

Дәріс №10

Ауыз кілегейлі қабығының вирустық аурулар кезінде жарақаттануы, этиологиясы мен патогенезі; клиникасы және сараптамалы диагностикасы, емі. СПИД немесе ЖИТС-синдромы, этиологиясы мен патогенезі. Ауыз ішіндегі клиникалық белгілері. Аурудың диагнозын нақтылаудағы дәрігер-стоматологтың рөлі. Инфекцияның таралуына жол бермеу жолдары

Орындаған: Мезгілбаева Д.М.

Дәрістің жоспары:

- 1. Ауыз кілегейлі қабығын жиі жарақаттайтын вирустық аурулар: жедел және созылмалы герпестік инфекция-ауыздың жедел герпестік және қайталама герпестік қабынулары, этиологиясы мен патогенезі, клиникасы, диагнозын нақтылау, емдеу;
- 2. Белдеме теміреткі, этиологиясы мен паогенезі, клиникасы, диагнозын нақтылау және емі;
- 3.Аусыл, этиологиясы мен патогенезі, клиникасы, диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы, емі;
- 4.Вирустық сүйелдер, этиологиясы мен патогенезі, клиникасы диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы, емі
- 5.Адамның жүре дамыған иммунитет тапшылығы синдромы (АЖДИТ) немесе СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита человека) этиологиясы мен патогенезі, ауыз ішіндегі клиникалық белгілері. Аурудың диагнозын нақтылаудағы дәрігер-стоматологтың рөлі. Инфекцияның таралуына жол бермеу жолдары

Вирустық аурулар

- Ауыз кілегей қабығы ауруларының ішінде вирустық аурулар ерекше орын алады. Ересек адамның ауызында вирустардың біраз түрлері орын тепкен. Көбіне олар организмде жасырын түрде кездеседі, ал организмнің қарсыластығы төмендеген кезде көбейіп, ауру туындатады. Дені сау адамдардың ауызында қарапайым ұшық вирусы (вирус простого герпеса), цитомегаловирус, аденовирустар, энтеровирустар, реовирустар және басқалары (белгісіз вирустасушылық – бессимптомное вирусносительство) кездеседі.

Қарапайым герпес

- **Қарапайым (әдетті) герпес синонимы көпіршікті теміреткі (простой герпес-пузырковый лишай – herpes simplex) немесе кәдімгі ұшық** – герпес вирусы туындататын жұқпалы ауру. Антигендік қасиетіне байланысты бұл вирусты негізгі екі типке (1 және 2) бөледі. Бірінші типтегі вирустар ауыздың кілегей қабығын, теріні, ал екінші типтегі вирустар жыныс ағзаларының кілегей қабығын жарақаттайды. Қарапайым ұшық вирусы ДНК-дан тұрады және тікенекті қабат клеткаларының ядросында жасырын өмір сүреді, ыңғайлы жағдайда көбеюге ұшырап, қайталамалы ауру туындатады.
- Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұйғаруынша (1985) жер беті тұрғындарының 90%-на аталмыш вирус жұққан, ал 20-30% жағдайда ауру белгілері білінеді.

- Инфекцияның алғаш рет жұғуы 1-3 жас арасында байқалады. Себебі, бұл кезде баланың қанында анадан алған антидене жойылады немесе саны азаяды да, организм вирустық инфекцияны оңай жұқтырады. Көп жағдайда балаға біріншілік герпестік инфекцияның жұғуы аса көп байқалмайды, ал кейбір жағдайда біріншілік герпестік ауру дамиды. Жас баланың алғашқы айларында ауру өте ауыр түрде дамиды және көптеген кілегей қабықты ағзаларды жарақаттайды. Сирек жағдайда біріншілік герпеспен ертеректе вирусқа қатынасы болмаған үлкен адам да ауруы мүмкін. Біріншілік герпестен сауыққаннан кейін инфекция жасырын түрге ауысып, әртүрлі зиянды ықпалдардың әсерінен (дененің суыққа шалдығуы, тұмау, жүйкелік күйзелістер, витаминдер тапшылығы) жиі қайталануы мүмкін.

- Қарапайым герпес вирусы адамға ауру немесе вирустасымалдаушы адамнан тікелей жанасу және ауа-тамшылары арқылы жұғады (герпестік вирус вирус тасымалдаушылардың сілекейінен де бөлініп алынған).
- Ауыз ішінде герпестік инфекция екі түрде көрініс табады:
 - ауыздың жедел герпестік қабынуы немесе біріншілік герпес (острый герпетический стоматит или первичный герпес);
 - ауыздың қайталамалы герпестік қабынуы немесе созылмалы қайталамалы герпес (рецидивирующий герпетический стоматит или хронический рецидивирующий герпес).

Ауыздың жедел герпестік қабынуы

- ▣ **Ауыздың жедел герпестік қабынуы (острый герпетический стоматит-stomatitis herpetica acuta).** Ауруды ертеректе «ауыздың жедел афтозды қабынуы» деп атаған.
- ▣ Сырқат адамның жалпы жағдайына және кілегей қабықтың жарақатқа ұшырау аймағына байланысты аурудың үш дәрежесін (жеңіл, орташа, ауыр), патогенезіне байланысты 5 кезеңін – инкубациялық (инкубационный), продромалдық (продромальный или катаральный), даму шыңы (разгара болезни или высыпаний), бетінің қайтуы (угасания) және сауығу (выздоровления или реконвалесценции) кезеңдерін ажыратады.

▣ **Клиникалық көрінісі.** Инкубациялық кезеңі 1-4 күнге созылады. Бұл кезең герпестік вирус жұққаннан кейін басталады, организмге енген вирустар жақын орналасқан лимфа түйіндеріне жетіп, көбейе бастайды. Сондықтан осы аталған және продромальдық кезеңдерде аймақтық лимфа түйіндері ұлғая бастайды және ауырады. Ауру жедел басталады, ауырлығына байланысты дене қызуы $37-41^{\circ}$ C көтеріледі, организмнің жалпылай уыттану белгілері байқалады - әлсіздік, салғырттық, дымкәстік, бас ауруы, еттердің сыздауы, лоқсу және құсу, іші өтуі сияқты. Бала тынышсызданып, ұйқысы қашады, тері түсі бозғылттанады, тамақ қабылдаудан бас тартады, емшек ембейді. Кейде жоғары температура әсерінен бұлшық еттері тырысады, түнде желке еттері сіресіп қалады (ригидность затылочных мышц).

- Продромальдық кезеңде ауыз кілегей қабығында жайыла қызарған ошақтар пайда болып, ісіну, домбығу байқалады, балаларда сонымен қатар қызылиектің катаральды қабынуы орын алады, кейде қызылиек жиегі эрозияланып кетуі де мүмкін. Ересек балалар мен үлкен адамдар ауыз ішінің қызып, күйіп, сыздап ауыратынына, қышуына, сілекейдің көп бөлінуіне шағымданады. Кешікпей ішінде мөлдір сұйықтық бар ұсақ көпіршік бөрткендер шыға бастайды және топтаса орналасады, сандары да әртүрлі болады.

□ Бірнеше сағаттан кейін бөрткендер жарылып, орнында диаметрі 1-5 мм домалақ, сопақ пішінді беті ақшыл-сұр түсті өліетті қақпен немесе сары-сұр фибринді қақпен жабылған эрозиялар пайда болады

(сурет-1а,б). Көптеген көпіршіктердің бірігіп барып жарылуынан пайда болған эрозиялар белгілі пішінсіз полигональды (көпбұрышты) болып келеді. Көпіршік бөрткендер көбіне таңдайда, тілдің үстінде, ұшында, қызылиекте, ұртта, ерін кілегей қабығында орналасады. Ауыр жағдайда еріндер жиегі мен жақын орналасқан тері аймақтары да жарақаттанады-се. Бөртпелер шыға бастасымен дене қызуы төмендей бастайды, кейде олар бірнеше рет қайталап шығуы мүмкін. Осыған байланысты дене қызуының көтерілуі де қайталанады және бөртпелерді әртүрлі даму сатысында байқауға болады.



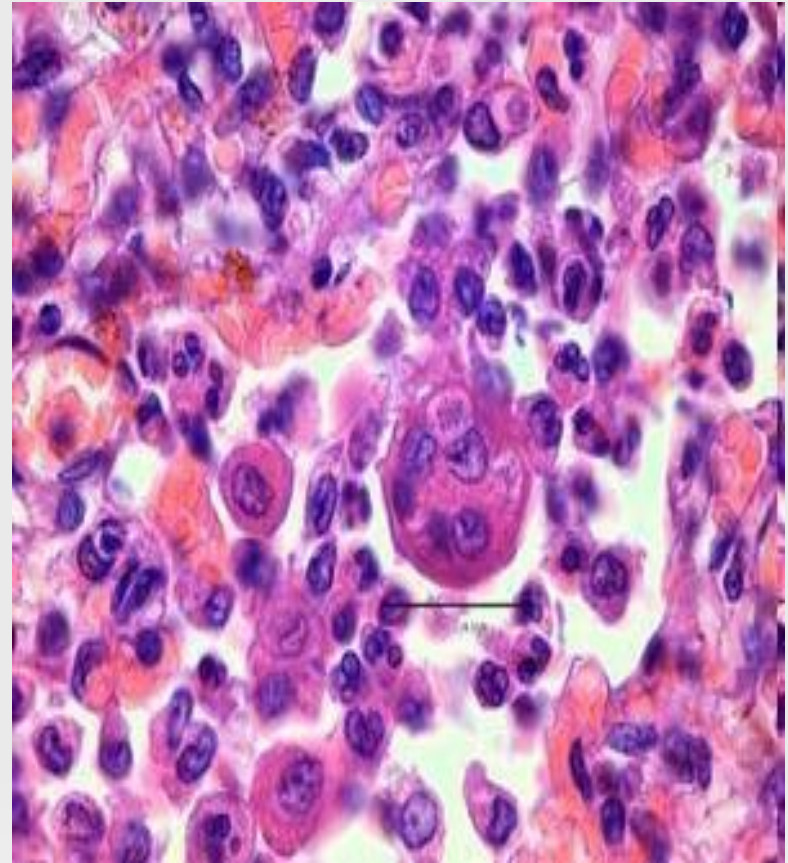
а)



б)

Сурет-1.

