

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті

КАФЕДРА: ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРЫ

СӨЖ

ТАҚЫРЫБЫ: ЭНТЕРОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯЛАР

ОРЫНДАҒАН: ОРДАБЕК.Е

ҚАБЫЛДАҒАН: ДЖУМАБЕКОВА.А.Т

ФАК: ПЕДИАТРИЯ 603-1



Энтеровирусты инфекция

Энтеровирусты инфекция – бұл ішек вирустарынан (энтеровирустар) туындайтын, қызба және полиморфизм сынды клиникалық симптомдармен сипатталатын, ОНЖ, жүрек-қан тамыры, АІЖ, бұлшытет жүйесі, өкпе, бауыр, бүйрек және т.б. ағзалардың зақымдалуымен шарттасқан жіті инфекциялық аурулар тобы.

Соңғы жылдары әлемде энтеровирусты инфекцияның даму белсендігі байқалады, бұған куә ретінде әртүрлі елдердегі инфекциялық ауру мен өршудің эпидемиологиялық артуының тіркелуін айтуға болады. Энтеровирусты инфекция географиясы төтенше кең және әлемнің барлық елдерін қамтиды, соның ішінде кеңес үкіметі кеңістігін.



Этиологиясы

ЭВИ-ның қоздырғыштары-
пикарновирустардың тұқымдастығына,
энтеровирустардың туыстығына жататын
вирустар: Адамның Коксаки вирустары ,А
тобы 23-серовар, адамның Коксаки вирустар
В 6-серовар. Адамның ЕСНО вирустары 31-
серовар.

Инфекция көзі – науқас адам немесе
вирустасушы. Берілу механизмі – ауа арқылы
немесе нәжістік-ауыз арқылы. Балалар және
жастар жиі ауырады. Аурудың өршуіне жазғы
және күзгі маусым тән. Ауырғаннан кейін
иммунитет оң нәтиже көрсетеді (бірнеше
жылға дейін).



Энтеровирусты инфекция симптомдары:

Энтеровирустардың кең шоғарлануы адам организмінің барлық ағзасы мен тіндерін: жүйке, жүрек-қан тамыры жүйесі, асқазан-ішек, респираторлық жолдар, сонымен қатар бүйрек, көз, тері бұлшықеті, ауыққуысы сілекейі, бауыр, эндокрин ағзаларын зақымдайтын инфекцияның клиникалық формаларының әртүрлілігінің негізінде жатыр. Иммуны тапшылығы бар адамдарға энтеровирусты инфекциялар өте қауіпті.

Энтеровирусты инфекциялардың көптеген оқиғалары ешбір симптомсыз өтеді. Клиникалық көрсетілімдерінің көп бөлігі – суық тию ауруларында көрінеді, дегенмен энтеровирустар жиі ЖРВИ қоздырғышы бойынша екінші болып саналады.

Наиболее характерные клинические признаки энтеровирусной инфекции у детей и взрослых:

клинические признаки энтеровирусной инфекции
симптомы общей интоксикации организма;

гипертермия (повышение общей температуры тела);

катаральные симптомы (воспаление слизистой гортани и глотки);

абдоминальные симптомы (боли в животе, расстройства пищеварения);

высыпания на коже (полиморфная экзантема).

Энтеровирустар туғызатын ауруларды шартты түрде екіге бөлуге болады:

I. Потенциалды ауыр:

сірнелі менингит;

энцефалит;

жіті сал;

неонаталды сепсистік аурулар;

мио-(пери-)кардит;

гепатит;

иммун тапшылығы бар адамдардағы созылмалы инфекциялар.

