

ҚР Денсаулық Сақтау министрлігі

*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ
Ұлттық Медицина Университеті*



Министерство Здравоохранение РК

*Казахский Национальный Медицинский
Университет имени С.Д.Асфендиярова*

Кафедра: Балалар жұқпалы аурулары

Жұқтырылған қорғаныш тапшылығы белгісі ауруы (ЖҚТБ)

Қабылдаған: М.ғ.д. Доцент Умешева К.А.

Факультет: Жалпы медицина

Курс: IV

Топ: 19-1К

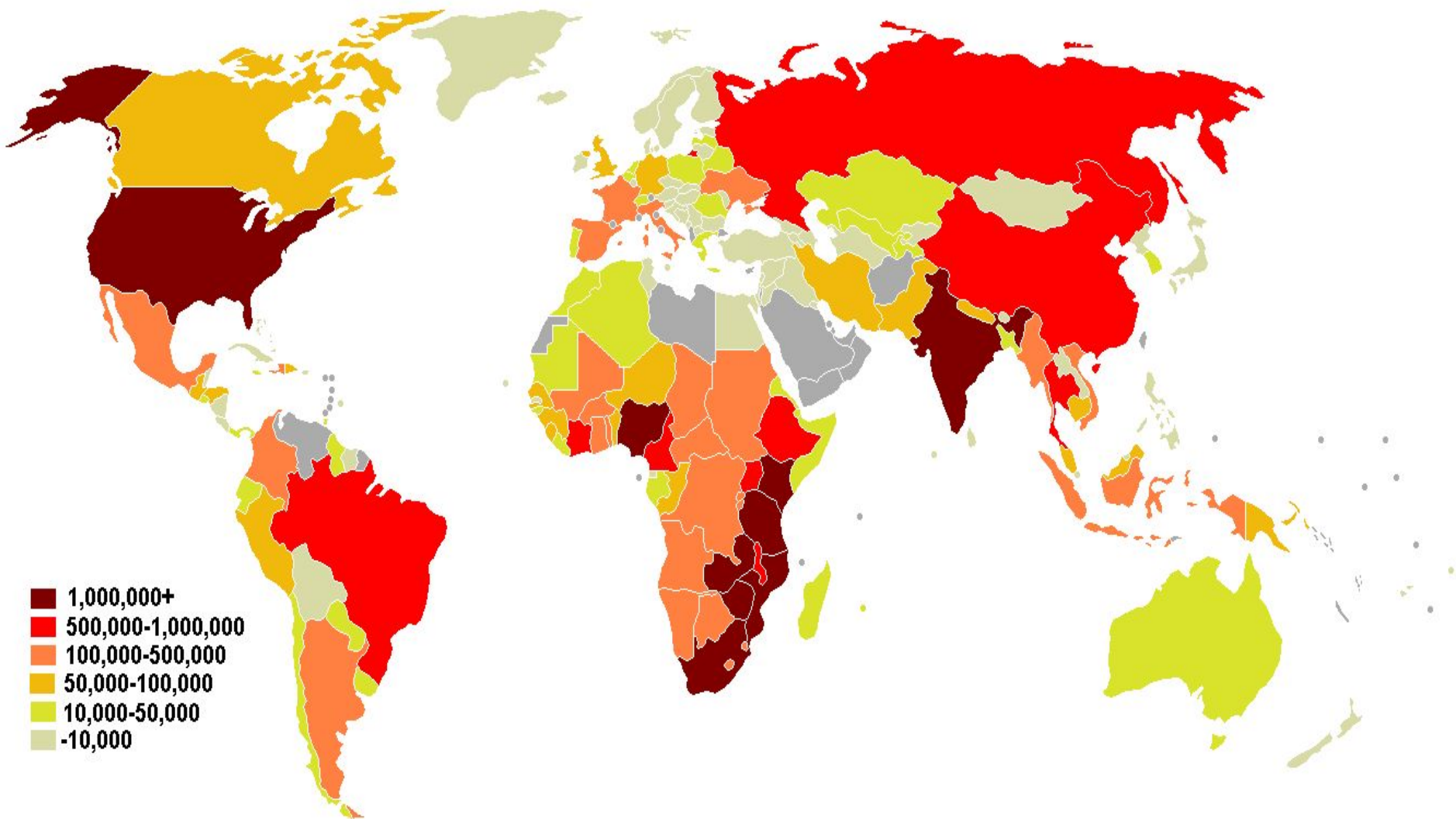
Алматы 2014 жыл

АҚТҚ-инфекция – ұзақ уақыт
лифоциттерде, макрофагтарда, нерв
тіндерінде персистерлеуші қабілеті
бар адам иммуножетіспеушілік
вирусымен шақырылатын ауру.
Тіндерде ұзақ сақталуына
