барр 1964 жылы Беркитт лимфомасының клеткаларынан герпес тәрізді вирусты анықтады. Аурудың патогенезі мен клиникасын, емдеуін зерттеуге И.А.Кассирский, Н. И.Нисевич, Н.М.Чирешкина сияқты ғалымдар үлкен үлес қосқан. Эпштейн-Барр вирусының этиологиялық рөлі дәлелденгеннен кейін және диагностиканың ерекше әдістері жете зерттелгеннен соң, аурудың эпидемиологиялық ерекшелігі және клиникалық белгілерінің спектрі анықталған.

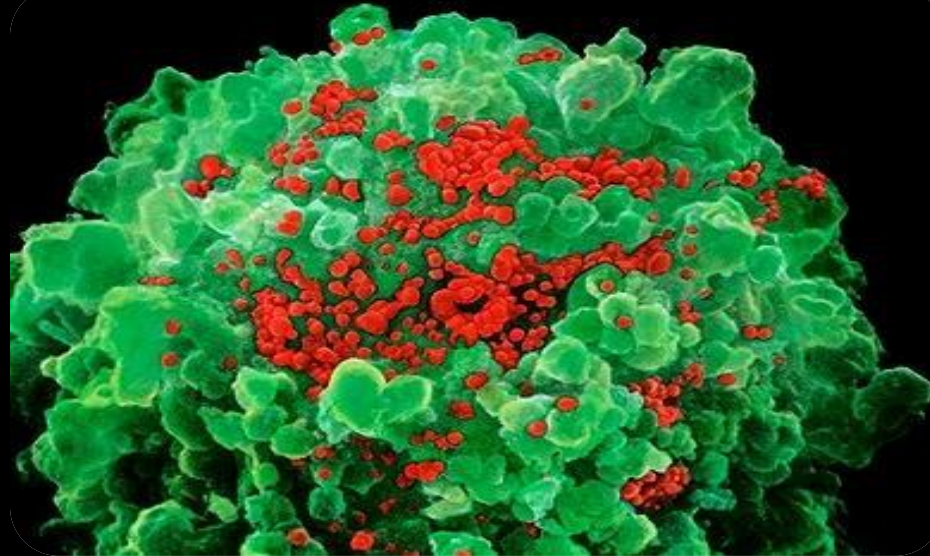


❖ Жұқпалы моноклеоз – қоздырғышы көбінесе аэрогенді механизммен берілетін, клиникасында қызбамен, интоксикациямен, баспамен, лимфаденопатиямен, гепатоспленомегалиямен және қанда атипті моноклеарлардың пайда болуымен сипатталатын жедел антропонозды вирусты жұқпалы ауру.



Этиологиясы

Арудың қоздырғышы- EBV – герпес топтарының вирусына қатысты және өзінің морфологиясы бойынша қарапайым герпестің вирустарынан айырмашылығы жоқ. Вирустың репликациясы приматтардың В-лимфоциттерінде өтеді. Сыртқы ортада тұрақтылығы төмен, құрғатқанда, жоғары температура әсерінен тез жойылады. Құрамында ДНҚ бар.



Эпидемиологиясы.

□ **Инфекция көздері** – науқас адамдар, соның ішінде аурудың манифесттік, көмескі түрімен ауыратындар және тасымалдаушылар.

□ **Берілу механизмі** – аэрогенді, жұғу жолы — ауа-тамшылы, бірақ жиі сілекей арқылы да (мәселен, сүйісу кезінде) беріледі, қан құю кезінде де инфекция берілуі мүмкін. Вирус сыртқы ортаға 18 сағаттың ішінде бөлінеді. 50% -ға жуық ересек адамдар бұл ауруды жасөспірім шақта бастан кешеді. Қыздардың арасында жұқпалы мононуклеоздың ең жоғары жиілігі 14-16 жаста байқалған, ал ер балаларда-16-18 жас аралығында. 40 жастан жоғары адамдар өте сирек ауырады. Бұл ауру жаппай таралған, әсіресе дамушы елдерде. Инфекция көп жағдайда көмескі түрде өтеді. Аурудың жоғары деңгейі жылдың суық мезгілінде көп тіркеледі.