II. Қауіптілігі төмен:

бөртпесі бар немесе бөртпесі жоқ үш

күндік қызба;

герпангина;

плевродиния;

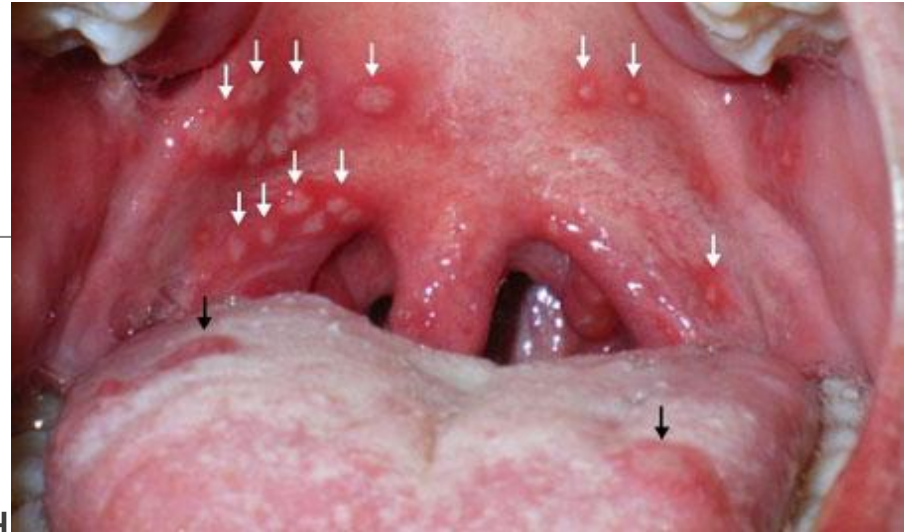
көпіршікті фарингит;

конъюнктивит;

увеит;

гастроэнтерит.

1. Ұшықты баспа. Аурудың бірінші тәулігінде қызыл түйіншек пайда болады, олар таңдай доғасына, тілшеге, жұмсақ және қатты таңдайдың шырышты қабығына тез тарайды, мөлшері 1–2 мм болатындай, саны 3–5 тен 15–18 дейін жететін бір-біріне қосылмайтын сулы бөртпелерге (көпіршіктерге) айналады. 1-2 күннен кейін көпіршіктер жарылып сұр жабындымен жабылған бетте жаралар пайда болады немесе аурудың 3–6 күнінде ізсіз жоғалады. Жұтқан кезде ешқандай ауырсыну болмайды немесе шамалы сілекей ағады. Мойын және жақасты лимфалық түйіндер үлкен емес, бірақ пальпация кезінде ауырсынады.



2. Энтеровирусты экзантема («бостондық қызба»). Энтеровирусты инфекцияда экзантема басқа белгілермен қатар келуі мүмкін немесе жетекші синдром болуы мүмкін. Ауру басталғанынан 1-2 күннен кейін қызба мен жалпы улану фонында денеде, бетте, аяқ – қолда полиморфты немесе дақты-папулезды бөртпе пайда болады. Экзантемалардың әр түрі кездеседі, көбіне: қызылша, қазамық тәрізді, сирегірек скарлатина тәрізді. Ауыздың шырышты қабатында дақты экзантемалар, кейде эрозиялар мен везикулалар кездеседі. Бөртпе 3-4 күн сақталады.

Энтеровирусты инфекцияның ерекше түрінде білезік, табан, ауыз қуысы зақымдалады. Саусақ пен бақайларда гиперемиямен қоршалған везикулалар пайда болады. Сонымен қатар тілде, ауыздың шырышты қабаттарында дақты элементтер кездеседі.



3. Ішек (гастроэнтерикалық) форма. Тәулігіне 5–10 ретке дейін сулы диареямен, іштің ауруымен, метеоризм, кейде құсумен көрінеді. Улану симптомдары бірқалыпты. 2 жасқа дейінгі балаларда ішек синдромы мұрын-жұтқыншақ тарапынан талаураған құбылыспен жиі үйлеседі. Сәбилердегі ауру ұзақтығы 1–2 аптаны, ересек балаларда 1–3 күнді құрайды.



