

**ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ  
ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ФТИЗИАТРИЯ КАФЕДРАСЫ**

# **СӨЖ**

**Балалардағы жұқпалы мононуклеоз**

**Орындаған: Мақұлбек Ж.Б  
4-019 ЖМ  
Тексерген: Насакаева Г. Е.**

Қарағанды 2019

## ЖОСПАР:

- I Кіріспе
- II Негізгі бөлім
- ✓ Этиология және эпидемиология
- ✓ Патогенезі
- ✓ Клиникасы
- ✓ Диагностикасы
- ✓ Емі
- ✓ Профилактика
- III Қорытынды
- IV Пайдаланылған әдебиеттер



# КІРІСПЕ

- Жұқпалы мононуклеоз-барлық лимфа түйіндерінің, әсіресе мойын бездерінің үлкеюімен, бауыр және көкбауырдың қлғаюымен, қанайналымда атипті мононуклеарлардың пайда болуымен сипатталатын инфекциялық ауру.
- 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 дамитын, безді қызбамен ауырған науқастың ұқсас клиникалық көрінісін сипатттап 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 мононуклеоз** – қоздырғышы көбінесе аэрогенді механизммен берілетін, клиникасында қызбамен, интоксикациямен, баспамен, лимфаденопатиямен, гепатоспленомегалиямен және қанда атипті мононуклеарлардың пайда болуымен сипатталатын жедел антропонозды вирусты жұқпалы ауру.



Жұқпалы мононуклеозды ғалымдар зерттеу барысында 4 кезеңге бөлді:

1. кезең - Филатов кезеңі – 1885 жылы аурудың клиникасын зерттеген.
2. кезең – 1921 жылы гематологиялық қандағы өзгерістерді тапқан Тюрк, Спрант Эвенс.
3. кезең – этиопатогендік, Пауль, Буннель, Давидсон қоздырғыштардың қанға түсетінін, соған байланысты антиденелердің пайда болатынын дәлелдеген.
4. кезең - қазіргі кезең, 1964 жылдан бері.



# ЖІКТЕМЕСІ

## ✓ Түрі бойынша:

- типтік;
- атиптік (симптомсыз, өшірілген, висцералдық).

## ✓ Ауырлығы бойынша:

- жеңіл түрі;
- орта ауыр түрі;
- ауыр түрі.

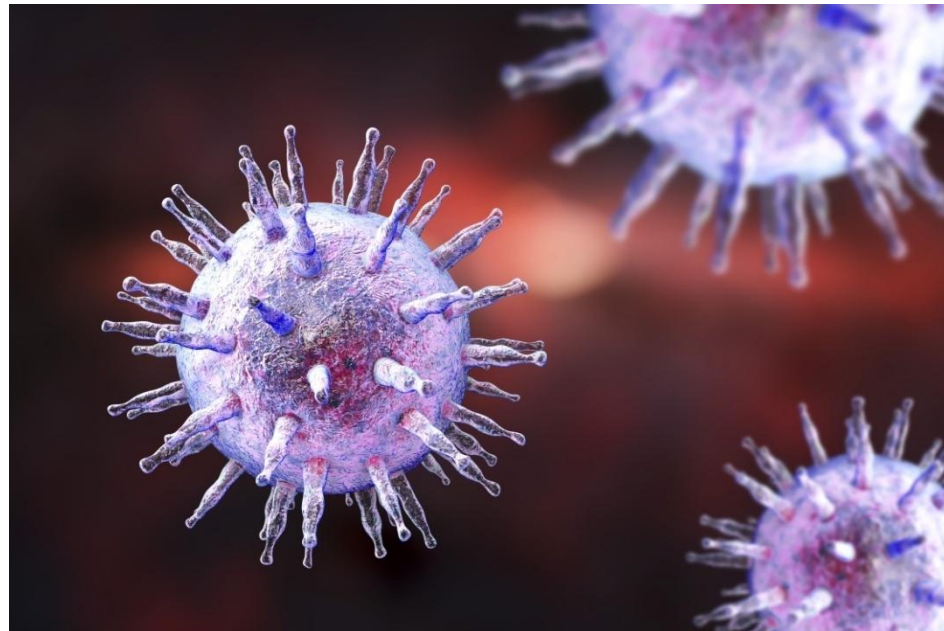
## ✓ Ағымы бойынша:

