

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 16 парақтың 1ші беті

ДӘРІС ТЕЗИСТЕРІ

ББ аты: Стоматология

Пән коды: ZhADF 3305

Пән аты: Жұқпалы аурулар, дерматовенерология, фтизиатрия

Білім беру көлемі/кредиттер:90/3

Курсы, семестр: 3/6

Дәрістер тезистері «Стоматология» ББ сәйкес құрастырылып,

кафедра мәжілісінде талқыланған.

Хаттама №6 26.01.2024 ж.

Кафедра меңгерушісі, профессор



Абуова Г.Н.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 26 парақтың 1ші беті

№1 дәріс

Тақырып: Дәрігер стоматолог тәжірибесіндегі инфекциялық патологияның өзекті мәселелері. Ауыз қуысын зақымдаумен жүретін жұқпалы аурулар.

КҮЛ АУРУЫ (ДИФТЕРИЯ, DIPHTHERIA)

Анықтамасы. Дифтерия – коринебактериялар тобының Леффлер бактериясымен қоздырылатын, ағзаның улану белгілерімен және мұрын, жұтқыншақ шырышты қабықтарының фибринозды қабынуымен сипатталатын жедел жұқпалы ауру.

Этиологиясы. Күл ауруын бактериялардың токсигендіштамдары туғызады, олар экзотоксин түзеді. Экзотоксиннің құрамына дермонекротоксин, гемолизин, нейраминадаза, гиалуронидаза кіреді. Қоздырғыштың морфологиялық белгілері: грам оң таяқша, екі ұшы жуандаған шыны сауыт (колба) түрінде және жеке микробтар бір-біріне түйісе рим сандары ретінде орналасады. Сау адамдардан бөлінетін дифтерия таяқшасының токсигенді емес штамдары эпидемиялық қауіп тудырмайды.

Эпидемиологиясы. Күл ауруының көзі - науқас адам. Ең жоғары эпидемиялық қауіпті жұтқыншақ, мұрын және көмей дифтериясымен ауыратын науқастар тудырады, қоздырғыш сыртқы ортаға ауа арқылы бөлінеді. Ал тері дифтериясымен ауыратын науқастардың эпидемиялық қауіпі жағынан маңызы аз.

Дифтерия қоздырғышын жұқтырушылардың 5 түрін ажыратады:

- транзиторлы тасымалдаушылық (қоздырғыш сыртқа ортаға 1-7 күн бөлінеді);
- қысқа мерзімді (7-15 күн);
- орташа ұзақтық (15-30 күн);
- ұзаққа созылатын (6 айға дейін);
- созылмалы (6 айдан артық).

Аурудың берілу механизмі – ауа тамшылы, контагиозды индексі 10-15%.

Адамдардың дифтерияға қабілеттілігі, дифтерияға қарсы антитоксикалық иммунитетінің болуымен байланысты. Дифтерия ауруына мезгілділік тән, яғни күз-қыс маусымдарында аурушандық өршиді. Ересектердің дифтериямен ауырғаны анықталған - олардың саны 40-80% жетеді. РФ Денсаулық сақтау Министрінің мәліметтері бойынша 1993 жылы 30-50 жас аралығындағы науқастар 70-72% құраған. Ересектердің аурудан қорғаныштығының әлсіздігі, олардағы дифтерияға қарсы иммунитет деңгейінің төмендігімен түсіндірілген.

Клиникалық көріністері. Инкубациялық кезең 3-10 күн. Жұтқыншақ, көмей, мұрын, көз, жыныс мүшелері, тері, жара және т.б. дифтерияларын ажыратады. Ауру типті немесе атипті түрде өтуі мүмкін. Дифтерияның типті түрі өз кезегінде жергілікті, таралған, субтоксикалық және токсикалық түрлерге бөлінеді. Сирек, аурудың өте ауыр гипертоксикалық және геморрагиялық түрлері болуы мүмкін. Гипертоксикалық түрінде ИТШ дамып аурудың жергілікті көріністері пайда болуға үлгермейді, науқас 2-24 сағат аралығында өлімге ұшырайды. Аурудың геморрагиялық түрінде геморрагиялық синдром дамиды, ерте миокардит көріністері пайда болады. Аурудың ауырлық дәрежесі жергілікті көріністердің (жабындылардың) таралуына және айқындылығына, мойын тері асты шелқабатының ісігінің таралуына және айқындылығына, интоксикация көріністерінің белсенділігіне негізделеді.

Жұтқыншақ дифтериясы жиі кездесетін түрі (90-95%). Аурудың катаральді (атипті) түрі 1-2 күнге дене қызуының аздап көтерілуі, жұтыну кезінде тамақтың шамалы ауыруы, көмекей безін қан кернеу, жақ бұрышындағы лимфа түйіндердің 0,5-1,0 см дейін үлкеюімен сипатталады.

Жұтқыншақ дифтериясының типті түрі. Дифтерияның бұл түрі баяу, сирек жедел басталуы мүмкін. Қызба 37,5-38°C, сирек 39°C, қызбаның ұзақтығы көпке созылмайды (3-5 тәулік). Дене қызуы калыпына келгеннен кейін де инфекциялық процесс жалғаса береді.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері	044 -49/16 36 парақтың 1ші беті	

Ағзаның улануы бас ауырумен, әлсізденумен, адинамиямен, ұйқышылдықпен және терінің бозаруымен сипатталады. Бадамша бездердегі жабындылар шектелген, түсі сұр, ақшыл сұр, «+тін» сипатында болады, киын алынады, алынған жеріндегі тіндер қанталайды, шпательмен езілмейді, суға батады. Шырышты қабаттың гиперемиясы айқын емес, жұтынғанда ауру сезімі, тіндердің ісінуі болмайды немесе айқын емес түрде болады.

Жұтқыншақ дифтериясының таралған түрінде дене қызуы көтеріліп, әлсіздік, терінің бозаруы, ауыздың құрғауы, жұтыну кезіндегі тамақтың ауыруы, көмекей безінің ісінуі, жақ бұрышы лимфа түйіндерінің ұлғаюы және айқын емес ауру сезімі пайда болады. Бадамша бездердің үстіндегі жабындылар бездердің шекарасынан кең таралып, жұтқыншақтың артқы жағын, тілшікті, доғаларды қамтиды. Интоксикация белгілері, шырышты қабаттардың гиперемиясы жергілікті дифтерияға қарағанда айқындау болады, бірақ мойын тері асты клетчаткасының ісінуі болмайды. Аурудың басты белгілері 6-10 тәулік бойы сақталады.

Жұтқыншақ дифтериясының токсикалық түрі ауыр ағымымен сипатталады. Ауру жедел басталады, айқын интоксикация белгілері дамиды: жоғарғы дене қызуы (39,5-41,0°C), бас ауыруы, ұйқышылдық, апатия, адинамия, терінің бозаруы, ауыздың құрғауы. Жұтыну кезіндегі тамақтың ауыруы алғашқы 3 күнде айқын болуы мүмкін, ауыз жұтқыншақтың айқын гиперемиясы, аурудың 2-3-ші күнінен бастап цианоз көріністерімен сипатталады, фибринозды қалың пленкалар «+тін» сипатында бадамша бездерді, доғаларды, тілшікті, жұтқыншақтың артқы жағын қамтиды. Тонзиллярлы лимфа түйіндер орташа деңгейде ұлғайған, ауру сезімімен сипатталады. Ісік көмекей безінен жұмсақ және қатты тандайға таралып, жиірек мұрын жұтқыншағының ұлпаларына жайылуымен сипатталады. Мұрыннан тыныс алу қиындап, науқас ауызбен дем алуға мәжбүр болады. Науқастың дауысы мыңқылдап шығады. Жұтқыншақтың токсикалық дифтериясының классикалық белгісі болып мойын тері асты клетчаткасының ісінуі табылады. Нәтижесінде мойын қысқа әрі жуан болып көрінеді.

I дәрежедегі токсикалық дифтерия кезінде ісік мойынға дейін таралады;

II дәрежеде - бұғанаға дейін;

III дәрежеде - кеуде клеткасына дейін жетеді.

Аурудың бұл түрі вакцинация қабылдамаған балаларда және ересектерде жиі дамиды, аурудың нәтижесі серотерпаияның басталу мерзіміне және адекваттылығына байланысты.

Көмей дифтериясы. Ол дене қызуының аздап көтерілуі, науқас халінің аздап нашарлауы, тыныс алу жолдарының зақымдануымен сипатталады, және алғашқы 2 тәулік бойы қақырықты жөтел және дауыстың өзгеруі (катаральды кезең) байқалады. Науқастардың жартысында дауыстың жоғалуы білініп, дыбыссыз тұншыққан жөтел басталып, тыныс алу қиындайды (стеноз кезеңі). Бұл кезең бірнеше сағаттан 1-2 тәулікке дейін жалғасады, кейін асфиксия алды және асфиксия кезеңдеріне өтеді. Асфиксия кезеңі козу, терлеу, цианоз, тыныс алудың баяулауы, ұйқышылдық, тахикардия және аритмиямен сипатталып науқастың өлімімен аяқталады. Сондықтан, асфиксия алды кезеңінде шұғыл жәрдем ретінде интубация немесе трахеостомия жасау керек. Аурудың бұл түрімен кіші жастағы балалар аурады.

Мұрын дифтериясы. Бұл кезде науқастың дене қызуы қалыпты немесе аздап ғана көтеріледі. Алғашында мұрын жолдарының тек біреуі ғана зақымға ұшырайды. Мұрыннан серозды, шырышты, қан араласқан сұйықтық бөлінеді. Одан кейін 2-ші мұрын жолдары зақымданады. Мұрын жапсарларында эрозиялар, қабыршақтану байқалады. Жабындылар мұрынның төменгі бөлігінде, қоршауында орналасып, синустарға жайылуы мүмкін.

Мұрынның токсикалық дифтериясында жақтың тері асты клетчаткалары мен мойында ісіну байқалады.

Көз дифтериясы. Аурудың катаральды түрі көз қабағының ісінуі және орташа қан кернеуімен сипатталады, сондай-ақ көзден ұйыма-ірің ағады. Қабақтың ісігі тығыз болғандықтан, науқастың көзі ашылмайды.

Алдын алу шаралары. Дифтерия профилактикасының басты әдісі – дифтерияға қарсы иммунизация шараларын жүзеге асыру. Еліміздегі егу күн тізбесінің орындалу мерзімі

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері	044 -49/16 46 парақтың 1ші беті	

келесідегідей: біріншілік вакцинация АКДС вакцинасымен 2 айлық балаларға, 1 ай интервалымен жүргізіледі. Бірінші ревакцинация баланың 18 айлығында қайталаынады. Вакцинаның коклюштіккомпонетіне аллергия болса, онда АДС анатоксинді қолдану қажет, ол 3 рет енгізіледі. Келесі ревакцинация 6-7 жаста АДС препаратымен 16-17 жаста АДС-М препаратымен жүргізіледі.

ЖӘНШӘУ (СКАРЛАТИНА, SCARLATINA)

Анықтамасы. Скарлатина – А тобындағы бета гемолитикалық стрептококкпен қоздырылатын, ағзаның улануымен, жедел тонзиллитпен және ерекше бөртпелермен сипатталатын жедел жұқпалы ауру. Аурудың берілу жолы - ауа-тамшылы.

Этиологиясы. Аурудың қоздырғышы А тобындағы бета гемолитикалық стрептококк. Стрептококктарграм оң, дөнгелек пішінді, моншақ тәрізді тізіліп, сыңарласа орналасатын бактериялар. 80 серотиптері бар. Эритрогенді токсин түзеді. Сыртқы ортада тұрақты, дезинфектанттарға төзімді, қайнатқанда 15 мин. жойылады.

Эпидемиологиясы. Аурудың көзі - скарлатинамен немесе стрептококкты баспамен ауыратын науқастар. Аурудың негізгі берілу жолы - ауа-тамшылы, бірақ залалданған үй заттары арқылы және 3-ші адам арқылы да берілуі мүмкін. Сондай-ақ сүт өнімдері де берілу факторы болып табылуы ықтимал. Бұл аурумен көбінесе балалар ауырады. Ауру күз-қыс айларында өршиді. Әрбір 4-6 жылда аурудың өрлеуі байқалады.

Клиникалық көріністері. Жәншәудің жасырын кезеңі 1-11 күнге (жиі 5-6 күнге) созылады. Ағымы жеңіл, орташа, ауыр, бұдан басқа, экстрабуккалді (жара, күйік, босанғаннан кейінгі), септикалық түрлеріне бөлінген. Жәншәудіңкардинальды 3 белгілері бар - қызба, тонзиллит, бөртпе.

Ауру жедел басталады: қалтыраумен қатар, дене қызуы жоғары деңгейге көтеріледі, бас ауыруы, жүрек айну, лоқсу болады. Қызба 3-5 күн сақталады. 1-ші сағаттарда жедел тонзиллит дамып, жұтыну кезінде тамақ ауырып, ауыз жұтқыншағының шырышты қабықтарында айқын гиперемия дамиды. Бұл өзгерістерді ескі авторлар от жалындарымен салыстырған. Баспа катаральды, лакунарлы, фолликулярлы және некрозды болуы мүмкін.

Таңдайдың көмекей бездері ұлғаяды, ауру сезімімен сипатталады.

Аурудың 1-ші тәулігінің аяғы мен 2-ші тәуліктің басында розеолезді, көлемі 1-2 мм бөртпелер шығады. Бөртпелер майда дақты, гиперемияланған тері фонында орналасып, терінің табиғи қатпарларында айқын көрінеді. Пастиа симптомы тән: механикалық травматизация болған жерлерде, шынтақ аймағындағы қатпарларда топтасқан эрозиялар орналасады, олар бөртпеден ұзаққа сақталады, ретроспективті диагноз қоюға көмек береді. Бөртпенің бетте орналасуы ерекше түрде болады, мұрын үшбұрышы бөртпеден бос, терісі бозғылт болады. Бұл симптом жәншәулік үшбұрыш немесес Филатов симптомы деп аталады. Науқастың беті қызыл түсті, ал мұрын үшбұрыш аймағында тері бозғылт болады, сондықтан Н.Ф.Филатов жәншәу диагнозын науқастың бетіне қарап қоюға болады деп жазған. Ауруға ақ дермографизм тән, ол тез пайда болып, ұзақ сақталады. Бөртпенің ұзақтығы-2-4 күн. Аурудың жеңіл ағымында бөртпелер тез жойылады, ал ауыр ағымда - 1 аптаға дейін сақталады.