байланысты организмнің нервті және
иммунды жүйесін баяу зақымдайды.
АҚТҚ – инфекция бірнеше
кезеңдермен өтеді, соңғы кезеңіне
ЖҚТБ термині қолданылады
(жұқтырылған қорғаныш тапшылық
белгісі)



Эпидемиологиясы

АҚТҚ инфекциясымен жұқпаланған тұрғындар көрсеткіші



Қазақстанда 2013 жылғы мәлімет бойынша АҚТҚ инфекциясымен жұқпаланған тұрғындар саны

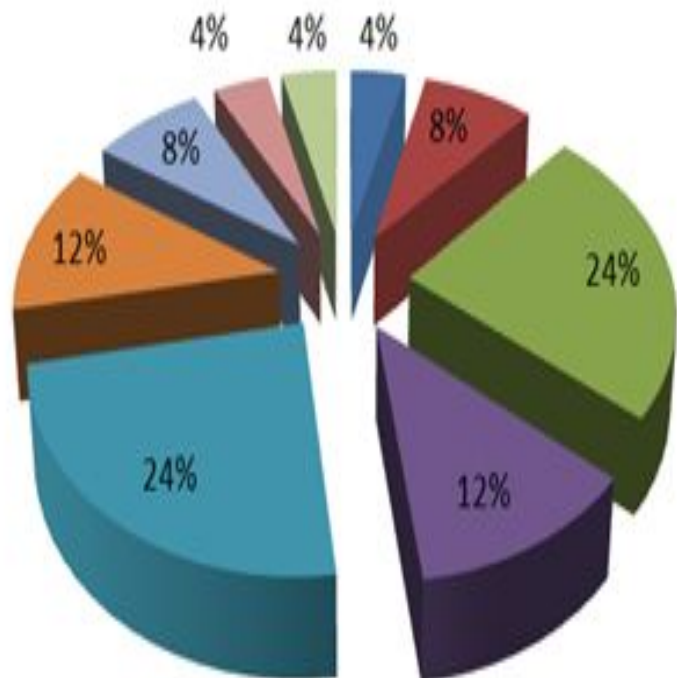
Халық саны	16,909,776*
<i>Ресми түрде тіркелген АҚТҚ жағдайлар саны</i>	<i>19,997**</i>
<i>АҚТҚ – нық бағалаулық мөлшері</i>	<i>13,000 (диапазон: 9000 – 19 000)***</i>
<i>2013 жылы жаңадан тіркелген жағдайлар саны</i>	<i>1974**</i>