- Пайда болған эрозия ошақтары 5-7 күнде жазыла бастайды және емдеу шараларын дұрыс жүргізсе, жазылуы жылдамдайды.
- Продрамальды кезеңде дамыған аймақтық лимфаденит пен қызылиек қабынуы аурудың барлық кезеңінде, тіптен эрозиялар жазылғаннан кейін де 5-10 күн шамасында сақталады. Аурудың орташа ұзақтығы 1-3 аптаға созылады.
- Аурудың алғашқы кезеңінде сілекейдің реакциясы қышқылданып (рН -5,8-6,4), сауыға бастағанда бейтараптана бастайды немесе әлсіз сілтілік ортаға ауысады. Лизоцимнің мөлшері төмендеп, интерферон жойылады. Гистологиялық зерттеулер нәтижесі герпестік көпіршік бөрткендердің тікенекті қабат ішінде баллонды және вакуольді дегенерациялану, акантолиздену үрдісінің нәтижесінде дамитынын дәлелдеген. Осыған байланысты аурудың алғашқы 2-3 күнінде жарақат ошағынан алынған жағынды-таңбада көпядролы алып клеткалар анықталады. Бұл клеткаларға бояулық және өлшемдік (диаметрі 30-120 мкм) көптүрлілік (полиморфизм) тән. Клеткалардың ортасында бірнеше ядролардан (2-3 тен оншақтыға дейін) тұратын конгломерат орын алады, ядрошықтар (нуклеолы) анықталмайды (сурет-2).



Сурет-2

Сараптамалы диагностикасы

- Аурудың алғашқы күндерінде және қайталану кезінде көпіршік бөрткендер сұйығынан герпес вирусын бөліп алуға болады, ал қанда вирусқа қарсы антидене титры аурудың кезеңіне сай жоғарылай бастайды.
- Ауыздың жедел герпестік қабынуын нақтылау үшін иммунофлюоресценциялық әдістерді, антигенмен терішілік сынамаларды, серологиялық реакцияларды қолдануға



а)



б)

Сурет-3 . Көптүрлі жалқықты эритема (қызарма). а) Төменгі еріннің кілегейлі қабығы мен қызылиектегі көпіршіктер б) Еріндердің кілегейлі қабығынадағы эрозиялар және еріндер жиегіндегі қабықшалар

Емі:

- Ауыздың жедел герпестік қабынуын емдеу оның ауырлығына байланысты этиотроптық, патогенездік, симптоматикалық, жалпылай және жергілікті кешенді шаралардан тұрады.
- **Жалпылай емдеу:**
- 1) Вирусқа қарсы дәрілерді (таңдай отырып) алғашқы күндері тағайындайды: бонафтон 0,1г күніне 3-4 рет 5 күн қабылдаған соң, 1-2 күн үзіліс жасап, қайта қабылдайды (емдеу ұзақтығы 2-3 курс); ацикловир (зовиракс, виролекс) 0,2 г күніне 5 рет 5 күн қабылдайды. Балаларға дәрінің жарты мөлшерін береді; неовир – көк етке үш күнде бір рет салынады, емдеу курсы 5 инъекциядан тұрады, ДНК (дезоксирибонуклеиназа) 10-25 мг. натрий хлоридінің изотониялық ертіндісіне ерітіп, күнара көкетке салады, емдеу курсы 6-10 инъекциядан тұрады;
- 2) Ауыру сезімін және дене қызуын басатын дәрілерді (парацетамол, панадол, амидопирин, аспирин) аурудың жасына сәйкес тағайындайды.
- 3) Гистаминге қарсы дәрілер: супрастин, фенкарол, тавегил, антигистамин, алсет, ломилан, траксил, диазолин, димедрол, кларитин
- 4) Витаминдер жекелей немесе жиынтық түрінде: аскорутин 0,05 күніне 3-4 рет, аскорбин қышқылы 0,05 күніне 2-3 рет; поливит, ундевит, дуовит, триовит, олиговит және б., организмнің реактивтігін көтеру үшін лизоцим тағайындайды – 150 мг тәулігіне 2-3 рет 7-9 күн, фузобактериялармен асқину қаупі болған жағдайда метронидазол тағайындайды. Сілтілі минералды суды, шайды көбірек ішіп, жаралы ошақтарды аса тітіркендірмейтін жұмсақ және сұйық тағамдар қабылдау немесе жегізу туралы ақыл-кеңес беріледі.

□ Жергілікті емдеу.

- 1. Ауыру сезімін басу – анестетиктер ертінділерімен (1% тримекаин, 1-2% пиромекаин, 1-2% лидокаин ертінділері) жарақат ошағына бастырма қою немесе аэрозольдік препараттарды («Лидокаин»-эрозоль, «Лидестин» және «Хыlostesin» аэрозольдар) қолданып уақытша жансыздандыру.
- 2. Антисептиктер және ферменттермен өңдеу (өңдеуді әрбір 3-4 сағатта бір мәрте жүргізген жөн). Антисептиктерден сутегінің асқын тотығының 0,25-0,5% хлораминнің 0,25%, этонийдің 0,5%, госсиполдың 0,1%, хлоргексидиннің 0,06% ертінділерін, ферменттерден дезоксирибонуклеазаның 0,2%, лизоамидазаның 1%, трипсин, химотрипсиннің 1% ертінділерін қолданған тиімді.
- 3. Алғашқы күндері (3-4 күн ұдайы) тазаланған және өңделген жарақат ошақтарына вирусқа қарсы дәрілерден (ертінділерден немесе жақпалардан) аппликация қойған жақсы нәтиже береді. Олар - 1% бонафтон, 5% ацикловир, 0,5% флореналь, 3% госсипол, 2-5% алпизарин, 3% мегасин, 1-5% хелепин немесе хедилеспин, 50% интерферон жақпалары.
- 4. Қабынуға қарсы жақпалар мен гелдерді де (бутадион жақпасы, мундизаль гелі, пиралвекс) пайдалануға болады.
- 5. Эрозия ошақтарының тез жазылуын қамтамасыз ететін дәрілік заттарды – А витаминнің майлы ертіндісі, 0,2% тезан линименті, итмұрын және шырғанақ майлары, каротолін, актовегин және солкосерил жақпалары, денталды адгезивті пастаны, «Ливиан», «Спедиан», «Олазоль», «Гипозоль» сияқты аэрозольдік препараттарды қолданады.
- 6. Ерін жиектеріндегі, тері бетіндегі бөрткендерді бриллиант жасылының 1-2% спирттегі ертіндісімен, фукарцинмен, вирусқа қарсы жақпалармен өңдейді.
- Аурудың диагнозы дер кезінде анықталып, емдеу шаралары дұрыс жүргізілсе, сырқат адам 1-2 аптада ішінде сауығып кетеді. Ал емі дұрыс жүргізілмеген жағдайда ауру созылмалы қайталамалы түріне ауысады.
- Аурудың алдын алу. Ауыздың жедел герпестік қабынуы жұқпалы ауру болғандықтан, сырқат адамды оңашаландырған жөн. Тұрмыста қажетті заттарын (сүртінетін сүлгілер, ыдыс-аяқтар) арнаулы өңдеуден өткізіп, өзі жеке пайдаланған тиімді болады.

Созылмалы қайталама герпес

- **Созылмалы қайталама герпес (хронический рецидивирующий герпес)** жиі орын алатын эндогендік (жасырын) инфекция, көбінесе герпес немесе қарапайым ұшық вирусы бірінші рет жұғып, ауыздың жедел герпестік қабынуымен ауырған адамдар арасында кездеседі.
- Организмде қарапайым ұшық вирусы өмір бойы сақталып қалады. Аурудың қайталануы иммундық жауаптың (реакцияның) бұл вирустың антигендік құрылымына толыққанды болмауының нәтижесі.
- Иммунитеттің нашарлауы әртүрлі жұқпалы аурулар (тұмау, жоғарғы тыныс жолдары жедел инфекциясы) кезінде, суыққа жалдығу, жүйкелік күйзелістер, дисменорея жағдайында орын алады. Еріндер жиегінде вирустық бөрткендер күн сәулесінің әсерінен еріндер құрғап, ұсақ тіліктер пайда болуы нәтижесінде шығуы мүмкін.