Ауруға тілдің өзгерістері тән, таңқұрайтәрізді түсімен сипатталады.

Ауруға ақ дермографизм тән.

Аурудың ірінді және аллергиялық асқынулары болуы мүмкін. Біріншісі нәрестелерде, ал екіншісі - 2 жастан жоғары балаларда жиі байқалады. Ерте кезеңдегі ең қауіпті асқыну - инфекциялы-токсикалық шок, ол аурудың басталуынан 3-4-ші күні дамиды. Тым кеш мерзімде гломерулонефрит, лимфаденит, отит, артрит, миокардит және синовиттің пайда болуы мүмкін.

Шеткі қанда нейтрофильдылейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлайды.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері	044 -49/16 56 парақтың 1ші беті	

Алдын алу шаралары. Ерекше профилактикасы жете зерттелмеген. Еңбастысы наукасты оңашалау, оған ұқыпты және ақырғы дезинфекция жүргізу қажет.

ҚЫЗЫЛША (КОРЬ, MORBILLI)

Анықтамасы. Қызылша — парамиксовирустармен қоздырылатын, ауа-тамшылы механизм арқылы берілітін, клиникасы циклді ағымымен, қызбамен, интоксикация белгілерімен, катаральды синдроммен, макулопапулезді бөртпемен және ерекше энантемалармен сипатталатын жедел жұқпалы ауру.

Этиологиясы. Қызылша қоздырғышы (Polinosamorbilliorum) парамиксовирустарға қатысты. Қызылша вирустарының тегіне, сондай-ақит пен іріқара мал обасының вирустары да кіреді. Қызылша вирусы морфологиялық жақтан басқа да парамиксовирустармен ұқсас, оның вирионының диаметрі 120-250 нм. Қабықтары 3 қабаттан тұрады — белоктық, липидтік, гликопротеидтік. Құрамында РНҚ бар. Маймылдар үшін патогенді. Сыртқы ортада төзімсіз. Қоздырғыш организмде ұзақ персистенцияланып, аурудан кейін баяу дамиды инфекция — жеделдеу склерозды менингоэнцефалит дамуы мүмкін.

Эпидемиологиясы. Жұқпалы аурудың көзі - тек қана науқас адам. Ол жасырын кезеңнің соңғы 2 күнінде, бөртпе шыққаннан кейінгі 4 күнге дейін сыртқы ортаға қызылша вирустарын бөледі. Бөртпенің 5-ші күнінен бастап аурудың жұғу қаупі жойылады. Инфекцияның берілу механизмі - ауа-тамшылы. Ауруға жоғары қабылдаушылық тән. Контагиозды индексі бұрын 1,0 болған, вакцинациядан кейін -0,1-0,2. Ауру жыл бойына тіркелгенмен, оның өршу мерзімі қарашадан наурызға дейін байқалады.

Клиникалық көріністері. Қызылшаның жасырын кезеңі 9-11 күнге созылады. Иммуноглобулинмен алдын алу шараларын жүргізу барысында, оның 15-21 күнге дейін созылуы мүмкін. Ауру циклді түрде дамиды. Бастапқы немесе продром кезеңі дене қызуының 38-39°C дейін көтерілуімен, шаршағыштықпен, әбетінің нашарлауымен сипатталады. Катаральды көріністер қалыптасады. Құрғақ жөтел басталады, конъюнктивит, склерит, жарықтан қорқу, блефароспазм пайда болады. Ұсақ қызыл дақты қызылша энантемалары (Филатов-Коплик-Бельский дақтары) пайда болады, ол жиі жұмсақ және қатты таңдайдың шырышты қабықтарына жайыла бастайды. Оның сыртқы түрі ұнтақ жармасына немесе кебекке ұқсайды. Экзантеманың пайда болуымен олар жойылады. Бастапқы кезеңнің аяғында (3-4-ші күні) дене қызуы төмендеп, содан кейін қызылша бөртпесінің пайда болуымен, қызба қайтадан аса жоғары деңгейге дейін көтеріледі. Бөртпе кезеңі дақты-папулезді бөртпенің пайда болуынан басталады. Қызылша экзантемалары бөртпенің сатылы шығумен сипатталады: 1-ші күні бөртпе элементтері бет және мойында пайда болады; 2-ші күні - кеудеде, қолдарда, жамбаста, 3-ші күні бөртпе аяқ пен табандарды қамтиды, ал бетте ол ағара бастайды. Бөртпе бет және мойында, кеуденің жоғарғы тұстарында жиі орналасады. Элементтердің диаметрі —10 мм. 3-4 күннен кейін бөртпе ағарып, олардың орнында пигментация қалады. Одан әрі кебек тәрізді қабыршақтану байқалады (бетте, кеудеде).

Аймақтық лимфа түйіндері (мойын және шүйде) үлкейеді және оларды пальпациялағанда ауырсыну сезімі анықталады. Балалардың 50%—да көкбауыры үлкейеді. Өкпеде шашыраңқы құрғақ сырыл, кейде көпіршікті ылғалды сырыл естіледі. Кейбір науқастарда ішінің ауыруы және өтуі байқалады.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 66 парақтың 1ші беті

Митигирленген қызылша. Жасырын кезең барысында профилактикалық иммуноглобулин енгізілсе немесе қан мен плазма құйылса залалданған адамдардың ауруы жеңіл түрде өтеді. Ол ұзарған жасырын кезеңмен (21 күнге дейін) ерекшеленеді, әдетте ол дене қызуының аздап көтерілуімен өтеді, Бельский-Филатов-Коплик дақтары байқалмайды. Асқынулары болмайды.

Қызылшаға қарсы тірі вакциналарды енгізу барысында егілген адамдардың 25-50%-да әртүрлі реакция көріністері тіркеледі. Жасырын кезең дегенмен де 9-10 күнге дейін қысқарады. Дене қызуының көтерілуі, жоғарғы тыныс алу жолдарының катары, мардымсыз макулопапулезді бөртпе байқалады. Кейбір балаларда құрысу және лоқсу болуы мүмкін.

Иммунды жүйесі бұзылған науқастардағы қызылшаның ағымы. АИВ-инфекциямен залалданғандар және онкологиялық науқастарда аурудың ағымы ерекше болады. Көп жағдайда (80%) қызылшаның өте ауыр өтетіні белгілі. Онкологиялық науқастардың қызылшамен ауырғандарының 70%-да өлім қаупі байқалса, АИВ-залалданғандарда - 40%. Өте ауырағымға қарамастан, науқастардың 30%-да экзантема жойылады, ал 60%-да - бөртпеатипті болады. Ауыр асқынулар жиі дамиды (энцефалит, өкпе қабынуы және т.б.).

Алдын алу шаралары. Қызылшаға қарсы пассивті иммунизация жүргізу керек. Пассивті иммунизация 3 жасқа дейінгі балаларға, жүкті әйелдерге, туберкулезбен ауыратын науқастарға, әлсіз иммунды жүйелі адамдарға көрсетілген. 3 жастан жоғары қызылшамен ауырмаған, әрі қызылшаға қарсы егілмеген балаларға жедел түрде қызылшаға қарсы вакцина егілуі керек. Ауру кезінде баланы балалар мекемесіне 17 күн бойы жібермеу қажет, ал профилактикалық иммуноглобулин қолданғандарды – 21 күн.

Қызылшадан сақтандырудың сенімді әдісі тірі вакцинамен иммунизация жасау. Бұл егу қорғаушы әсерді 15 жыл бойы сақтайды. Тірі вакцинаны жүкті әйелдерге, туберкулез, лейкоз және лимфомамен ауыратын науқастарға, сондай-ақ АИВ-залалданғандарға белгілемейді. Көп елдерде вакцинаны екі дозада қолданады. Бірінші вакцинаны 1 жасқа жақын балаларға енгізсе, 2-ші егуді 15-18 айлық балаларға жасайды. Иммунизация барысында балалардың 95% жақсы нәтижелілікке жетеді.

ПАРОТИТТІК ИНФЕКЦИЯ

Анықтамасы. Паротиттік инфекция – Mumpsvirus қоздыратын, қызбамен, ағзаның улануымен, бір немесе бірнеше сілекей бездерінің, жиі басқа бездік ағзалармен орталық жүйке жүйесінің зақымдалуымен сипатталатын жедел вирусты ауру.

Этиологиясы. Қоздырғышы Mumpsvirus короновирустарға жатады. Вириондары полиморфты, дөңгелек вириондардың диаметрі 120-300 нм. Вирус тауықтың, үйректің, теңіз шошқасының, иттің және т.б. эритроциттерін жалғайды. Лабораториялық жануарлардың паротит вирусына сезімталдығы төмен, тек қана маймылдар ауруға қабілетті. Вирус қыздыруға, ультракүлгін сәулелеріне тұрақсыз. Вирустың аттенуирліштамдары (Л-3) тірі вакцина ретінде пайдаланылады. Вирустың антигендік құрылымы тұрақты. Онда антигендер бар, ол нейтрализациялаушы және комплемент байланыстырушы антиденелердің түзілуін тудырады, сондай-ақ аллергиялық қасиеті бар.

Эпидемиологиясы. Инфекцияның көзі тек қана науқас адам. Клиникалық нышандардың пайда болуына дейінгі 1-2 күнде және аурудың алғашқы 5 күнінде науқас жұқпалы болады. Ал аурудың белгілері жойылғаннан кейін пациент қауіпсіз, яғни жұқпалылығы болмайды. Вирустың берілуі жолы – ауа-тамшылы. Инфекцияға қабілеттілік көте жоғары. Контагиозды индексі – 30-50%. Көбінесе балалар ауырады. Әйелдерге қарағанда, ер адамдар паротитпен 1,5 есе жиі ауырады. Ауру мезгілдік көрініспен сипатталады. Аурудың жоғарғы деңгейі наурыз-сәуір айларында, ал төменгі деңгейі тамыз-қыркүйек айларында байқалады. 1-2 жыл сайын аурудың кезеңдігінің өршуі көрінеді. Аурудың кездейсоқ пайда болатын түрі (спорадикалық) және эпидемиялық өршу

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 76 парақтың 1ші беті

түрлері кездеседі. Балалар мекемесінде аурудың өршуі 70-110 күнге созылады. Ересектердің 80-90% қанынан паротитке қарсы антиденелерді табуға болады. Тірі вакциналардың иммунизациясын практикаға енгізгеннен кейін, эпидемиялық паротитпен ауыру едәуір төмендеген.

Клиникалық көріністері. Аурудың жасырын кезеңі 11-23 күнге (жиі 15-19 күн) созылады. Кейбір науқастарда 1-2 күнде, аурудың типтік көрінісі дамығанға дейін продром құбылысы байқалады, оның негізгі белгілері шаршағыштық, бұлшық еттердің ауыруы, бас ауыруы, ұйқы мен тәбеттің бұзылуы түрінде көрінеді. Паротиттік инфекция түрлі клиникалық түрлерде өтуі мүмкін. Паротиттік инфекцияның клиникалық түрлерінің жалпы қабылданған жіктелуі жоқ. Паротиттік инфекцияның клиникалық түрлерінің жіктелуін В.Н.Реморов жасаған:

А. Манифесттік түрлері:

1. Асқынбаған: тек қана сілекей безінің зақымдануы, біреу немесе бірнешеуі;
2. Асқынған: сілекей безі және басқа мүшелердің (менингит, менингоэнцефалит, панкреатит, орхит, мастит, миокардит, артриттер, нефрит) зақымғаушырауы.

Ағымның ауырлығы бойынша:

- жеңіл (соның ішінде жасырын және атипті);
- орташа;
- ауыр;

Б. Инфекцияның инаппарантты түрі;

В. Эпидемиялық паротиттің резидуалды құбылысы:

- жыныс бездің атрофиясы;
- бедеулік;
- диабет;
- керендік;
- орталық жүйке жүйесі қызметінің бұзылуы.

Аурудың ауыр ағымының белгісі ағзаның улану белгілерімен және қызба көрінісімен байланысты, сондай-ақ асқынудың болуымен немесе жойылуымен.

Асқынбаған паротиттік инфекция әдетте жеңіл өтеді.

Паротиттің жеңіл ағымында дене қызуының аздап көтерілуі мен ағзаның улану белгісінің әлсіз көрінісі немесе тіптен болмауы мүмкін (асқынусыз). Ал паротиттік инфекцияның орташа түрі дене қызуының 38-39°C дейін көтерілуімен, ұзақ қызбамен, ағзаның улануымен (қалтырау, бас ауыруы, буынның сырқырауы, бұлшық еттердің ауыруы), сілекей бездерінің едәуір үлкеюімен, жиі-2 жакты паротитпен, асқынудың болуымен сипатталады. Паротиттік инфекцияның ауыр түрі жоғарғы дене қызуымен (40°C жоғары) және дене қызуының ұзақ уақыт көтерілуімен (2 аптаға дейін), ағзаның қатты улануымен; астенизация, қатты әлсіздік, тахикардия, АҚҚ төмендеуі, ұйқының бұзылуы, анорексиямен және т.б. өтеді. Кейде ауырағын аурудың 1-ші күні байқалады.

Аурудың ерекшелігін сілекей безінің зақымдануы. Көбіне беттің төменгі бөлігі қатты ісініп, алмұртты еске түсіреді. Бездердің ісінуі 6-16 күн сақталады. Қызба әртүрлі типте 4-7 күн бойы сақталады. Балаларға қарағанда ересектердің ауыруы ұзақ әрі ауыр өтеді.

Алдын алу шаралары. Паротиттік инфекциямен ауырған адамды үйде емдейді. Оны 9 күнге оқшаулау керек. Ал паротит ауыруы білінген жағдайда, балалар мекемесіне 21 күн карантин белгілейді. Паротиттік инфекция ошақтарына дезинфекция жүргізілмейді.

