

С.Д.Асфендиаров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина
Университеті

Кафедра:Бала аурулары

СӨЖ

Тақырыбы: **Балалардағы теппе**

Тексерген: Тәңірбергенова А.Ж

Орындаған: Мубараков М.Х

Группа:13-004-2k

Курс:4

Алматы - 2017ж

Жоспары:

- Кіріспе бөлім
- Паротиттік инфекция туралы түсінік
- Негізгі бөлім
- Этиологиясы және эпидемиологиясы
- Патогенезі
- Классификациясы
- Клиникасы
- Дифференциалды диагностикасы
- Емі
- Қолданылған әдебиеттер

Кіріспе

- Эпидемиялық паротит кең тараған жұқпалы ауру. Эпидемиялық паротитте өлім жағдайы өте сирек болғанымен бедеулік, кереңдік, диабет, панкреатит және т.б. Әлеуметтік маңызы бар аурулар шақыруымен қауіпті.
- Эпидемиялық паротит ауа - тамшылы инфекциялардың ішінде белсенді иммунизацияға жүргізгенге дейін үшінші орынды алған (қызылша және жел шешектен кейін).

ЭТИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

- Эпидемиялық паротит немесе паротитті инфекция – *parotitis epidemica* – сүзбелі вируспен шақырылатын, ауа – тамшылы жолмен берілетін және шықшыт(құлақ маңы) безінің және басқа да безді ағзалардың қабынуымен, сондай-ақ жүйке жүйесінің зақымдануымен жүретін жедел жұқпалы ауру.
- Паротит инфекциясының қоздырғышына сүзбелі вирус – *Pneumophilis parotitic* жатады.

- Ауру көзі науқас адам. Ол инкубациялық кезеңнің соңынан бастап, клиникалық көріністері кеткенге дейін жұқпалы. Науқас бездер ісінуінің 4 – 5 тәулігінде анағұрлым жұқпалы болады. Паротиттік вирусы басым түрде ауа тамшылы түрде беріледі. Кейбір жағдайларда ауру науқастың сілекейімен ластанған заттар (ойыншық, ыдыс) арқылы беріледі. Жиі 5 жастан 15 жасқа дейінгі балалар ауырады, 5 жасқа дейінгі балалар сирек ауырады, нәрестелер де ауыруы мүмкін, бірақ сирек. Нәрестелерде өмірінің бірінші айларында паротитті вирусына қарсы берілген арнайы антиденелер анықталады, сондықтан олар паротиттік инфекциямен сирек ауырады.
- Аурушылдық жиі қысқы және көктемгі мезгілде кездеседі.



Патогенезі

- Инфекцияның кіру жерлеріне ауыз қуысының, мұрынның, жұтқыншақ, көз, конъюнктивасының, бадамша бездерінің шырышты қабаттары жатады.
- Патогенезіне әр түрлі көз қарас бар: С.Д. Носовтың ойынша шықшыт бездері вирустың жинақталатын орны. Вирус сілекей арқылы құлақ маңы ортасына бөлінеді. М.И.Уртайев сілекей бездері мен жұтқыншақтың лимфа жүйесін зерттеу негізінде, вирус алды шырышты қабаттарға түскеннен кейін бадамша бездеріне енеді, әрі қарай тонзиллопаротитті лимфа жолдары мен шықшыт бездеріне жеткізіледі.

КЛАССИФИКАЦИЯСЫ (Н.И.НИСЕВИЧ БОЙЫНША)

- Типтік түрлері:

1. Бездік (сілекей, ұйқы, жыныс бездері)
2. Жүйкелік (менингит, менингоэнцефалит)
3. Қосарланған

- Ауырлығы бойынша:

1. Жеңіл
2. Орташа
3. Ауыр

- Асқынулары: отиттер, пневмония, стоматиттер.

