

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті



Кафедра: Эпидемиология

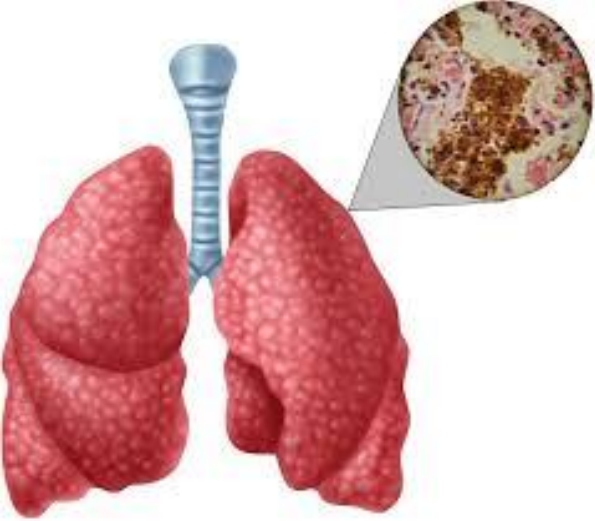
Туберкулез және АИВ

Тексерген: Құсайнова А. Ж.

Орындаған: Казиева А. А.

Факультет: МПД

Топ: 13-001-01қ

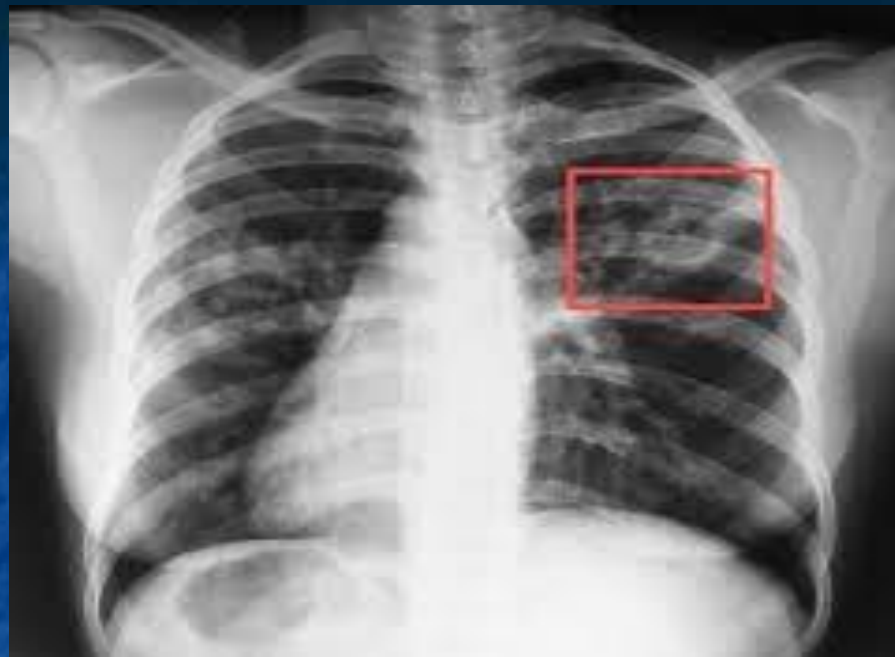


Туберкулез

Туберкулез - микобактериялармен шақырылған созылмалы жұқпалы ауру. Туберкулез ауру ерте заманнан белгілі. Осы ауруға қарсы арнайы егу жұмыстары жүргізілмеген кезде, оның қоздырғышы анықталмаған кезде, аурудың балалардың арасында көп таралуымен қатар одан өлім де көп болатын. Туберкулезді әлеуметтік аурулар қатарына жатқызады, өйткені ол үй- тұрмыстық жағдайлары нашар, көп балалы отбасындағы балаларда, жалпы экономикасы төмен, нашар дамыған елдерде жиі кездеседі. Кейінгі жылдардағы еліміздегі экономикалық дағдарыстармен байланысты туберкулез ауруы «күшіне еніп отыр».