АҚТҚ инфекциясының жасқа байланысты таралуы

Распределение детей с ВИЧ-инфекцией по возрасту

■ 1 год ■ 2 года ■ 3 года ■ 4 года ■ 5 лет ■ 6 лет ■ 7 лет ■ 9 лет ■ 10 лет



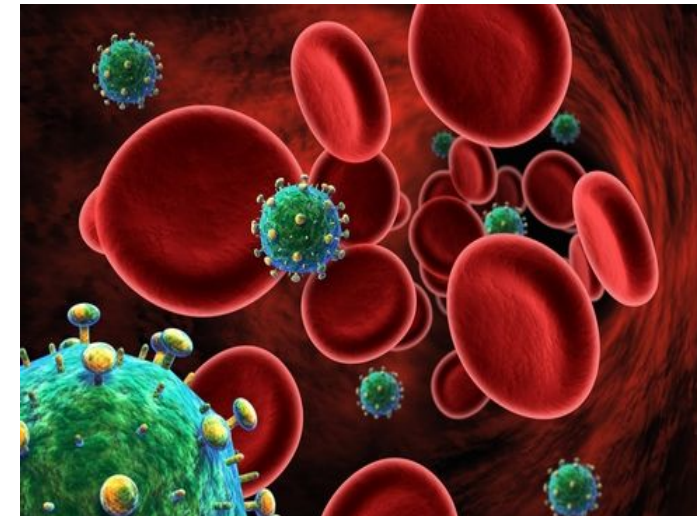
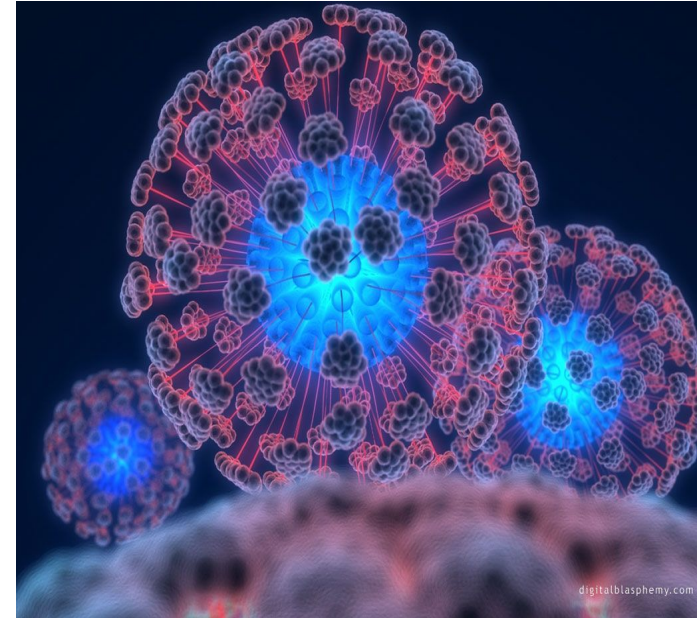
14 жасқа дейінгі балалар арасында таралу көрсеткіші Республика деңгейінде – 6,6 жетті. Балалар арасында АҚТҚ инфекция жұқтырғандардың көбі Оңтүстік Қазақстан облысында, ондағы көрсеткіш 25,5. ЖҚТБ мен ауыратын әйелден туылған балаларда 1 жасқа дейін 14%, 1 жастан кейін – 11-12% АҚТҚ табылады. Орташа есеппен 4 жасқа дейін 54% балада анықталады.

Этиология, Патогенезі:

Қоздырғышы 1982 жылы американ ғалымы Р. Галломен, 1983 жылы Француз ғалымы Л. Монтаньемен ашылған. Ол ретровирустар тобына жататын, құрамында РНК-сы бар және кері транскриптазасы бар вирус. Жетілген түрі диаметрі 60-120 нм. Құрайтын сфералық формалы вирион. Қазіргі кезде АҚТҚ вирусының 2 түрі белгілі: АҚТҚ-1 және АҚТҚ-2. Егер АҚТҚ-1 мен науқастанса өмір ұзақтығы – 10-12 жыл, ал АҚТҚ-2 –мен залалданса 20-25 жыл және одан әрі.

Вирус сыртқы ортаға тұрақсыз.

- 56°C қыздырғанда 30 минутта, қайнатқанда 1-5 минутта өледі.
- дезинфицирлеуші заттар әсерінен тез өледі (3% сутегінің асқын тотығы, 5% лизол)
- ультрафиолет сәулесіне тұрақты (лентивирус)



Табиғи жолмен жұққанда АИВті кіру қақпасы болып саналады – тік ішек пен гениталий шырышты қбаттары, тік ішектің бір қабатты эпителийінен вирустың ену жолы өте жеңіл, қынаптың көп қабатты эпителийіне қарағанда. Лимфатикалық жүйе арқылы АИВ қанға өтеді де, көптеген мүшелер мен тіндерге таралады. Егер жұғу жолы парэнтеральды болса, онда АИВ бірден қанға түседі.



