

**С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

СРС

***Тема: Хламидийная инфекция у
детей.***

Интерн: Нозайбй Д.Б

Группа: 618-2к

Проверила: Айжн Маликбаевна

Алматы 2020ж.

Хламидиоз у детей – инфекционное венерическое заболевание, вызванное внутриклеточными паразитами хламидиями (*Chlamydia*), которые насчитывают 6 видов вируса:

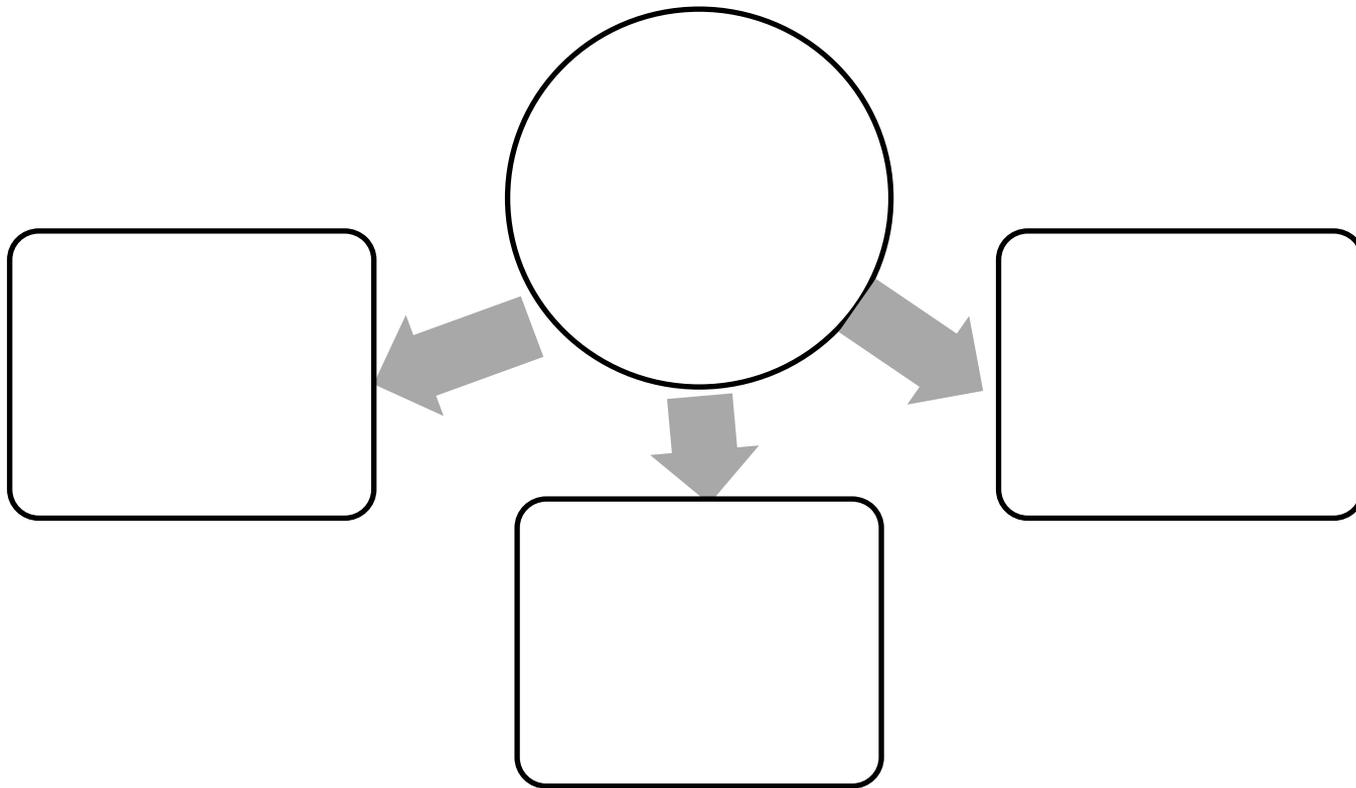
Chlamydophila felis.

Chlamydia psittaci.

Chlamydophila abortus.

Chlamydophila caviae.

Chlamydia trachomatis и *Chlamydia pneumoniae*.