- жіті (3 айға дейін);
- ұзаққа созылған (3-6 ай);
- созылмалы (6 айдан аса);
- қайталанылатын (ауырып өткен соң 1 ай және одан аса клиникалық симптомдардың қайтып келуі).



## Этиологиясы

- ✓ Аурудың 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.





## 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°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, синегірек жаралы және күл ауруы білінуі мүмкін.

### Инфекционный мононуклеоз у детей

а

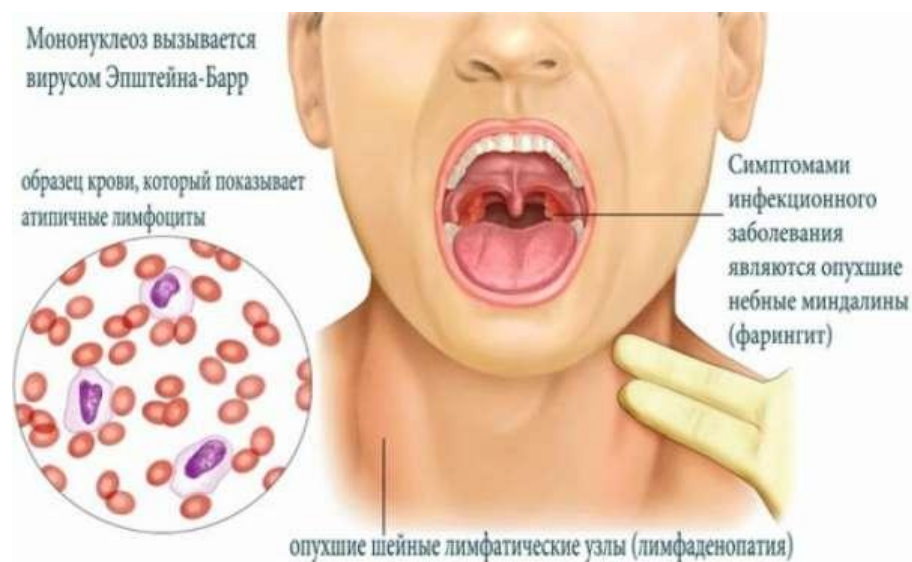


## Асқынулар:

ерте асқынулар (аурудың 1-3 аптасы): көкбауырдың жарылуы, тұншығу (фаринготонзиллярлы ісіну), миокардит, интерстициалды өкпе қабынуы, энцефалит, менингоэнцефалит, полиневрит, Гийен-Барр синдромы;

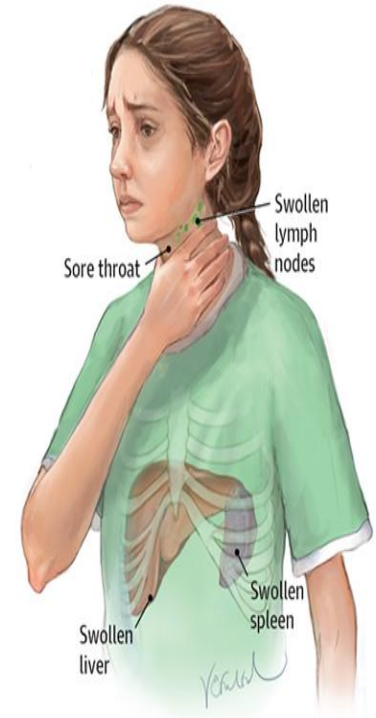
кейінгі асқынулар (аурудың 3 аптасынан кейін): гемолитикалық ангина, тромбоцитопениялық пурпура, апластикалық анемия, гепатит, мальабсорбциялар және аутоиммундық үрдістің салдары ретінде басқалары.