АИВ тінге өткеннен соң ревертаза (немесе кері транскриптаза) ферментінің көмегімен өзінің РНҚ үлгісін салып ДНҚ түзеді, ол ДНҚ сау тін ДНҚ-сын ауыстыруы қажет, сау тін ДНҚ-сының орнына енгеннен кейін сол тінде провирус жағдайында өмір бойы қалады. АИВ тіндерге таңдамалы адсорбцияланады, АИВ тек мембрана құрамында СД 4+ белогі бар тіндерге жабысады. Ол белок вирусына рецептор болып саналады gp 120. Ондай клеткаларға жатады: Т лимфоциттер – хелперлер, макрофагтар, В лимфоциттер, нейроглиялар, шырышты қбаттар. Әсіресе, Т-хелперлерге тропизмі жоғары (СД 4+).



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.

АҚТҚ берілу жолдары

Вертикальді –
АҚТҚ
жұқтырған
анасынан
жүктілік,
босану, ана
сүтімен
қоректендіру
кезінде берілуі

Горизонтальді:

- ✓ Қан құю
- ✓ Омырау
сүтімен
- ✓ Тығыз
қатынас
уақытында
микрожарақа
т, жара,
тістеу
- ✓ Маникюр
заттары, тіс
щеткасы,
қайшы,
бритва

Парентеральді
– инъекция
арқылы
наркотиктерді
қолдану

Жыныстық –
қорғаныссыз
жыныстық
қатынас
кезінде:
Вагинальді,
оральді,
анальді
жолдармен

Клиникалық жіктемесі

Балаларда АИТВ/ЖИТС-ты ДДҰ клиникалық жіктемесі (ДДҰ жіктемесі, 2006ж., ҚР - сына бейімделген)

- 1 клиникалық саты

Симптомсыз ағымы

Персистеуші жайылған лимфаденопатия

- 2 клиникалық саты

Гепатоспленомегалия

Қышыма папулезді бөртпе

Көлемді бөртпелі контагиозды моллюск

Онихомикоздер

Ауыздағы қайталанбалы жара

Қызыл иектің сызықтық эритемасы

Бұрыштық хейлит

Құлақ жанындағы сілекей безінің ұлғаюы

Құрсаулы теміреткі

Симптомсыз лимфоидты интерстициалды пневмония

Тыныс жолдарының қайталанатын немесе созылмалы жұқпасы
(ортаңғы отит, оторея, синусит)

- 3 клиникалық саты

Стандартты емдеуге нашар берілетін, бірқалыпты түсіндірілмейтін тамақтану бұзушылығы

Өкпе туберкулезі

Түсіндірілмейтін созылмалы диарея (14 тәулік және одан көбірек)

Түсіндірілмейтін персистирленген қызба (ауыспалы немесе тұрақты, айдан артық)

Ауыз кандидозы (2 айдан асқан балаларда)

Ауыздың түкті лейкоплакиясы

АИТВ инфекциясымен туындаған, өкпенің созылмалы зақымдануы

Клиникалық сипаттағы лимфоидттық интерстициальдық пневмония

Түсіндірілмейтін анемия (гемоглобин < 8 г%) немесе нейтропения $\ll 500$ /мкл)

1 айға дейін созылатын түсіндірілмейтін тромбоцитопения ($< 50\ 000$ /мкл)

- 4 клиникалық саты

Түсіндірілмейтін ауыр кахексия немесе стандартты емдеуге нашар берілетін тамақтанудың бұзушылығы

Созылмалы ВПГ-инфекциясы (1 айдан артық уақытқа созылған ерін және ауыз қуысы немесе тері герпесі)