Ерекше профилактика үшін Ленинград-3 (Л-3) аттенуирленген штаммынан тірі паротитті вакцинаны пайдаланады. Паротиттік инфекцияға қарсы профилактикалық егуді 15 айдан 7 жасқа дейінгі балаларға жүргізеді. Егу бір рет, теріастына немесе тері ішіне жасалады.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 86 парақтың 1ші беті

ГЕРПЕСТІК ИНФЕКЦИЯ

Анықтамасы. Герпестік инфекция – («герпес» грек тілінен аударғанда – жорғалаушы, жайылмалы) вирустармен қоздырылатын, жиі терінің, шырышты қабаттардың және ішкі ағзалардың зақымдалуымен сипатталатын ауру.

Этиологиясы:

Герпесвирустардың жіктелуі:

Herpesviridae тұқымдастығы:

α -, β -, γ - герпесвирустар болып бөлінеді;

α -герпесвирустарға

1. қарапайым герпес вирусы (ВПГ-1 ВПГ-2)
2. желшешек вирусы
3. белдемелі герпес вирустары жатады;

β -герпесвирустарға

1. цитомегаловирус (ЦМВ)
2. герпестің 6-шы және 7-ші типтері жатады (экзантема, созылмалы шаршағыштық синдромы)

γ -герпесвирустарға

1. Эпштейн-Барр вирусы жатады (Беркитлимфомасының, Капошисаркомасының, мұрын жұтқыншағы карциномасының қоздырғыштары)

Қарапайым герпес (син. herpessimplex) – көпіршікті герпес –оны қоздырушылар - дерматонейротропты вирустар. Бұл вирустардың 2 жалпы штаммы бар: біріншісі қарапайым герпестің ішкі генитальды қоздыру локализациясы, басқа сыртқы генитальды орналасу локализация болып табылады.

Герпес вирустары сыртқы ортада тұрақсыз, термолабильды және еріткішпен детергенттердің әсерінен тез өледі.

Эпидемиологиясы.

Вирус барлық жерде таралған.

Ауру көзі – залалданған адам

Берілу жолдары:

- жанасу арқылы (контактілі);
- ауа-тамшылы;
- жыныстық (ВПГ-2);
- вертикальды (анадан балаға).

Клиникалық көріністері.

Бұл аурулардың кең тараған түрі – қарапайым герпес. Қарапайым герпестің элементтері жиі ауыз айналасында, еріннің шетінде, құлақ маңында байқалады. Алғашында бөртпелердің орнында қызу және шаншу сезімі, кейін қызару және ісіну пайда болады. Кейін тері немесе шырышты қабаттарда везикулалар пайда болады.

Тері және шырышты қабаттардағы бір-біріне жақын орналасқан ұсақ 0,1-0,3 см көпіршікті элементтер қызарып, ісінген фонда орналасады және ауыру сезімімен сипатталады. Қызару 1-2 аптаға дейін сақталады, жоғары қызба, жалпы әлсіздік байқалады. Аймақтық лимфа түйіндері үлкейеді. Көпіршік ішіндегі сұйықтық көбінесе серозды, ал екіншілік инфекция қосылғанда ірінді болады. 3-5 күннен кейін ісінулер, қызарулар азая бастайды. Көпіршік ішіндегі серозды-ірінді сұйықтық жарылып қабыршаққа айналады. 7-9 күннен кейін осы ошақты аймақтар ізсіз жоғалып кетеді.

ВПГ-1 жиі герпестікгингивостоматит түрінде білінеді;

ВПГ-2 – генитальдыгерпес, жаңа туған балалар герпесі және герпестіменингоэнцефалит түрлерінде білінеді;

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 96 парақтың 1ші беті

Желшешек – тері және шырышты қабаттарда папулезді-везикулезді бөртпелерімен сипатталады;

Белдемелі герпес – жүйке талшықтарының үстіндегі тері зақымдалады. Белдемелі герпестің бөртпелері жиі бетте, мойында, омыртқа аралық жүйкелер бойымен шығады.

Белдемелі герпестің бірнеше түрлері бар: буллезді, қатар орналасқан көпіршіктер, геморрагиялық көпіршіктер – гангренозды өзгерістер немесе жазылғанда тыртықтар байқалады.

Жұқпалы моноклеоз – қызба, лимфаденит, гепато-, спленомегалия, тонзиллитпен сипатталады;

Цитомегаловирусты инфекция – тасымалдаушылық тан және қатерлі ісік түрлеріне дейін білінеді.

Герпестік аурулардың клиникалық белгілері және рецидивтері көбінесе организмнің реактивтілігі төмендеген жағдайда және де клеткалық сонымен қатар гуморальды иммунитет төмендеген жағдайда пайда болады. Сондықтан қарапайым герпестің пайда болуының өзін әртүрлі факторлармен байланыстырады. Мысалы, травма, салқын тигізу, грипп, пневмония, стресс, т.б. аурулардың әсерінен пайда болуы мүмкін.

Алдын алу шаралары. Герпестікинфекцияның ауа-тамшылы жолмен таралуының профилактикасы ЖРВИ-дағы сияқты; жыныстық жолмен жұқтырудың алдын алу үшін жыныстық жолмен берілетін басқа инфекциялардың алдын алу шараларын қолдану керек.

Рецидивтердің (қайталануы) алдын алу үшін белсенділіксіз (инактивацияланған) герпестік вакцинаны қолдануға болады.

№ 2 дәріс

Тақырып: Дәрігер стоматологтың кәсіби тәжірибесіндегі АИТВ жұқпасы, вирусыгепатиттер, сібір жарасы, КҚҚҚ.

АИВ/ЖИТС- ИНФЕКЦИЯСЫ

Адамның иммунитет тапшылық вирустық инфекциясы - адам организмнің иммундық жүйесін зақымдайтын вирустың енуі нәтижесінде дамиды ауру. ЖИТС- жүре пайда болған иммунитет тапшылық синдромы.

Иммундық жүйенің тапшылығы салдарынан организм әртүрлі инфекциялар мен ісіктерге қарсы тұра алмай, түрлі асқынуларға ұшырап, өлімге алып келуі мүмкін.

Этиологиясы. Адам иммунитет тапшылығыншақыратын вирус «баяу» инфекцияларқатарынажатады. Адам иммунитет тапшылығыншақыратын вирус гендік аппараты рибонуклеинқышқылынантұратынретровирустарқатарынажатады. Вирус сыртқықабықтан, оғанбекігенарнайы белоктар-Gp120, Gp41-ден тұрады. Вирустыңортасындағы геном рибонуклеинқышқылыменқоса 3 ферменттер бар- кері транскриптаза (ревертаза), интеграз және протеаза. Адамның иммунитет тапшылығын шақыратын вирус көлемі жағынан орташа вирустарға жатады. 1 сантиметрлік сызыққа 70-100 мың вирустық бөлшектер сияды.

Соңғы кездерде адамныңиммундытапшылық вирусының биологиялық ерекшелігі анықталған, ол - вирустың өте тез өзгергіштік қасиеті. Вирус бөлшектерінің қабығынан сыртқа шығып тұратын ерекше белоктар өзінің антигендік құрылымын жылдам өзгертеді.

АИВ- инфекция қоздырғышының 2 түрі бар: АИВ-1 және АИВ-2.

АИВ-1 -Солтүстік Америка және Европа елдеріндекеңтараған вирус. ВИЧ-2 – БатысАфрикада.

Адамда иммунитет тапшылығыншақыратынвирус сыртқы орта әсерлерінетұрақсыз. Вирус 54°C температурағақыздырғанда 30 минутта, қайнатқанда 1-5 мин аралығындажәне де қышқылдық-сілтілік РН орта кенеттен өзгергенде өз қасиетін жояды. Күнделікті жағдайда

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 106 парақтың 1ші беті

қолданылып жүрген дезинфектанттар әсерінен тез арада тіршілігін жояды. Осығанқарамай вирус ультрасәулелер мен йонды радиация әсерінетұрақтыкеледі.

Эпидемиологиясы. АИВ-инфекция көзі- науқас немесе вирустасымалдаушы адам. Вирус науқасадам мен вирус тасымалдаушы адамның қанында, шәуетінде, емшек сүтінде, көзжасында, кынап және жатыр мойны шырышында, әр түрлі тіндерінде, жұлын сұйықтығында кездеседі. Вирус қан мен шәуетте көпмөлшерде кездесетіндіктен оның осы биологиялық сұйықтықтар арқылы жұғу қаупі жоғары. Ал сілекейде, емшек сүтінде, жұлын сұйығында, көз жасында және тағы да басқа биологиялық сұйықтықтар мен тіндерде вирус мөлшері төмен болғандықтан жұғу қаупі де төмен.

АИВ-инфекция науқас адам немесе вирус тасымалдаушыдан 3 жолмен жұғады: жыныстық қатынас арқылы, қан және қанп репараттары арқылы, анасынан баласына (плацента тосқауылы арқылы өтіп босанғанға дейінгі кезеңде, босану кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде – емшек сүтімен). Кейбір жағдайда вирус нәрестеден анасына емшекүшының жарықтары арқылы сауәйел организміне енуі мүмкін.

Вирустың жыныстық жолмен берілуі гомосексуалдық және гетеросексуалдық қатынастар арқылы жүзеге асады. АИВ- инфекцияның осы жолмен таралуы «қауіп-қатер топтарында» жиі кездеседі.

«Қауіп-қатер» тобының 1-ші тобына гомосексуалистер жатады.

2-ші топта- жезөкшелер;

3-ші топта- шет ел азаматтарымен жыныстық қатынаста болатын әйелдер;

4-ші топта- ретсіз жыныстық қатынаста болатын, жыныстық жолдасын жиі ауыстыратындар;

5-ші топта- нашақорлар;

6-шы топта- қан реципиенттері

Ал парентеральді жұғу жолына келетін болсақ, нашақорлар арасында бір-біріне жұқтыру қаупі жоғары.

Бір нашақор қолданған шприцті екіншісінің қолдануын әтижесіндеш шприцтегі қалып қалған қан қалдықтарындағы вирус екінші организмге көктамыр арқылы өтеді де ауру тудырады.

Залалданған қанды құю АИВ-инфекцияның парентеральді жолмен таралуында ең қауіпті болып есептеледі. Адамның имунитет

тапшылығын шақыратын вирус пен залалданған қанды сау адамға құйған кезде инфекцияның жұғу қаупі 100 %-ке жетеді, яғни тікелей қанға түскен вирус аз уақыттың ішінде организмнің имундық жүйесінің қызметін төмендетеді де, аурудың тез дамуына мүмкіндік береді.

Сонымен бірге қанның клеткалық компоненттерін, плазманы және қан ұю факторларының компоненттерін де құйған кезде вирустың жұғу қаупі жоғары. АИВ- инфекция денемүшелерінің трансплантациясы кезінде организмнің әртүрлі биологиялық сұйықтары арқылы берілуі мүмкін.

Донор қантапсырған кезде адамның имунитет тапшылығын шақыратын вирусмен залалдануы мүмкін емес.

Донордан қан алғанда көктамырдан қанды арнайы, бір рет қолданатын құралдар көмегімен немесе сапалы стерилизациядан өткен құралдарды қолданады. Дүние жүзінде донорлардың имунитет тапшылығын шақыратын вирус пен залалдануы осы уақытқа дейін кездеспеген.

Басқа адамдар тәрізді донор вирустың жыныстық жолмен немесе нашақордың шприц арқылы жұқтыруы мүмкін.

Осыған байланысты әрбір қантапсырушы адам тапсырған қанын құятына да мүшін қауіп туғызатын ынесіне сақтауы керек.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері	044 -49/16 116 парақтың 1ші беті	

Дүниежүзінде әрбір тапсырылған қан үшін инфекцияға мүқият түрде тексеріледі: вирусты гепатит, мерез, АИВ- инфекция (1985 жылдан бастап).

Кей жағдайда АИВ-инфекцияға зерттеу нәтижесі «жалған теріс» болуы мүмкін. Ол АИВ-инфекцияның бастапқы кезінде вирусқа қарсы адам организмінде арнайы антиденелердің түзіліп, лгермеуімен түсіндіріледі.

Клиникалық көрінісі. Адамның иммунитет тапшылығыншақыратын вирус организмге енгеннен бастап антиденелердің түзілгенге дейінгі кезеңді инкубациялық кезеңдеп атайды. АИВ-инфекция кезінде бұл кезеңнің ұзақтығы орташа есеппен 3-8 аптаға созылады. Содан кейін залалданған адамдардың үштен бір бөлігінде жедел кезең, яғни АИВ-инфекцияның жедел фазасы дамиды.

Бұл кезеңде науқастың дене қызуы көтеріледі, тамағы ауырады, лимфа бездері үлкенідейді, теріде бөртпелер пайда болады. Осындай жағдай 2-4 аптадан кейін ем қолданбай-ақ өз бетінше кетеді. Содан кейін АИВ- инфекцияның екінші кезеңінің жасырын варианты басталады. Осы варианттар арнайы лабораторлық зерттеу арқылы науқа организмнен вирусты бөліп аламыз.

Вирустың малдаушы өзінің науқас кезінде білмеуі мүмкін; сондықтан сауда адамға жұғу қаупі жоғарылайды. Екінші кезеңде персистирленген жайылмалы лимфаденопатия вариантының да барлық лимфа түйіндерінің (мойын, қолтық асты, шынтақ және тағы басқалар) ұлғаюы байқалады.

Бұл кезеңде науқастардың жалпы жағдайы өзгермейді, дене температурасы қалыпты болады.

Екінші, және үшінші кезең - «ЖИТС-пен байланысты комплекс» кезеңі. Науқастың себепсіз дене қызуы көтеріледі, денесалмағы күрт төмендейді, іші өтеді, әлсіздік байқалады, жұмысқа қабілеті төмендейді, ұйқысы бұзылады.

Аурудың төртішісатысы- ЖИТС, АИВ- инфекцияның соңғысатысы. Салдарлық инфекциялар мен қатерлі ісіктердің дамуымен сипатталады. Аурудың соңғысатыларында науқастардың әрбірекі үшіншісінде бактериялар, вирустар, саңырауқұлақтар шақыратын салдарлық инфекциялар дамиды.