**Типтік нысаны** қалтыраумен, ауыз қуысының, лимфалық түйіндердің, бауырдың, көкбауырдың зақымдануымен және қан құрамының өзіндік өзгерулерімен (лейкоцитоз бен атиптік моноклеардың 10% саны және одан да көп болған жағдайдағы лимфоцитоз).



## Инфекциялық мононуклеоздың атиптік нысандары:

- ✓ қажалған түрі: әлсіз айқындалатын және өткінші түрде немесе тыныс жолдарының жіті аурулары симптомдары есебінде өтеді, эпидемиологиялық ошақтарда диагностикалануы басымдырақ;
- ✓ симптомсыз түрі: клиникалық симптомдардың жоқ болуымен өтеді, гематологиялық зерттеудің, серологиялық және эпидемиологиялық талдау әдістері негізінде диагностикаланады;
- ✓ висцералды түрі: жүрек-қан тамырларының, орталық және перифериялық жүйке жүйесінің, бүйректердің, бүйрекүсті бездерінің және басқа да өмір сүруге қажетті ағзалардың араласуымен, полиоорганды зақымданудың ауыр ағымында өтумен ерекшеленеді.



# Диагностикалық өлшемшарттар

## *Шағымдар:*

- ✓ тамақтың ауыруы;
- ✓ дене қызуының көтерілуі (субфебрильді/фебрильді, 2-4 аптаға дейін, кейде одан да көп);
- ✓ әлсіздік;
- ✓ бас ауыруы;
- ✓ тершеңдік;
- ✓ тез шаршаулық («созылмалы шаршаудың» синдромы);
- ✓ лимфотүйіндерінің өсуі;
- ✓ мұрынмен тыныс алудың қиындауы;
- ✓ буындардың, бұлшықеттердің ауыруы;
- ✓ бөртпе.



## **Анамнез:**

- ✓ аурудың жіті/ақырындап басталуы;
- ✓ аурудың 1-аптасының аяғына қарай аурудың
- ✓ клиникалық сипатының ашық шығуы;
- ✓ 1-4 апта ішінде қалтырау мен интоксикацияның сақталуы;
- ✓ Лимфатикалық түйіндердің жүйелі ұлғаюының ангинамен үйлесуі, бауыр мен көкбауырдың үлкеюі;
- ✓ 3-5 күнге пайда болуы мүмкін бөртпе;
- ✓ Көп ағзалық зақымданудың сиректігі.
- ✓ Эпидемиологиялық факторлар:  
«Инфекциялық моноклеоз» диагнозымен расталған немесе ұқсас аурумен байланыстың болуы.



## Физикалық зерттеп-қарау:

- ✓ қалтырау;
- ✓ алдыңғы және/немесе артқымойындық («бұқа мойын») синдромы) басымырақ, қолтық асты және шаптағы лимфотүйіндерінің ұлғаюы (симметриялық);
- ✓ ангина;
- ✓ спленомегалия;
- ✓ гепатомегалия;
- ✓ аденоидит;
- ✓ көбінесе бөртпе-папулезді сипаттағы (10% науқастарда, ампициллинмен емделген жағдайда - 80%-да) бөртпе;
- ✓ периорбиталды ісіну;
- ✓ таңдайдағы бөртпе;
- ✓ сары ауру (тұрақсыз белгі).