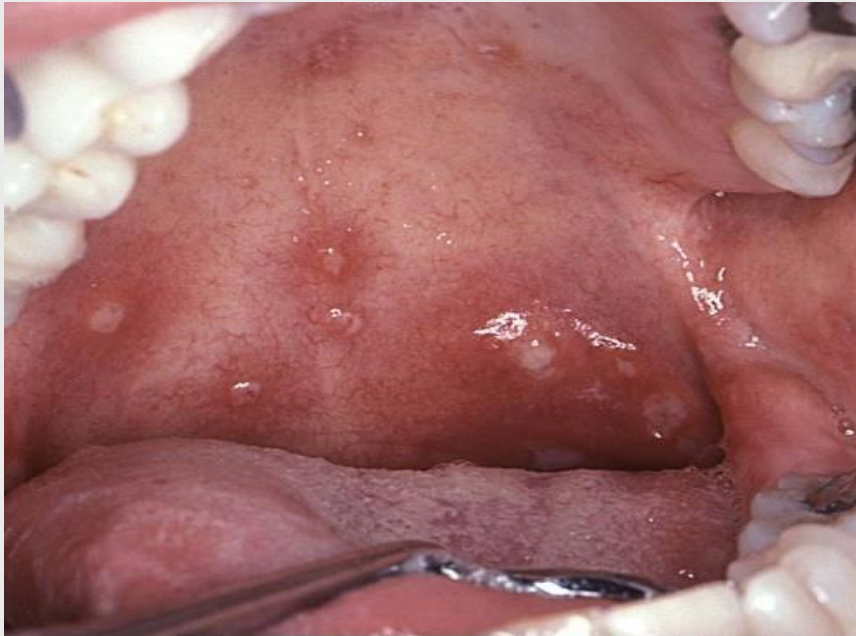


Photo courtesy of CDC – Sol Silverman, Jr., DDS



- a) Қайталамалы ұшық теріні жиі жарақаттайды. Ерін герпесі (лабиальный герпес) кезінде бөрткендер еріндер жиегімен қатар әртүрлі аймақтағы тері бетіне (қолдар мен аяқтардың, белдің) шығады (сурет-4 а,б). Бұл кезде бөрткендер белгілі бір аймақта орын тебуі мүмкін немесе бір жерден екінші жерге көше отырып орналасуы мүмкін. Қайталамалы ұшық кезінде бөрткендер көздің конъюнктивасы мен көз алмасының мүйізді қабығына да шығуы мүмкін.
- б) Бөрткендер шығуы алдында дене қызуы аздап көтеріліп, қалтырау және организмнің жеңіл уыттану белгісі білінуі мүмкін. Бөрткендер шығатын тері және кілегейлі қабық аймағында алдын-ала қышу, ысып күй, сыздап ауыру, қызарып домбығу сияқты белгілер білінеді.

Сурет-4

- Қайталамалы герпеске тән классикалық бөрткендер қызарған және домбыққан негізде топтаса орналасқан диаметрі 2-5 мм ұсақ көпіршік бөрткендер. Алғашқы күндері көпіршік бөрткендердің ішіндегі сұйық мөлдір болады және біртіндеп күңгірттеніп қоюланады. Бірнеше сағаттан немесе 1-2 тәуліктен соң бөрткендер жарылып, әртүрлі көлемді эрозиялы ошақтарға айналады.
- Кейде ұсақ көпіршік бөрткендер бір-бірімен қосылып, көпкамралы (көпқуысты) жазық күлбіреуік бөрткен құрылады және жарылған кезде біраз көлемді көпбұрышты эрозиялы ошақ пайда болады.
- Еріндер жиегіндегі және терідегі бөрткендердің сұйығы 3-4 күннен кейін кеуіп борпылдақтау сары түсті қабықшаға айналады. Қабықшалар кейде қызыл-қоңыр түсті (қан араласуы нәтижесінде) немесе сары-жасыл түсті (іріңді жалқық пайда болса) болуы мүмкін.

- Бөрткендердің саны көп болған жағдайда аймақтық лимфа түйіндері ұлғаюы мүмкін. Біртіндеп эрозиялы ошақтар жазылып, қабықшалар түседі де 7-10 тәулікте науқас сауыға бастайды. Кейде эрозиялы ошақтар жаралы ошақтарға айналып, жазылуы ұзаққа созылуы мүмкін. Бұл жағдай ауруға дұрыс ем жүргізілмей, бөрткендер көптеген жылдар шығып, мазалаған жағдайда байқалады.
- Қайталамалы герпес кезінде әдеттегі көпіршік бөрткендермен қатар атипиялық бөрткендер де орын алады. Қалыңдаған тері аймағында дақты-папулезді бөрткенде шығуы мүмкін (аурудың abortивті түрі). Ал теріасты майлы қабат жақсы дамыған аймақтарда (еріндер, екі ұрт аймақтары) аурудың домбыққан түрі байқалады. Бұл кезде бөрткендер шыққан аймақ қатты домбығып қызаруы нәтижесінде бет пішіні қатты бұзылады және көпіршік бөрткендерді анықтау қиынға соғады
- (сурет).
- Ауыз ішінде созылмалы қайталамалы герпес кезінде бөрткендер көбінесе мүйізгектенетін эпителиймен жабылған аймақтарға (қатты таңдай, бекіген қызылиек, тілдің үсті) шығады.

Сараптамалы диагностикасы, диагнозды нақтылау

- Қайталамалы герпесті (ауыздың қайталама герпесті қабынуын белдеме теміреткіден, екіншілік мерез папулаларынан (Сурет-5) , ауыздың қайталама афталы қабынуынан (Сурет-6), желшешектен) ажырата білу керек.

□



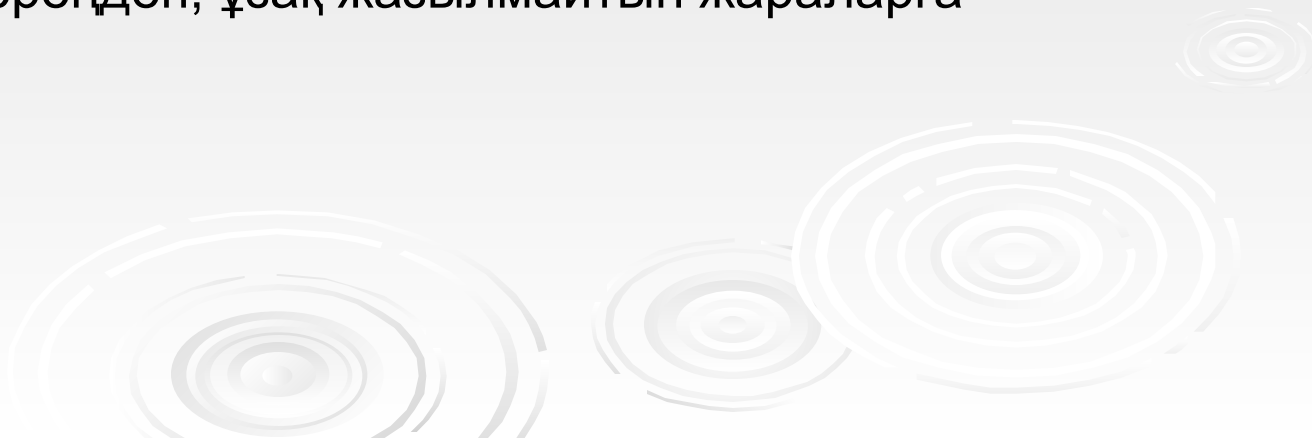
*Сурет-5. Тілдің үстіндегі
екіншілік мерез папулалары*



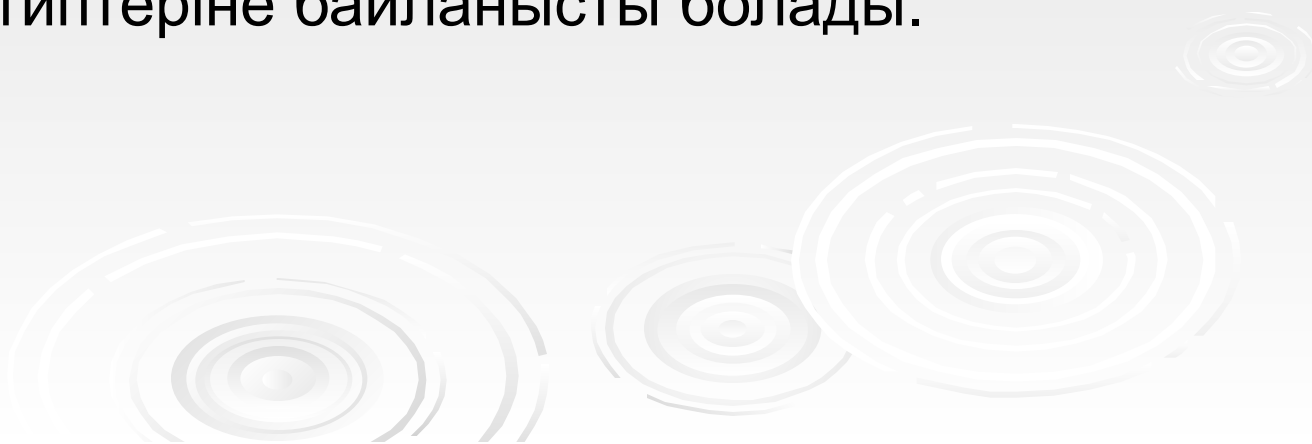
*Сурет-6. Ауыздың қайталанба
афталы қабынуы.
Жоғарғы еріннің кілегейлі
қабығындағы афталар.*

- Аурудың диагнозын нақтылау үшін экспресс әдіс немесе жарықтанатын антиденелерді анықтау әдісі метод (флюоресцирующих антител- МФА) қолданады. Бұл кезде спецификалық жарықтануды кілегей қабықтағы немесе терідегі жарақат ошағынан алынған қырмада анықтауға болады.
- Қарапайым герпес вирусы антигеніне құрылған антиденелерді (JgM, JgY) серологиялық зерттеулердің көмегімен анықтауға болады. Антиденелер титрінің 4 рет немесе одан да артық жоғарылауы біріншілік герпестік инфекцияға тән.
- Вирустар әсерінен өзгерген эпителий клеткаларын анықтау үшін цитологиялық әдіс қолданылады. Жабынды эпителийдің тікенекті қабатында баллонды дегенерациялану нәтижесінде клеткашілік қосылма (включения) бар көпдролы алып клеткалар пайда болады және олар аурудың алғашқы бірінші күндерінде анықталады. Сонымен қатар дүние жүзінде қарапайым герпесті молекулярлық деңгейде анықтау үшін коммерциялық ДНК-сүңгі (ДНК-зонд) құрастырылған.

