

Қазақ Ұлттық Асфендияров атындағы Медицина
Университеті

Балалардың инфекциялық аурулары кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: Балалардағы микоплазмалық инфекция

Орындаған: Аязхан А.А

605-1Топ

Қабылдаған: Тынышбеков А.С.

Алматы-2018

Жоспары

- **Кіріспе**
- **Негізгі бөлім**
- **Микоплазмалық инфекция – этиологиясы, эпидемиологиясы, патогенезі, клиникасы, асқынулары, профилактикасы**
- **Қорытынды**
- **Пайдаланылған әдебиеттер**

Микоплазмалық инфекция

- Микоплазмамен шақырылатын, дақылдық қасиеттеріне байланысты вирустар мен бактериялардың арасында орын алатын адам мен жануарлардың жұқпалы ауруы.

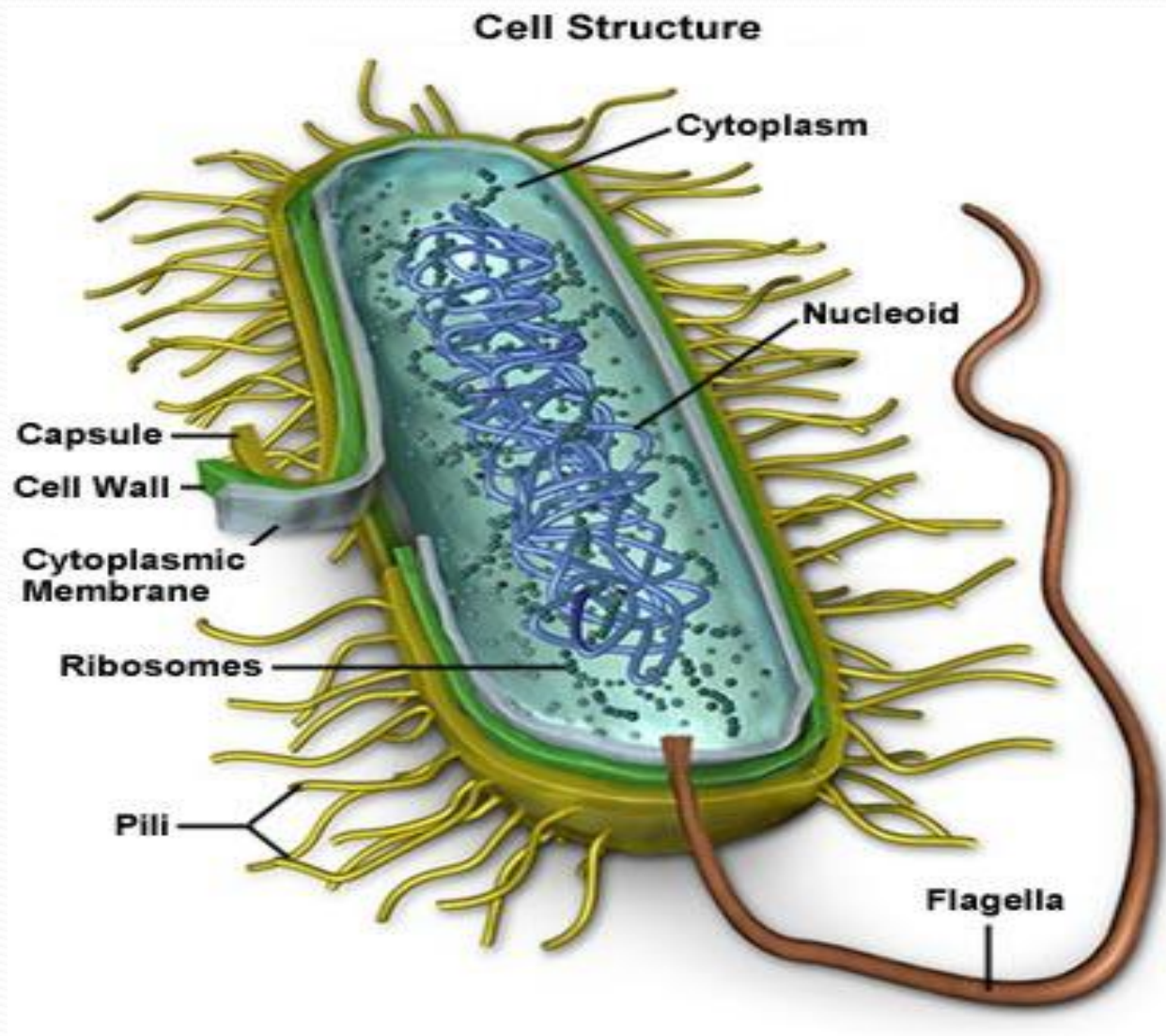
Микоплазма-көптеген түрлері бар, Mollicutes классына жататын бактерия.