## Зертханалық зерттеулер:

- ✓ **ЖҚА** - лейкопения/бірқалыпты лейкоцитоз ( $12-25 \times 10^9/\text{л}$ ); лимфоцитоз 70-80% дейін; нейтропения; ЭЖА-ның 20-30 мм/ч-ға дейін үлкеюі; атипті моноклеарлар (жоқ болуы немесе 10 нан 50% ға дейін ұлғаюы).
- ✓ **Серологиялық (авидтілік индексі көрсеткішін анықтаумен ИФТ)** спецификалық қарсыденелерді табу ЭБВ-на IgM VCA және ЭБВ-на VCA, IgG EA, IgG-EBNA авидтік индексінің көрсеткішін анықтаумен бірге;

## Қосымша зертханалық зерттеулер:

- ✓ **Молекулярлы-генетикалық әдіс (ПТР)** Эпштейн-Барр вирусының ДНҚ-сын қанда табылуы;
- ✓ **Қанның биохимиялық талдауы** (сары ауру және гепатомегалия кезінде) Билирубин мен АЛАТ қанда шоғырлануын анықтау: бірқалыпты гиперферментемия, гипербилирубинемия;
- ✓ Бадамшалардың шырышын және жұтқыншақтың артқы бөлігін аэробты және анаэробты микроағзаларға **бактериологиялық зерттеу**: Жіті тонзилиттің бактериологиялық этиологиясын идентификациялау үшін.



- Қалтырау/мұрынмен тыныс алудың қиындауы;
- Фарингит/тонзиллит;
- Лимфаденопатия (алдыңғы және/немесе артқы мойынғы («бұқа мойын» синдромы), қолтық асты және шап лимфатүйіндері)

**Өткізу қажет**

- Қосымша физикалық зерттеу-қараулар:**
- Гепатомегалия
  - Спленомегалия
  - Таңдайдағы бөртпе
  - Аденоидит
  - Периорбиталды ісіну
  - Бөртпе (көбінесе дақты-папулезды)

- Жалпы қан анализі:**
- лейкопения/бірқалыпты лейкоцитоз ( $12-25 \times 10^9/\text{л}$ )
  - лимфоцитоз 60-70% дейін
  - ЭЖА-ның 20-30 мм/с дейін ұлғаюы
  - Атипті мононуклеарлар (50% дейін өсуі немесе жоқ болуы)

- Қанның биохимиялық талдуы:**
- бірқалыпты гиперферментемия
  - гипербилирубинемия (мүмкін)

- Дифференциалдық диагноз:**
- Стрептококктық инфекция
  - Тұмау және басқа да ТЖЖИ
  - Герпетикалық инфекция
  - Цитомегаловирустық инфекция
  - Токсоплазмоз
  - АИТЖ-инфекциясы
  - Қызылша
  - Қызамық
  - Энтеровирусті инфекция
  - Гематологиялық аурулар
  - Аутоиммундық аурулар

**Ықтимал диагноз**

- ИФТ – ЭБВ-на IgM VCA, IgG EA, IgG VCA, IgG EBNA спецификалық қарсыденелерін анықтау**

- **ПТР – ЭБВ ДНҚ-сын анықтау**



## Салыстырмалы диагностика

Жұқпалы мононуклеозды улы жұтқыншақ дифтериясымен салыстырамыз. Улы жұтқыншақ дифтериясында баспаның үстінде айналасында пленкалы қабық пайда болады. Тамағы ауырмайды. Мойын шелі ісінеді. Сондай-ақ 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.



# Емі

## ✓ Дәрі-дәрімексіз емдеу:

Режим:

Жартылай төсек тарту (қалтыраудың барлық кезеңінде);

Науқастың гигиенасын сақтау: ауыз қуысының, көздің шырышты қабықтарын күту, мұрынды шаю;

## ✓ Диета:

№13 үстел (жылы сұйықтықтарды бөліп ішу, сүтті-өсімдікті).