Кеуде іші лимфотүйіндері және туберкулездік плевритті қоса алғанда Капош Саркомасы

Кандидоздық эзофагит

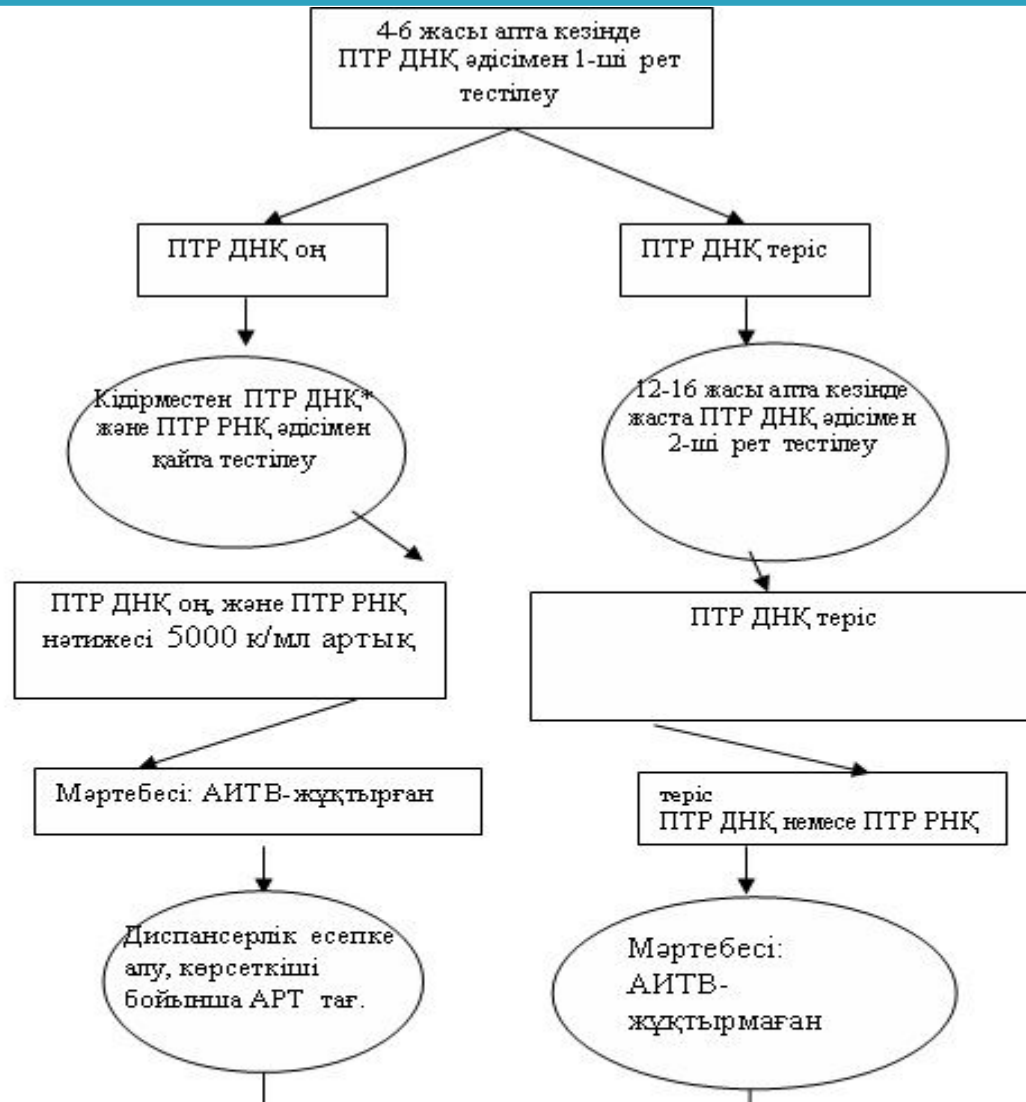
Токсоплазмездік энцефалит (жаңа туғандардан басқа)