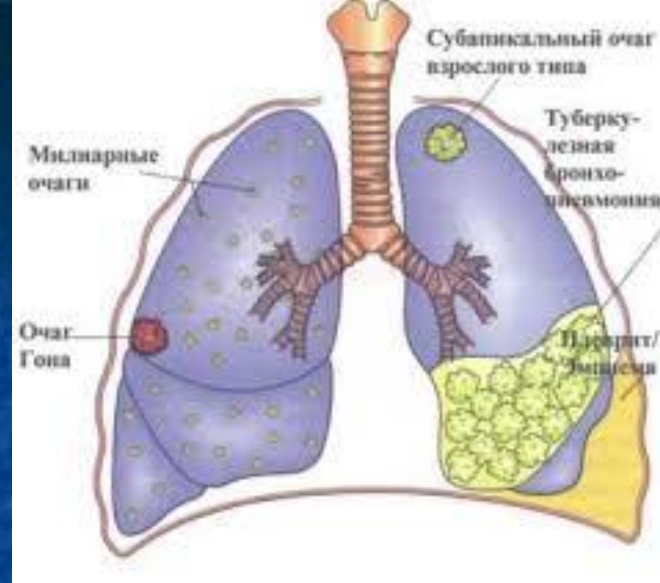
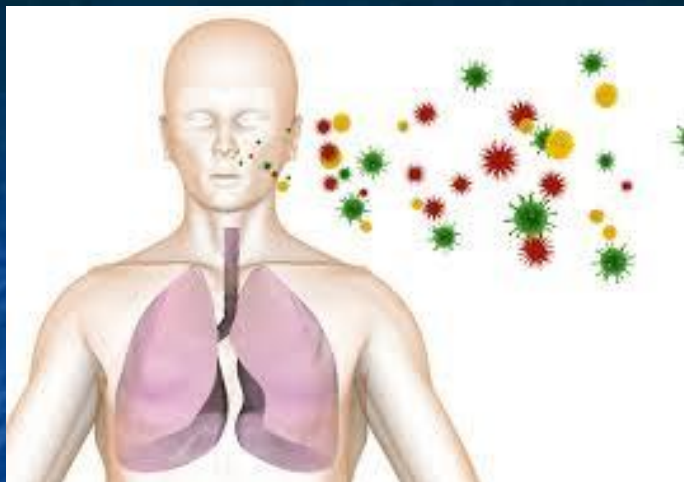
Аурудың қоздырғышы – туберкулез микобактериялары немесе КОХ таяқшалары. Оларды 1882 жылы ашқан Роберт Кох деген ғалымның құрметіне аталады. Олар өте төмен температурада, кепкен күйінде де тіршілігін сақтайды, әртүрлі қышқылдар, негіздер және спирт те әсер етпейді.

Аурудың көзі – ауру адам және ауру мал. Микобактериялардың организмге ену жолдары: жоғарғы тыныс жолдарының және ас қорыту ағзаларының шырышты қабаты арқылы, өте сирек жағдайларда ауру анасынан құрсақтағы балаға плацента арқылы өтеді.



Таралу жолдары. Таяқшалар ауа-сілекей, шаң-тозаң, тамақ және плацента арқылы тарайды.

Патогенез. Кох таяқшалары организмге жоғарыда аталған жолдар арқылы еніп, қанға және лимфаға өтеді. Осы бактериемия 8 күннен 11 айға дейін белгі бермей созылуы мүмкін.



Әлемде жыл сайын туберкулезден 2 миллиондай адам өлімге ұшырап отырады. Олардың ішінде миллионға жуығы әйелдер. Туберкулезден өлген әйелдер өлімінің саны, барлық аналар өлімімен салыстырғанда әлдеқайда артық. Жетім қалған балалар санын осыдан-ақ білуге болады.

Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымы алдымыздағы 20 жылдың ішінде туберкулезбен тағы 200 миллион адам ауырып, 70 миллион адам өлуі мүмкін деп ескертеді.

Егер әрбір адам туберкулез туралы жетік білсе және бұл тұрғыда өзінің білімін күнделікті өмірде қолданса, аталмыш дерттің өршуіне және таралуына тосқауыл қоюға болады.

Клиникасы.

Туберкулез интоксикациясы – ерте және кеш туберкулез интоксикациясы болып екіге бөлінеді. Ерте туберкулез интоксикациясында микобактериялар организмге енгенмен, әлі белгілі бір ағзаға шоғырланып үлгермеген, балада жалпы жағдайының бұзылу белгілерімен байқалады: бала тез шаршағыш, мазасыз, ұйқысы бұзылған, басы жиі ауырады, көп терлейді, салмағын қоспайды, субфебрильді температурға байқалады. Манту белгісі оң нәтиже көрсетеді. Қан анализінде: лейкоцитоз, эозинофилия анықталады. Аталған белгілер 1-4 айға дейін созылады, дер кезінде анықталып, ем жүргізілсе, бала айығып кетеді. Кейде созылмалы туберкулез интоксикациясына немесе туберкулездің басқа түріне айналып асқынады. Аталған ерте туберкулез интоксикациясының белгілері туберкулез виражынан кейін 6 -12 айдан өткесін де байқалса, ол созылмалы туберкулез интоксикациясына айналған. Оның өзі 2 түрде – жеңіл және ауыр түрлерінде өтеді. Жеңіл түрінде баланың жалпы жағдайы көп өзгермейді, кейде ғана тез шаршағыштық, мазасыздық, төмен субфебрильді температура байқауға болады. Ауыр түрінде – баланың жалпы жағдайы өзгереді, интоксикация белгілері анығырақ білінеді, шеткі лимфа түйіндері ісініп, қатаяды. Баланың жиі-жиі көзі ауырады, кейде аяқ- қолында, санында қошқыл түсті бөртпелер анықталады. Қанда лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭТЖ жоғарылайды. Дұрыс ұйымдастырылған ұзақ уақыт ем жүргізілсе бала жазылып кетеді.

Диагноз қою.



- Мұқият анамнез жинау;
- аурудың клиникалық белгілерін ескеру;
- лабораториялық зерттеулерге сүйену:
- қанның, зәрдің жалпы анализдері;
- қақырықтың, жұлын сұйықтығының бактериологиялық тексерістері;
- рентгенография, рентгеноскопия, томография, флюорография
- туберкулинодиагностика: мантиу белгісін қою.

Емдеу.Туберкулездің емі кешенді (комплексі) түрде, үзіліссіз сатылап, ұзақ жүргізілуі қажет. Емдеудің 1-ші сатысы арнайы туберкулез диспансерінде жүргізіледі. Емнің негізгі бір шарты – таза ауаны кеңінен қолдану. Ауру баланы жылдың кез- келген мезгілінде таза ауамен қамтамасыз ету қажет. Сондықтан да туберкулез диспансері орманды, тоғайлы, ауасы өте таза жерлерге орналасқан жөн. Күн тәртібі – бала ауыр жағдайларда ғана төсек режимінде болады. Баланың ұйқысы тыныш, ұзақ болуы керек. Тамақтандыру ерекшелігі – баланың жасына қарағанда калориясы 15-20 % артық тағамдар тағайындалады. Тамақ құнарлы, витаминдерге бай, алуан түрлі болуы керек. Туберкулездің емінде қымыз, қымырын кеңінен пайдаланылады.

