

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ
ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

АДЕНОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯ

Орындаған: Ақшайықова Н.Б.

Топ: 685 терапия

Тексерген:

Астана 2016 жыл

ЖОСПАР

1. Кіріспе бөлім.

□ *Аденовирусты инфекциялар.*

2. Негізгі бөлім.

□ *Аденовирусты инфекцияның эпидемиологиясы.*

□ *Аденовирусты инфекцияның этиологиясы*

□ *Аденовирусты инфекцияның классификациясы*

□ *Аденовирусты инфекцияның клиникасы.*

□ *Аденовирусты инфекцияның диагностикасы.*

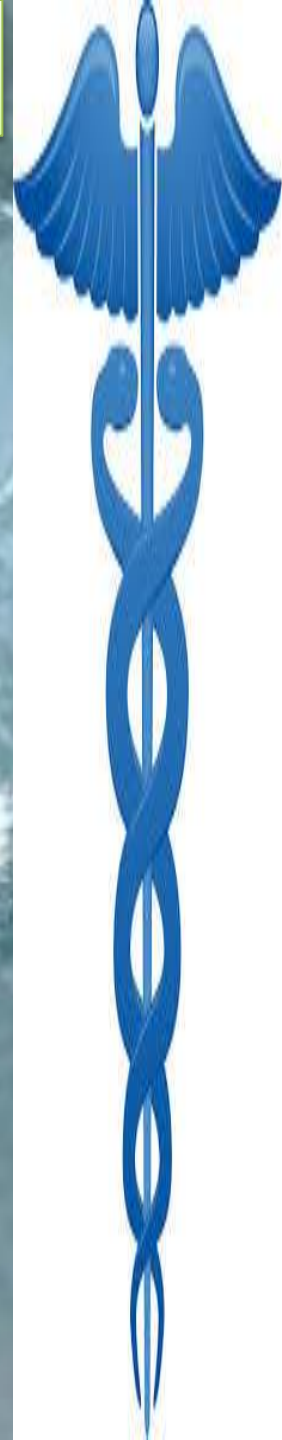
□ *Аденовирусты инфекциямен ауыратын науқастарды жүргізу тактикасы және емі.*

3. Қорытынды бөлім.



Аденовирусты инфекция

- Аденовирустың көптеген серотроптарымен шақырылатын
- Көбінесе аэрогенды жолымен жұғатын,
- Организмде эпителиальды және лимфоидты клеткаларында қалыптасып,
- клиникасында тыныс алу жолдарының, көздің, ағзалардың қабаттарымен лимфоидты ағзалардың қабынуымен өтетін
- антропонозды жедел инфекция



АДЕНОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

✓Таралымы өте кең, көбінесе бірен саран оқиғалар немесе эпидемиялық өршу түрінде тарайды.

Аурудың көздері:

✓ауру адам, қоздырғышты ауамен 25 күн, нәжіспен 2 айға дейін шығарады

✓вирус тасымалдаушылар:

✓қысқа мерзімді реконвалесценция кезеңінде

✓транзиторлы (иммунды адамдарда)

✓ұзақ (бірнеше айға дейін)

✓сау адамдардың миндалиналарында

Таралу жолдары

- ❖ ауа тамшылы (негізгі)
- ❖ алиментарлы тұрмыстық
- ❖ қатынас арқылы (қосымша)
- ❖ Ауыратындар көбінесе балалар.
- ❖ Жалпы ЖРВИ құрамында аденовирусты инфекция балалар арасында 2-24%, ересектер арасында 2-6% кезінде кездеседі.
- ❖ Мерзімі күз-қыс айлары.
- ❖ Иммунитет: аурудан кейін типті спецификалық иммунитет қалыптасады

Аденовирусты инфекцияның этиологиясы

- Құрамында ДНК-сы бар
- 3 тұрақты антигені (А,В,С) бар
- Adenoviridae тұқымдасының вирусы.
- Аденовирустардың 90 серовары белгілі, оның ішінде 32-сы адамға патогенді.
- Аденовирустардың ерекшелігі-лимфотроптылық.
- Сыртқы ортада төзімді.

Аденовирусты инфекцияның патогенезі

Аденовирустар тыныс алу, ас-қорыту жолдарының, көздің шырыш қабаттарына түсуі

олардың эпителиальды клеткаларының ішінде көбейеді

жергілікті қабыну процесі қалыптасады

Шырыш қабаттарда эксудация, фибрин түзілуі, некроздануы

Аденовирусты инфекцияда патологиялық процесс типті түрде жұтқыншақта (фарингит).