Патогенезі.

Вирус жұтқыншақтың шырышты қабықтары арқылы еніп, гематогенді және лимфогенді жолдармен таралады, көмекей бездеріне, лимфа түйіндеріне, көк бауырға және басқа мүшелерге өтіп, олардың гиперпластикалық процестерін қоздырады. Мононуклеоздың патоморфологиясы лимфа түйіндерінің, көк бауырдың, бауырдың, жілік майының биоптаттарын тексеру негізінде зерттелген.

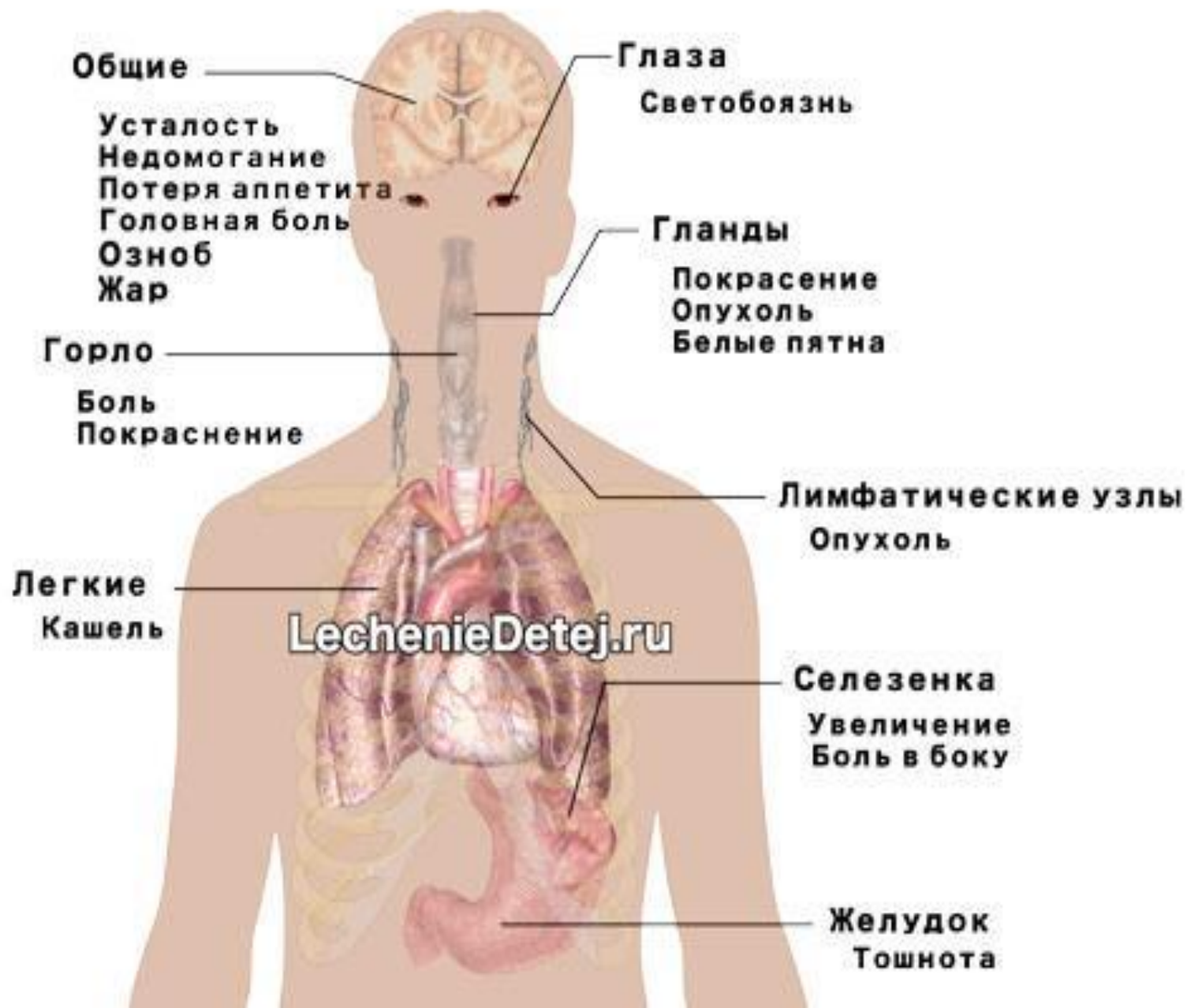
Патологоанатомиялық тексеру барысында лимфа түйіндерінің, көк бауыр мен бауырдың ұлғайғаны және жұтқыншақтың ісіну өзгерісі айқындалған. Инфекциялық үрдістің бәсеңдеуінен соң, вирусты бөлек В-лимфоциттерден және мұрын — жұтқыншақтың эпителий клеткаларынан табуға болады. Зақымданған клеткалардың жартысы жойылып, вирустар жаңа клеткаларды залалдай бастайды. Клеткалық және гуморальды иммунитет бұзылады. Бұл суперинфекциялар екіншілік инфекцияның құрылуына мүмкіндік береді. Жұқпалы мононуклеоз кезінде иммунитет тұрақты, реинфекция тек антидене титрінің жоғарылауына ғана әкеледі. Инфекция нышансыз және жасырын түрінде кең таралған, себебі вирусқа қарсы антиденелер ересек адамдардың 50-80% — да табылған.