АИВ

Ұзақ уақыт лимфоциттерде, макрофагтарда, жүйке тіндерінде персистерлеуші қабілеті бар адамның иммуножетіспеушілік вирусымен шақырылатын ауру. Тіндерде ұзақ уақыт сақталуы салдарынан организмнің жүйкелі және иммундық жүйесін баяу зақымдайды, ол екіншілік инфекциялар, жеделдеу энцефалитпен, ісіктер және тағы да басқа патологиялық өзгерістермен сипатталады, осының бәрі науқас адамның өліміне әкеледі. АИВ инфекция бірнеше кезеңдермен өтеді, соңғы кезеңнің ЖПИЖС терминімен анықтайды (синдром – жүре пайда болған иммундық жетіспеушілік). Қазірі кезеңде АИВ инфекция өте тез өршуге бейім.

Эпидемиологиясы.

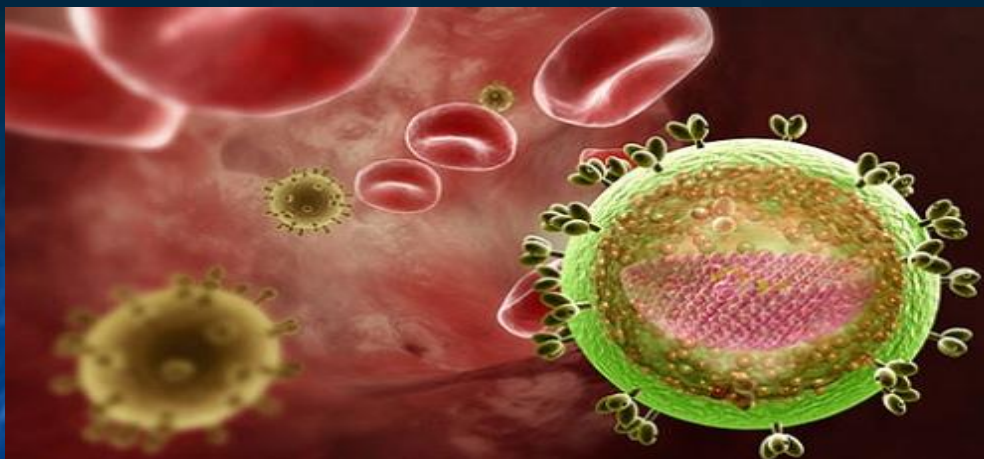
Егер 1994-95 жылдар әлемде 16 млн АИВ жұқтырылғандар және 985 119 ЖПИЖС ауру адам тіркелсе, 2000 жылы осы көрсеткіш 3-4 есе өсті. Күніне әлемде 16 000 жас адамдар АИВ жұқтырады және 7 000 адам осы аурудан қайтыс болады.

Қазақстан бойынша 1997-1998 жылдары алғашқы белгілер кезеңінде 90 пайызына дейін АИВ жұқтырылғандар тіркелсе, ал 2000 жылы олардың саны 52 пайызға төмендеді, ал екіншілік көріністермен аурулардың саны көбейді 10 пайыздан 48 пайызға дейін. ҚР-да 01.10.2000 жылға дейін 1 226 – АИВ жұқтырғандар тіркелген, ал ЖПИЖС-мен аурулар 2,8 пайыз құрайды, өлім – 7,4 пайыз. Алғашқы орында келе жатқан қазір Қарағанды облысы, онда ауру сырқаулық осы аурумен 79,3 пайыз, ал Павлодар, Қостанай, Оңтүстік Қазақстан облыстары, сонымен қатар Алматы қаласы жағдайлары қолайсыз региондарға жатады. Эпидемиялық процессіне репродуктивті жастағы әйелдердің кіруі жаңа туған балалардың бұл аурудың жұғуына ықпал жасап отыр. ҚР-да 2000 жылдың 1/Х (қазанында) АИВ жұқтырған 22 әйелден 22 бала дүниеге келді. Аурудың жұғу жолы әр елде әртүрлі. мысалы: Батыс Европада перинатальды жұғу дамыған (70-80%). Жасөспірімдерде – жынысты жол, гемотрансфузионды жолдың маңызы төмен (20-25%) шешесінен баласына трансплацентарлы жолмен АИВ жұқтырған әйелден туған балада осы инфекция анықталмаса да олардың арасында өлім көрсеткіші жоғары, себебі олар иммуножетіспеушілік жағдайда туылады, сондықтан оларға кез келген басқа аурулар жеңіл жұғады, сол ауру салдарынан қайтыс болуы мүмкін.