Туа пайда болған микоплазмоз-қауіпті, күрделі, қоздырғыштардың кез келеген орында көптеп болуымен сипатталатын ауру

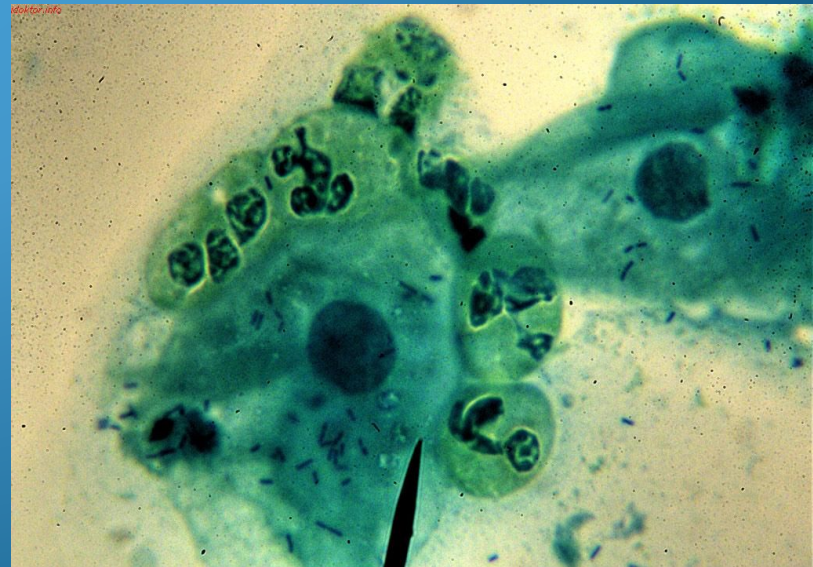
ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Қоздырғышы – *Mycoplasma*, ерекше микроорганизмдер. 40 – тан астам түрлері бар, солардың ішінде адамды зақымдайтын тек 6 серовары бар: *M. pneumoniae*, *M. hominis*, *M. orale*, *M. salivarium*, *M. fermentans* и T-микоплазмы. Адамның патогендік микоплазмасына *M. pneumoniae* жатады. Ол бронх өкпе жүйесін зақымдаса, басқалары зәр шығару жүйесінің, көздің, буындардың ауруларын тудырады. Қоздырғыш сыртқы ортада тұрақсыз.

Микоплазма



- Сонын ішінде патогенді ,ең қауіпті микоплазма ол *Mycoplasma pneumoniae*
- *Mycoplasma hominis*
- *Mycoplasma genitalium*
- *Ureaplasma urealyticum*



Эпидемиологиясы

- Инфекция көзі – ауру адам немесе реконвалесцент.
 - Ауру ауа – тамшылы жолмен
 - Тұрмыстық
 - Жыныстық
 - Ұрық жатырішілік зақымдануы
 - Интранатальды –босану барысында бала ананың зақымдалған тіндерімен контакт болғанда
- Ауру көбінесе салқын мерзімде кездеседі, бірақ балаларда эпидемиялық жағдайлар жазда да болуы мүмкін.

