

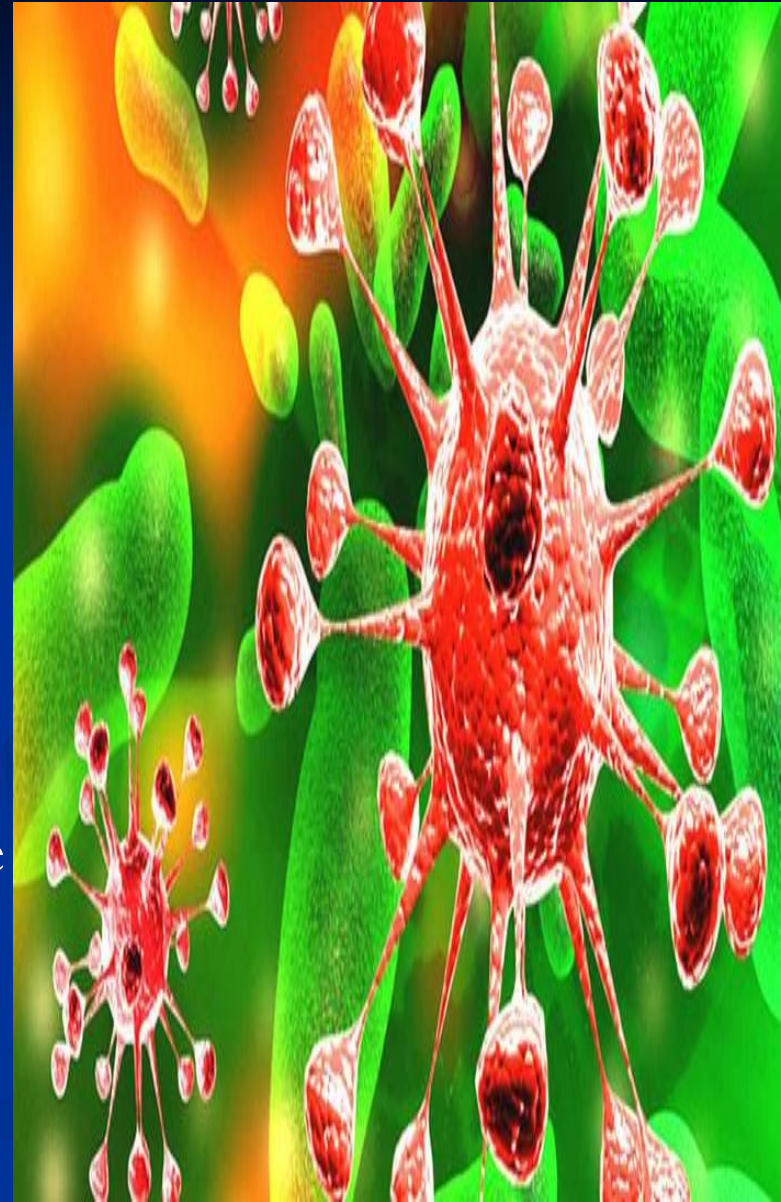
Энтеровирусная (неполио) инфекция:

Выполнил: Ордабек.Е

Группа:613-01

Проверила:Джумабекова.А.Т

- Энтеровирусная инфекция — это множественная группа острых инфекционных заболеваний, которые могут поражать детей и взрослых при заражении вирусами рода *Enterovirus*. Эти кишечные вирусы в последние годы стали вызывать вспышки массовых заболеваний во всем мире. Коварство возбудителей энтеровирусной инфекции в том, что они могут вызывать различные формы клинических проявлений, от легкого недомогания, до серьезного поражения центральной нервной системы.



Патогенез энтеровирусной инфекции



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Резервуар и источник инфекции – больной человек или инфицированный бессимптомный носитель вируса

Свойства вируса:

1. **Высокая контагиозность.**
2. **Малая доза инфицирования.**
3. **Высокая устойчивость к воздействию физических и химических факторов окружающей среды.**



Пути и факторы передачи

Основной механизм передачи инфекции – фекально-оральный (основной), аэрозольный (вероятный) и вертикальный (возможный).

Пути передачи инфекции:

- водный
- пищевой
- контактно-бытовой
- воздушно-капельный
- трансплацентарный

Особенности эпидемического процесса

Факторы, оказывающие роль на поддержание эпидпроцесса:

- высокая восприимчивость людей;
- длительность вирусносительства;
- сохранность вируса на объектах внешней среды;
- плотность населения;
- интенсивность сообщения.