*Классификация
хламидиоза у
детей*

Типичные

Атипичные

зоонозные

антропонозные

Гладкое

Не гладкое

Диагностический алгоритм:



Диагноз: Хламидийная инфекция

Емдеу алгоритмі:



Девочка Л.А. 4,5 мес
Обращение 26 сентября 2011 года.

Аntenатально

- Лечение верифицированного урогенитального хламидиоза матери вильпрафеном в 30 недель.
- Рецидивирующая ВПГИ кожная форма 3-5 раз в год, на ранних сроках беременности 3 раза и в 30 недель.
- Высокий антителогенез к ЦМВ.
- IgM краснухе 1/200 с последующим ростом IgG и отр. IgM через 3 месяца.

Диагноз краснухи не поставлен!

Постнатально

- Желтуха доношенного ребенка 1 месяц с волнообразным повышением показателя БП более 10% от БО до 1,5 месяцев с повышением АСТ. **ВУИ-ассоциированный гепатит.**
- Гнойный дакриоцистит, **конъюнктивит.**
- Паратрофия, масса 9,5 кг (4,5 мес!)
- 1,5 мес. **IgM к хл. трахоматис 1/800**, IgA-отр.
- IgG к ВПГ – 100%
- ИА IgG к ЦМВ - 27%. Реактивация хр. ЦМВИ (ВУИ).**
Курс терапии сумамедом 10 мг/кг 3 дня и 1 раз в неделю 3 недели.

**У ребенка ПЦР на ДНК ЦМВ слюна - отр., моча +.
ПЦР на хл. трахоматис моча +
У матери из цервикального канала ПЦР +**

У ребенка:

- к хл. трахоматис IgM отр., IgA+., IgG - 1/160.
- АСТ-2 нормы.
- Снижение IgA общ.
- Тромбоцитоз.

Гинекологом в АБ лечении матери отказано из-за «кормления грудью» !

Диагноз клинико-эпидемиологический с лабораторным подтверждением

Хламидиоз трахоматис (ПЦР + у ребенка и матери),
ЦМВИ (ВУИ) хроническое течение, реактивация с
поражением печени: первично-хронический гепатит с
синдромом печеночно-клеточной недостаточности и
цитоллиза с минимальной активностью.

ВИН, компенсированная, гуморального типа (снижение IgA).

Лечение ребенка

1. Поить 50 мл/час/сут. водой – 45 мл/час (9 ч.л.)
2. Кларитромицин (Клацид) 62,5мг (1/2 л.) суспензии (125мг в 5 мл) 1 раз в день 2 недели, независимо от кормления.
3. Глюкозаминилмурамин дипептид (Ликопид) 1 мг (1 таб.) 1 раз в день утром 10 дней. 3 курса с интервалом в 10 дней, чередуя с
4. Интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2бета + таурин (Генферон-лайт) 125 тыс. МЕ 2 раза в день 3 курса.

Лечение матери (65 кг)

1. Клацид 500мг (2 ч. л.) суспензии (250мг в 5 мл) раза в день 2 недели независимо от еды.
2. Циклоферон 0,45 (3т.) на прием 1 раз в день до еды, не жуя: 1, 2 день; 4, 6, 8; 11, 14, 17, 21, 23.
3. Генферон-лайт 250 тыс. МЕ интравагинально 2 раза в день 10 дней, затем 1 раз 5 дней, через день – 5 раз и 2 раза в неделю 3 недели.

Обследование отца: IgM к хл. трахоматис, IgA, IgG; ПЦР из мочи.

Контрольное обследование матери через 1 месяц после АБ-терапии: ПЦР из цервикального канала, IgG и ИА% к хл. трахоматис.

Ребенка через 1 месяц: ОАК, IgA общ.; АЛТ, АСТ, ГГТ; ПЦР на ДНК ЦМВ и хламидии трахоматис из мочи.

Временный отвод от профилактических прививок до результатов обследования - острая фаза (реактивация) хронической инфекции.

**Прогноз лечения болезней,
вызванных облигатными внутриклеточными**

патогенами из рода *Chlamydia*

с острым, чаще хроническим течением,

с гранулематозным поражением

слизистых оболочек дыхательных путей, половых органов,

других внутренних органов, а также глаз, суставов,

регионарных лимфатических узлов

определяется

ранней клинико-эпидемиологической диагностикой

с лабораторным подтверждением

и адекватной комплексной терапией

с пролонгированной иммунореабилитацией.