- Көптеген жылдар қарапайым қайталама герпестен ауырған адамдарды диспансерлік бақылау нәтижесінде көптеген қызықтыратын мәліметтер алынды. Ауыздың қайталама герпестік қабынуы бар науқастарда ауру алғашқы жылдары бірлі-жарымды көпіршік бөрткенсіз эрозия ошақтарының (диаметрлері 2-7 мм) жылына 3-4 рет шығуынан басталған және 3-5 тәулік арасында тез жазылып отырған. Осыған байланысты көп мән берілмеген және ешқандай ем (ауыздарын тұз, ас содасы ертінділерімен, шөп тұнбаларымен шайқаудан басқа) жүргізілмеген. Уақыт өткен сайын герпестің қайталануы жиілеп, шығатын бөрткендердің де саны көбейе бастаған. Кейбір науқастарда бөрткендер шығар алдында дене қызуы әртүрлі деңгейде (37° - 38° С дейін) көтерілген және бұл жағдай көктем айлары кезінде (наурыз және сәуір) денені суық шалуы нәтижесінде жиі дамыған. Кейбір науқастарда эрозиялы ошақтар оңай тереңдеп, ұзақ жазылмайтын жараларға айналған.



- Бақылауда болған 121 науқасқа иммунологиялық цитологиялық зерттеулер жүргізудің нәтижесінде, төмендегі жағдайлар анықталды. Созылмалы қайталама герпес организмнің созылмалы уыттануын және сенсбилизациялануын туындатады, осының нәтижесінде гуморальдық және клеткалық тізбегінде ауытқу бар иммунитет жетіспеушілік белгілері дамиды. Бұл жағдайда жарақат ошақтарындағы бөрткендердің туындауы тіндердің аллергиялық жарақаттану типтеріне байланысты болады.



- ***Қайталама герпеспен әртүрлі ұзақтықпен ауырған науқастарға жүргізілген цитологиялық зерттеулердің нәтижесіне сүйене отырып, аурудың үш түрін ажыраттық (Мезгілбаева Д.М., Бақбаев Б.Б., 1999).***

- 1) Экссудативті түрі, даму патогенезінде вирус уыттарына дамыған реактивті типті аллергиялық реакция орын алады және бөлінген биологиялық белсенді заттар (гистамин, кининдер) әсерінен ұсақ қантамырларының өткізгіштігі жоғарылап ұсақ көбіршік бөрткендер, көпкамералы күлбіреуіктер дамиды, тіндерде қатты домбығып ісіну орын алады. Бұл типтік реакция аурудың алғашқы жылдардағы қайталама кезеңдерінде орын алады.

- 2) Некроздаушы түрі даму патогенезінде вирусты ошаққа антиденелер мен сенсibiliзацияланған лимфоциттердің әсері нәтижесінде вирус ұстаушы (вирус содержащие) эпителий клеткалары лизистенуге ұшырап, әртүрлі көлемді (нүктелі ошақтан бастап диаметрі 3-10 мм дейін) ақшыл түсті некроздану өліеттену ошақтары пайда болады. Аурудың бұл түрі қайталама герпес біраз жылдар (2-5 жыл) мазалап жүрген науқастарда кездеседі.

- 3) Жаралы-инфильтративті түрі, патогенезінде вирустық антигенге баяу дамыған аллергиялық реакция орын алады және антиденелер рөлін сенсублизацияланған Т-лимфоциттер атқарады. Және аурудың некроздаушы түрінің асқынуы деп те санауға болады. Өліеттенген ошақ аймағында лимфоциттерден тұратын қалың және көлемді инфильтраттану ошағы құрылуы әсерінен көп ұзамай трофикасы (қоректенуі) бұзылған тіндерде өліеттену үрдісі кілегей қабаттың эпителий асты қатарына ауысып, терең жаралар пайда болады. Жаралардың пішіні әртүрлі, жиектері тегіс емес, су шайған жарқабақты (жырылған өзен жағасын) еске түсіреді. Инфильтраттануы әсерінен жаралардың табаны мен жиектері қаттылау болады және қатты ауырып мазалайды. Аурудың бұл түрі сиректеу және ауру ұзақ жылдар (5 жылдан артық) меңдеген, экологиялық өзгерістерге ұшыраған аймақтар тұрғындары арасында кездеседі. Соңғы кездері жасөспірім мектеп оқушылар (13-15 жастағы) арасында Алматы қаласы тұрғындарында да орын ала бастайды.

- Қарапайым қайталамалы герпес (ұшық) ошақтары ауыз ішінде орын алса, ауыздың созылмалы қайталама герпесті қабынуы (хронический рецидивирующий герпетический стоматит), еріндер жиегінде орналасса ерін герпесі (герпес губ) немесе қарапайым ұшық, таза теріні жарақаттаса көпіршікті теміреткі (пузырьковый лишай) деп аталады. Көпіршікті теміреткі кезінде теріге көбінесе бөрткендер шығып, қабықшаларға айналып барып жазылады (реагиндік типті аллергиялық жарақаттану).
- Ауыздың қайталама герпесті қабынуының ауру ағымының ерекшелігіне қарай үш түрлі ауырлығын: жеңіл, орташа және ауыр ағымды ажыратуға болады.
- Жеңіл ағымды түрінде бөрткендер бірлі-екілі шығып, тез жазылады және науқастың жалпы жағдайы өзгермейді, қайталануы сирек (жылына 3-4 рет қана).
- Орташа ағымды түрінде 5-10 тал бөрткендер ауыздың әртүрлі аймағына шығады, дене қызуы аздап (37° - $37,8^{\circ}$ С) көтеріледі, аздаған уыттану белгілері (әлсіздік, бас ауруы) бөлінеді, қайталануы жиілейді (айына бірнеше рет шығып тұрады).
- Ауыр түрінде бөрткендер саны көп және өте ұсақ (диаметрлері 1-3 мм) (15-30 дейін), дене қызуы жоғарылайды ($37,5^{\circ}$ - $38,5^{\circ}$ С), жалпы жағдайы өзгереді: әлсіздену, қалтырау, бас ауруы, кейде құсқысы келу, асқа тәбет болмау сияқты белгілер байқалады. Ауыздағы қатты ауыратын көптеген эрозиялы-жаралы бөрткендер ас қабылдауды қиындатып, науқасты одан әрі әлсіретеді.
- Аурудың ауыр түрінде үш типті аллергиялық жарақаттану негізінде дамыған бөрткендер орын алады және толассыз шығып отырады, жазылуы ұзаққа созылады.
- Ауыздың қайталама герпестік қабынуын белдеме теміреткіден, екіншілік мерез папулаларынан (беттері эрозияланған), көптүрлі жалқықты эритемадан, әртүрлі жаралы ошақтардан (мерез, туберкулез, обыр) ажырату керек.

Емі

- Ауруды жалпылай емдеу патогенездік этиотроптық емдеуді қарастырады. Ол үшін десенсибилизациялаушы (супрастин, тавегил, пипольпен, зиртек,), гипосенсибилизациялаушы (натрий тиосульфаты, кальций глюконаты) дәрілер, ал жаралы-инфилтративті түрінде кортикостероидты препараттарды (преднизолон, дексаметазон) арнаулы схемамен тағайындайды. Жалпылай иммунитетті көтеру үшін витаминдер жиынтығын (Гинтон, Геримакс, Витрум), Прадент, Иммунал, натрий нуклеинаты, иммунорм, жергілікті иммунитетті жоғарылату үшін имудон, трахсикан тағайындайды. Аурудың экссудативті түрінде аскорутин, «С» витаминінің жоғары мөлшерін (200-300 мг) тағайындаған да тиімді.
- Жергілікті емі ауыз ішіндегі жарақат ошақтарын уақытша жансыздандырып, антисептикалық өңдеуді, қабыну, домбығу үрдістерін жоюды (бутадион жақпасы, глюкокортикоидты жақпалар), ақаулы ошақтардың жазылуын жеделдететін шараларды (вирусқа қарсы жақпалар, метилурацил жақпасы, кератопластиктерден бастырма қою) қарастырады. Патогенездік емдеу курсы бітіп, ақаулы ошақтар жазылғаннан кейін (ремиссиялану кезеңі) вирусқа қарсы иммунитет көтеретін дәрілерді (неовир, циклоферон) арнаулы жүйемен бұлшық етке енгізеді.
- Физиотерапиялық емдеу әдістерінен ультра күлгін сәулені (ИГНЛ) қолданып емдеуге болады.
- Жоғарыда аталған емдеу курсы жақсы нәтиже берген жағдайдың өзінде де аурудың қайталануының алдын алу үшін әрбір үш айда вирусқа қарсы жалпылай иммунитетті көтеруге арналған дәрілермен емдеу курсы жүргізіп тұрады (бір жылға кейде екі жылға дейін).