Проявления эпидпроцесса:

- спорадический характер заболеваемости;
- весенне-осенняя сезонность;
- более 85% случаев протекает бессимптомно;
- самая уязвимая группа – дети с иммунодефицитными состояниями

ИММУНИТЕТ

Нейтрализующие антитела появляются уже на ранних этапах энтеровирусной инфекции, одновременно с появлением симптомов заболевания. Они обычно типоспецифичны и сохраняются в организме много лет (вероятно в течение всей жизни). Заражение одним типом может вести к появлению низкого уровня быстро исчезающих антител к другим типам энтеровирусов.

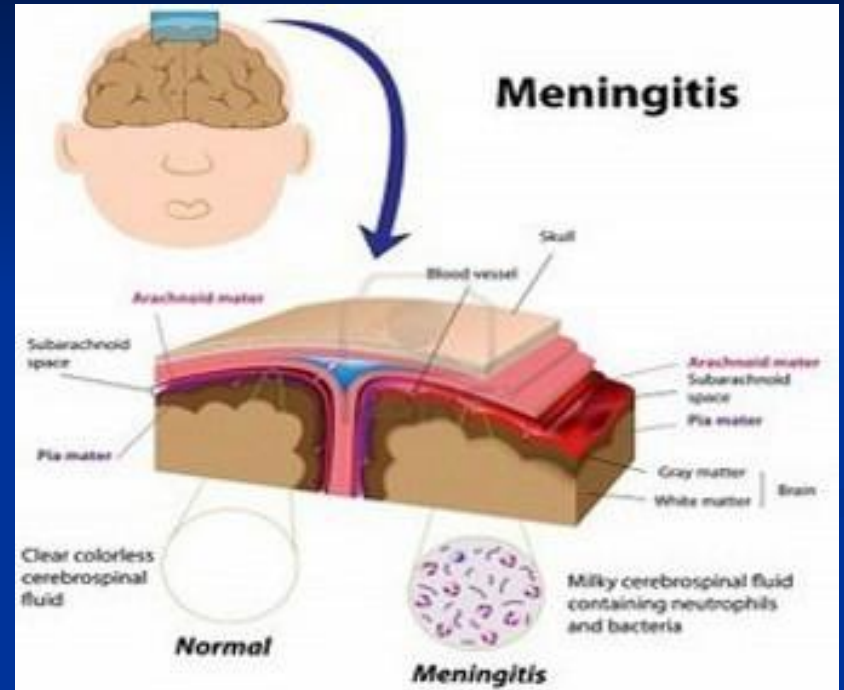
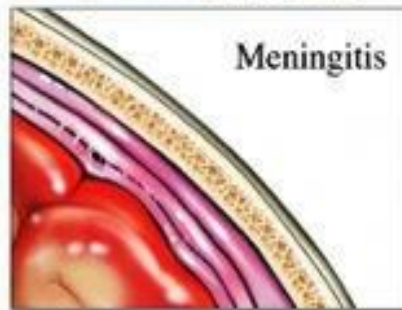
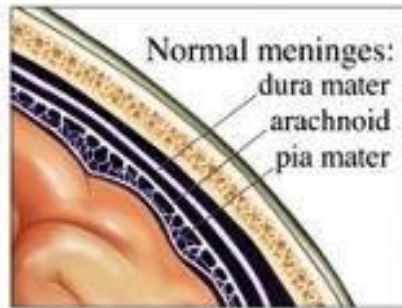
**Основные синдромы,
наблюдающиеся при
энтеровирусных инфекциях
неполиомиелитной
этиологии**

Энтеровирусный (серозный, асептический) менингит

Инкубационный период до 1 недели

Клинические признаки:

- лихорадка (сопровождаясь нарушением сна, беспокойством) до 38 – 40°С
- головная боль
- фотофобия
- менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, выбухание родничка)
- ринит
- диарея
- сыпь



Энтеровирусный энцефалит

Клинические признаки:

- лихорадка;
- назофарингит;
- миалгия;
- слабость;
- сонливость;
- симптомы повышения внутримозгового давления;
- в ряде случаев отмечены помутнение диска зрительного нерва;
- расстройства координации движений;
- нарушение функций черепномозговых нервов;
- остановка дыхания.

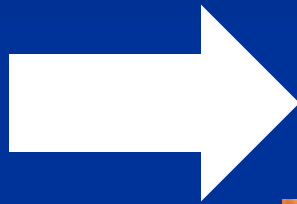
Герпангина

Инкубационный период 1-3 дня.

Причиной герпангины являются вирусы Коксаки А и В, вирусы ЕСНО 6, 9, 11, 16, 17, 22, и 25 и энтеровирус типа 71.