ЖИТС-мен ауыратын әйелдерден туған балаларда 1 жасқа дейін 14%-ауру пайда болады, 1 жастан кейін – 11-12% АИВ табылады. Орташа сеппен 4 жасқа дейін 54% балаларда осы ауру анықталады.

Ересек адамдарға қарағанда АИВ инфекцияға балалардың сезімталдығы жоғары, қан арқылы жұққанда инкубациялық кезең қысқа болады.

Вертикальды жұғу жолын азайту үшін ауру әйелге азидотимидин (зидовудин, ретровир, тимозид) дәрілерін бергенде перинатальды жолмен ауру жұққан нәрестелер саны 4 есе азайғаны анықталған.



Этиологиясы.

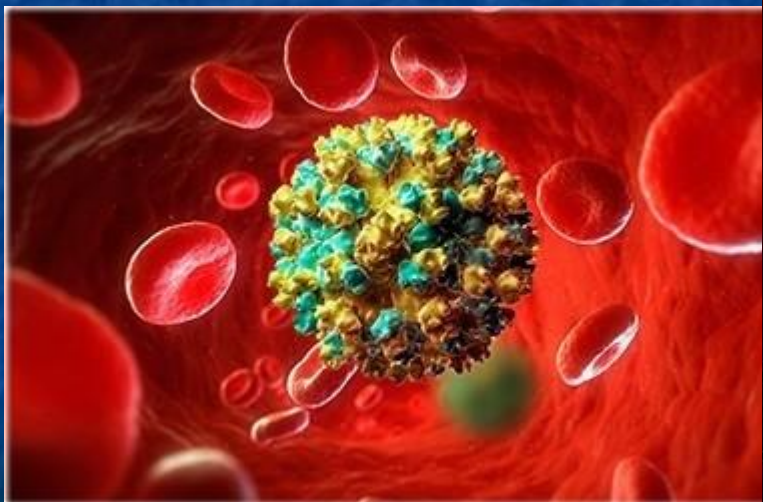
Қоздырғышы – 1984-85 жылдары анықталған. Ол ретровирустар тобына жататын, құрамында РНҚ-сы және кері транскриптазасы бар вирус. Қазіргі кезеңде АИВ вирусының 2 типі белгілі, олардың кейбір антигендерінде ерекшеліктері бар: АИВ-1 және АИВ-2, соғысы Батыс Африкада жиі кездеседі. Вирус геномы екі түрде кездеседі: РНҚ және ДНҚ.

Вирус сыртқы ортада тұрақсыз. Ол 560 С қыздырғанда 30/, ал қайнатқанда 1-5/ өледі дезинфирлеуші заттардың әсерінен ез өледі (3% сутегінің асқын тотығы, 5% лизол, 0,6% Na гидрохлориді). Ультракүлгін сәулесіне тұрақты.

Бірақ Т хелперлер санының төмендеуінің себебі тек қана цитопатиялық әсердің салдарынан Т-хелперлердің бұзылуы ғана емес, сонымен қатар, инфицирленген тіндердің инфицирленбеген тіндермен қосылуы салдарынан болуы мүмкін.

Сонымен қатар, В-+лимфоциттердің де қызметі бұзылады, нәтижесінде организмде иммуноглобулиндер мен айналымдағы иммундық комплекстер түзіледі, бұл өзгеріс оның санының одан әрі төмендеуіне, аутоиммундық процесстің дамуына әкеледі.