Клиникалық көріністері

- Инкубациялық кезеңі орташа 18-20 күн, 11 күнге дейін қысқарып, 23 күнге ұзару мүмкін, продромсыз өтуі мүмкін. Продромалды кезеңнің ұзақтығы әркелкі, жиі 1-2 күн, симптомдары әр түрлі (әлсіздік, тәбетінің төмендеуі, ұйқысынның бұзылуы).
- 1. Шықшыт бездерінің қабынуы паротит.
Аурудың басы температурасының 38-39°C дейін көтерілуімен және шықшыт безінің алдымен бір жақтық, кейін екінші жағының ісінуімен сипатталады. Құлақ қалқаны жоғарғы және артқа ығысады, сырғалық қалқияды, бастың пішіні алмұрт тәрізді болады. Ісіну жұмсақ камыр сияқты, терісі бозғылт болады.

Клиникалық көріністері



1. Жеңіл түрінде жергілікті көріністері айқын, температурасы қалыпты немесе аз уақытқа көтеріледі.
2. Орташа түрлерінде интоксикация симптомдары және жергілікті белгілері орташа айқындылықта. Температурасы $37,5-38^{\circ}\text{C}$
3. Ауыр түрінде жергілікті зақымдану және интоксикация өте айқын, температура $39-40^{\circ}\text{C}$.

II. Паротиттік инфекция кезінде орталық жүйке жүйесінің зақымдалуы жиі кездеседі.

Паротит этиологиялы серозды менингиалды симптомдардың (күсу, бас ауруы, шүйде бұлшық еттерінің серпімділігі Керниг, Брудзинский симптомдары) пайда болуымен сипатталады. Ликвор мөлдір, клеткалық белоктық диссоциация.

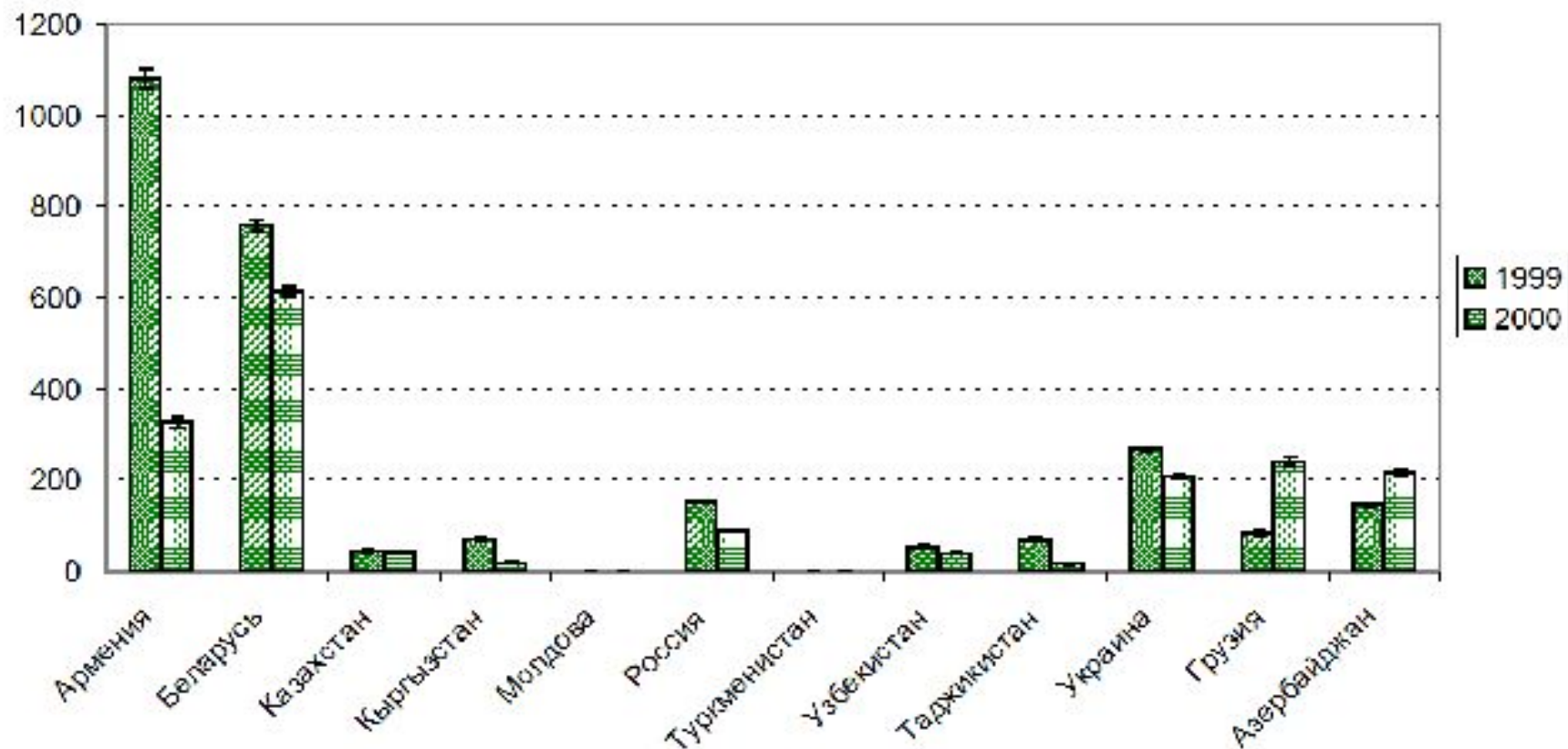
- Менингоэнцефалит шықшыт бездер зақымдануына дейін. Олардың ісінуінсіз дамиды. Жиі паротиттен күн өткен соң дамиды. Ауру клиникасында жалпы милық және жергілікті симптоматикалық байқалады. Өзгерістер бас ми және жұлындық нервтерде. Есінің бұзылуы, сандырақтауы, ошақтық симптомдары жиі байқалады. Паротитті менингоэнцефалиттен өлім жағдайлары да болған.