Клинические признаки:

- лихорадка;**
- боли в горле;**
- характерные высыпания на передних дужках нёба, миндалинах, язычке, и задней стенке глотки;**
- протекает доброкачественно, заканчивается в течение нескольких дней;**
- в редких случаях осложняется менингитом.**



Энтеровирусная экзантема

Наиболее частыми возбудителями служат вирусы Каксаки А5,10,11,16, В3 и энтеровирус 71 типа.

Инкубационный период варьирует от 2 до 12 сут.

Клинические признаки:

- появляется на 2-3 день болезни на фоне лихорадочной реакции;
- локализуется на туловище, лице, конечностях и стопах;
- может быть пятнистой, пятнисто-папулезной, или петехиальной;
- длительность высыпаний не превышает 1-2 дней.





Редко диагностируемые формы энтеровирусной инфекции

1. **Плевродиния (вирусы Коксаки В3 и В5)** (эпидемическая миалгия) является острым лихорадочным заболеванием с миалгией, особенно в области грудной клетки и живота.
2. **Энтеровирусная миокардиопатия (вирусы Коксаки В5, ЕСНО)** часто протекает субклинически без остаточных явлений. В некоторых случаях может иметь тяжёлое течение и приводить к смертельному исходу

Редко диагностируемые формы энтеровирусной инфекции

3. Острый геморрагический конъюнктивит (энтеровирус 70, вирус Коксаки А24)

Инкубационный период 24-48 часов

Основные симптомы:

- слезотечение;
- жжение;
- боль со стороны поражённого глаза;
- отёк и гиперемия конъюнктивы;
- субконъюнктивальные геморрагии от небольших петехий до обширных пятен;
- увеличение околоушных лимфоузлов.

Редко диагностируемые формы энтеровирусной инфекции

4. Энтеровирусный увеит характеризуется быстрой деструкцией радужной оболочки (отёк и гиперемия радужки, разрушение пигментного листка радужки) и деформацией зрачка (поражение мышц сфинктера зрачка).

Во многих случаях заболевание прогрессирует и ведёт к развитию ранних и поздних (через 7-10 лет) осложнений (катаракта, глаукома) со значительной или полной потерей зрения.

Редко диагностируемые формы энтеровирусной инфекции

- 5. Энтеровирусная лихорадка (малая болезнь)**
начинается остро с подъёма температуры тела до 38-40°C, наблюдается озноб, головная боль, нередко тошнота и рвота, воспалительные изменения в зеве, гиперемия сосудов склер и конъюнктивы.
- 6. Энтеровирусная диарея (гастроэнтерит)** - острая лихорадочная болезнь с поражением желудочно-кишечного тракта, проявляющаяся преимущественно в виде поноса у маленьких детей. Наиболее доказана этиологическая роль вирусов Коксаки А – 18,20,21,22,24 и ЕСНО 11,14,18.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз энтеровирусной инфекции при спорадической заболеваемости устанавливается **на основании клинических, эпидемиологических данных и обязательного лабораторного подтверждения** (выделение энтеровируса из биологических материалов, нарастание титра антител).

Окончательный диагноз должен включать:
клиническую форму заболевания,
тяжесть течения, осложнение, этиологию
(лабораторное подтверждение энтеровирусной
инфекции).

Например: ЭВИ, серозный менингит, средней
степени тяжести. Изолирован вирус Коксаки
А2.

Материал для исследования

- образцы фекалий;
- мазки из ротоглотки;
- смывы из носо/ротоглотки;
- спинномозговая жидкость;
- кровь;
- содержимое везикул;
- секционный материал.

Диагностика

- 1. Исследование СМЖ:** спинномозговая жидкость (СМЖ) прозрачная, вытекает струёй или частыми каплями и содержит увеличенное количество клеток - от 6 до 200 и более в 1 мкл. В первые 1-2 дня болезни СМЖ может быть нормальной, т.к. последствия воспалительных изменений в ней отстают от клиники. Нарастание клеток происходит на 5-6 день заболевания (с преобладанием лимфоцитов). Белок в СМЖ остаётся нормальным или слегка повышается.
- 2. Метод обратной транскрипции - полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР)**

Лечение

**Применение
вазоактивных
Х
препаратов**

Дегидратация

ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ:

- Анаферон детский – индуктор интерферонов
(в течение 7 дней перорально по 1 таб. 3 раза в сутки);

- Виферон, ректальные суппозитории,
150000 МЕ (у детей до 7 лет),
500000 МЕ (у детей старше 7 лет) два раза в сутки, 5 дней.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