АИТВ-энцефалопатиясы

Жасы 1 айдан асқан дамыған баланың ЦМВ-инфекциясы (бауырдан, көкбауырдан және лимфотүйіндерден басқа) ретинит немесе ішкі ағзаның инфекциясы)

ДИАГНОСТИКА

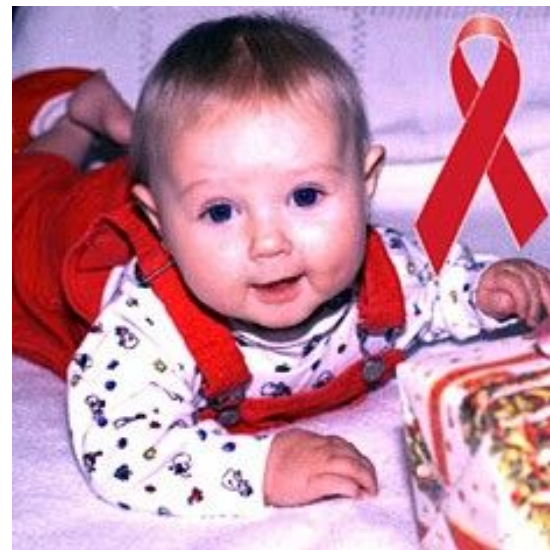
АИТВ - жұқтырған аналардан туған және жасанды түрде тамақтандырылатын балаларға АИТВ -инфекциясын вирусологиялық диагностикалау алгоритмі



1 8 айдан ≤ балаларда (АИТВ-ны жұқтыру қауіпі белгіленген немесе белгіленбеген) ақырғы диагнозы антиденелерді зерттеу (ИФТ немесе жедел-тест) плюс иммуноблотинг көмегімен қойылады.

Шағымдануы және анамнезі (АИТВ – инфекциясына күдік болған жағдайда)

- баланың жеткілікті тамақтануына және басқа себептерінің болмауына қарамастан, табиғи физикалық өсуінің тежелуі немесе тоқтап қалуы;
- психомоторлық дамуының бұзылуы (екі немесе одан да көп симптомдар: бас миы өсуінің бұзылысы, когнитивтік функцияларының бұзылысы; клиникалық байқалатын қозғалыстық бұзылыстары);
- бактериалық және вирустық инфекциялардың жиі қайталануы, табанды кандидоздық стоматиттің немесе кандидоздық эзофагиттің қайталануы.



Белгіленген диагнозбен физикалық тексеру

АИТВ-инфекциясы белгіленген балаларға тұрғылықты орны бойынша балалар емханасының инфекционисінің-дәрігер және ЖИТС орталығының маманының тұрақты диспансерлік бақылауы тағайындалады.

Барып қарау кезінде жиналуға тиісті мәліметтер:

1. антропометриялық мәліметтер: салмақ, бойы, бас шеңбері;
2. тамақтану жағдайы, қоса алғанда:
3. бала ішетін тамақтың түрі мен көлемі;
4. тәбеті, тамақтандыру ұзақтығы;
5. тамақтандыру кезіндегі проблемалар;
6. баланы күтіп-қарайтындардың қайысы баланы тамақтандырады;
7. әлеуметтік жағдайлар: жалпы санитариялық жағдайлары, дәрілерді сақтауға арналған тоңазытқыштың және қауіпсіз суының болуы;
8. отбасы мүшелерінің және баланы күтіп-қарайтын адамдардың қайысы тағайындауларды бақылай алады;
9. баланың жүйкелік-психикалық дамуын және баланың, оны күтіп-қарайтын адамның психологиялық жағдайын бағалау.

Зертханалық зерттеулер:

- қанның жалпы анализі (кеңейтілген);
 - билирубиннің, креатининнің және глюкозаның деңгейлері, несептің жалпы талдауы;
 - СД4 лимфоциттер саны (абсолюттік, ал <5 жастан жоғары балаларда лимфоциттердің жалпы санынан үлесі(%));
 - вирустық жүктемені әрбір 6 ай сайын немесе көрсеткіштері бойынша;
 - бауыр ферменттерінің белсенділігін (АлА Т, АсА Т);
 - вирустық гепатиттерді анықтау үшін зерттеу;
 - туберкулезді анықтау үшін зерттеу.
- Аспаптық зерттеулер – көрсеткіштері бойынша.