4. Эпидемиялық миалгия (Борнхольмауруы). Басқа белгілермен қоса кеуде, іш, арқа, аяқ бұлшықеттерінде қатты ауырсынулар пайда болады. Ауырсынулар ұстама сияқты болып, қозғалғанда күшейе түседі. Миалгия ұстамасы көбінесе 30–40 секундтан 15–20 минутқа созылып, әрбір 30-60 минут сайын қайталанып отырады. Ауырсынулар кеуде бұлшықеттерінде орналасқанда тыныс алу қиындап, беткей болады, кей кезде ықылық пайда болады. Көбінесе ауырсынулар құрсақ бұлшықеттерінде орналасады, бұл кезде ішті палпациялағанда ауырсыну пайда болады, іш пердесінің тітіркену белгілері болмайды. Ауру толқын тәрізді өтуі мүмкін. Дене қызуының көтерілуімен бұлшық ет ауырсынулары қайта басталады. Эпидемиялық миалгия энтеровирусты инфекцияның басқа көріністерімен жүруі мүмкін көбіне серозды менингитпен.



5. Менингеалды синдром 2–3 күннен бастап 7-10 күнге дейін, ликвор санациясы а 2-3-ші аптада жүреді. Астеникалық және гипертензиялық синдром түрінде қалған құбылыстары көрінуі мүмкін.

Энтеровирусты инфекцияның ең жиі түрінің бірі. Аурудың 1-3 күні науқаста менингиттің белгілері пайда болады. Ликворограммада аздаған лимфоцитті немесе лимфоцитарлы-нейтрофильді плеоцитоз, глюкоза мен хлоридтің жоғарылауы болады. Энтеровирусты инфекцияның ең жиі түрінің бірі. Аурудың 1-3 күні науқаста менингиттің белгілері пайда болады. Ликворограммада аздаған лимфоцитті немесе лимфоцитарлы-нейтрофильді плеоцитоз, глюкоза мен хлоридтің жоғарылауы болады.

6. Энтеровирусты инфекцияның сал формасы полиморфизмімен ерекшеленеді: спиналды, бульбоспиналды, понтинді, полирадикулоневриті формалары дамуы мүмкін. Бір немесе екі аяқтың да жіті сал ауруымен сипатталатын спиналды формасы жиі кездеседі, сонымен қатар бұлшықет сипатындағы қолдың ауруы синдромымен көрінетіні сирек кездеседі. Мұндай формасының ағымы жеңіл, тұрақты шала салдану және салдануды қалдырмайды.

7. Респираторлы (талаураған) форма мұрынның бітуі, ринит, сирек құрғақ жөтел түрінде кездеседі. Тексеру кезінде ауыз жұтқыншағы, жұмсақ таңдай және жұтқыншақтың артқы қабырғасы шырышының гиперемиясы анықталады. Жеңіл диспепсиялық бұзылулар болуы мүмкін. Науқас 1–1,5 аптадан кейін сауығып кетеді.

8. Миокардит, сәбилердің энцефаломиокардиті, гепатит, бүйрек, көздің (увеит) зақымдалуы –энтеровирусты инфекцияның балалардағы бұл формасы сирек кездеседі. Аурудың энтеровирусты инфекциясы немесе эпидемиялық өршуінің манифестік формасы кезінде ғана клиникалық диагностика жасауға болады. Олар жиі вирусологиялық

формы энтеровирусной инфекции:

насморк;

кашель (сухой и редкий);

повышение температуры (обычно в пределах субфебрильных значений);

гиперемия слизистой оболочки горла;

расстройства пищеварения (как правило – не очень значительные).

Как правило, человек выздоравливает в течение недели от начала заболевания.



Диагностикасы:

4 негізгі әдіс: серологиялық; иммуногистохимиялық; молекулярлы-биологиялық; культуралды.

Серологиялық әдістер науқастың қан сарысуындағы энтеровирусты инфекция маркерлерін анықтауға бағытталған. Инфекцияның ерте маркерлеріне IgM және IgA жатады. Энтеровирусты инфекциялардың серологиялық маркерлерін анықтау кезінде IgM титрі айтарлықтай репрезентативті болып табылады, ол жақындағы инфекцияны көрсетеді. Сондықтан вирусқа тән IgM «балғын» антигенді стимулдың ыңғайлы маркері болып табылады, бұл уақытта IgG сақталуы мүмкін және ауырған адамның қанында бірнеше жыл немесе өмір бойы жүруі мүмкін. IgM индикациясы үшін иммунофлуоресценция және иммуноферментті талдама әдістері қолданылады. Жіті симптомдары бар науқастарда ЭВ ауруы-IgM инфекция басталғаннан кейін 1–7 күнде анықталады. 6 айдан кейін IgM өз-өзінен жоғалады.