- **Морфологиясы.** Микоплазмалар өте ұсақ, бос күйінде тіршілік ететін бактериялар. Олар екі ерекшелікке ие: 1) микоплазмаларға ғана тән құрылымы бар, 2) өте жиі жасуша дақылдарын контаминациялайды, өсімдіктер, жануарлар және адамдарда ауру тудырады. Бірқатар вирустардың (соның ішінде онкогенді, АИВ), көбеюіне әсер етеді, және де өздері де иммунды тапшылық тудыруға қабілетті.
- Микоплазма – ұсақ сфера пішінді және жіпше тәрізді жасушалар. Спора түзбейді. Оларда жасушалық қабырғасы жоқ, сондықтан үш қабатты жұқа липопротеинді мембранамен қоршалған. Жасуша құрылымы өте қарапайым, үш қабатты цитоплазматикалық мембранамен қатар құрылымы прокариоттық нуклеоидтан және рибосомалардан тұрады. Сонымен қатар микоплазмалар бүршіктену, бұтақталған және тізбектелген түрлерінің сегментациялануы арқылы, бинарлық бөліну жолымен, жіпшелерінің кокк тәріздес ыдырап кетуі арқылы да репродукцияланады. Микоплазма пенициллинге тұрақты. Дегенмен, тетрациклин мен эритромицин олардың өсуін тежейді.

Патогенезі

- Патологиялық үрдіс сипаттамасы қоздырғыштың ену қақпасына байланысты. Мысалы: *M. hominis* фарингитпен қатар урогениталдық жолдар инфекциясын қоздыра алады. Құрсақішілік ұрықтың микоплазмозы кезінде инфекция жоғарғы тыныс алу жолдарында, урогениталдық жолдарда, ОЖЖ-де дамиды.
- *M. pneumoniae* – респираторлық микоплазмоз қоздырғышы. Респираторлық микоплазмоз өте кең таралған. Инфекция ауа тамшылы жолмен беріледі.
- Клиникалық көрінісі әртүрлі, ол жоғары тыныс алу жолдарының қабынуы (фарингит, назофарингит, трахеит, трахеобронхит, бронхит) түрінде немесе ауырлық дәрежесі әртүрлі пневмония түрінде өтуі мүмкін. Көп жағдайларда ауру микоплазмалы-вирусты аралас этиологиялы болады. Респираторлы микоплазмоз кезінде респираторлы емес көріністер де байқалады: полиморфты эритема, гемолитикалық бұзылыстар, миалгия, артралгия, бауыр зақымдалуы, эндокардиттер, ОЖЖ зақымдалуы және т.б.
- *M. hominis*, *M. genitalium*, *U. urealyticum* – урогениталиялық жолдардың микоплазмозының қоздырғыштары болып табылады. Урогениталиялық микоплазмоз халық арасында әр-түрлі топтарда кеңінен таралған. Ең жиі кездесетін топтар: жыныстық белсенді жастағы адамдар, жеңіл жүрістегілер, гомосексуалистер және т.б.