Клиникасы

Жасырын кезеңнің ұзақтығы — 4-15 күн (жиірек 1 аптаға жуық). Ауру жедел басталады. Аурудың 2-4-ші күндері қызба мен ағзаның улануы ең жоғарғы деңгейге жетеді. Алғашқы күндері әлсіздік, бас ауыруы, бұлшықет пен буынның сырқырап ауыруы, ал кейінірек — тамақ пен жұтқыншақтың ауыруы пайда болады. Дене қызуы $-38-40^{\circ}\text{C}$. Қызбаның ұзақтығы — 1-3 апта. Тонзиллит аурудың бірінші күні немесе кештеу, қызба мен аурудың басқа да белгілерімен (5-7-ші күндері) бірге көрінеді. Көмекей безінің зақымдануы 90% науқастардан байқалған. Аурудың алғашқы күндерінде науқаста тамақтың ауыруы мен жыбырлауы білінеді. Алғашқыда катаральды баспа жиі бір жақты болса, ал тым кеш мерзімде фолликулярлы, лакунарлы, сирегірек жаралы және күл ауруындағы фибринозды жабынды сияқты баспа білінуі мүмкін.



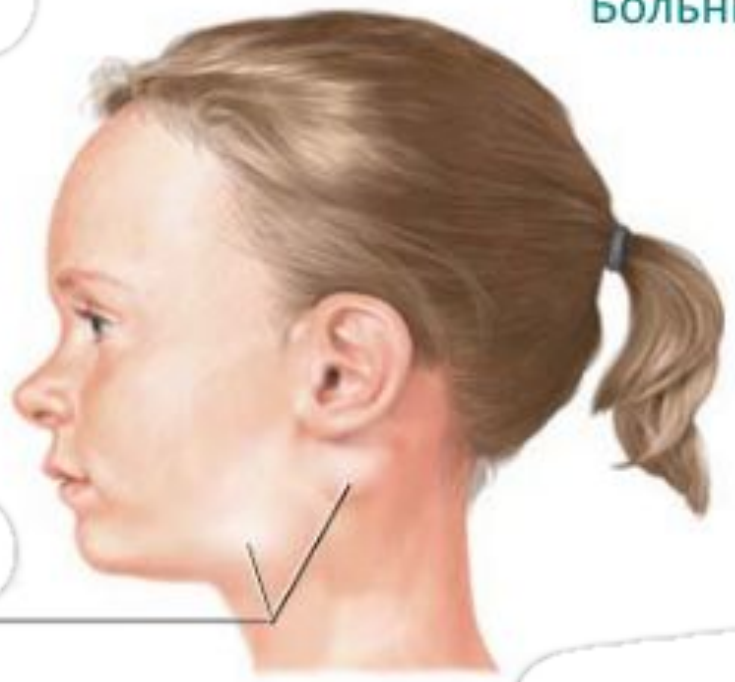
Главные симптомы инфекционного мононуклеоза