Жұқпалы процесстің дамуының алғашқы фазаларында организм тініндегі өзгерістерді компенсирлейді., бірақ бірітіндеп қорғаныс қызметі төмендегенде, вирус өте өп көбейгенде нағыз ЖПИЖС дамиды.



Жіктелуі.

АИВ-инфекция - өмір бойына созылатын инфекция, АИВ-тан бастап ЖПИЖС-қа дейінгі (сау адамнан терминалды жағдайға) кезеңдерден тұратын ауру.

Покровский В.И. ұсынған жіктелуде осы ерекшеліктер ескерілген (1989 ж).

Бұл жіктелу АИВ жұқтырған адамдарды және диспансерлік бақылауын жүзеге асыруға, аурудың ағымын бастауға, ауруды емдеу тактикасын анықтауға өте қымбат тұратын лабораториялық зерттеулерді жүргізбей-ақ дәрілік препараттарды тағайындауға қолайлы рұқсат беретін жіктеу.

Иммуножетіспеушіліктің тереңдігін, яғни CD4 – құрамын және вирустың жүктемені ескертіп жіктелудің маңызы зор.

АҚШ-та 1993 жылы комплексті клинико-иммунологиялық АИВ/ЖПИЖС жіктелуі қарастырылған, барлық жерлерде қолданылады.

Клиникалық белгілеріне қарап 3 категорияны анықтаймыз, олар А, В және С деп бөлінген.

А – клиникалық категория - алғашқы белгілер кезеңіне сай келеді. С – клиникалық категориялар екіншілік белшілерге, яғни ЖПИЖС-ге әкелуі мүмкін. В клиникалық категориясы аралық категория ретінде саналады. СДС жіктелуінде кезеңдерге байланысты клиникалық ажыратулар иммуножетіспеушіліктің тереңділігінің ескеруімен қоса келтірілген.

Емі.

- Анасы ауру болса жүктілік кезінде зидовудинмен (ретровир) емделуі қажет. Анасы емделмесе, онда нәресте өмірінің бірінші 8-24 сағатында осы препаратты қабылдауы керек – 6 апта бойы.
 - Пневмоцистік пневмония АИВ инфекцияда ең қауіпті ауру, сол үшін нәрестелерге өмірінің 4-6 аптасынан бастап алдын-алу шараларын қолданады.
 - Арнайы емі жоқ, сондықтан барлық жүргізілген ем аурудың ары қарай дамуын тежеуге және адам өмірінің сапасын жақсартуға бағытталған.
- Ем принциптері:
- 1. Қорғау – психомоторлық режиммен қамтамасыз ету;
 - 2. Вирусқа қарсы емді өз уақытында бастау;
 - 3. Екіншілік ауруларды мүмкіншілігінше ерте анықтау және емдеу;
 - 4. Дезинтоксикациялық терапия контрикал, гемодез, декстранды қосумен және т.б.;
 - 5. Симптоматикалық ем;
 - 6. Имуниттеті көтеретін ем (лейкомасса, эритромуасса, сары су құю, тимоген, тималин, интерферондар, интерферон индукторын қолдану). Иммуномодуляторлар тек қана бастапқы немесе аралық кезеңде егер екіншілік аурулар болса тағайындалады, себебі осы кезеңде ғана имундық жүйені күшейтуге болады. ЖПИЖС кезеңінде - иммуноалмастырушы терапия жүргізіледі. Егер аутоиммунды процесс айқын болса, онда иммунодепрессанттар қолданылады;