● Шала туылған балалардағы туа пайда болған микоплазмоз белгілері

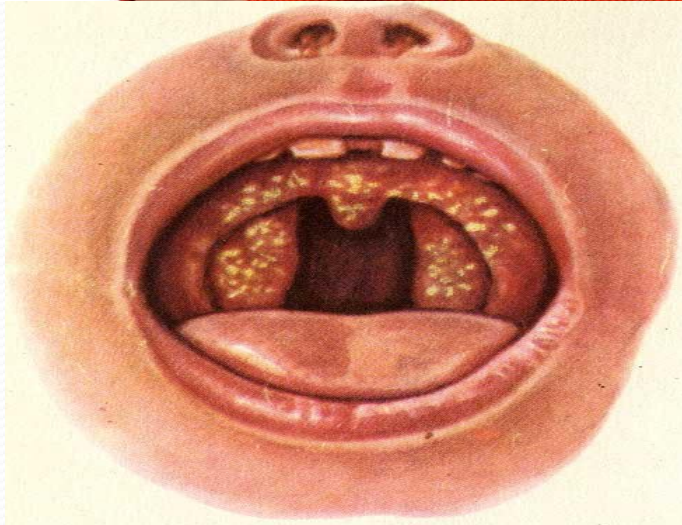
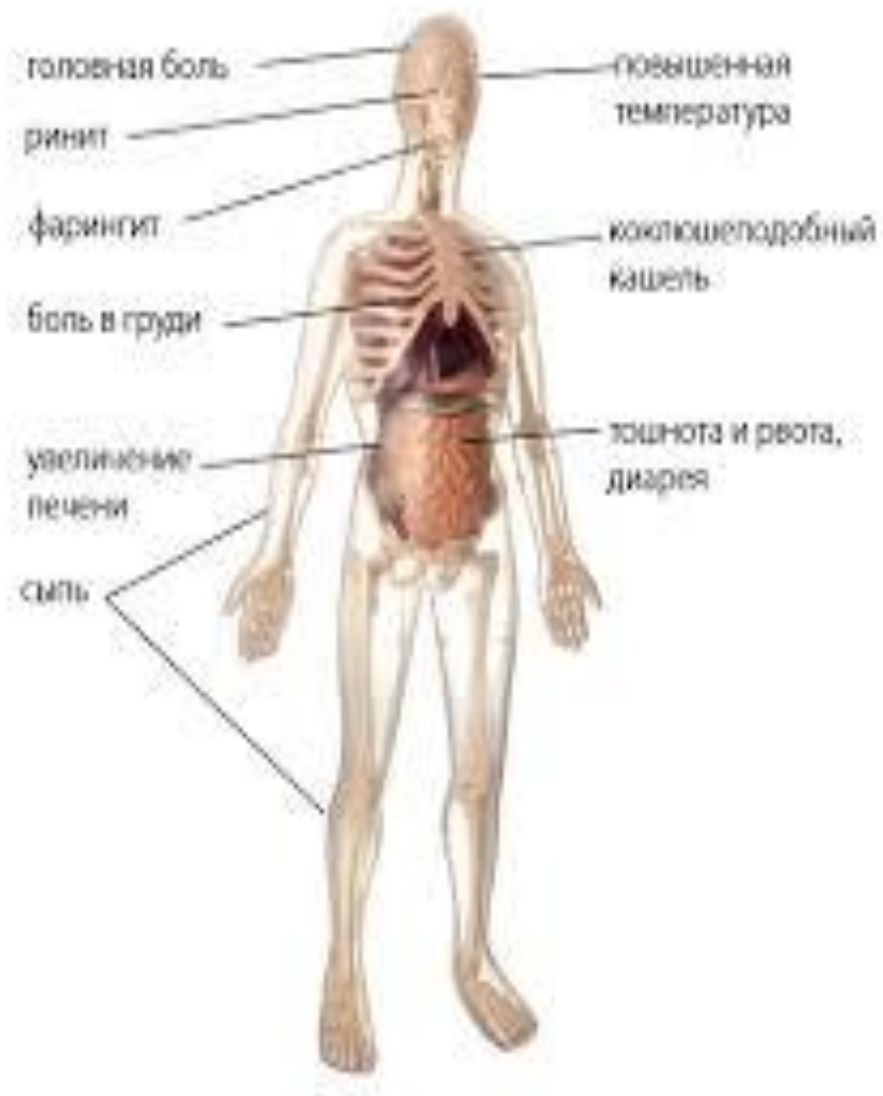
- Тыныс және респираторлы бұзылыстар
- Жаңа туылғандардың склерамасы-терінің,тері астындағы тіндердің қалыңдауы, патологиялық тығыздалуы
- Геморрагия-майда қан құйылулар
- Кефалогематома-бас сүйекке қан кету
- Билирубин көбею,сарғаю
- Менингоэнцефалит