- **Лимфаденопатия** барлық науқастарда байқалған.
- **Полиаденопатия** — тұрақты симптом. Перифериялық лимфа түйіндерінің көлемі 0,5-2,0 см-ге дейін жетеді.. 10-15 күннен кейін лимфа түйіндерінің көлемі қысқара бастайды, алайда олар 2-3 айдай уақытта аздап үлкейген түрде қалуы мүмкін.
- 25% науқастарда **экзантема** болады. Бөртпенің пайда болуы мен ерекшелігі кең көлемде өзгереді. Ол аурудың 3-5-ші күндері көрініп, макулопапулезді (қызылша тәрізді), ұсақ дақты, розеолезды, папулезды, петехиальды сипатта болады. Бөртпе 1-3 күн болып, ізсіз жоғалады. Жаңа бөртпелер болмайды.
- **Гепатоспленомегалия** аурудың 3-5-ші күні пайда болып, 3-4 апта бойына сақталады.
- Жүйке жүйелерінің зақымдануы сирек кездеседі. Менингит, сирек жағдайда-менингоэнцефалит, энцефаломиелит, полирадикулоневрит тәрізді асқынулары болуы мүмкін. Ауру 7-10 күннен 4-6 аптаға дейін созылады, алайда ұзаққа созылатын ағымының болуы ықтимал (3 айға дейін), созылмалы түрі 1-2 жылға дейін жетеді.
- Перифериялық қанда лейкоцитоз ($9-25 \times 10^9/\text{л}$) білінген. Бір ядролы элементтердің саны (лимфоциттер, моноциттер, атипті мононуклеарлар), 1-ші аптаның соңында 80-90% -ға жетеді. Мононуклеар реакциясы 3-6 ай және тіпті бірнеше жыл сақталады.

Симптомы мононуклеоза
у ребенка:

- утомляемость
- повышение температуры
тела
- боль в горле
- увеличение
региональных,
как правило шейных,
лимфатических узлов



Больных мононуклеозом
нельзя лечить
ампициллином,
из-за вероятности
появления сыпи



внешний вид
больного



ангина



мононуклеоз



увеличение лимфоузлов



Жұқпалы мононуклеоздың клиникалық түрінің жіктелуі :

□ Типіне байланысты:

- типті;
- атипті;

□ Клиникалық көрінісінің ауырлығына байланысты:

- жеңіл;
- орташа;
- ауыр .



Диагностикасы

Аурудың диагностикасы клиникалық симптомдарға (қызба, лимфаденопатия, бауыр мен көкбауырдың ұлғаюы, перифериялық қанның өзгерісі) негізденген. Гематологиялық зерттеу маңызды орын алады. Лимфоциттер санының көбеюі және атипті мононуклеардың пайда болуы тән (барлық лейкоциттерден 10% жоғары). Диагностика мақсатында:

- ПЦР,
- Пауль-Буннель реакциясы,
- Гоффа-Бауэр реакциясы қолданылады.