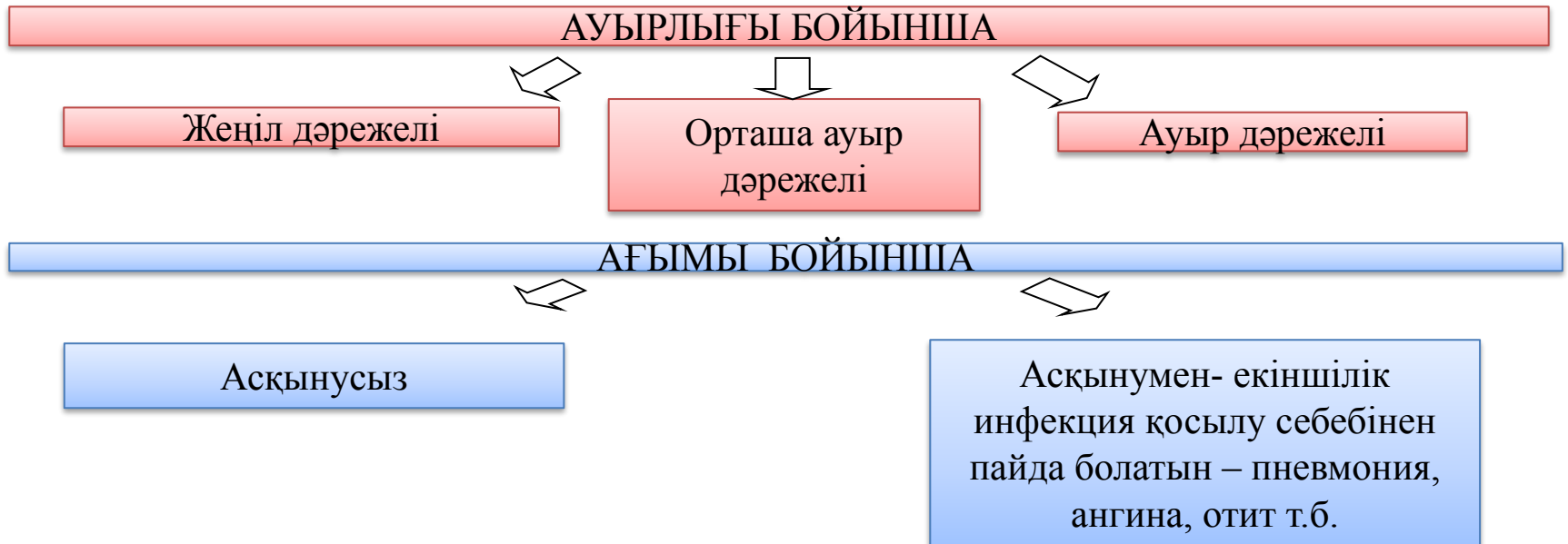
Қабыну процесі жоғарыдан төменге қарай түсіп интерстициальды инфекцияланған шырыш төмен асқазанға, ішекке түсіп асқорыту жолын зақымдануы

Шырыш қабаттарынан вирус қан тамыры арқылы қанға өтіп-вирусемияны тудырады

. Вирус қанмен организмдегі моноциторлы макрофагальды жүйесі клеткаларынан қалыптасқан ағзаларға тарайды (лимфа түйіндері, бауыр, көкбауыр т.б.)

Вирусемия мен қатар токсинемия айқын өтіп-интоксикация себебі болады

АДЕНОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ ЖІКТЕЛУІ



Клиникалық түрлеріне қарай

1. жедел респираторлы ауру (ринофарингит)
2. жедел фарингит
3. фарингоконъюнктивальды қызба
4. жедел конъюнктивит
5. нератоконъюнктивит
6. рифаренготонзилит

Миело - және лимфопрлиферациялық синдромның клиникалық көріністері және олардың патогенезі

<i>Көріністері</i>	<i>Патогенезі</i>
Анемиялық синдром	<ul style="list-style-type: none">□ Қызыл сүйек кемігінің эритроидты өсіндісінің тежелуі□ Эритроциттердің гемолизі□ Геморрагиялық синдром
Геморрагиялық синдром (қызыл иектен, мұрыннан, ішектен қан кету, тіршілікке маңызды ағзаларға қанқұйылу)	<ul style="list-style-type: none">□Тромбоцитопения (тромбоцитопоздің тежелуі)□Тромбоцитопатия□Коагулопатия□Вазопатия
Жұқпалық синдром: жұқпаларға төзімділіктің төмендеуі (бактерияға, саңырауқұлаққа, вирустарға)	<ul style="list-style-type: none">□Лейкоциттердің фагоциттік белсенделігінің төмендеуі□Антидене түзілуінің азаюы□Т-лимфоциттер қызметінің бұрмалануы

Клиникалық көріністері

Инкубациялық мерзімі 4-14 күн, орташа 5-7 күн.