Жетіліп туылған балалардағы туа пайда болған микоплазма белгілері

- Жиі интерстициальды пневмония
- Геморрагия,геморрагиялық синдром
- Менингоэнцефалит кеш дамуы

Мycoplasma pneumoniae мен шақырылатын пневмония клиникасы

- Инкубациялық кезеңі 1 – 2 күн, кейде 3 – 4 аптаға созылуы мүмкін. Ауру жоғары тыныс жолдарының катары ретінде басталады, дене қызуы жоғарлайды, жөтел, мұрыннан су ағу болады. Аңқаның шырышты қабатының және жұтқыншақтың артқы қабырғасының ісінуі және қызаруы байқалады. Круп, астматикалық синдром, кейде диарея дамуы мүмкін. Аурудың 3 – 4 күндері пневмония дамиды, онда катаральды синдром күшейеді, жалпы жағдайы нашарлайды. Мұрыннан іріңді бөлініс бөлінеді, жөтелі ылғалды, еңтігу болады.
- Қызба ұзақ сақталады, дегенмен интоксикация белгілері шамалы болады.
- Пневмония болмаса ауру 5 – 7 күнге, кейде 8 – 10 күнге созылады. Клиникалық белгілер 1 – 2 ай болуы мүмкін.



Асқынулары

- Жиі кездесетіндері: отит, синусит, іріңді ларинготрахеобронхит, ошақты немесе сегментарлы пневмония, сирек миокардит болады.
- Неврологиялық асқынулар болуы мүмкін: менингит, менингоэнцефалит, энцефалит. Полирадикулоневрит дамуы мүмкін.

Микоплазмалық инфекциялардың зертханалық диагностикасы

Әдісі	Зерттеу мақсаты	Қолданылатын тест
Бактериологиялық	Қоздырғышты бөліп алу	Зерттеу материалын селективті қоректік орталарға себу, қоздырғыштың таза дақылын бөліп алу және оны идентификациялау
Серологиялық	Қоздырғыштың антигендерін анықтау	ПГАР, ИФР, ИФТ
Қоздырғыштың антигендеріне антиденелерді анықтау		ПГАР, ИФТ, РИТ және т.б.
Молекулалық-генетикалық	Қоздырғыштың ДНҚ анықтау	ПТР, ДНҚ-зондтау

Емі

- Науқасты клиникалық көрсеткіштерге байланысты госпитализациялайды. Этиотропты ем: тетрациклиндер, канамицин, жартылай синтетикалық пенициллиндер 6 – 8 күн бойы қолданылады.
- Тек жоғарғы тыныс жолдары ғана зақымдалса симптоматикалық еммен шектелуге болады. Онда ішке ибупрофен сиробы, парацетамол, антигистаминді препараттар, витаминдер комплексі, қақырық түсіретін заттар, мукалтин т.б тағайындалады.

Емі

- Макролид тобының препараттары- азитромицин, эритромицин 0,1-0,5 г тәуліктік доза 30-50 мг/кг
- Макролидтерді тетрациклинмен немесе доксициклинмен комплесті түрде
- Жартылай синтетикалық препараттар рокситромицино, 0,3-0,3г тәул.доза 5мг/кг немесе кларитромицин тәуліктік доза 7,5 мг/кг
- Мидекамицин, макропен 0,4 г тәул.доза 30мг /кг
- Джосамицин 0,5г тәуліктік доза 30-50 мг/кг

Профилактикасы

- Науқасты ерте анықтау және тез арада оңашалау. Жедел респираторлы ауруда 5 – 7 күн, ал пневмонияда 2 – 3 апта оңашалайды.
- Жалпы аурудың алдын алу шараларын жүргізу.
- Спецификалық профилактикасы жоқ.

Пайдаланылған әдебиеттер

- « Балалардың инфекциялық аурулары » Ғ.Ғ. Құттықожанова.
- « Балалардағы жұқпалы аурулардың диагностикасы және ажырату диагностикасы » Р.Х.Бегайдарова, Г.Қ. Алшынбекова.
- «Интернет желісі google.ru