Белдеме теміреткі

- ***Белдеме теміреткі немесе белдеме герпес (опоясывающий лишай, опоясывающий герпес – herpes zoster)*** нейтротропты ДНК-құрамды герпес вирустары қатарына жататын, антигендік құрамы жағынан және басқақасиеттерімен «жел шешек» вирусына ұқсас немесе туыстас солтектес вирус (*Varicella Zoster*) туындататын ауру. Аурудың дамуы бала кезінде «жел шешекпен» ауырған және ауру қоздырғыш вирус латентті жағдайда өмір сүріп, өзіне қолайлы кездерде баскөтеріп, белсенділігін жоғарылатуымен байланысты

- Аурудың инкубациялық кезеңі 7-8 тәулікке созылады да, жедел ағыммен басталады және жарақаттанған нерв тармақтары бойымен таралатын ұстамалы қатты ауыру сезімі, ысып-күю, жарақаттанған нервтену аймағындағы парестезиялық белгілер қатты мазалайды. Науқастың жалпы жағдайы өзгеруі негізінде (бастың ауруы, әлсіздік асқа тәбеттің болмауы, ұйқының қашуы, дене қызуының $37-39^{\circ}\text{C}$ аралығында көтерілуі) жарақаттанған нервпен нервтену аймағында қатты қызарып, ісінген тері мен кілегей қабық бетінде топтаса тұзулер құра орналасқан көпіршік бөрткендер пайда болады (сурет. 5 а). Бет-жақ сүйегі аймағында көбінесе үштік және бет нервтері тармақтары жарақаттанады. Ауыз кілегей қабығы жарақаттанған кезде бөрткендер үштік нервтің екінші және үшінші тармақтары бойында орналасады (сурет 5 б). Бөрткендер көбінесе жабынды эпителий ішінде дамиды, оңай жарылып, әртүрлі көлемді және пішінді, бір-бірімен қосылуға дайын эрозиялы ошақтарға айналады және беттері сары-сұр түсті өліетті-фибринді қақпен жабылады, қатты ауырып мазалайды.

а)



б)



Сурет-7. Белдеме теміреткі
а) ұрттың кілегейлі қабығындағы тармақтанып орналасқан көпіршіктер
б) еріннің қызыл жиегі мен иек терісіндегі көпіршіктер, беттері қабыршақтармен жабылған эрозиялы ошақтар.

- Көпіршік бөрткендердің сұйығы алғашқы кезде түссіз мөлдір болып, біртіндеп күңгірттенеді немесе геморрагиялық және іріңді жалқыққа айналады. Бөрткендер бет аймағының белгілі бір жағын жарақаттап, асимметриялықпен орналасады.
- Тері бетінде көпіршік бөрткендер кеуіп, қабықшаларға айналады, жарақат ошағы жазылып қабықшалар түскеннен кейін орнында пигменттену ошағы көпке дейін сақталады.
- Көпіршік бөрткендердің серозды экссудаты көп кешікпей геморрагиялық сұйыққа ауысуы (аурудың гемморрагиялық түрі) немесе іріңді сұйыққа (аурудың гангренозды түрі) ауысуға мүмкін. Мұндай жағдайлар көбіне бойында күрделі ілеспелі аурулары (лимфогранулематоз, лимфолейкоз, қатерлі ісіктер, АИТВ-инфекциясы, қант диабеті, гипертония) науқастарға орын алады.

- Белдеме герпестің ағымы үштік нервтің қабынуымен, нервалгиясымен, үштік және бет нервтерінің жартылай салдануымен, гиперестезиялық, парастезиялық белгілерімен есту қабілетінің төмендеуімен, ми және ми қабығының қабынуымен (менингит және менингоэнцефалит) асқынуы мүмкін және неврологиялық өзгерістер ұзаққа созылуы мүмкін.
- Ауру кез-келген жастағы адамдарда кездеседі және оның дамуына әртүрлі жағдайларда (жұқпалы аурулар, күйзелістер, суыққа шалдығу, созылмалы шаршау) иммунитеттің төмендеутүйткіл болады. Аурудың ұзақтығы 2-4 аптаға созылады.
- Белдеме теміреткімен бір рет ауырған адамда аурудың қайталану кезеңдері болмайды. Егер қайталанған болса, науқастың иммунитет жетіспеушілік себептерін анықтау үшін, толық тексеру керек.
- Аурудың алғашқы күндері ауыз кілегей қабығындағы эрозиялы ошақтардан алынған жағынды-таңбада көпядролы алып клеткалар анықталады . .

Сараптамалы диагностикасы

- Белдеме теміреткіні үштік нерв невралгиясынан (бөрткендер шыққанға дейін), қарапайым герпестен (ауыздың жедел және созылмалы герпестік қабынуларынан), ауыздың аллергиялық қабынуынан тері жарақаттанған кезде – тілмеден (рожистое воспаление) және экземадан ажырату керек.
- Белдеме теміреткіні (герпесті) анықтауға өте маңызды ерекшелік – жарақаттану аймағының біржақтылығы, қатты ауыру сезімінің мазалауы және оның нерв сегменттері бойымен таралуы.
- Аурудың диагнозын толық нақтылау үшін қосалқы зерттеу әдістерін вирусологиялық (вирусты көпіршік бөрткендерден, омыртқа сұйықтарынан, қаннан бөліп алу), цитологиялық, қанның жалпылай құрамын зерттеулер жүргізеді.

Емі

- Ауруды емдеудің негізгі мақсаты – ауыру сезімін басу, көпіршік бөрткендердің шығуын тежеу, аурудың неврогендік асқынуларының алдын алу. Осыған байланысты жалпылай және жергілікті емдеу шараларын қарастырады және төмендегі дәрілерді таңдап тағайындайды:
- 1) анальгетиктер мен стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер: парацетомол (0,2-0,4 г, күніне 2-3 рет), ацетилсалицил қышқылы (0,25-0,5 г.күніне 3-4 рет), бутадион, реопирин де тағайындауға болады.
- 2) вирусқа қарсы дәрілер: бонафтон (0,1 г.күніне 3-5 рет), 5 күндік айналыммен (циклмен) 1-2 күн үзіліс жасап, 3 емдеу курсы жүргізеді; метисазон (0,6 г күніне 2 рет); ацикловир (0,2 г күніне 5 рет); фамцикловир (0,25 г күніне 3 рет); емдеу курсы 7 тәулік; рибамидил (0,2 г күніне 3-4 рет), емдеу курсы 7-10-14 тәулік.

- 3) антигистаминдік дәрілер: супрастин, тавегил, фенкарол, пипольфен, бір таблеткадан күніне 2-3 рет, емдеу курсы 10-14 тәулік; зиртек, бір таблеткадан күніне 1 рет, емдеу курсы 7 тәулік.
- 4) витаминді заттар: витамин В12 (цианокобаламин) 200-500 мкг күнде немесе күнара бұлшық етке енгізіледі, емдеу курсы 2 апта; витамин В1 (тиамин бромиді) – 2,5-5% бір мл ертіндісі бұлшық етке енгізіледі, емдеу курсы 10-30 инъекциядан тұрады; витамин В6 (пиридоксин хлориді) 5% екі мл ертіндісі бұлшық етке енгізіледі, емдеу курсы 20-25 инъекциядан тұрады.
- Сонымен қатар басқа витаминдер жиынтығымен де емдеу курсы (поливит, ундевит, дуовит, триовит, гексавит) жүргізуге болады. 5) Эрозиялы-жаралы ошақтардың жазылуын жеделдететін белокты анаболизаторлар (метилурацил, метацил, пентоксил), биогендік ынталандырушылар да (апилак, алой, женьшень-мыңжылдық тұнбалары) тағайындауға болады.
- Жергілікті емі жарақат ошағын уақытша жансыздандыруды, ауыз ішін толық антисептикалық өңдеуді, қабынуға қарсы, вирусқа қарсы, эпителийлендіруші дәрілерден бастырма (аппликация) қою сияқты кешенді шараларды қарастырады.

Аусыл

- **Аусыл, синонимы ауыздың эпизоотикалық қабынуы (ящур, эпизоотический стоматит – *aphthae epizooticae*).**
- Arhtovirus текті РНК – құрылымды вирустар туындататын жұқпалы ауру. Аусылмен қостұяқты үй жануарлары және жабайы хаюндар (қой, ешкі, сиыр, доңыз, бұғылар сияқты) ауырады және олардан адамдарға жұғады. Ауру малдардан адамға жанасу жолымен тұрмыстық заттар арқылы (вирус малдың сүтінде, сілекейінде, зәрінде және нәжісінде аурудың клиникалық белгілері білінгенге дейін анықталады). Көпіршік бөрткендер сұйығында және афталардан бөлінген жалқықта вирустар көп мөлшерде кездеседі және өте жұқпалы болып келеді. Көпшілік жағдайда ауру дұрыс өңделмеген тағамдық мал өнімдері (сүт, ірімшік, айран, ет) арқылы жұғады. Науқас адам бірден-бір ауру жұқтырушы көз болып табылады. Сүтті қайнатып немесе пастеризацияланған кезде вирустар толық жойылады, қайнатылмаған сүттен дайындалған қышқыл тағамдарда вирус көп сақталмайды. Вирустың организмге енуінің екінші жолы – бүтіндігі бұзылған тері мен ауыздың, мұрынның, көздің кілегей қабаттары (аусылмен ауру науқаспен немесе жануарлармен қатынаста болған жағдайда). Вирус жұғуының үшінші жолы – ауа-тамшылары арқылы (жөтелу немесе түшкіру кезінде).