Ауыз қуысының немесе өңештің кілегей қабықтарының кандидозды, пневмоцисталы немесе герпестік пневмония, ащы ішек пен тоқ ішектің криптоспоридиямен және цитомегаловируспен зақымдалуы, мүшелер мен жүйелердің туберкулезі жиі кездесетіні анық.

Әрбірекі үшінші науқаста орталық және шеткі жүйке жүйелерінің зақымдалуына байланысты нервтік және психикалық ауытқулар байқалады.

Мұндай өзгерістерге әкелетін тек қана адамның иммунитет тапшылығыншақыратын вирус ғана емес, оның «одақтастары»- криптококстар, токсоплазмалар, герпес вирустары және тағы басқаларының да үлесі бар.

Науқастардың әрбірі үшіншісінде қатерлі ісіктер дамиды. Саркомалар- дәнекертканның қатерлісігі, глиомалар- жүйке жүйесінің қатерлісігі, лимфомалар- лимфа жүйесінің қатерлісігі, меланомалар- пигмент клеткаларының қатерлісіктерінің даму мүмкіндігі жоғары деңгейде. Осы атап өткендердің ішінде жиі кездесетіні Капоши саркомасы. Балтыр мен табанның кіаяқта біредейтері мен беткей орналасқан тамырларының зақымдалуымен сипатталады.

Алдын алу. Профилактикалық вакцина қазіргі таңда әлі зерттелмеген. Негізгі зерттеу әдісі АИВ-инфекциясында: тұрғындарды оқыту (мектептен бастап), дұрыс жыныстық қатынаста болуын, профилактикалық бағдарламаларды енгізу, есірткілерді пайдаланбау және жою.

Сонымен қатар, республикада анасынан баласына химио профилактика енгізіліп жатыр (жүктілік және босану) кезінде. Егер медицина қызметкерлері жұмыс істеген кезде жарақаттанса, сол уақытта контакттан кейінгі химио профилактика жүргізіледі.

ВИРУСТЫ ГЕПАТИТТЕР

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 126 парақтың 1ші беті

Вирусты гепатиттер (hepatitisvirosa)

Вирусты гепатиттер - бауыр зақымдалуымен жүретін жұқпалы аурулар. Жеделгепатитінауырлығыәртүрліболады:

симптомсызжәнеклиникалықкөріністеріәлсіздамығаннанбастап, ауыржәнеқатерлі, өлімменаяқталатынтүрлергедейін.

Оладамдүлімгеәкелетініинфекциялардыңқатарынажатады.

Гепатитті тудыратын вирустарға жеке нозология ретінде келесі вирустар жатады: А (HAV), В (HBV), С (HCV), D (HDV), Е (HEV), F (HFV), G (HGV). HFV – таксономиялықтұрғыдананықталмаған, вирустыгепатитқоздырғышыболаалдыдегенкондидаттардың (GBV/GBV-C-РНК және TTV-ДНК) патогенділікүмәнтудырады, бірақ, TTV созылмалыСгепатиткезіндетабылған, әсіресесонғыкезеңдерінде. Негізгігепатотроптывирустардыңсипаттамасы№ 22кестедекөрсетілген.

Анықталғангепатотроптывирустардінішіндепарентералдыжолменберілетінвирустар - В, С, D, F, G және TTV.

Бауырдыңзақымдалуыбасқавирустармендешақырылуыүмкін. Бірақ, бұлкезде «Вирустыгепатит» терминіқолданылмайды, себебі, бауырдыңзақымдалуыарнайыемесболып, әдеттеосынинфекциялардынауыртүрлерініңасқынуыретіндеамиды.

ОлвирустарғажұқпалымононуклеозшақыратынЭпштейн-Баррвирусы, жайгерпесвирусының І-түрі, цитомегаловирусжатады.

Вирустыгепатиттердежеделғағымныңсозылмалытүргеайналуыүмкіндігіәртүрліциклдіқағымтән (№ 2 кесте).

СозылмалыВ, СжәнеДгепатиттерініңәлеуметтікмаңызыжоғарылады. ДДҰмәліметібойынша, бүкіләлемде HBV- тасымалдаушыларышамамен 300 млн. және HCV - 500 млн-ғадейінжетеді. Жұқтырғандардың 80% қауіп-қатертобынажатаді. HBV- тасымалдаушыларының 40% созылмалыгепатитініңасқынуларынанөледі. Әлемде HBV- меншақырылғанбауырдыңқатерліісігінен 1 млн. жуықадәмөледі. HBV-менсалыстырғанда HCV-данбауырциррозыжиідамиды, олгепатоцеллюларлықарциноманыңдамуынанегізболыптабылады.

HBV, HCV және HDV кезінде – жұғужолдарыжәнеорганизмдеұзақсақталуыбірдей; осықасиеттеріолардыАжәнеЕвирустарынанажыратады.

Нашақорлықтыңөсуінебайланыстыеліміздеараласинфекциялардыңүлесіжоғарылады (HBV+HCV, HBV+HDV, HBV+HCV+HDV). Бұлжағдайсозылмалывирустыгепатиттердіңқолайсызнәтижелерінбірнешеесежоғарылатады.

Гепатиттіңтағыбірэтиологиялықагентіанықталды – ТТвирус (TTV - transfusiontransmittedvirus, яғни, қанқұйғандаберілетінвирус). Бұл - ДНҚ- лывирус, Circoviridaeуыстаығынажатады. TTV изоляттарыныңДНҚ-сынзерттеуоның (І-ден XVI-ғадейінримсандарыменбелгіленетін) әртүрліварианттарынкөрсетті. Гепатиттіңдамуындағы TTV-ныңэтиологиялықрөлітолықшешілмеді. Мысалы, TTV ДНҚ- лыжүреккеоперацияжасалмағаннауқастардаоперацияғадейін 16,6%-тежәнекейін - 69,0 %-текездесті, бірақ TTV-менбайланыстыруғаболатынжеделгепатиттіркелгенжөк.

TTV-инфекция созылмалы В және С гепатиттерменауырғаннауқастардажиікездескенімен, TTV-коинфекциясысозылмалы В және С гепатиттердіңклиникалық - патогенетикалықағымынажәне альфа-интерферонменемдеунәтижесінеәсеретпейді. Соныменқатар, бұл вирус адаморганизмінеәсеретпейдідепайтуғаболмайды.

Вирустыгепатиттердіңмаңыздымәселеліолардыңжекетүрлерінанықтауболып

ОНТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы	
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері	044 -49/16 136 парақтың 1ші беті

Ерекшелік ері	HAV1973г.	HBV196г.	HCV198г.	HDV197г.	HEV1980г.
Топтық сәйкестілігі	Пикорна-вирус (энтеро-вирус)	Гепадна-вирус	Флавивирус	Рибозин (өсімдіктер мен жануарлар вирустарының арасындағы орын)	Кальци-вирус
Нуклеин қышқылы	РНҚ	ДНК	РНҚ	РНҚ	РНҚ
Серологиялық варианттары	Шамамен біртекті, әртүрлі штамдары бар	Бірнеше субтиптері бар	Бірнеше субтиптері бар (генотип <6)	2 түрі (патоген-дірек және жалпы)	Бірнеше түрлі емес
Вирустардың репликациялану орны	протоплазма	ядро	протоплазма	ядро	протоплазма
Негізгі берілу жолы	энтеральді	парентеральді	парентеральді	парентеральді	энтеральді
Қайнатуға тұрақтылығы	5мин	30-40мин	30-40мин	3-5мин.	3-5мин.
Летальдығы	<1	1	<1	20	1-2
Созылмалылық, %, бауыр аурулары	жоқ	10 гепато-карцинома болуы мүмкін	60 гепато-карцинома болуы мүмкін	90-ға дейін цирроз	жоқ

№24кесте.

Вирусты гепатиттердің ағым фазалары

Жасырып кезең	Жедел фаза		Реконвалесценция кезеңі	Нәтижелері
	Сарғаюалды кезеңі	Сарғаюкезеңі		
2-4апта (А,Е)	2 күн-2 апт	2-7 апта	2-12 ай	Сауығу Созылмалылығы Бауыр циррозы

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 146 парақтың 1ші беті

2-4 ай (В,С)				Бауыр карциномасы Өлім
-----------------	--	--	--	------------------------------

табылады (верификация), олушінсерологиялықмаркерлернеңқолданылады.

А вирусты гепатиті

А гепатиті (син. жұқпалы, эпидемиялық гепатит, Боткин ауруы)- фекалды-оралды механизмі арқылы берілетін вирусты ішек инфекциясы.

РНҚ-лы вируспен тудырылатын жедел бауырдың қабынуы, әдетте өзіндік сауығумен аяқталады. Бұрын бұл ауру тек балалар арасында тіркелетін, ал қазір батыс елдерінің гигиеналық деңгейінің жоғарылауына байланысты, ересек адамдардың арасында кездеседі.

Этиологиясы. А гепатит вирусы (HAV) энтеровирустар тұқымдастығына Picornaviridae жатады. Кей кезде вирусты 72 типтегі энтеровирус деп те атайды. Ол дөңгелек, сәл жиектелген, көлденеңінен алғанда 27-32 нм бөлшек. Вирустың нуклеокапсидінің сыртқы қабығы және беткейлік шығыңқысы жоқ. Вирионның орталық компоненті болмайды. Вирустың геномы молекулярлық салмағы 2,25 мегадельтон, жалғыз спиральды сызықты РНҚ молекуласынан тұрады. Әлемнің әр бөлігінде вирусының әр түрлі штамдары анықталған, бірақ олардың бәрінде барлығын бір серотипке жатқызатын бірдей антиген бар және қарама-қарсы протективті иммунитет туғызады. Жалғыз антиген болғандықтан анти-HAV-антиденелері, алдымен Ig M, кейін Ig G түзеледі.

А гепатитінің вирусы суда ұзақ уақыт (3-10 ай) сақталуы мүмкін, топырақта, нәжісте (1 айға дейін), үй тұрмыс заттарында да сақталады. 100° С –та 5 мин қайнатқанда инактивирленеді. Вирус формалин мен УКС (УФО) сезімтал, салыстырмалы түрде хлорға төзімді, хлороформ мен эфирдің әсеріне инактивирленбейді.

Эпидемиологиясы. Инфекция көзі: сарғыштанбаған және субклиникалық, сонымен қатар аурудың манифестті түрімен науқастар жатады. А гепатит вирусы фекалды-оралды механизммен беріледі. Вирус сарғыштануға дейін 10-14 күн бұрын бөліне бастайды және сарғыштықтың 2-7 күнінде аяқталады. Сонымен, науқас қоршаған адамдарға инкубация кезеңінің екінші жартысынан бастап эпидемиологиялық қауіпті және ол қауіптілік сарғыштық кезеңінде жоғалады. Вирусты А гепатитінің сарғыштық түрімен ауырған науқастардан, аурудың жасырын және сарғыштығы жоқ түрлерімен ауырғандардың саны 2-10 есе көп кездеседі. HAV- тасымалдаушылығы және созылмалы ауру түрінің кездесуі, сонымен қатар, аурудың ауа-тамшылы жолмен берілуі мүмкіндігі қазіргі кезде жоққа шығарылған. HAV анасынан жатырдағы баласына берілуі де мүмкін емес, өйткені вирус трансплацентарлы тосқауылдан өте алмайды. Аурудан кейін тұрақты иммунитет қалыптасады.

А вирусты гепатитке қабылдаушылық ортақ болады. Алайда 1 жастан үлкен балалар (әсіресе, 3-12 дейінгі жаста) және жастар арасында бұл ауру жиі тіркеледі.

А вирусты гепатитке маусымдылық (аурудың максималді сырқаттанушылық кезеңі күз-қыс айларында тіркеледі), кезеңділік (сырқаттанушылық 3-5; 7-10 жылда көтеріледі) тән.

А вирусты гепатиті жалпылама таралған. А гепатитінің таралуына объектілердің санитарлық жағдайы, тұрғындардың санитарлық мәдениеті әсер етеді. Сондықтан, өмір сүру деңгейі жоғары елдерде, дамитын елдерге қарағанда сырқаттанушылық аз тіркеледі.

Клиникасы. А вирусты гепатиті айқын клиникалық белгілерімен (сарғыштық және сарғыштықсыз) және клиникалық белгілерінсіз өтуі мүмкін (инаппрантты түрі). Сарғыштықсыз түрінде сарғыштық пен гипербилирубинемиядан басқа гепатиттің барлық клиникалық және биохимиялық көріністері болады, трансаминазалардың белсенділігі жоғарылайды, анти-HAV IgM анықталады. Субклиникалық (инаппарантты) түрінде клиникалық симптомдары болмайды, бірақ трансаминазалардың белсенділігі жоғарылап, анти-HAV IgM анықталады.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 156 парактың 1ші беті

Ауру түрлерінің ажыратылуы:

- ағымы бойынша: жедел, ұзағырақ;
- ауырлық дәрежесі бойынша: жеңіл, орташа, ауыр.

Клиникалық белгілерімен өтетін гепатитке 4 кезеңнің ауысып ағуы тән: жасырын кезең, продромалды, аурудың өршу кезеңі (сарғыштық), реконвалесценция.

Жасырын кезең 6-50 күн (жиі 15-30 күн).

Продромалды (сарғыштық алды) кезең - 2-14 күн (жиі 5-7 күн). Продромалды кезең әр түрлі вариантпен өтуі мүмкін: грипп тәрізді, диспепсиялық, астеновегетативті, аралас.

Грипп тәрізді варианты жедел басталады, дене қызуы 38-39°C, 2-3 күн байқалады; басы, бұлшық еттері ауырады, катаральды белгілер болуы мүмкін.

Диспепсиялық вариантта тәбет төмендейді, эпигастрий аймағында ауырлық немесе ауру сезімі болады, оң жақ қабырға асты ауырып, науқаста кейде жүрек айну, құсу байқалады.

Астеновегетативті вариантта әлсіздік, ұйқышылдық, ашушандық, басы ауырып, айналып, жұмысқа қабілеті төмендейді.

Аралас түрінде бірнеше варианттардың симптомдары кездеседі.