Статистикалық көрсеткіш



Әр түрлі елдегі кездесу көрсеткіші

Заболеваемость эпидемическим паротитом на 100 тысяч детей



Зертханалық диагностикасы

1. Иммунологиялық зерттеулер; КБР, гемаглютинацияны тежеу, нейтрализациялау.
2. Серологиялық зерттеулер арнайы антиденелер титрінің ауру барысында көтерілуі.
3. ИФА +ПЦР диагностикасы

Дифференциалды диагностикасы

1. Жак асты лимфаденит (инфильтрат төменгі жак бұрышында орналасады, пальпацияда ауырады, лимфа түйіндерінің контуры бөлініп тұрады).
2. Екіншілік паротитпен (басқа ауыр инфекция кезінде жиі бір жақтық, ауырады, терісі қызарған, басқа ағзалар зақымданбайды).
3. Периодонтитпен (жак аумағында орналасады, кареозды тіспен қызыл иектің ісінуі болады).
4. Аңқа дифтериясының токсикалық түрінен (аңқадағы өзгерістер, ісіну, пленкалар), зертханалық диагностикалық әдістерден комплемент байланыстыру реакциясын және гемаглютинация реакциясын ұсынады олар практикада жиі қолданылмайды.

Емі

- Эпидемиялық паротиті бар науқастардың емі симптоматикалық. Бұл зақымдалған бездерді қыздыру жылы таңбалар. Ауыр жағдайларда реконвалесценттің сары суын (мг) қолдануды ұсынады не болмаса гамма глобулинді (паротитпен ауырған адамнан). Орхит кезінде қатаң төсек режимі суспензорий, суық қою. Қатты ауру сезімінде анальгетиктер тағайындалады. Менингит кезінде глюкозаның гипертониялық ерітінділерін көк тамырға, ауру сезімін басу, ұйықтататын дәрілер беру.

Қолданылған Әдебиеттер

1. «Руководство по инфекционным заболеваниям у детей» под ред. В.Ф. Учайкина М, 1998г.
2. “Дифференциальная диагностика инфекционных болезней” Т.М. Зубик, М, 1992г.
3. “Балалардың жұқпалы аурулары”Ғ.Ғ. Құттықожанова, Алматы, 2001ж.
4. “Лекции по детским инфекционным болезням” под ред. Е.А.Огай, Алматы, 2000ж.