- Аурудың инкубациялық кезеңі 18 сағаттан 7 тәулікке дейін. Аусылдың клиникалық үш түрін ажыратады: бәсең (стертая) жедел (острая) және созылмалы (хроническая).
- Бәсең түрі жеңіл ағымды болады. Тері мен кілегей қабық беттерінде бірлі-жарымды көпіршік бөрткендер шығып, біртіндеп афталарға айналады. Аурудың ұзақтығы 5-7 тәулік.
- Аусылдың жедел түрі жиі кездеседі. Бұл кезде науқастың дене қызуы $38-39^{\circ}\text{C}$ дейін жоғарылап, бойын әлсіздік билейді, басы ауырып, бұлшық еттері сыздайды, ауызының іші ысып-күйіп, ашып ауырады. Бір-екі тәуліктен кейін домбыға қызарған кілегей қабық бетіне диаметрі 1-5 мм ұсақ көпіршік бөрткендер (везикулалар) шығады және көбінесе қызыликте, тілде, таңдайда және еріндерде (ауыздың алдыңғы бөлігінде) орналасады.

- Бөрткендердің сандары да әртүрлі болады (15-150 шамасында). бірнеше сағаттан кейін көпіршік бөрткендер сұйығы қоюланып күңгірт-сары түстенеді және 18-24 сағат арасында көпіршік бөрткендер жарылып жиегі онша тегіс емес эрозиялы ошақтарға айналады. Көпіршіктер жарылғаннан кейін дене қызуы төмендеді, бірақ науқастың жалпы жағдайы жақсара қоймайды. Сілекей көп бөлініп, тіл қатты домбығып, көлемі ұлғаяды, жұтыну және сөйлеу қиындайды. Еріндер жиігіндегі көпіршік бөрткендер сұйығы кеуіп қабықшалар пайда болады. Аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды және ауырады. Көпіршік бөрткендер мұрынның, конъюнктиваның, жыныс ағзаларының да кілегей қабық бетіне шығуы мүмкін.
- Аусыл кезінде тері де жиі жарақаттанады және көпіршік бөрткендер аяқ пен қол саусақтарының арасындағы қатпарларда, тырнақтардың негізінде пайда болады және қатты қышып, күйіп және қызып мазалайды.

- Ауыз кілегей қабығындағы эрозиялар 5-7 күннен кейін жазыла бастайды, науқастың жалпы жағдайы жақсара бастайды және сауығы уақыты 15-20 тәулікке созылады.
- Аусыл ауыр ағымды болған жағдайда бөрткендер ауыз ішіне, мойын, кеуде және арқа терілеріне қайталап шығуы мүмкін және көптүрлік сипатқа ие болып дақты-папулалы бөрткендер де орын алады.
- Аусылмен балалар ауырған жағдайда оны ауыздың жедел герпестік қабынуынан, жел шешектен ажырату керек. Ересектер ауырған кезде дәрілерден туындаған аллергиядан, көптүрлі жалқықты қызармадан ажырату қажет.
- Аурудың диагнозы клиникалық белгілеріне, эпидемиологиялық анамнезіне (ауруға ұшыраған малдармен қатынаста болу, қайнамаған сүтті пайдалану), эпизоотикалық ахуалға, лабораториялық зерттеулер негізіне сүйене отырып қойылады.

- Егер дәрігер-стоматолог емдеуге келген науқаста аусыл болуы тұралы күмән тұса, дереу жергілікті ветеринарлық қызметке хабар беру керек (аймақтағы эпидемиологиялық ахуалды анықтау үшін).
- **Емі.** Ауруды емдеу үшін вирусқа қарсы дәрілерді жалпылай және жергілікті емдеу үшін қолданылады. Сонымен қатар дене қызуын төмендейтін, антигистаминдік дәрілерді де ұмытпау керек. Ауыз ішіндегі жарақат ошақтары екіншілік инфекциямен (кандидоз, спирохетоз) асқынбауы үшін саңырауқұлақтарға қарсы дәрілер (нистатин, низорал, ламизил), фузобактерияларға қарсы (трихопол, бактрим) тағайындайды. Ас қабылдауды жеңілдету үшін тағамдар қабылдау алдында ауыз кілегей қабығын анестетиктер-ертінділерімен ауыз ішін бұлау немесе аэрозольды ертінділерін (Лидокаин-аэрозоль) шашып қолдану тұралы кеңес беріледі. Терідегі бөрткендерді анилинді бояғыштардың (бриллиант жасылы, метилен көгі) ертінділерімен өңдейді. Қазіргі кезде құрамында анестетиктер мен кератопластиктер (эрозияның жазылуын тездететін) бар дәрілер аэрозоль түрінде (аеколь, олазоль, легразоль) шығара бастады. Оларды ас қабылдау алдында және ас қабылдағаннан кейін ауызды антисептиктер ертіндісімен шайғаннан кейін қолданған тиімді.

Созылмалы вирустық инфекциялар

- Созылмалы вирустық инфекцияларға **папиллома-вирусы (адамның папиллома вирусы)** туындататын аурулар жатады. Қазіргі кезде папилломавирустың 42-ден артық түрлері анықталған және олардың біразы тері мен ауыз кілегей қабығын жарақаттайды. Солардың бірі – кәдімгі қарапайым сүйелдер.
- **Қарапайым немесе тұрпайы сүйелдер (вульгарная бородавка – *Verruca Vulgaris*)** адамның папиллома вирусы 1-4 типті *Тumefacicus verrucarum* туындататын жарақат. Ауру жұқпалы көбінесе тұрмыс-тіршілікке қажет заттар арқылы беріледі. Аурудың дамуында иммунитеттің төмендеуі, жергілікті қолайсыз факторлар – терінің құрғақтығы, ұсақ тіліктер мен жарықтар үлкен рөл атқарады.
- Аурудың инкубациялық кезеңі 4-5 айға созылады. Сүйелдер көбінесе балалар мен жеткіншектерде кездеседі. Олар көбінесе қол мен аяқтың терісінде орын алады, кейде бет терісінде, ауыз төңірегінде, кілегей қабығында (еріндерде, тілде, қызылиекте) кездесе береді.

- ▣ **Сүйелдер** – тығыздау келген, анық шектелген, қоршаған тіндерден көтеріңкі орналасқан, дене түстес, сұр немесе қоңыр түсті беті кедір-бұдыр түйеншекті құрылым.
- ▣ Ауыз кілегей қабығында сүйелдер ұсақтүйіршік бетті папилломаларға ұқсас келеді. Көлемдері әртүрлі, түйреуіш басынан бастап (чечевица) мөлшеріндей, сандары да әртүрлі (бірлі-жарымды, кейде көптеп кездеседі) болады.
- ▣ Бірлі-жарымды сүйелдер (бірнеше ай кейде көптеген жылдар сақталады және қатерлі ісікке ауысуы қаупі де бар (Кубанова А.А., 1999)).
- ▣ Теріден алынған биоптатты гистологиялық зерттеу кезінде инфекцияланған эпидермальды клеткаларда вирус денешектерін (тельца вируса) анықтауға болады. Серологиялық зерттеулер кезінде де вирусқа қарсы антиденелер жабылады.

- Ауыз ішіндегі немесе терідегі вирустық сүйелдер көбейген жағдайда науқастың иммунитет көрсеткіштерін анықтау керек және АИТВ-инфекциясының бар-жоқтығын тексерту қажеттігін де ұмытпаған жөн.
- Вирустық сүйелдерді папилломалардан, терімүйізден, үшкірұшты кондилломалардан гипертрофиялануға ұшыраған екіншілік мерез папулаларынан ажырату керек.

- **Емі.** Вирустық папулаларды жою үшін вирусқа қарсы дәрілерді жалпылай және жергілікті емдеу әдісімен қолданады. Жалпылай емдеу үшін циклоферон, неовир, фамцикловир сияқты дәрілерді бұлшық етке салған тиімді.
- **Жергілікті емі:** вирусқа қарсы жақпаларды сүйелдер ошағына аппликациялық әдіспен немесе жағып сіңіреді (тәулігіне 3-4 рет). Қысқа толқынды ультракүлгін сәулелерін қолданып емдеген де тиімді болады. Емдеу курсы асықпай 2-3 айда бір рет қайталап отыру керек (сүйелдер жойылған дейін).

Адамның иммунитет тапшылық вирусы (АИТВ) инфекциясы

- **Адамның иммунитет тапшылық вирусы (АИТВ) немесе ВИЧ (вирус иммунодефицита человека)** соңғы кезеңі иммунитет тапшылық синдромымен (ЖИТС-СПИД) сипатталатын өте ауыр ағымды жұқпалы аурудың қоздырғышы болып табылады.
- Бұл ауру және оның қоздырғышы өткен ғасырдың 80-ші жылдарының басында белгілі бола бастағанымен, аз уақыт аралығында жержүзінің көп елдеріне тарап, пандемиялық сырқаттар қатарынан орын алды. Адамның иммунитет тапшылық вирусты инфекциясы немесе ертеректе аталған
- ЖИТС - өте қауіпті жұқпалы ауру, көбінесе еңбекке қабілетті және адам өсімін беретін жас адамдарды жарақаттайды. Ауру ұзақ уақыт дамиды және өлммен аяқталу көрсеткіші өте жоғары.
- Адамның иммунитет тапшылығы вирусы ретровирустар тобына жатады және оның осылай атауы себебі, онда рибонуклеин қышқылынан (РНҚ) информацияны (ақпаратты) дезоксирибонуклеин қышқылына (ДНҚ) беретін фермент – кері транскриптаза (обратная транскриптаза) бар. АИТВ Т4 – лимфоциттерді жарақаттауы салдарынан олар жойылып кетеді.