Ауру басталғаннан кейін 2-4 күн өткен соң несеп сарғаяды, түсі қою шай немесе сыра түстес болады, сонымен қатар үлкен дәреті түссізденіп, кейде консистенциясы сұйылтады. Тексеру кезінде науқастардың бауыры, ал 10-20% -да көкбауыры ұлғайғандығы және пальпация жасағанда ауру сезім анықталады. Биохимиялық зерттеуде АЛТ белсенділігі жоғарылады.

Аурудың өршу кезеңі (сарғаяу кезеңі) сарғаяудан басталады, ол шамамен 2-3 аптаға (орташа тербелісі 1 аптадан 1-2 ай) созылады. Сарғыштық басталғаннан соң аурудың дене қызуы қалыптасып, бас ауруы және басқа да жалпы улану белгілері басылады, жағдайы жақсарады, осы белгілер А гепатитінің В мен С гепатитінен салыстырмалы диагностикалық ерекше белгі болып саналады. Сарғыштық алдымен ауыз қуысының шырышты қабатында, көздің ағында, кейіннен теріде байқалады. Сарғыштықтың бастау, максималды көріну және басылу кезеңі бір-бірінен ажыратылады. Әдетте, А гепатиті кезіндегі сарғыштық қарқынды болмайды. Билирубин қалыпты жағдайдан 4-5 еседен жоғарыламайды. Алғашқы 2-3 күнде сарғыштық көбейіп, қайта басылады.

Объективті тексергенде науқаста гипотензия және брадикардияға бейімділік, жүрек үнінің бәсеңдеуі байқалады, тілі өңезделген, бауыры ұлғайған, бауыр шеті дөңгелектенген, пальпация жасағанда ауру сезімі бар, көкбауыры аздап ауырады. Гепатомегалия сарғыштық кезеңінде сақталады, кейде жоғарылайды. 30% жағдайда көкбауырдың аздап ұлғаюы байқалады. Зәрдің қызарауы және нәжістің ағаруы айқын көрінеді.

Науқаста өтгің бөлінуі дұрысталып, нәжіс бірте-бірте боялып, сырқаттың кері даму кезеңі басталады.

Лабораторлық зерттеуде АЛТ, билирубин, тимол сынамасы жоғарылап, сулемалық титр төмендейді. Перифериялық қанда лейкопения, салыстырмалы лимфоцитоз, ЭТЖ-тежеледі. Қанда анти-HAV IgМанықталады. А гепатиті кезінде, басқа гепатиттердегідей, аурудың ауырлығын бағалайтын негізгі белгі - улану: оның дәрежесі және белгілері болып табылды.

А гепатиті кезінде аурудың жеңіл түрі - сарғыштықсыз және сарғыштық түрлері жиі кездеседі. Аурудың орташа түрі науқастардың 1/3 -інде ал ауыр түрі 0,1- 0,3%-да кездеседі. А гепатиттің ауыр ағымы имунданбаған 60-65 жастағы және одан да үлкен қарт адамдарда (20%) гепатиттің фульминантты түрі кездеседі. Кейде өзгерістері бар бауырда аурудың күрт ағымды түрі байқалады. А гепатитінің фульминантты түрі 0,1-0,4 % науқастарда болады.

Аурудан айығу гепатит белгілерінің жойылуымен сипатталады. Науқастың тәбеті дұрысталады, астено-вегетативті белгілер азаяды, сарғыштық жойылады, бауыр мен көкбауырдың көлемі қалпына келеді.

Реконвалесценция кезеңінде біртіндеп клиникалық - биохимиялық көрсеткіштер қалпына келеді. Науқас 4 - 6 апта мерзімінде айығады.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 166 парақтың 1ші беті

Науқастардың 5-10%-да аурудың ұзақ ағымды түрі кездеседі, ауру бірнеше айға созылып, науқас айығады.

Кейбір науқастарда реконвалесценция кезінде 1-3 айдан соң рецидивтер (аурудың қайта өршуі) байқалады, клиникалық белгілері мен лабораторлық көрсеткіштері өзгереді.

А гепатитінің **сарғыштықсыз түріне** жоғарыда аталған белгілер (сарғыштықтан басқа) және биохимиялық көрсеткіштер (гипербилирубинемиядан басқа) тән, бірақ олардың айқындығы төмендеу.

Субклиникалық (инаппарантты) вариантында сарғыштықсыз түріне қарағанда науқастың жалпы жағдайы төмендемейді, бауыры ұлғаймайды. Аурудың бұл түрі эпидемиялық ошақтарда АЛТ және АСТ көрсеткіштерінің жоғырылауымен, HAV–нің спецификалық маркерлерінің қан сарысуында табылып, анықталады.

Аурудың созылмалы түрі кездеспейді. Аурудың ақыры ешқандай қалдықсыз (90% науқастарда) айығумен, қалдық жағдай - гепатиттен соң дамидын синдром, созылмалы реконвалесценция, өт жолдарының зақымдануымен (дискинезия, холецистит 10%) болады.

Жедел А гепатитімен ауырған науқастарда сарғыштық түріне байланыссыз өмір бойы, тұрақты иммунитет дамиды.

А гепатитінде өлім - жітім саны 0,1-0,4%, басқа бауыр аурулары бар науқастарда кездеседі.

Алдын алу шаралары. Санитарлық - гигиеналық шараларға фекалды - оралды механизмін үзу жатады.

Эпидемиялық ошақта А гепатитімен ауырған науқас анықталғанда, күнделікті және қорытынды дезинфекция жасалады, науқасты оқшаулап (үй жағдайында қалдыруға болады), ауруханаға жатқызады.

Науқасты оқшаулағаннан соң, жанасқандарды 35 күн бақылап, биохимиялық тексеруден өткізеді.

А гепатитінің алдын алу мақсатымен донорлық иммуноглобулинді (1,5-4,5мл бұлшық етке) енгізеді, қайта енгізу 4 реттен көп болмауы керек. Енжар (пассивті) иммунитет 4 ай сақталады. А гепатитінің вакциналық алдын алуы “Хаврикс-А” (Havrix-A), “Аваксим” (Avaxim) вакциналарымен жасалады. Бұл вакциналарды адамдарға А гепатиті-бойынша қолайсыз аймақтарға барар бұрын (туристер, сапар шегушілер, әскери қызметкерлер және т.б.) бұлшық етке 2 мәрте (аралығы 6-12 ай) енгізеді. Вакцинациядан кейінгі иммунитет 10 жыл сақталады.

Жедел В вирусты гепатиті

Жедел В вирусты гепатиті ДНҚ вирусымен (Дейн бөлшегі) тудырылатын жедел бауырдың қабынуы, адамнан адамға парентаральді немесе вертикальді жолмен жұғады. Ауру әдетте өзіндік сауығумен аяқталады, кейбір жағдайда ұзақ созылмалы вирус тасымалдаушылық пайда болады немесе созылмалы гепатит және гепатиттен кейін бауыр циррозы дамиды.

Этиологиясы. В гепатит вирусы (HBV) кішірек, шамамен 42 нм ДНҚ вирусы. Ол қабықшадан, нуклеокапсидтен тұрады. Вирустың қабықшасында беткейлік антиген (HBsAg) орналасқан; полимераздыальбумин үшін қосымша рецепторы (р.АR) бар; оның көмегімен HBsAg бауыр жасушасының ішіне енеді. Нуклеокапсидте В гепатит вирусының ядролық «core» (HBcAg) және «е» (HBeAg) антигендері бар, қосымша құрамында ДНҚ- полимераз (қайталамалы транскриптаза), протеинкиназа және вирус ДНҚ-сы орналасқан.

В гепатит вирустың геномы құрамына екіжіпшелі ДНҚ кіреді және де минус жіпшенің ұзындығы орташа есеппен 3200 нуклеотидтер. 5' –толық емес минус жіпшенің соңына 5'-толық емес плюс-жіпше соңы айқасады. Сондықтан, ДНҚ молекуласы доңғалақ конфигурациялы болады.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 176 парақтың 1ші беті

В гепатит вирусының қабықшасы мен ядросы антигендерімен ажыратылады. Ауру кезінде вирустың осы бөліктеріне түрлі антиденелер түзіледі. HBV антигендерінің және түзілген антиденелердің диагностикалық тұрғыда және болжам жасауда маңызы зор.

Серологиялық маркерлер.

HBsAg. HBsAg қан сары суында клиникалық манифестация алдында пайда болып, аурудың өршуі кезінде максималды концентрациясына (деңгейіне) жетеді, реконвалесценция фазасында жойылады. Аурудың асқынбаған түрінде 2 ай аралығында элиминацияланады. HBsAg 12 аптадан аса сақталса, жедел В гепатиті созылмалы түріне айналады.

Кейбір науқастарда HBsAg аурудың клиникалық симптомдары көріне бастағаннан соң бірінші аптаның ішінде элиминацияға ұшырайды, сондықтан науқастардың 10% -да жедел В гепатиті анти-HBcIgM—ді анықтау арқылы ғана диагноз қоюға болады.

Сарысудың бір сынамасына сүйене отырып, гепатиттің жедел немесе созылмалы түрін нәтижелеуге болмайды.

HBeAg. HBeAg – HBcAg ыдырауынан пайда болатын өнім. Бұл маркер вирустың белсенді репликациясының және қанда көптеген вирустардың айналымының дәлелі. Осындай пациент өте контагиозды болып саналады. Жедел В гепатит кезінде HBeAg серологиялық зерттеулер арқылы бірнеше күн ішінде, кейде бірнеше аптада анықталады. HBeAg қан сарысуынан HBsAg-ге қарағанда тез элиминацияланады.

Қанда HBeAg—ді бір рет анықтағаннан гепатиттің жедел немесе созылмалы түрін нәтижелеуге болмайды.

HBcAg. HBcAg – В гепатиті вирустың ядролық антигені, перифериялық қанда анықталмайды, өйткені сыртынан белок қабығымен қапталған. Оны гепатоциттер ядроларында анықтауға болады.

Анти-HBs. Анти-HBs реконвалесценция кезінде қан сарысуында анықталады, реинфекцияға қарсы иммунитеттің пайда болғанының дәлелі.

В гепатитінен сауыққаннан кейін науқастарда анти-HBs және анти- HBc анықталады. Мұндай пациенттерден иммундық жолмен егілгендердің айырмашылығы, олар анти- HBs – оң және анти- HBc - теріс болады.

Анти-HBc. В гепатитімен ауырған барлық науқастарда ядролық антигенге қарсы антиденелер анықталады және өмір бойы сақталады. Бұл антиденелер жаңадан жұқтырылған жұқпаның немесе жаңа басталған қабынудың өте сезімтал маркері.

Анти-HBcIgM В гепатитінің жедел фазасында анықталады және жұқпадан кейін 6 ай немесе одан да ұзақ сақталады. Бұл маркер В гепатиті вирустың созылмалы тасымалдаушыларында аз мөлшерде табылады.

Осылайша, HBsAg элиминациясынан кейін ауру кезінде «терезе» пайда болып, анти-HBs пайда болғаннан бұрын, анти-HBcIgM маркерімен толады.

Анти-HBe. Анти-HBe жедел В гепатитідан соң аурудың сарысуында кездеседі, сонымен қатар клиникалық белгілері жоқ вирустың тасымалдаушыларында анықталады. Сарысуда HBsAg - оң болғанда ғана HBeAg және анти-HBe анықтау нәтижелі.

ДНҚ-полимераза. ДНҚ-полимераза және HBeAg вирустың белсенді репликациясының маркері..

ДНҚ. ДНҚ - вирустың белсенді репликациясының маркері, HBeAg - оң және анти-HBeAg - оң пациенттерде, әсіресе созылмалы гепатитке ауысу қаупі туғанда анықталу керек.

В вирусты гепатитінің диагнозын 3 серологиялық тест қолдану арқылы қоюға болады: HBsAg, анти-HBc және анти-HBs. Клиникалық гепатологияда сарысу маркерлерінің негізгі 5 комбинациясы ескеріледі (№ 25 кесте). В гепатиті вирусы көптеген физикалық және химиялық факторларға төзімді.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 186 парақтың 1ші беті

HBsA	Анти- HB	Анти- HBe	түсініктеме
+	+	-	ВВГ белсенді жұқпасы
-	+	+	ВВГ-дан кейін реконвалесценция
-	-	+	Кеш реконвалесценция/вакцинация
-	+	-	Кеш реконвалесценция/ «терезе» фазасы
-	-	-	Жедел сырқаттың жоқтығы немесе анамнезінде ВВГ жоқ

HBeAg / анти- HBe жедел гепатит кезінде маңызы аз.

Эпидемиологиясы. В гепатитінің қоздырғышы науқастан немесе вирустасымалдаушыдан жыныстық, парентералдық жолдармен және перинаталды беріледі. «Сарысулық гепатит» қаупі сақталатын қанның мұқият тексерілетіндегінен өзекті емес. Басқа берілу жолдарының маңыздылығы керісінше артты.

Соңғы кезде В гепатиті көп жағдайда жыныстық жолмен таралатын ауыру есебінде, сонымен қатар нашақорлар арасында 75% жағдайда HAV- маркерлер анықталады. Ауру жұқтыру қаупі бар тобына кіретіндер: акушерлер, хирургтер, стоматологтар, қанмен жанасатын процедуралық мейірбикелер.

Ауру жұққан анасынан баласына жұқпа жұқтырылуы мүмкін. Жұғу көп жағдайда интранаталды өтеді (95%). Егер жүкті әйел жүктілігінің III- триместрінде В гепатитімен ауырса, сонымен қатар онда HbsAg - оң және HbeAg - оң болып шықса туылатын баласының ауру жұқтыруы заңды болады. Балаларда өмір бойы вирусқа персистенттілік пайда болады, нәтижесінде 20 жасқа қарай олар бауырдың қатерлі ісігінен немесе цирроздан өледі.

Зерттеулердің нәтижесі бойынша, HBsAg-тасымалдаушының жанұясында 5 жыл аралығында жұқпа тудыру қаупі көбейеді. Бұл HAV жұқтыруда тығыз жанасудың маңыздылығын көрсетеді (бәрі бір тіс щеткесімен, ұстарамен пайдаланса).