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралардың тізбесі

1. қанның жалпы талдауы (ҚЖТ) тромбоциттерді есептеумен
2. зәрдің жалпы талдауы (ЗЖТ) креатининнің клиренсін анықтаумен
3. СД4 лимфоциттер саны (абсолюттік, ал <5 жастан жоғары балаларда лимфоциттердің жалпы санынан үлесі(%));
4. бауыр ферменттерінің белсенділігін (АлАТ, АсАТ) әрбір 6 ай сайын немесе көрсеткіштері бойынша;
5. туберкулезді зерттеу;
6. РНҚ АИТВ вирустық жүктемені анықтау (АРТ-ты бастау және жалғастыру барысында, сол сияқты көрсеткіштер бойынша).

ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОЗ

Дифференциалдық диагноз.

- Инфекциялық аурулармен
- қатерлі ісіктермен
- нерв жүйесінің
- жоғарғы және төмеңгі тыныс жолдарының (бронхитпен, пневмониямен) ауруларымен
- Туберкулезбен
- эндокриндік жүйе ауруларымен
- метаболизмдік бұзылыстармен және басқаларымен.

ЕМДЕУ

Антиретровирустық терапияның мақсаттары:

- клиникалық: өмірін ұзарту және оның сапасын жақсарту;
- иммунологиялық: иммундық жүйесін бұздыруды болдырмау және/немесе қалпына келтіру;
- вирусологиялық: вирус репродукциясын басу және вирустық жүктеменің анықталмайтын деңгейіне қол жеткізу;
- эпидемиологиялық – тұрғындар арасында АИТВ-инфекциясының әрі қарай таралуын болдырмау, оның ішінде балалар арасында.

Емдеу тактикасы («АИТВ/ЖИТС жағдайында емдеу және көмек көрсету. ДДҰ Еуропалық аймағы үшін клиникалық хаттамалар. 11 хаттама: Балаларда АИТВ/ЖИТС жағдайында емдеу және көмек көрсету». 2008 жылғы 18 шілдедегі өзгертулерімен)

Медикаментоздық емес емдеу (режим, диета және басқ.)

Аурудың ерте кезінде тамақтануға қолдау көрсету қажет, оның мақсаты – құнарлы заттарды және микроэлементтерді жеткілікті мөлшерде қабылдауын қамтамасыз ету.

АИТВ инфекциясы симптомсыз өтетін балаларға осы жастағы және жыныстағы баланың рационында нормадан 10%-ға калорияны артық беру ұсынылады.

АИТВ инфекциясының клиникалық көріністері және жіті инфекциялардан кейін реконвалесценттері бар балаларға рационның калориясын нормадан 20-30 %-ға арттыру қажет.

ЖИТС-тің клиникалық сатысында балаларға лактоза және сиыр сүтінің ақуыздарын (ССА) жақпауы жиі кездеседі. Мұндай жағдайларда құрамында лактоза және сиыр сүтінің ақуызы жоқ сүт қоспасын қолдану ұсынылады.

Медикаментоздық

Балаларға антиретровирустық терапия тағайындау Жасы 2 жастан кіші балаларда CD4 лимфоциттерінің деңгейіне және ауру сатысына тәуелсіз, АИТВ диагнозы диагностикалау алгоритміне сәйкес расталғаннан кейін АРТ-ты бастай береді.

Жасы 2 жастан асқан балаларға ДДҰ жіктемесі бойынша аурудың III немесе IV ауру сатысына көрінетін симптомдар айқындалған немесе иммунитет тапшылығының ауыр дәрежесінің дами бастаған кезеңінде (баланың жасын ескере отырып лимфоциттер үлесі анықталады) АРТ-ты бастау қажет.