- Вирус қанның басқа клеткаларын (макрофагтар, моноциттер) қантамырларының эндотелий клеткаларын, ішек кілегейлі қабығының, жүйке жүйесі клеткаларын да жарақаттауы мүмкін. Алғашқыда вирус клеткалар бетіне сорылып, біртіндеп ішіне ауысады да ядроның генетикалық кодына орналасады және ұзақ уақыт адам организмінде жасырын сақталады. Организмге қолайсыз жағдай қалыптасқанда вирустың белсенділігі артып, көбейе бастайды. Вирустың ұрпағы клетканы бұзады және бұзылған клеткадан шыққан вирус жаңа клеткаларға ауыса бастайды. Осының нәтижесінде адамның клеткалық иммунитет жүйесі бұзылып, шартты-патогенді микрофлораға қарсыласу қабілетін жоғалтады, әртүрлі инфекцияларды қабылдағыш болады немесе жүре дамыған иммунитет тапшылық синдромы (ЖИТС) дамиды.

- Қазіргі кезде вирустың екі типі анықталған: ВИЧ-1 және ВИЧ-2. сыртқы ортада вирус тұрақты емес, 56°С жылулықта 30 минутке өледі, 70-80° - 10 минутке өледі, 70% этил спирті, сутегінің 3 % асқын тотығы, лизлдың 5% ертіндісі натрий гипохлоритінің 0,2% ертіндісі 10 минут ішінде вирустың белсенділігін жояды.
- Адамның иммунитет тапшылығы вирусы инфекциясының (АИТВИ) көзі ЖИТС-мен ауру адам немесе ауру белгісіз вирус тасымалдаушы адам болып саналады.
- Вирус жұққан адамның барлық биологиялық сұйықтарында (қан, шауһет, омыртқа жұлыны сұйығы, сілекей, емшек сүті, қынап сұйығы) әртүрлі мөлшерде вирус бөлшектері кездеседі. Ең эпидемиялық жағынан қауіпті саналатын сұйық – қан және шауһет(сперма). Ауру қоздырғыш вирус жыныс жолдары арқылы, қан және оның препараттарын құю кезінде, жақсы зарарсыздандырылмаған дәрігерлік аспаптар арқылы, ауру анадан жас нәрестеге берілуі арқылы жұғады. Эпидемиялық қауіпті топқа нашақорлар, гомосексуалдар, жезөкшелікпен айналысатын әйелдер мен ерлер жатады.

- АИТВ – жұққан адамдар өмір бойы жазылмайды. Бірақ көпшілігінде ұзақ жылдар аурудың ешбір белгілері білінбеуі де мүмкін. Сондықтан олар өздерін аурумын деп санап, арнаулы маман-дәрігерге көрінбегендіктен, вирус таратушы болып қала береді.
- АИТВ-инфекциясының клиникалық көріністері мен белгілері көп және әртүрлі. Ағымы 4 кезеңге бөлуге болады, бірақ әрбір вирус жұққан науқаста осы кезеңдердің қатар орын алуы міндетті емес.
- АИТВ – инфекциясының жедел кезеңі вирус жұққаннан бір немесе бірнеше аптадан кейін даму мүмкін. Бұл кезде әлі инфекцияға серопозитивті реакция дамыған, ол негізінде инфекция жұққаннан кейін 6-12 апта өткен соң байқалады.
- Аурудың I кезеңі анық белгісіз дамиды немесе жайылған лимфаденопатиямен сипатталады. Бұл кезде белден жоғары аймақта әртүрлі топтағы лимфа түйіндерінің бірнешеуі диаметрлері 1 см үлкен болып ісінеді және бұл үрдіс үш айға дейін сақталады. Одан кейін олардың көлемі бірде кішірейіп, бірде үлкейіп, кейде кері дамып, жойылып кетуі де мүмкін.

- Аурудың II кезеңін «ЖИТС-мен байланысты кешен» («связанный со СПИД комплекс» - ССК) деп атайды. Бұл кешенге тән көріністер мен белгілер: салмақтың азаюы, іштің өтуі, дымкәстік, тез шаршағыштық, асқа тәбеттің жоқтығы, түнде жиі терлеу, есін жоғалтуға әкелетін неврологиялық өзгерістер, шеткейлік нейропатиялар. Бұлардың бәрі ауық-ауық көрініс табады. Сонымен қатар бұл кезеңде тері мен ауыз кілегейлі қабығының кейбір ауруларға тән жарақаттануы орын алады. Ол аурулар: түкті лейкоплакия, белдеме теміреткі, ауыздың қайталамалы герпестік қабынуы.
- Аурудың III кезеңін «аурудың аралық кезеңі» («промежуточная стадия болезни») деп атайды. Бұл кезеңдегі клиникалық көріністер аурудың ерте белгілері білінгеннен кейін біраз уақыттан соң, ЖИТС-ы толық көрініс берер алдында орын алады. Ауыз ішінде кандидоз, түкті лейкоплакия, ауыздың жедел герпестік қабынуы, қайталамалы герпестің өршу белгілері көрініс табады. Сонымен қатар өкпе туберкулезі, альвеолярлық өкпе қабынуы да жиі кездеседі.

- Аурудың IV кезеңінде (аурудың соңғы кезеңі) ЖИТС-ның өте ауыр клиникалық белгілері толық көрініс табады. Бұл көрініс шартты-патогенді микрофлораның әсері – қабыну үрдістерінің, Капоши саркомасы сияқты ісіктердің пайда боулы нәтижесінде туындайды. Осы кезеңіндегі ЖИТС-на тән инфекцияларға өкпенің пневмоцисті қабынуы, токсоплазмоз, жүйелі кандидоз, криптококкоз, бактериалдық және сальмонеллездік немесе вирустық септицемия жатады. Бұл кезеңде лимфомалардың ауыр түрлері, кахексия неврологиялық ауытқулар (есін жоғалту, ақылы азайғандық) орын алуы мүмкін.
- Ағзалар мен жүйелердің жарақаттары кері дамымайтын немесе беті қайтпайтын үрдістерге жатады және бірінен соң бірі жаңа аурулар пайда болады және оларға ешқандай емге көнбейді, науқас қысқа уақыт ішінде жан тәсілім етеді.

- АИТВ – инфекциясының диагнозы эпидемиологиялық, клиникалық және зертханалық зерттеулер нәтижесінде қойылады. Олардың ішінде маңызды болып саналатын серологиялық сынамалар, иммуноблотингпен (вестерн-блот) дәлелденетін иммунсорбенттік анализ (EJISA), иммунофлюоресценциялау немесе радиоиммунологиялық және вирусты бөліп алу әдістері.
- Инфекция жұққандардың 20% алғашқы 5 жыл ішінде ЖИТС-пен ауырады; ал 10 жылдан кейін 50% жуығы ауырады.
- Организмнің иммундық қорғанысының төмендеуі және жүре-жүре жоюылуының нәтижесінде ауыз кілегейлі қабығы тіндері көптеген микроорганизмдердің әсеріне төзімсіз болады. Сондықтан АИТВ – инфекциясының бастапқы және кейінгі кездері кезінде ауыз ішінде әртүрлі патологиялық үрдістер дамиды және әртүрлі тітіркендіруші ықпалдар әсеріні ағымы ауырлана түседі. Ауыз ішінде көрініс табатын аурулар - әртүрлі инфекциялы (жұқпалы) аурулар, неопластикалық үрдістер, неврогендік ауытқулар және б. соңғы жылдардағы медициналық басылымдарда ауыз тіндерінің 40 түрлі жарақаттары келтірілген.

- Ауыз ішіндегі АИТВ-инфекциясы көріністерінің Лонданда (1992) бекітілген жұмысшы жүйесі:
- I топ, аталған инфекциямен тікелей байланысты аурулар (ассоциированные с ВИЧ - инфекцией):
 - 1. Кандидоздар (эритемалы-атрофиялаушы, жалғанжарғақты, гиперпластикалы);
 - 2. Түкті лейкоплакия.
 - 3. Қызылиек жиегінің қабынуы, қызылиектің өліеттеніп – жаралана қабынуы, пародонттың бұзыла қабынуы.
 - 4. Капоши саркомасы.
 - 5. Неходжкин лимфомасы.
- II топ, аталған инфекциямен неғайбыл байланысты жарақаттар:
 - Бактериялық инфекциялар.
 - Сілекей бездері аурулары.
 - Вирустық инфекциялар.
 - Тромбоцитопениялық пурпура.
- III топ, АИТВ-инфекциясы кезінде орын алатын, бірақ онымен байланысты емес аурулар.
- Бұл жарақаттардың орыс тіліндегі жүйесі төмендегідей.
- I группа – поражения, четко связанные с ВИЧ-инфекцией.
 - 1. Кандидозы (эритематозный, псевдомембранозный, гиперпластический).
 - 2. Волосистая («волосатая») лейкоплакия.
 - 3. Маргинальный гингивит, язвенно-некротический гингивит, деструктивный пародонтит.
 - 4. Саркома Капоши.
 - 5. Неходжкинская лимфома.
- II группа – поражения, менее четко связанные с ВИЧ-инфекцией.
 - Бактериальные инфекции.
 - Болезни слюнных желез.
 - Вирусные инфекции.
 - Тромбоцитопеническая пурпура.
- III группа – поражения, которые могут быть при ВИЧ-инфекции, но не связаны с ней.