В гепатитінің маусымдылығы болмайды. В гепатитімен ауырған және HBsAg-геантитенелері бар адамдар қайта ауырмайды.

Дүниежүзінде 1млрд. жұқпа жұқтырған және 300 млн. HAV-тасымалдаушылары бар. Олардың 25%-да ауыр түрдегі бауыр аурулары дамуы, цирроз бен гепатоцеллюлярлықкарциномадан өлімге душар болуы мүмкін.

Клиникасы. Аурудың ағымының сипатына, клиникалық белгілердің көріністеріне, вирустың фазасына, морфофункционалдық өзгерістердің тереңдігіне, асқынулары мен аурудың нәтижесіне байланысты В гепатитінің бірнеше түрелері мен оның клиникалық-морфологиялық варианттарын ажыратады.

I. Ағым циклігіне байланысты:

А – циклді (өзі жазылатын) жедел түрлері

- Цитолитикалық компоненті басым болатын жедел вирусты гепатиті;
- Холестаздық белгілері басым болатын жедел вирусты гепатиті;
- В гепатитінің ұзақ мерзімді түрі;
- Холестаздық вирусты В гепатиті.

Б – ациклді түрлері

- 1) жедел асқынатын фульминантты В гепатиті;
- 2) созылмалы В гепатиті.

Процестің белсенділік дәрежесі:

- минималды белсенділікпен өтетін (созылмалы вирустасымалдаушылық және созылмалы персистирлеуші В гепатиті);
- белсенділігі төмен;

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері	044 -49/16 196 парактың 1ші беті	

- белсенділігі орташа;
- вирусты жұқпаның белсенділігі жоғары: репликациялық, интеграциялық.

Басты синдромдар:

- Цитолитикалық;
- Холестатикалық.

II. Симптомдарының көріну дәрежесіне қарай:

субклиникалық, айқын емес, сарғыштанусыз, сарғыштанумен жүретін.

III. Ауыру дәрежесіне қарай:

жеңіл, ауырлығы орташа, ауыр түрлерге бөлінеді.

IV. Асқынуларына қарай:

● Арнайы асқынулар:

- жедел бауыр жетіспеушілігі;
- геморрагиялық синдром;
- порталды гипертензия;
- ісіну-асциттік синдром;
- В гепатитінің өршуі мен қайталанулары;

● Арнайы емес асқынулар:

- суперинфекция (вирусты және бактериалды);
- эндогенді инфекцияның белсенділігінің артуы (вирусты-бактериалды-саңырауқұлақтық ассоциация);
- қосымша ауруларының қозуы.

V. Аурудың аяқталуына байланысты:

● айығу:

- толық айығу;
- қалдықты белгілерімен.

● өлім (жедел бауыр жетіспеушілігінің, бауыр циррозының, гепатоцеллюлярлық карциноманың нәтижесінен болған).

Алдын алу шаралары. Алдын алу шаралары жұқпа көздерін активті анықтауға, таралудың табиғи және жасанды жолдарының үзілуіне, қауіп топтарында вакцинацияны жүргізуге бағытталған.

1996 ж. Қазақстанда В гепатитіне қарсы вакцинация профилактикалық егулер күн тізбесіне енгізіліп, «Смит Кляйн Бичем» фирмасымен өндірілген «Энджерикс-В» гендік-инженерлік вакцинасымен жүргізіледі.

В гепатитімен залалдану қаупі жоғары топқа жататын адамдар вакцинацияланады: медицина қызметкерлері, медициналық мекемелердің студенттері, қайталамалы гемотрансфузияларды қабылдайтын немесе гемодиализдегі науқастар, В гепатитімен ауырған науқастың туыстары, нашақорлар. Егер вакцина жеткілікті болса, тұрғындардың барлығы вакцинацияланған дұрыс. Ересек адамдар иммунизациясының кестесі 3 егуден тұрады: екі егу 1 ай аралықпен еңгізіледі, үшінші – 6 айдан соң жасалынады. Ревакцинация 7 жылдан кейін өтеді.

Балаларда вакцинопрофилактика сатылы түрде жүргізіледі. ● Бірінші орында HBsAg бар және жүктіліктің III триместрінде В гепатитпен ауырған әйелдерден туылған нәрестелер вакцинацияланады. Оларға 4 егу жасалынады: үш егу 1 ай аралықпен, төртінші – 12 айда. Бірінші егу нәресте өмірінің 24 сағат ішінде енгізіледі.

● Одан кейін HBsAg «тасымалдаушылық» 5%-тен жоғары аймақтарда туылған нәрестелер;

● HBsAg «тасымалдаушы» немесе созылмалы В гепатитпен ауырған науқас бар жанұяларда туылған нәрестелер; ● балалар үйлеріндегі және интернаттардағы балалар;

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 206 парақтың 1ші беті

•қан немесе қан препараттарын жиі қабылдайтын және гемодиализдегі балалар вакцинацияланады.

Вакцинацияның екінші сатысы – егулер күн тізбесіне сай балаларды вакцинациялау.

Үшінші сатыда, жасөспірімдер арасындағы В гепатитпен аурушылдықтың жоғарылауын ескере отырып, 11 жастағы балаларды вакцинациялау керек.

Қандағы антиденелер 10 ХБ (халықаралық бірлік)-тен жоғары деңгейі иммунизацияның толық курсын өткен адамдардың 85-95%-де дамиды. Екі егуден кейін антиденелер 50-60%-те пайда болады.

Шұғыл көрсеткіштер бойынша иммунопрофилактика қоздырғышпен қатынасы болған адамдарға жүргізіледі. Вакцинамен бірге құрамында В гепатит вирусына қарсы антиденелер бар арнайы иммуноглобулинмен енгізілсе, иммунопрофилактиканың нәтижелігі жоғары болады.

ТҮЙНЕМЕ (ANTHRAX)

Син. Түйнеме, күйдіргі, Сібір жарасы.

Анықтамасы. Түйнеме -Bacillaanthracis қоздыратын, зооноздар тобына жататын, айқын улану белгілерімен, терінің, лимфа түйіндердің және ішкі ағзалардың серозды-геморрагиялық қабынуымен сипатталатын аса қауіпті жұқпалы ауру.

Этиологиясы. Ауруды қоздыратын микроб – түйнеме таяқшасы – B. Anthracis. Bacillasaetұқымдастығана жатады, ұзындығы 5-8 мкм және диаметрі 1,2 мкм, ұштары тік бұрышты немесе аздап ішке қысылған (иінді бекіністі бамбук таяғын еске түсіретін) біршама ірі, қозғалысы жоқ, грам «оң» таяқша. Бацилла барлық анилин бояуларымен жақсы боялады, ағзада қосарланып немесе қысқа тізбекше, ал қоректік орталарда «маржан алқа» түріндегі ұзын тізбек құрай орналасады. Жануарлар ағзасында және кейбір қоректік орталарда капсула түзеді, ағзадан тыс орталықта сопақша түрдегі споралар түзеді. Споралар 43°C-тан жоғары және 15°C-тан төмен температурада түзілмейді. Споралардың қара шірік топырақта қолайлы жағдайда вегетативті түрге өтіп, күз түскенде қайта спораға айналуы мүмкін екендігі дәлелденген. Күн сәулесінен қорғалған және басқа да жағдайлар бар жерлерде споралар жылдар бойы, ал кейде бірнеше жылдарға дейін сақталуы мүмкін.

Бациллалар экзотоксин өндіреді, ол 3 компоненттен тұрады: қорғаушы (протективті) антиген, ісіктік фактор, және леталді фактор. Микроорганизмнің вегетативті түрі 60°C температурада 15 мин. ішінде, қайнатқанда -1-2 мин. өледі.

Споралар ыстыққа тұрақты: 120-140°C температурадағы ыстық ауа әсерінен 2-3 сағатта, 110°C температурада автоклавта 40 мин. өледі. Қоздырғышты 5% фенол ерітіндісі, 3% хлорамин ерітіндісі, асқын тотығы, ыстық формальдегид, 1% формалин, 10% тұтқыр натр өлтіреді.

Эпидемиологиясы. Түйнеме – зооноз. Аурудың негізгі көзі әртүрлі ауылшаруашылық малдар (қой – 45-55%, ірі қара мал- 32-37%, жылқы мен бұғы – 5%, ешкі, есек, түйе – 1%, шошқа - 4% және өте сирек ит, мысық да аурады); кейбір жабайы аңдар (марал, қоян, киік, қасқыр, шиебөра, аю, жолбарыс, арыстан, пума, борсық). Жануарлар түйнемені алиментарлы жол арқылы (шөппен, сумен, жеммен бірге топырақты жұтып), трансмиссивті (жигалка шыбыны, шіркейлер шаққанда) жұқтырады. Спора фагоциттердің ішінде лизиске ұшырғанда жануарларда ауру дамиды. Залалданған жануарларда ауру жайылмалы түрінде өтіп, 95% өлімге ұшырайды. Түйнемені атжалмандар, бақалар, құстар қабылдмайды, оларда И.И. Мечниковтың пікірі бойынша (1951) фагоциттердің түйнемелік бациллаларды жұту қасиеті жоғары. Ауру адамға келетін болсақ, олар аурудың көзі бола алмайды, ауру адамнан түйнеменің сау адамға жұғуы ғылыми дәлелденбеген мәселе.

Берілу жолдары:

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы			
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері			044 -49/16 216 парақтың 1ші беті

1) Контактілі-жарақаттық (ауру мал және ет өнімдерімен жанасқанда, малды күту, сою, етін бөлшектеу жағдайларында);

2) трансмиссивті (жигалка шыбыны, шіркейлер шаққанда: олар бірінші жануарларды шағып сосын адамға шапқанда);

3) алиментарлы (термиялық өндеуі шамалы ет тағамдарын қабылдағанда);

4) аэрогенді (аэрозоль арқылы – споралары бар шаң-тозаң тыныс жолдарына түскенде).

Берілу факторларға – ауру малдан алынатын өнімдер: еті, сүті, жүні, терісі, сүйегі, және ауру мал жайылған немесе көмілген топырақ, т.б. жатады.

Өмірде кездесетін кездейсоқ жағдайлар да көңіл аударуға тұрады:

- Ақтөбе облысының Ырғыз ауданында бір жанұяда 1 жасар, 12 жасар бала мен олардың 39 жастағы шешесі түйнемемен аурады. Анықтай келгенде балалардың шешесі кезінде мал көмілген жерден далада қурап жатқан асықты үйге теріп әкелген, олармен жаңағы балалары ойнаған. Сөйтіп ауру сүйек арқылы жұққан;

-Бір әйел мал қорасын сылап болған соң бірнеше күннен кейін түйнемемен ауырады. Анықтай келгенде науқас балшыққа көң қосқанынын айтады;

-Бір адам ки мен тезек дайындап жүргенде ауырады. Анықтай келгенде көршінің сиыры осыдан бір неше жыл бұрын ауырып арам өлгені анықталды;

-Бір кішкентай баланы самарға суға шомылдырғаннан кейін ауырғаны анықталған. Сұрай келгенде осының алдында жаңағы самарға саңырауқұлақты жуып тазартқан. Ал саңырауқұлақ өскен жердің топырағында түйнеме таяқшасының спорасы болса керек;

-Сол даладан теріп әкелген гүл (қызғалдақтың) ауру шақыруына себеп болғаны ғылыми деректерде жазылып қалдырылған;

-Бір адам жүннен тоқылған мочалканы базардан сатып алып суға түскен. Біраздан кейін үстіне түйнеме жарасы қаптап кеткен. Осымен бірге малдың терісінен, жүнінен жасалған жаға, қолғап, байпақ кигеннен кейін жарақаттар болған теріде түйнеменің пайда болғаны белгілі.

Қабылдаушы макроорганизм. Жиілей ауруға ауыл тұрғындары (95%), кәсіптік топтар (малшылар, ет комбинатының қызметкерлері, шашлық дайындаушылар). Ауру жаз-күз айларында өршиді.

Клиникалық көріністері.Түйнеменің клинко-патогенетикалық жіктелуі №3 кестеде көрсетілген. Аурудың жасырын кезеңі 1-12 күн, көбінесе 2-3 күн. Түйнеменің клинко-патогенетикалық жіктелуі №5 кестеде келтірілген.

Ең жиі кездесетін – терілік (жаралы) түрі. Теріде алдынан дақ пайда болады. Қызарған жер бірте-бірте көтеріліп түйінге (папула) айналады, папуланың ішін су кернеп көпіршікке (везикула) айналады. Оның ішіндегі сұйықтық әуелі мөлдір сосын қан аралас (геморрагиялықпустула) болып келеді. Бұл процесс 1-3 күн аралығында дамиды. 4-8 күн аралығында пустула жараға айналады. 9-14 күн аралығында жараның ішіндегі қан аралас сұйықтық қатады да түсі көмір сияқты қап-қара қабыршыққа айналады. Оның айналасындағы тері қабынып, тез ісік жиналады, ісік аз уақытта жайылып төңірегіндегі біраз жерді қамтиды. Жараның жиегінде тағы да қосымша «ұрпақтық» көпіршіктер пайда болып, ол тағы да жарылады, сөйтіп жараның көлемі ұлғая түседі. Жара терең емес, шеттері тегіс емес, құрғақ болады.