Балаларға АРТ-ты бастау үшін критериилер

АИТВ-инфекциясының клиникалық сатысы (ДДҰ)	Жасына қарай емдеу бойынша ұсыныстар	
	<24 ай	≥ 24 ай
1	Барлығын емдеу	CD4 ^b лимфоциттердің құрамына қарай
2	Барлығын емдеу	CD4 ^b лимфоциттердің құрамына қарай
3	Барлығын емдеу	

CD4 көрсеткіштерге негізделген АРТ бастау үшін өлшемдер

Иммунологиялық маркер	АРТ бастау үшін ұсынылатын CD4 шекті мәндері		
	<2 жас	≥2 жас және < 5 жас	≥ 5жас ^a
CD4 лимфоциттерінің үлесі және/немесе CD4 лимфоциттерінің саны	CD4 деңгейіне тәуелсіз барлығын емдеу	≤ 25%	□ ≤ 350 /мкл
		(≤ 750/мкл)	

Бес жастан бастап АРТ-ты бастау үшін CD4 лимфоциттердің саны барынша нақты көрсеткіш болып табылады. Егер CD4 шекті деңгейі АРТ-ты тағайындау үшін басты көрсеткіш болып табылатын болса, онда CD4 2 анықтау үшін қанды 2-3 аптада 2 қайтара тексерумен қайталау қажет.

Профилактикалық шаралар:

- Алғашқы профилактика
- АИТВ-позитивті аналардан туылған барлық балаларға триметоприм шырыны/сульфометоксазоа (бисептол, котримоксазол, септрин және басқ.) 4-6 апта аралығында дене салмағы 2,5 мг/кг жағдайында АИТВ мәртебесі белгіленгенге дейін сәткесіне 2 рет сұлба бойынша профилактикалық тағайындалады: күнара немесе аптасына 3 күн 4-күндік демалыспен жүргізіледі. Емдеу курсы – АИТВ-ның оң нәтижесі жағдайында бисептолды 12 айға дейін қабылдаумен жалғасады, АИТВ-теріс нәтижесінде – тоқтатылады.

- Әрі қарай алып жүру және диспансерлеу принциптері
- АИТВ/ЖИТС бар балаларды, АРТ-қа көрсетілімдерін және тағайындауларды анықтау үшін оппортунистік және АИТВ-инфекциялық ілеспе ауруларын анықтауға тұрақты бақылау қажет. Бұндай бақылаумен АРТ-ты қабылдайтын балалар мен қатар, оған көрсетілімдері жоқ балалар да қамтылуы керек. АИТВ-жұқтырылған балаларды тұрақты бақылаудың негізгі мақсаты - АРТ-ты бастау үшін уақытты дұрыс таңдау, баланы және ата-аналарын терапияға дайындау, сол сияқты АИТВ-инфекциясының асқынуларын анықтау және емдеу болып табылады.
- АРТ-қа көрсетілімдері жоқ, балаларды жоспарлы түрде клиникалық тексеруді 3 айда 1 реттен кем емес жүргізу керек. Физикалық тексеру, жалпы клиникалық және биохимиялық талдаулар жүргізіледі.
- CD4 лимфоциттеріне тексеру «Д» есепке қою барысында, әрі қарай 2 жастағы балаларды 3 айда бір рет және 2 жастан үлкен балаларда 6 айда 1 рет, ал көрсеткіштері бойынша одан да жиірек жүргізіледі. Әрбір баланың бойын және салмағын физикалық өсу диаграммасында белгілеп отыру қажет.
- Диспансеризация жоспарына сәйкес баланы тексерген сайын тамақтануын бағалап түзеп тұру қажет.

A top-down view of many hands of various skin tones, each holding a red ribbon. The ribbons are arranged in a circular pattern, with some held in the palm and others between the fingers. The background is dark, making the hands and ribbons stand out. The text is overlaid in the center of the image.

**Назарларыңызға
РАХМЕТ!!!**