## ✓ Дәрі-дәрімекпен емдеу:

38,5°C жоғары гипертермиялық синдромды жою үшін қабылдау арасы 4 сағаттан кем емесе аралықта ауыз немесе per rectum арқылы 10-15 мг/кг парацетомол беріледі, үш күннен көп емес, немесе 5-10 мг/кг дозасында ибупрофен, ауыз арқылы тәулігіне 3 реттен көп емес;

## ✓ Стафилококкты немесе стрептококкты этиологиялық іріңді тонзиллит кезінде (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*) – бірінші күні тәулігіне бір рет ішке 10 мг/кг азитромицин, содан соң тәулігіне бір рет 5 мг/кг 4 күн қатарынан немесе 7 күн бойы тәулігіне екі рет 7,5 мг/кг кларитромицин.

## ✓ **NB! Инфекциялық мононуклеоз кезінде келесі антибиотиктер қарсы көрсетілген:** ампициллин – жиі бөртпенің пайда болуымен және дәрілік аурудың туындауына байланысты; хлорамфеникол, сондай-ақ сульфаниламидті препараттар – қанжасаушылықты басумен байланысты.

**Пациент**

ЖМК жедел қызметіне хабарласу

ОДА-ға жүгіну

Орта ауыр және ауыр түрлері

Көрсетілімдер бойынша басқа мамандардың кеңесі

Инфекциялық аурулар кабинетіне жүгіну

Авидтік индексі көрсеткішін анықтаумен бірге ЭБВ-на қатысты IgM VCA к ВЭБ и IgG VCA, IgG EA, IgG-EBNA бар болуын анықтау. ПТР әдісі арқылы вирустың ДНҚ-сын анықтау. Диагноз верификациясы

Қауіптіліктің ортақ белгілері бар болған жағдайда, тұншығу қауіпінде, 2-3 дәрежелі ДН и ССН кезінде ЖИТБ-ға жатқызу

Көпсалалы немесе инфекциялық аурухананың ЖИИ бөлімшесіне жатқызу

Патогендік және исмptomдық емдеу

Емханалық емдеу

Жеңіл түрлері

## Профилактика

Бұл аурудың профилактикасы жете зерттелмеген.

Ошақтарға іс-шаралар жүргізілмейді. Науқасқа жеке ыдыс-аяқ, сүлгі, ал балаларға-ойыншықтар берілуі тиіс.

# Будьте здоровы!



## ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДИФТЕРИИ

- Единственным методом лечения является введение **антитоксической противодифтерийной сыворотки**, которая способна нейтрализовать токсины в крови. Но она не сможет ликвидировать те фракции экзотоксина, которые уже связались с клетками. Поэтому, чем раньше будет введена сыворотка, тем меньше будет осложнений у пациента.



- Противодифтерийная сыворотка – содержит специфические иммуноглобулины белковой фракции сыворотки крови лошадей, гипериммунизированных дифтерийным анатоксином. **Проба по Безредко** – специфический способ десенсибилизации организма, применяемый с целью предупреждения осложнений после введения лечебно – профилактических сывороток.



В начале необходимо ввести внутрикожно 0,1 мл разведенной 1:100 сыворотки в среднюю треть предплечья. Через 20-30 мин. Оценить результат:

- ▣ пробу считают отрицательной, если диаметр отека и гиперемии меньше 1 см;
- ▣ Пробу считают положительной, если диаметр папулы и гиперемии составляет 1 см и более.

При отрицательной реакции ввести подкожно через 20 мин. В среднюю треть плеча 0,1 мл цельной сыворотки.

При отрицательной реакции через 20-30 мин. Ввести необходимую дозу сыворотки внутримышечно в ягодицу или верхнюю треть бедра.



# ҚОРЫТЫНДЫ

- **Жұқпалы мононуклеоз** – қоздырғышы көбінесе аэрогенді механизммен берілетін, клиникасында қызбамен, интоксикациямен, баспамен, лимфаденопатиямен, гепатоспленомегалиямен және қанда атипті мононуклеарлардың пайда болуымен сипатталатын жедел антропонозды вирусты жұқпалы ауру.





# 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
5. <https://diseases.medelement.com/disease/балалардың-инфекциялық-мононуклеозы/15512>