№5 кесте

Түйнеменің клинко-патогенетикалық жіктелуі

Берілу жолы	Кіру қақпасы	Біріншілік-ошақтық түрлері	Жайылым түрлері
-------------	--------------	----------------------------	-----------------

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 226 парақтың 1ші беті

Контактілі- жарақаттық	Тері	Терілік (98%) - Эритематозды - (тілме тәрізді) - Буллезді(пустулезді) - Жаралы (карбункулезді) - Эдематозды - (ісіктік)	Екіншілік- жайылмалы
Аэрогенді (аспирациялық)	Тыныс жолдарының шырышты қабықшалары	Өкпелік	Екіншілік- септикалық
Алиментарлы	Ас қорыту жолдарының шырышты қабықшалары	Абдоминалды (ішектік)	
Клиникалық кезендері	Жасырын кезең	Клиникалық көріністер кезеңі	Асқынулар кезеңі
Инфекциялық процесстің сатылары	I. Қоздырғыштың ең және адаптация сатысы	II Біріншілік-ошақтық инфекция сатысы	III Жайылмалы сатысы (гематогенді диссеминация)

Осы жергілікті процесстің даму ерекшеліктері түйнеменің өзіне ғана тән ерекше белгілерін береді. Олар мыналар:

1. түйнеме таяқшасы енген жердегі теріде ерекше бір даму тәртібі қалыптасады: дақ → түйін → көпіршік → геморрагиялықпустула → жара → қабыршақ;
2. жараның айналасында моншақ тәрізді болып тағы да «ұрпақтық» көпіршіктер шығады («маржан алқасы» - нышаны);
3. дамып болғанда терілік аффе́кт 3 түстен тұрады: ортасы қара, оны қоршаған инфильтрат - қызғылт, одан әрі қарай ісік - бозғылт (ақшыл);
4. ісік тек жараның айналасында ғана емес алысқа таралады, бір анатомиялық аймақпен шектелмейді;
5. кірген қақпаға жақын регионалді лимфа түйіндері (көбіне қолтық асты не шап бездері) іседі;
6. жаңағы ісік бар жерді перкуссия жасағанда ұйыған сорпаның дірілдегені сияқты қозғалады (Стефанский нышаны);
7. жараның ең ортасында некроз болғандықтан оны инемен түртіп қарағанда ауырмайды (бұл түйнеме жарасына аса тән танымалы нышан);
8. науқастың жалпы жағдайы ауыр;
9. барлық жағдайларда ауруға себеп болған эпидемиологиялық анамнезді анықтауға болады.

Көбінесе бір жара болады, кейде 2-5. Бір адамды жигалка шыбыны шаққанда, 32 жара пайда болған оқиғасы белгілі. Жараның жиі орналасатын жерлері: қол, қолдың саусақтары, сирек: бет, мойын, дене, аяқ. Аурудың ауыр ағымында 40% жағдайда жергілікті лимфаденит қалыптасады, бірақ лимфангоит тән емес. Лимфа түйіннің аздап ауру сезімі байқалады.

Терілік түрінің ісікті нұсқасы. Терілік түрдегі түйнеменің ісіктік нұсқасы сирек кездеседі және ол жараның болмауымен немесе оның мөлшерінің ұсақтығымен, көлемді ісік дамуымен ерекшеленеді, әсіресе жара жоғары және төменгі қабақтарда орналасқан жағдайда

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 236 парақтың 1ші беті

дамиды. Ісік беттің барлығын, мойын, кеуде, қолдарды қамтиды, кейде тіпті мықын қаптарына дейін түседі. Стефанский нышаны «оң» болады. Ең үлкен ісікті 1883 жылы В.Е.Соловьев деген ғалым жазып қалдырған: «ауруда жара бетіне орналасқандықтан, ісік бетін, мойынын қамти келе кеудеге төстің шұқырына дейін жеткен. Құлағының қалқаны құлақтың тесігін жабатындй салбырап, еріні ішіне кіріп кеткен. Мойынның шеңбері 78 см болса, кіндік тұсындағы ішінің шеңбері 70 см. Ұрты, төс тұсындағы терісі қапшық құсап төсіне түсіп жатыр. Бет-аузының іскені соншама, бет-әлпеті ісікпен тып-типыл болып тегістеліп, тіпті оның адам екенін, жынысын не жасын аңғару мүмкін емес еді» деп жазған.

Терілік түрінің тілмелік нұсқасы. Терілік түрдегі түйнеменің тілмелік нұсқасы сирек кездеседі және клиникалық диагностикасы белгілі бір қиындықтар туғызады. Ол тілменің барлық нұсқаларына ұқсаса, тек қоздырғышты бөліп алу және эпидемиологиялық мәліметтер ғана диагноз мәселесін шешеді.

Терілік түрінің эризипелоидты нұсқасы. Түйнеменің эризипелоидты нұсқасы серозды сұйықтығы бар көп мөлшердегі көпіршіктердің пайда болуымен сипатталады. Олар жарылғаннан кейін жара беткейі пайда болып, біртіндеп өзекке айналады.

Терілік түрінің барлық нұсқалары ұзақ қызбамен, ағзаның айқын улану белгілерімен, жүрек-тамыр және жүйке жүйелерінің зақымдануларымен өтеді, ауыр жағдайларда процестін жайылмалы түрі дамып өліммен аяқталады. Науқас 39-40°C қызбаға, жалпы әлсіздікке, дел-салдыққа, бас ауруына, тахикардияға шағымданады. Түйнеменің терілік түрінің 80%-жеңіл, ал 20%-ауыр түрде өтеді. Қызба 5-7 күн бойы сақталады және бірден төмендейді. Жара аймағындағы жергілікті өзгерістер біртіндеп жазылады, 2-3-ші аптаның аяғында өзек түседі.

Түйнеменің баспалы (орофарингеалді) түрі өте сирек кездеседі (1-5%). Жасырын кезең 1-6 күн. Аурудың бірінші аптасында қызба, ағзаның айқын улану белгілері, тамағының ауруы, жаралы-некрозды фарингит немесе тонзиллит, мойынның бір жағының ісінуі дамиды, екінші аптасында көмекей бездер, көмейдің шырышты қабықтарында сұр немесе қоңыр түсті некрозды жабынды пайда болады. Мойын аймағындағы лимфаденит. Круп қалыптасуы мүмкін. Бұл түрі жиі инфекциялық-токсикалық шокпен асқынады.

Түйнеменің өкпелік түрі қоздырғыш аэрогенді жол арқылы жұққанда дамиды, жедел басталады, инфекциялық-токсикалық шок ретінде өтеді және қазіргі кездегі емдеу әдістерін қолданғанда да өліммен аяқталуы мүмкін. Барлық науқастарда айқын қалтырау, дене қызынуының тез жоғарлауы (40°C және одан да жоғары) анықталады. Науқастың жағдайы аурудың бірінші сағаттарынан бастап ауыр, кеуденің шаншып ауруы (70%), құрғақ жөтел (90%), жүректің айнуы/құсу (90%), енгіту (80%), көгеру, айқын тершендік (70%), тахикардия (1 мин. 120-140 дейін) байқалады, АҚ төмендейді. Осыдан басқа миалгиялар (50%), бастың ауруы (50%), естің бұзылыстары (40%), іштің ауруы (30%). Қақырыққа қан араласуыбайқалады, ірің болмайды. Өкпе үстінде перкуторлық дыбыстың тұықталу учаскелері, құрғақ және ылғалды сырылдар, кейде плевраның үйкеліс шуы анықталады. Рентгенологиялық зерттеу кезінде плеврит, медиастиналділимфаденит анықталады. Респираторлы дистресс синдромы, ТШҰ синдромы дамиды. Ауру бірнеше сағат 2-3 күн аралығында өліммен аяқталады.

Түйнеменің абдоминалді түрі қоздырғыш ас қорыту жолдарының шырышты қабықшалары арқылы енгенде дамиды. Бастапқы кезеңде жоғары қызба, жалпы әлсіздік, бастың ауруы (100%), пайда болады. Аурудың өршу кезеңінде іштің ауруы (85%), қан аралас іш өту (80%) және құсу (90%), іштің кебуі тән, асцит болуы мүмкін. Жиі инфекциялық-токсикалық шок, ТШҰ-синдромы дамиды. Өлім-жітімділігі 25-60 %.

Түйнеменің екіншілік жайылмалы түрі науқастың жалпы жағдайының күрт нашарлауымен бірге немесе кейде оның алдында, жергілікті өзгерістер үдейді. Лимфатикалық түйіндер ұлғаяды.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 246 парақтың 1ші беті

Қоздырғыш гематогенді диссеминация арқылы түрлі мушелерге тарап аурудың *екіншілік септикалық түрі* дамуы мүмкін. Науқастардың жағдайы күрт нашарлайды, айқын қалтырау мен терлеу қосарланады. Қатты бас ауруы, бас айналуы, ұйқының бұзылуы, ми қабықшаларының тітіркенуі, психомоторлық қозу және тырысулармен сананың бұзылуы пайда болады. Айналымды бұзылыстар тез үдеп, жайылмалы тамыр ішілік қан ұюымен қосарланатын инфекциялық-токсикалық шок дамиды, теріге және шырышты қабықтарға қан құйылулар, қан аралас құсу («кофе қоюы»), асқазан ішектен қан кету байқалады. Пневмония, эндокардит, менингит, бүйректің жетіспеушілігі дамиды.

Түйнемеге қарсы егілгендерде терілік өзгерістер айтарлықтай емес, кәдімгі шиқанға ұқсас, ал жалпы белгілері кейде болмайды.

Алдын алу шаралары.

1. Ауырған не өлген малды көмген жердің қоршауы және паспорты болуы керек;
2. Осы ауруға кәсіби байланысты адамдар (малшылар қауымы, ауыл тұрғындары, мал өнімдерін жинайтын, сақтайтын т.б.) мекемелерінің қызметкерлері ауырмас үшін жеке бас гигиенасы мен аурудың алдын алу шараларды орындауы тиіс;
3. Ауру малды, залалданған заттарды кезінде тауып, оны қауіпсіздендіру шараларын алдын ала қолданғаны абзал;
4. Санитарлық-ағарту жұмыстары мейлінше пәрменді жүргізілу керек;
5. Басқа да топырақ арқылы жұғу қауіпі бар жұмыстағы адамдар сақтанып жүргені дұрыс.
6. Жоспар бойынша ауруға қарсы егуге кейбір кәсіби мамандық адамдар жатады.

ҚЫРЫМДЫҚ ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБА (КГҚ)

Анықтамасы. Қырымдық-Конго геморрагиялық қызба - интоксикация, қызба, геморрагиялық синдромдармен сипатталатын вирусты трансмиссивті табиғи-ошақты ауру.

Этиологиясы. Қоздырғышы Nairovirus тобына, Bunyaviridae тұястастығына жататын вирус. Виріоны дөңгелек пішінді, көлемі 90-100 нм.

Эпидемиологиясы. Инфекция резервуары – жабайы (қоян, африка кірпілері) және үй (сиыр, ешкі, қой, жылқылар) жануарлары және түйелер болуы мүмкін, құстар. Аурудың негізгі берілу жолы кенелер шағу арқылы трансмиссивті. Кенелер табиғи ошақты сақтауында маңызды роль атқарады. Олардың таралу шекаралары табиғи ошақтың шекараларымен сәйкес келеді. Кенелер вирусты трансвариальды ұрпағына беруге қабілетті және олар ұзақ өмір сүріп вирустың табиғатта резервуары болып табылады. Жетілген кенелер (Hyalomas) ірі қара малда, жылқыда, ал личинкасы мен нимфалар қояндарда да тіршілік етеді.

Трансмиссивті жолдан басқа ауру контактілі, аэрогенді жолдарымен беріледі. Контактілі жол жарақатталған терімен шырышты қабаттарға вирустармен инфицирленген кенелердің немесе науқастардың қаны түсу арқылы атқарылады. Сонғы жағдайда аурудың көзі адам болып, ауру ауруханаішілік немесе тығыз жанұялық залалдану болып саналады. Сондықтан, медицина қызметкерлері бұл ауруға жиі шалдығады. Көбінесе адамдар малдың жүнін қырыққанда жүнге жабасып тұрған кенелерді қайшымен қиып олардың қаны терімен шырышты қабаттарға түсу арқылы ауруды жұқтырады.

Негізінде зоонозды инфекция жеке оқиғаларда антропоноздық сипат тауып алуы мүмкін, ауру адамнан адамға берілуі тікелей байланыс нәтижесінде жүзеге асырылуы мүмкін.

Сондай-ақ ауру көздің, жоғары тыныс жолдарының шырышты қабаттары арқылы аэрогенді жұғуы мүмкін.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 256 парақтың 1ші беті

Эндемиялық аудандарда ауру маусымдылық сипатта болады, ауыл шаруашылық жұмыстар кезінде өршиді. Жиі егістік басындағы, шөп оратын адамдар, малшылар ауырады. Аурудан соң тұрақты гомологиялық иммунитет қалыптасады.

Клиникасы. Инкубациялық кезең 1-14 күнге созылады (орташа 3-5 күн, кенелер шаққанда - 1-3 күн, қан арқылы жұққанда 5-6 күн). Кене шаққан орнында қышу және қызу сезімдері пайда болады. Аурудың 3 кезеңін бөледі: бастапқы, өршу, реконвалесценция.

Бастапқы кезең 3-6 күнге созылады. Ауру жедел басталады – қалтырау, дене қызуы 39-40°C, бас ауыру, бас айналу, локусу, бұлшықет, буындарда, іште, белде ауыру сезімі, бүкіл дененің ауыруы, ауыздың құрғауы байқалады. Кейде қайталап құсу болады. Объективті: науқастың беті, мойыны, кеуденің жоғарғы бөлігі, конъюнктивасы қызарған. Склер, жұмсақ тандай, тілшік қан тамырларының инъекциясы, артериялық қысымының төмендеуі, салыстырмалы брадикардия байқалады. Кейбір ауруларда герпеттік бөртпелер байқалады. Шеткі қанда лейкопения, нейтрофилді формуланың солға жылжуы, тромбоцитопения, ЭТЖ-н жоғарылауы анықталады.