Салыстырмалы диагностика

Жұқпалы мононуклеозды баспадан, күл ауруының әр түрлерінен, цитомегаловирусты инфекциядан, АИВ-инфекциясының алғашқы клиникалық сатыларынан, баспалы түрлерінен, вирусты гепатиттерден, қызылшадан, қан ауруларынан салыстыру жүргізу керек. Атипті мононуклеарлар 1-ші күні білінеді. 3-ші аптаның соңында олардың мөлшері азая бастайды, лимфоцитоз бірнеше ай сақталады.



Асқынулары.

Жұқпалы мононуклеоз кезінде аурудың асқынуы жиі болмайды, бірақ өте ауыр болуы мүмкін. Гематологиялық асқынуларға аутоиммунды гемолитикалық анемия, тромбоцитопения, гранулоцитопения жатады. Мононуклеоздан қайтыс болудың бірден бір себебі — көкбауырдың жарылуы. Әртүрлі неврологиялық асқыну: энцефалит, бас сүйек жүйелерінің салдануы, соның ішінде Белла салдануы, менингоэнцефалит, Гийен-Барр синдромы, полиневрит, көлденең миелит, психоз. Гепатиттің, сондай-ақ кардиологиялық асқынулар (перикардит, миокардит) дамуы мүмкін. Гемолитикалық анемияның ұзақтығы-1-2 ай. Мононуклеоз кезіндегі өлім себептерінің бірі — энцефалит, тыныс алу жолдарының обструкциясы, көкбауырдың жарылуы екені белгілі.



Емі

Науқастарды клиникалық көрсеткіші бойынша ауруханаға жатқызады. Гепатиттің белгілері бар кезде ғана арнайы №5-ші диета талап етіледі. Аурудың жеңіл түрлерінде дәрумендер мен симптоматикалық терапиямен шектеуге де болады. Кортикостероидтарды гемолитикалық анемия мен неврологиялық асқынулар кезінде тағайындау керек. Ауыр ағымды ағзаның улануында және дене қызуының көтерілуінде преднизолон белгіленген (30-40 мг үлкендерге, ал балаларға 0,5- 1,0 мг/кг тәулігіне, 3-5 күн ішінде, емдеу курсы 7-10 күнге созылады). Антибиотиктерді өкпе қабынуы тәрізді асқынуында тағайындайды. Көкбауыр жарылғанда тез арада хирургиялық ем керек. Созылмалы моноклеозда симптоматикалық және патогенетикалық терапия жүргізіледі.



Профилактика

Бұл аурудың профилактикасы жете зерттелмеген. Ошақтарға іс-шаралар жүргізілмейді. Науқасқа жеке ыдыс-аяқ, сүлгі, ал балаларға-ойыншықтар берілуі тиіс.



Қорытынды

Жұқпалы мононуклеозды сонымен қатар Филатов ауруы, Пфейффер ауруы, бездік қызба, моноцитарлы баспадеп те атайды.

- ❖ Жұқпалы мононуклеозбен аурушандық кең таралған. Көбінесе балалар мен жасөспірімдер ауырады. Клиникалық көрінісі полиморфты болғандықтан көптеген жұқпалы және жұқпалы емес аурулармен салыстырмалы диагностика жүргізу қажет. Аса маңыздылығы – бұл ауру ЖИТС-ассоциирленген комплексті аурулар тобына жататындығы. Сол себептен де, аурудың қауіптілігін ескере отырып профилактикалық немесе гигиеналық талаптарды қатаң сақтанған жөн.



Пайдаланылған әдебиеттер

1. Нисевич Н.И. Инфекционные болезни у детей / Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, – Медицина. – М.: 1990. – 624 с.
2. Құттықожанова Ғ.Ғ./ Балалардың инфекциялық аурулары, 2010
3. Пропедевтика детских болезней // Под редакцией Н.А. Геппе, Н.С. Подчерняевой. - Учебник. – М, 2008. - Изд. «ГЭОТАР-Медиа». – 2008.- 462 с.
4. Шабалов Н.П. Детские болезни / Н.П. Шабалов -СПб: «Сотис» 1996. – 567 с.м



**Назар аударғандарыңызға
рахмет!**