- Саңырауқұлақтық инфекция АИТВ – инфекциясы кезінде ауыз ішін өте жиі (60-90%) жарақаттайды. Ауыз кандидозын туындататын *Candida albicans* тобындағы саңырауқұлақтар. Оған қолайлы бейімдеуші факторлар – клеткалық иммунитет жетіспеушілігі, ішкі бездер жүйесі қызметінің бұзылуы, өте ауыр және жүдетуші аурулар, антибиотектерді, сульфаниламидтерді, цитостатиктерді, кортикостероидты дәрілерді қабылдау. Ауру жедел және созылмалы ағыммен дамиды. Клиникалық көрінісіне байланысты жүйесі жоғарыда келтірілген.
- Аурудың барлық түрлерінде (эритемалы-атрофиялаушы, жалғанжарғақты, гиперпластикалы) ауыз кілегейлі қабығының аумақты аймағы (ерін, ұрт және тіл кілегейлі қабығы, екі езу) жарақаттанады. Барлық жағдайда да науқастың шағымы – ауыз ішінің ысып-күюі, кейде сыздап ауруы, құрғауы, еріндер жиегінің түлеуі, езулерінің тілінуі, ауыз кілегейлі қабығының түсінің өзгеруі және ақ түсті қақтың пайда болуы, әртүрлі тағам қабылдағанда ауыздағы ауыру сезімінің күшеюі.

- Жалғанжарғақты кандидоз кезінде ауыз кілегейлі қабығының түсі алқызыл түстеніп, қатты құрғайды, беті ақшыл-сұр түсті қақпен жабылған. Жарақат ошағы шағын немесе үлкен аумақты болады және ауыздың әртүрлі аймағында орналасады, көп жағдайда жұтқыншақ пен өңеш, көмей мен кеңірдек, кілегейлі қабықтары да жарақаттануы мүмкін. Қақтың астындағы тінмен тығыз байланысы анықталады, сондықтан қырып байқағанда оңайлықпен алына қоймайды. Алынған қырманы бактериологиялық зерттеуден өткізгенде көп мөлшерле саңырауқұлақ элементтері (бүршіктенген клеткалар, жалған мицелий) анықталады.
- Эритемалы немесе атрофиялаушы кандидоз кезінде кілегейлі қабықтың түсі от жалыны түстенеді және құрғайды. Аурудың жедел түрінде жарақат ошағында белсенді түлеу үрдісі орын алғандықтан, сутегінің асқын тотығымен сынама оң болады және ұсақ эрозиялар ошағы айқындалады. Патологиялық үрдістің созылмалы кезінде эпителий қабаты жұқарып, пергамент қағазына ұқсас келеді, тілдің бүртіктері атрофияланып, үсті жазық және теп-тегіс болады, әртүрлі тітіркендіргіштерге жоғары сезімталдық көрсетеді. Жарақат ошағы көбінесе қатты таңдайда, тілдің үстінде орналасады.



Сурет-8. ЖИТС кезіндегі ауыз гиперпластикалық кандидозы

- Гиперпластикалы кандидоз кезінде іркіле қызарып құрғақтанған кілегейлі қабық бетінде ақ түсті борпылдақ және жұмсақ қалың қақ пайда болады және төңірегіндегі жарақат ошағы көбінесе ұртта, ауыспалы қатпарда, тілдің үстінде байқалады (сурет - 6)
- Ауыз кандидозының барлық түрінде еріндер кілегейлі қабығы, жиегі, екі езу жарақаттанады
- Еріндер құрағап, жиектері құрғақ қабыршақтармен жабылады, екі езде беті сұр түсті қабыршақпен жабылған беттері құрғақтау тіліктер пайда болады.
- АИТВ-инфекциясымен науқастарда кандидоз белгілерінің көрінісі анық және ауыр болып келеді. Сонымен қатар көптеген басқа ағзалардың кілегейлі қабығы (көздің, мұрынның, тыныс алу, ас қорыту, зәр шығару жолдарының, тыныс ағзаларының) мен тері де жарақаттанып, кандидозды сепсис орын алуы мүмкін.

- Көптеген жағдайда ЖИТС – ауру науқастарда кандидоздың атрофиялаушы және гиперпластикалық түрлерінде жарақат ошақтарында эрозиялы-жаралы құрылымдар дамып, қатты ауырып, ұзақ уақыт жазылмай мазалайды.
- Кандидозды емдеу үшін қазіргі уақытта полиенді антибиотиктерді, азольды қосындыларды, аллиламинді дәрілерді пайдаланады. Емнің нәтижелілігін қамтамасыз ететін дәрілер: кеотримазол, миконазол, кетоконазол, флюконазол. Сондықтан күніне 1 таблеткадан 2 рет қабылдауға низорал (құрамында кетоконазал бар) тағайындайды, емдеу курсы – 15 күн. Еріндерге және езуге жағу үшін клотримазол, пимафуцин, ламизил жақпаларын қолданады (күніне 5-6 рет жағады). Міндетті түрде витаминдер кешенін (глутамевит, квадевит, дуовит, триовит) тағайындайды. Эрозиялы – жаралы ошақтарды емдеу қағидаларын ертеректе айтылған.

- Түкті («волосатая») лейкоплакия АИТВ жұққан адамдардың 18-98% кездеседі және аурудың екіншілік кезеңінде анықталады. Ауруды туындататын Эпштейн-Барр вирусы. Түкті лейкоплакияның ертеректе сипатталған түрлерінен ерекшелігі ол тек аталмыш вирус жұққан науқастарда кездеседі және көбінесе тілдің бүйір бетінде, сирегірек ұрттың кілегейлі қабығында және тіл үстінде орналасады.
- Жабынды эпителийдің ошақты пролифирациялануы нәтижесінде кілегейлі қабық қалыңдап, түсі күңгірттенеді. Кейінірек шамадан тыс мүйізгектену әсерінен жарақат ошағы ақ-жылтыр түстенеді. Лейкоплакия ошағының беті тегіс емес, шашқа ұқсас өсіктер түкпен немесе қылшықпен жабылғандай көрініс береді. Жарақат ошағының көлемі әртүрлі болады, кейді тілдің бүйір бетін толық алып жатады, кейде тілдің астыңғы бетіне де ауысады,, жапыраққа ұқсас бүртіктердің ұлғаюы себебінен тілдің бүйір беті қатпарлануы мүмкін. Науқас жарақат ошағына ешқандай шағым айтпайды, кейде тілдің қалыңдаған бүйір бетін байқамай тістеп, жарақаттап алуы мүмкін. Сипап байқағанда жарақат ошағының консистенциясы аса тығыз емес және ауырмайды, төңірегіндегі тіндер өзгеріссіз.

- Түкті лейкоплакияны веррукозды лейкоплакиядан, қызыл жалпақ теміреткіден, ауыздың гиперпластикалы кандидозынан, Боуен ауруына ажырата білу керек.
- Түкті лейкоплакияны емдеу үшін вирусқа қарсы дәрілер (ацикловир, неовир, фоскарнет, анаферон, биферон, ловамиколь) тағайындайды.
- Қызылиек жиегінің қабынуы, қызылиектің өліеттеніп – жаралана қабынуы, пародонттың бұзыла қабынуы әрбір АИТВ – жұққан науқаста орын алады және үдемелі ағыммен сипатталады, пародонттың барлық тіндері бұзылысқа ұшырап, аз уақыт ішінде тістер қозғалмалы болады.

□ Капоши саркомасы

- Капоши саркомасы АИТВ жұққан адамдарда кездесетін жаңа құрылымдардың ішінде бірінші орын алады. Екіншілік аурулардың ішінде 30-50% жағдайда кездеседі. Бұл құрылым ретикулоангиоматозға немесе қантамырларынан дамыған қатерлі ісіктер қатарына жатады. Капоши саркомасын туындататын вирус деген жорамал бар.



Сурет-9 ЖИТС кезіндегі
Капоши саркомасы
а) таңдайда,
б) қызылиекте

- Капоши саркомасы АИТВ-жұққан жас науқастарда жиі кездеседі және тез жайылып, өте жедел дамиды. Алғашқы белгілері бөкседе, баста, жыныс ағзалары аймағында көрініс табады. Теріде және ауыз кілегейлі қабығында бөрткендер ассиметриялы жеке-жеке немесе топтала орналасады және оларға көптүрлілік тән. Жарақат ошақтары дақтар, түйіншектер, түйіндер және ісіктер түрінде кездеседі. Ауыз ішінде таңдайда, ұртта, тілде, қызылиекте бадамша бездерде, көмейде орналасады (сурет-7. а, б). Ангиоматозды дақтардың көлемі әртүрлі, түстері қызыл-қоңыр, сұр немесе қара-күлгін болып келеді. Дақтың бетінде және төңірегінде телеангиэктазиялар орын алып, жиектері қан құйылуынан пайда болған сары-жасыл түсті жолақпен қоршалады. Дақтардың бетінде клеткалар шоғырлануы нәтижесінде кілегейлі қабық бетінен көтеріңкі орналасқан түйіншіктер, түйіндер, тоғалар (бляшки) пайда болады. Түйіндердің көлемі әртүрлі болып келеді (тас бұршақ көлемінен грек жаңғағының көлеміне дейін). Біртіндеп түйіндер бір-бірімен қосылып, бұдырмақты ісікке айналады. Ісіктер ыдырауға ұшырап, жазылмайтын жараларға айналады. жарадан аққан қан тоқтамай, кейде өлімге әкеліп соғуы мүмкін. Жаралар беті кейде өліетті-қанды қақпен жабылады. Ісікті құрылымдар көбейіп, көптеген кілегейлі қабықтар мен ағзаларға жайылады. Ісікті құрылымдар плазматикалық клеткалардан тұрады.
- Емі. Капоши саркомасын сәулемен емдейді, химиотерапиялық шаралар қолданылады, интерферон тағайындауға да болады.