Өршу кезеңі 3-6 күнге созылады, дене қызуы аз уақытқа төмендеген соң геморрагиялық синдром дамуымен сипатталады: іштің, кеуде, бүйір бөліктерінің терісінде, иық, белдеуі кейде арқа, колдар, сандар, шап аймағында петехиальды бөртпелер пайда болады, мұрыннан, жатырдан қан кетулер, қан түкіру, иектің қанталауы, макрогематурия, инъекциялардың орнына гематомалар пайда болады. Экзантема элементтері 5-8 см дейін жетеді. Ауыр науқастарда пурпура, экхимоздар, асқазан мен ішектен қан кетулер болады. Жеңіл ағымды түрінде экзантемарозеола немесе эритема түрінде болады. Бір қатар науқастарда асқынулар пайда болуы мүмкін: пневмония, өкпе ісінуі, тромбофлебит, инфекциялық-токсикалық шок, бауыр-бүйректің жедел жетіспеушілігі, миокардит. Бір мезгілде әлсіздік, ұйқышылдық күшейіп, құсу жиілейді. Науқастар тежеліп, есінен тануы мүмкін, 10-25% жағдайда даминал-геальды симптомдар, қозу, тырысу, кейде кома болады. Брадикардия орнына тахикардия дамиды, жүрек тондары бәсеңдейді, АҚ төмендейді, метеоризм байқалады. 20-25% науқастарда бауыры ұлғаяды, оның функциясы бұзылады, кейде бауырдың жедел жетіспеушілігі дамиды. Бел аймағында ауыру сезімі, Пастернацкий симптомы «он» болады. Кейбір науқастарда протеинурия, цилиндрүрия, гематурия, меншікті тығыздығы төмендейді. Бірақ бүйректің жедел жетіспеушілігі үнемі байқалмайды, олигоурия, гиперозотемия, гипозостенурия тек кейбір науқастарда байқалады.

Шеткі қанда гипохромды анемия, лейкопения күшейеді, лейкоциттердің саны $1,2 \times 10^9$ -ге дейін, жас миелоциттер пайда болады, миелобластарға дейін жылжу, нейтропения, тромбоцитопения (1 мкл-де 50-20000), ЭТЖ-н жоғарылауы.

Қызба 1-14 күнге созылады, ауруға 2 толқынды температуралық қысық сызығы тән. Реконвалесценция кезеңі дене қызуы қалыпқа келгеннен соң және оның қайталануы жойылғаннан соң басталады. Бұл кезең ұзаққа созылады (1-2 ай), әлсіздікпен, тез шаршағыштықпен, психостениямен сипатталады. Науқастың жалпы жағдайы баяу жақсарайды. Рецидивтер пайда болуы мүмкін. Эндемиялық аудандарда кейде ҚГҚ-ның геморрагиялық синдромсыз abortivті түрлері кездеседі.

Болжамы қауіпті, өлім-жітімділігі кейде 40% жетеді. Өлім инфекциялық-токсикалық шок, массивті қан кету, бауыр-бүйректің жетіспеушілігінен туады.

Алдын алу шаралары. ҚГҚ ошақтарында дератизация, дезинфекция шаралары, кенелердің шағуынан сақтау жұмыстары жүргізіледі. Медицина мекемелерінде гемоконтакты жолдың алдын алу шараларын жүзеге асыру керек. Эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша вакцинация жүргізіледі, арнайы глобулин тағайындалады.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері	044 -49/16 266 парақтың 1ші беті	

№ 3 дәріс

Тақырып: Терідегі негізгі патологиялық процестер. Пиодермиялар. Микоздар. Атопиялық дерматит. Хейлиттер.

Атопиялық дерматит

Атопиялық дерматит — бұл ең таралған дерматоз (тері ауруы), ерте жастағы балаларды дамыту және оның көріністерін өмір бойы сақтау. Қазіргі уақытта термин «атопиялық дерматит» тұқым қуалаушылықты түсіндіру, жұқпалы емес, аллергиялық тері ауруы созылмалы рецидивтік курс. Ауру дерматология және аллергология саласындағы мамандардың қадағалауына жатады.

Атопиялық дерматит синонимдері, әдебиетте де табылған, ұғымдарға қызмет ету «атопиялық» или «конституциялық экзема», «экссудативті қабыну диатезі», «нейродермит» жөнет.б. Тұжырымдама «атопия», американдық зерттеушілер А. Кока және 1923 жылы Р.Куке., белгілі бір тітіркендіргішке жауап ретінде аллергиялық көріністерге мұрагерлік үрдісті білдіреді. 1933 жылы. Терінің тұқым қуалық аллергиялық реакцияларына сілтеме жасау үшін Висс және Сульцберг терминді белгіледі «атопиялық дерматит», енді ол жалпы қабылданды.

Атопиялық дерматиттің себептері

Атопиялық дерматиттің мұрагерлік сипаты отбасы мүшелерінің арасындағы аурудың таралуын анықтайды. Атопиялық сезімталдықтың ата-анасының немесе жақын туыстарының болуы (аллергиялық ринит, дерматит, бронх демікпесі және т. д.) 50 жастағы балаларда атопиялық дерматиттің ықтималдығын анықтайды% істер. Екі ата-ана тарихындағы атопиялық дерматиттер ауруды 80 жасқа дейінгі балаға жеткізу қаупін арттырады%. Atopic dermatitis алғашқы көріністерінің басым көпшілігі өмірдің алғашқы бес жылында орыналады (90%) балалар, Олардың 60-ы% нәресте кезеңінде атап өтілген.

Бала өсіп, дамып келе жатқанда, аурудың симптомдары бұзылмауы немесе төмендеуі мүмкін емес, алайда, адамдардың көпшілігі диагнозбен өмір сүреді «атопиялық дерматит» өмір бойы. Көбінесе атопиялық дерматитпен астма немесе аллергияның дамуы жүреді.

Аурудың бүкіл әлемде кең таралуы көптеген адамдардың ортақ проблемаларына байланысты: жағымсыз экологиялық және климаттық факторлар, коректік қателер, нейробиологиялық жүктеме, инфекциялық аурулардың өсуі және аллергиялық агенттердің саны. Балалардың иммундық жүйесінде атопиялық дерматит дамуында белгілі бір рөл атқарады, емшек сүтімен қамтудың қысқаруына байланысты, ерте емшек сүтімен емдеу, Жүктілік кезінде ананың токсикозы, жүктілікте жәнел актацияда әйелдердің жетіспеушілігі.

Атопиялық дерматиттің белгілері

Атопиялық дерматиттің алғашқы белгілері әдетте өмірдің алғашқы алты айында байқалады. Мұны қосымша тағамдарды енгізу немесе жасанды қоспаларға ауыстыру арқылы бастауға болады. 14-17 жас шамасында, шамамен 70 адам% адамдар ауру дербес кетеді, ал қалған 30% ересек нысанға өтеді. Ауру ұзақ жылдар бойы жалғасады, күзгі-көктем мезгілінде күшейіп, жазда тыныштандырылады.

Ағынның табиғаты бойынша атопиялық дерматиттің өткір және созылмалы кезеңдері бөлінеді.

Жіті кезең қызылдақтармен көрінеді (эритема), түйінді қатқылау (папула), пилинг және терінің ісінуі, эрозия учаскелерін қалыптастыру, жібіту және қыртыстарды. Екінші инфекцияның қосылуы пустулярлы зақымданулардың дамуына әкеледі.

Атопиялық дерматиттің созылмалы кезеңі терінің қалыңдығымен сипатталады (лиценизация), терінің ауырлық дәрежесі, табақтар мен пальмалардағы жарықтар, таракпен,

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері	044 -49/16 276 парақтың 1ші беті	

қабақтың тері жамылғысының пигментациясы артады. Созылмалы кезеңде атопиялық дерматитке тән белгілер пайда болады:

- Моргана белгілері – Төменгі қабақтардағы балалардағы терең әжімдер
- Белгі «шляпалар» — бастың артқы жағындағы шашты әлсіретіп, жұқарады
- Белгі «жылтыратылған тырнақтар» — Терінің үнемі сызылып кетуіне байланысты жарқыраған шегелер бар
- Белгі «қысқаяяғы» — ісіктердің және ісіктердің гиперемиясы, жарықтар, пилинг.

Атопиялық дерматиттің дамуында бірнеше фаза бар: нәресте (бірінші 1,5 жылөмір), балабақша (1-ден бастап, Жасөспірімнен 5 жылбұрын) және ересек адам. Жас ерекшелігіне байланысты клиникалық симптомдардың ерекшеліктері және тері көріністерін оқшаулау белгілері байқалады, алайда барлық фазалардың жетекші белгілері күшті болып қалады, тұрақты немесе үзіліссіз прурит.

Атопиялық дерматиттің сәбилер мен балалар фазалары бет терісінетән, аяқтар, ашыққызылт эритема, оның үстіне көбік пайда болады (везикулдар) және одан кейінгі қыртыстар мен таразылардың пайда болуымен сініреді.

Ересек фазасында эритемділік ошақтары айқын былғары және папулы бөртпелермен боялған қызғылт болып табылады. Негізінен локальды және поплитальді бүктемелерге локализацияланған, бет және мойынға арналған. Құрғақ тері, өрескел, жарылған және тазартылған.

Атопиялық дерматит кезінде фокалды, жалпы немесе жалпы терізақымданулары. Зақымданудың типтік оқшауланған учаскелері — бұл бет (маңдай, Ауызайналасында, көзге жақын), мойынтері, кеудеге арналған, артынан, аяқтардың беткі қабақтары, кеуіп қалады, бөкселер. Атопиялық дерматиттердің өсімдіктерін өсіре алады, үйшаны, жануарлардың аңтерісі, көгеру, құрғақ балықтар. Көбінесе атопиялық дерматит вируспен ауырады, саңырауқұлақ немесе пиококк инфекциясы, — астма дамуының фоны, полиноз және басқа да аллергиялық аурулар.

Атопиялық дерматиттің алдын алу

Атопиялық дерматиттің алдын алудың екі түрі бар: бастапқы, оның пайда болуын болдырмауға бағытталған, және қайталама – рецидивті алдын-алу. Атопиялық дерматиттің бастапқы алдын-алу бойынша іс-шараларды өткізу баланың ішкі даму кезеңінде басталуы керек, оның туғанына дейін. Осы кезеңде жүкті әйелдің токсикозы ерекше рөл атқарады, дәрі қабылдау, кәсіби және тағамдық аллергиялар.

Баланың өмірінің бірінші жылында атопиялық дерматитке жол бермеуге ерекше назар аудару қажет. Осы кезеңде шамадан тыс дәрі-дәрмектерден аулақ болу маңызды, жасанды азықтандыру, әртүрлі аллергиялық агенттерге ағзаның жоғары сезімталдық үшін қолайлы фон жасамау. Осы кезеңде емшек емізетін әйел үшін де маңызды.

Екінші қайталама профилактика атопиялық дерматиттің өршуін болдырмауға бағытталған, ал кей жағдайда, — олардың ағынын жеңілдетеді. Атопиялық дерматиттің қайталама профилактикасы белгілі созылмалы ауруларды түзетуді қамтиды, ауруды қоздыратын факторлардың әсерін жою (биологиялық, химиялық заттар, физикалық, ақылды), гипоаллергенді және жою диеталарымен және т. д. Дәрілік заттардың дезенсибилизді алдыналу (кетотифен, натрий кромогликаты) ықтимал ілгерілеу кезеңдерінде (күз, көктем) сізге қайталанулардан аулақ болуға мүмкіндік береді. Атопиялық дерматитке қарсы рецидивті шаралар ретінде емдеу Қырымның курорттарында көрсетілген, Кавказ және Жерорта теңізінің Қара теңіз жағалауы.

Күнделікті теріні күтуге және киім-кешек пен киімді дұрыс таңдауға ерекше назар аудару қажет. Күнделікті душта ыстық сумен ыдыспен жуыңыз. Сабынның жұмсақ гипоаллергенді сорттарын қолдану ұсынылады (Dial, Dove, баланың сабын) және жылы душқа арналған, содан кейін теріні жұмсақ сүлгімен жұмсақ тазалаңыз, оны сүртіп, оны зақымдамайды. Тері үнемі ылғалдандырылуы керек, жағымсыз факторлардан

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 286 парақтың 1ші беті

қоректендіріп, қорғайды (күн, жел, аяз). Тері күтімі өнімдері бейтарап болуы керек, хош иістен және түстерден бос болуы керек. Төменгі ішкіім мен киім жұмсақ табиғиматаларды артық көруі керек, қышу мен тітіркенуді тудырмайды, гипоаллергендіт олтырғыштармен төсек-орынды қолданыңыз.

Атопиялық дерматитке болжам

Балалар атопиялық дерматиттің ең ауыр көріністеріне ұшырайды, жасымен, шиеленістің жиілігі, олардың ұзақтығы мен ауырлығы анықемес. Пациенттердің жартысына жуығы 13-14 жастан бастап қалпына келеді. Клиникалық қалпына келтіру шарты болып табылады, онда атопиялық дерматиттің белгілері 3 болмаған—7 жыл.

Атопиялық дерматитке ремиссия кезеңдері аурудың симптомдарын жоғалту немесе жоғалтуымен бірге жүреді. Екі аурудың арасындағы уақытаралығы бірнеше аптадан бірнеше айға дейін және тіпті жылдарға байланысты болуы мүмкін. Атопиялық дерматиттің ауыр жағдайлары өте аз немесе жарқын дақтармен кездеседі, үнемі қайталанатын.

Атопиялық дерматиттің прогрессиясы астамның даму қаупінайтарлықтай арттырады, тыныс аллергиясы және т.б. аурулар. Атопия үшін кәсіби қызмет саласын таңдау өте маңызды. Олар тиісті мамандықтар емес, жұғыш заттармен байланысыңыз, су арқылы, май, майлар, химиялық заттар, шаң, жануарлар мен басқа да тітіркендіргіш заттар.

Өкінішке орай, қоршаған ортаның әсерінен толықтай қорғау мүмкін емес, стресс, аурулар және т. д., бұл дегеніміз, бұл факторлар үнемі қатысады, атопиялық дерматитке шалдығу. Алайда, денеңізге мұқият қарау, ауру туралы білу, уақтылы және белсенді профилактика аурудың көрінісін айтарлықтай төмендетуі мүмкін, көптеген жылдар бойы ремиссия кезеңдерін ұзарту және өмір сапасын жақсарту.

Ешбір жағдайда сіз атопиялық дерматитпен емдеуге тырыспаңыз. Бұл аурудың күрделі нұсқалары мен ауыр зардаптарға әкелуі мүмкін. Атопиялық дерматитті емдеуді аллергологтар және дерматологтар жүзеге асырады.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері		044 -49/16 296 парақтың 1ші беті

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері	044 -49/16 306 парақтың 1ші беті	

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасы		
«Стоматология» мамандығы бойынша дәріс тезистері	044 -49/16 316 парақтың 1ші беті	