Ең ескі, бірақ өзекті серологиялық әдістердің қатарына вирустарды анықтау жастады–нейтрализация реакциясындағы вирусқа қарсы антидене, 4-реттік және одан да көп титрдің өсуі диагностикалық тұрғыдан маңызды болып саналады.

Зерттеудің вирусологиялық әдістері сезімтал жасуша өсіндісіне клиникалық материалдан (қан, фекалии, ликвор) энтеровирустарды анықтауға бағытталған.

Имуногистохимиялық әдістердің негізгі мақсаты in situ энтеровирусты антигенді анықтау болып табылады. Иммуногистохимияның қолжетімді әдістерінің біріне иммунофлюоресцентті және иммунопероксидті талдамалар жатады.

Зерттеудің молекулярлы-биологиялық әдістері энтеровирустардың генетикалық материалын анықтауға бағытталған.

Энтеровирусты инфекцияларды диагностикалау үшін кері транскрипция кезеңінен полимерлі тізбектік реакция қолданылады, ол жоғарыда аталған әдістерге қарағанда бірқатар артықшылықтарға ие: ерекшелігі жоғары, сезімталдығы және тез орындалуы.

Энтеровирусы инфекция

диагностикасы:

- ОАК: лейкопения, лейкоцитоз, относительный лимфоцитоз, моноцитоз, умеренное повышение СОЭ.
 - ОАМ: протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия (при токсическом поражении почек).
-

ИФА или РПГА – используются парные сыворотки, полученные с интервалом в 10–12 дней (первая на 4–5-й день болезни, вторая – после 14-го дня болезни).
Диагностический критерий – нарастание титра антител в 4 раза и более.

- ПЦР фекалий (носоглоточной слизи) на Enterovirus: детекция РНК Enterovirus.
- исследование СМЖ (при менингите):
 - цвет – ликвор прозрачный, или слегка опалесцирующий;
 - давление – жидкость вытекает струей или частыми каплями;
 - лимфоцитарный плеоцитоз;
 - повышение белка до 1-4,5 г/л (наиболее высокое - при развитии менингоэнцефалита);
 - сахар в норме;
 - снижение хлоридов.

Лечение энтеровирусной инфекции у детей

Лечение легких изолированных форм энтеровирусной инфекции у детей проводится амбулаторно; госпитализация требуется при серозном менингите, энцефалите, миокардите, тяжелых комбинированных поражениях. В лихорадочном периоде показаны покой, постельный режим, достаточный питьевой режим.

Этиопатогенетическая терапия энтеровирусной инфекции у детей включает применение рекомбинантных интерферонов (альфа интерферона), интерферогенов (оксодигидроакридинаацетата, меглюмина акридонаацетата), полиспецифических иммуноглобулинов (при тяжелом течении).

При миокардите, менингите и др. формах показано назначение глюкокортикостероидов. Одновременно проводится симптоматическое лечение (прием жаропонижающих, дезинтоксикационная терапия, орошение полости носа, полоскание зева и др.).

Для интенсификации лечения при герпангине и респираторной форме назначаются ИРС-19, иммунудон, иммунал с целью поддержания местного иммунитета и профилактики достаточно быстрого бактериального обсеменения. Патогенетическая и симптоматическая терапия _____ (жаропонижающие, анальгетики, противовоспалительные, антигистаминные, кишечные адсорбенты, сосудосуживающие средства для носа)

1. Жаропонижающие (нурофен, панадол детям, терафлю, колдрекс, фервекс, эффералган взрослым) с целью уменьшения лихорадки и улучшения общего самочувствия.

2. Противовоспалительная терапия и анальгетики – ибупрофен, парацетамол, кеторол – снимают болевой синдром, в частности при миалгии.

3. Антигистаминные средства – диазолин, супрастин, кларитин, зодак, зиртек и другие – для снижения общей токсико-аллергической реакции организма.