7. Витаминдер барлығына. Вирусқа қарсы дәрілерден тек вирустың ерментін бұзатын дәрілерді қолдану керек (кері транскриптаза және вирус протеазасын).
- Кері транскриптазаның ингибиторлары: Ретровир (Зидовудин), ddc (дидеоксицитозин, зальцитабин), ЗТС (ламивудин, эпивир), DLV (делабиридин), NP (невирамин), Фосфотиазид (Азидотимидин).
 - Зидовудин (ретровир, тимозид) тек қана кері транскриптазаны ғана төмендетіп қоймай, сонымен қатар, вирус ДНҚ-синтезін басады. Оны алғашқы белгілер кезеңінен бастап қолданылады үздіксіз немесе үздікті. Бір курстың ұзақтығы 3 айдан кем емес, тәуліктік мөлшері 0,01 г немесе 12 жасқа дейін – 180 мг/м², әрбір 6 сағат сайын, 12 жастан соң 100 мг/м² x 5 рет тәулігіне.
 - Зидовудинді басқа да вирусқа қарсы дәрілермен бірге қолдануға болады (ганцикловир, фоскарнет және т.б.).
 - Қазіргі таңда АИВ-тың терапиясын алғашқы білінулер кезінде бастау керек, себебі ол кезде ауру белгілері жоқ (вирустық жүктеме).
 - Протеазаның ингибиторлары клеткада вирус протеазасының белсенділігін тежеп отырады, осыған байланысты ересек вирусты дамитын түзуді алдын алады.
 - Оған жататындар: нидинавар, (криксиван), саквинавир (инвираза), ритонавир, нелфинавир (вирасепт).
 - Этиотропты емнен басқа ЖПИЖС – индикаторлы ауруларды да емдеу керек. Пневмоцисті пневмонияда - бактрим, бисептол; токсоплазмозда – пириметамин+бисептол; септикалық жағдайларда – қан тамырға иммуноглобулин.
 - Кандидозды инфекцияларда – дифлюкан, нистатин, флюконазол, низорал, амфотерицин, микосепт.
 - Туберкулезде – кларитримидин, этамбутол, римфапицин, амикацин.

Туберкулез және ЖИТС

Жүре пайда болатын иммунды тапшылық белгісі әртүрлі ауруларды оның ішінде туберкулезді асқындыратын елеулі медициналық, әлеуметтік мәні бар ауруға айналды. ЖИТС диагнозын қойған кезде науқасты туберкулезге де тексеру керек.

ЖИТС-мен ауыратын науқастардың ішінде туберкулез 6-10% жағдайда кездеседі. Адам иммунды тапшылық вирусын жұқтырғандар және ЖИТС-мен ауыратындар арасында туберкулезге шалдығу 30-50 жастағы нашақорлыққа әуес еркектерде жиі кездеседі. Бұрын туберкулезбен ауырып жазылғандарға АИТВ-ның жұғуы туберкулездің қайталану қауіптілігін күшейтеді. Туберкулез АИТВ инфекциясының маркері, яғни ерте көрінісі болып табылады. ЖИТС және сонымен қатар туберкулезбен ауыратын науқастардың өлім көрсеткіші өте жоғары.

Иммундық депрессия артқан сайын ауру қаупі де артады. СД4 жасушаларының саны азайып, қызметі бұзылып, ағзаның туберкулез микобактериясының таралуы мен артуын тежейтін қасиетінен айырылады. АИТВ жұқпасы адамның туберкулез жұқпасына сезімталдығын арттырады. Туберкулез микобактериясын жұқтырған науқастарда АИТВ жұқпасы, бессимптомды туберкулез жұқпасының туберкулезге ауысуының басты себебі болып табылады.

Дереккөздер:

Хаитов, Р.М. СПИД. М. Издательство Народной академии культуры и общечеловеческих ценностей. 1992 ж. isbn = 5-87416-012-4

Эпидемия СПИДа. Щелкунов С.Н. Соросовский образовательный журнал. 1999 ж. 22–28 л.

Малый В.П. ВИЧ. СПИД. Новейший медицинский справочник. М. 2009 ж. 672 стр. isbn = 978-5-699-31017-3

Назарларыңызға рахмет!