Сырқат жедел интоксикация және катаральды көріністерден басталады

<i>Синдромдар</i>	<i>Көріністері</i>
1. Интоксикация синдромы	дене қызуы жоғарлайды, максимальді көрсеткіші 2-3 күн бойы ұзақтығы 1-12 күнге дейін, адинамия, енжарлық, бас ауру бұлшық еттерінде ауырсыну
2. Катаральды синдром	фарингит, тонзиллит, ринит белгілерімен өтеді. Мұрнынан көп серозды сұйықтық бөлінуі, мұрынмен тыныс алуы қиын, бадамша бездің зақымдалуы, жұтқыншақ артында грануллезды фарингит. Аурулардың көбінде конъюнктивит белгілері болады.
Ас қорыту жолы жағынан:	жүрек айну күсу эпигастральды аймақтағы ауырсыну диарея

Клиникалық көріністері

<i>Синдромдар</i>	<i>Көріністері</i>
Лимфаденопатия-	аденовирусты инфекциясын көрнекті белгісі (көбінесе мойын, жақ асты лимфа түйіндері) Ауруларда жиі бауыр мен көкбауырдың ұлғайғанын анықталады.
Кейбіреуінде денеге бөртпе шығуы тиіс:	розеолезды дақты дақты-папулезды петехиальды

Жедел фарингит- тамағын жұтынған кезде ауырсынуымен, жұтқыншақ шырыштарының гиперемиясымен, бадамша бездерінің қабынуымен және тыныс алу жолдарының зақымдануымен өтеді.

Фарингоконъюнктивальды қызбада қызба, интоксикация белгілерімен қатар конъюнктивит қалыптасады.

Конъюнктивит- басында біржақты болып, 4-5 күннен кейін 2-ші көзіне түседі. Қабынуы-катаральды, фоликулярлы немесе қабыршақтанған түрінде болады. Конъюнктивит басында клиникалық көрініс болғанда 2 аптаға дейін созылады.

Кератоконъюнктивит конъюнктивалардың қабынуынан басталып қасаң қабаққа өтеді. Қасаң қабақта субэпителиальды қабыну ошақтары, кейде торлану анықталады. Өзгерістер 3-4 апта бойы сақталады.

Диагностика

1. ***ЖҚА:*** лейкопения, лимфацитоз, моноцитоз
2. ***ЖЗА:*** интоксикация есебінен кетон денелері, белоктар аз мөлшерде
3. ***Микрореакция***
4. ***Құрт жұмытрқаларына нәжісті тексеру***
5. ***ИФА***
6. ***ПЦР***

ЕМІ

- Аурудың асқынбаған түрінде жергілікті ем шараларды ғана жүргізуге болады: көз тамшыларын беру (0,05% раствор дезокси-рибонуклеазы или 20—30% раствор сульфацила натрия).
- Іріңді немесе қабықты конъюнктивитте және кератоконъюнктивитте 1% гидрокортизон немесе преднизолон жақпасын қабағына жағады.
- Витаминдер, антигистаминді препараттар, симптоматикалық ем.
- Ауырудың ауыр ағымында полиионды кристаллоидтар мен коллоидты ерітінділерді көктамырға енгізіп дезинтоксикалық ем жүргізу.
- Этиотропты препараттар (кең спектрлі антибиотиктер)- екіншілік инфекция қосылу себебінен асқынғанда, тыныс алу жолдарының созылмалы аурулары бар егде жастағы адамдарға, иммуносупрессорлы көрінісі бар науқастарға ұсынылады.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- *Елисеев А. Г., Шилов В. Н., Гитун Т. В.;* Большая медицинская энциклопедия.. — Эксмо, 2009.
- Грипп и другие острые респираторные заболевания. Методические указания по клинике, диагностике, лечению и профилактике в вооруженных силах Российской Федерации. Москва, 1998 г.
- Детские инфекции. Справочник практического врача под ред. проф. Л. Н. Мазанковой. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 240 с.: ил.
- Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России и Международного фонда охраны здоровья матери и ребенка. М., 2002.
- Острые инфекции дыхательных путей. Клинические варианты. Диагностика и лечение детей с частыми респираторными заболеваниями. Конспект участкового педиатра. О. И. Борисова, Г. В. Римарчук (ред), с соавт. М., 2004.
- Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. А. Г. Чучалин (под ред.) М., 2004.

НАЗАРЛАРЫҢЫЗГА РАХМЕТ!!!

