



Балалар жасындағы стоматология кафедрасы

- *Мерез ауруы кезіндегі ауыз қуысының шыршықты қабатындағы көріністер*

**Орындағандар: Ақатай Сабира
Бермуханова Сымбат**



Мерез



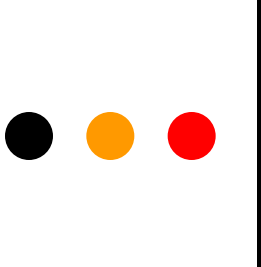
Мерез

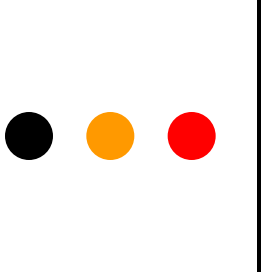
▣ **Мерез (Сифилис - Lues)** аурулардың 10-шы халықаралық жүйесіне байланысты созылмалы жұқпалы ауруға жатады және көбіне жыныс жолдары арқылы беріледі. Ауру қазіргі кезде Қазақстанда да кең өріс ала бастады.

Ауруды туындататын микробты 1905 жылы атақты ғалымдар Шаудин мен Гофман ашқан және бозғылт трепонема (бледная трепонема – *Treponema pallidum*) деп атаған (әртүрлі бояулармен боялмайтын қасиетіне байланысты).

Трепонема (синонимы спирохета) ұзындығы 14 мкм-ге дейін, 8-12 (завиток) туратын спиральға ұқсас бактерия. Адам организміне кілегей қабық пен терідегі шамалы жарақат ошақтары (тіліктер,) арқылы енеді және 1-2 трепонема ғана ауру туындата алады. Организмге енген спирохеталар көбейіп, жауапты реакция дамиды және ол аурудың айқын клиникалық белгілері бар және жоқ кезеңдермен (латентті кезең) алмасып отырады.

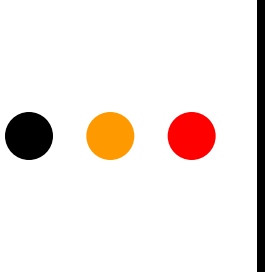


- 
- Мерез туа және жүре дамыған болып екі түрге бөлінеді. Жүре дамыған мерез жыныс қатынастары кезінде, тұрмыстық жағдайларда және қан құю нәтижесінде (қан беруші мерезбен ауру болған жағдайда) жұғады.
 - Туа дамыған мерез іште жатқан балаға ауру анадан жұғу арқылы дамиды. Сонымен қатар кәсіби мамандыққа да байланысты аурудың жұғуы орын алуы мүмкін (нашар зарарсыздандырылған стоматологиялық аспаптар арқылы дәрігер-стоматолог ауруға қатысты қауіпсіздік шараларын сақтамаған кезде). Мерез жұғуы үшін терінің немесе кілегей қабықтың беткі қабаттарының бүтіндігі бұзылуы қажет, соңғы кезде бозғылт трепонема бүтін тері немесе кілегей қабық арқылы өтуі мүмкін деген көзқарастар айтылып жүр.
 - Инфекцияны жиі жұқтыратындар – ауру бөртпелері ауыз кілегей қабығында, жыныс ағзаларында және тері бетінде ораналасқан, бойында мерездің біріншілік немесе екіншілік кезеңдері белсенді дамыған науқас адамдар.
 - Мерез кез-келген жастағы адамдарға жұға береді және ең жиі жұғатыны – жыныстық белсенділігі жоғары 18-30 арасындағы жастар.



Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының X қайта қарастырылған халықаралық жүйесі (1997 ж) бойынша аурудың төмендегі түрлерін ажыратады.

- ертерек туа дамыған мерез, кешірек туа дамыған мерез;
- ертерек жүре дамыған мерез-біріншілік және екіншілік мерез;
- кеш жүре дамыған мерез-үшіншілік мерез.

- 
- Мерездің ағымы толқынға ұқсас, айқын клиникалық белгілері бар кезеңдері жасырын дамидын кезеңдермен алмасып отырады. Сондықтан аурудың төрт кезеңін ажыратады: инкубациялық, біріншілік, екіншілік және үшіншілік мерез.
 - Инкубациялық кезең алғашқы ауру жұққан уақыттан (трепонема организмге енген кезден) басталып, ең бірінші клиникалық белгілері көрініс берген уақытқа дейін (3-4 жеті) созылады. Кейде одан ұзаққа (2-3 айға) созылуы мүмкін және ол иммундық қасиеті төмендеген, белгілі бір себеппен антибиотиктер қабылдаған адамдарда орын алады.



Біріншілік мерез

- **Біріншілік мерез (первичный мерез – *syphilis primaria, Lues I*)** кезеңі 6-7 аптаға, кейде 2-3 айға созылады.
- Аурудың бұл кезеңінде бозғылт трепонема енген жерде ауыру белгісінсіз қабыну инфильтраты берішті шанкр (біріншілік сифилома) пайда болады. Осыдан 5-7 күн өткен соң аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды немесе аймақтық склераденит дамиды. Ұлғайған лимфа түйіндерінің диаметрі 2-3 см жетеді, консистенциясы тығыз-шеміршектей, бір-біріне, қоршаған тері қабатына жабыспаған және тері қабатының түсін өзгертпеген. Біріншілік мерез кезеңінің соңына қарай барлық топтағы лимфа түйіндері ұлғаяды (полиаденит) және оларда трепонемалар барынша көбейеді.

□ Берішті шанкр біреу немесе екі-үшеу болуы мүмкін және олардың жиі орналасатын аймағы – еріндер жиегі, тілдің кілегей қабығы, таңдай, бадамша бездер. Ауыз кілегей қабығында берішті шанкрдің дамуының өз ерекшелігі бар: алғашқы кезде шағын қызару (гиперемия) ошағы пайда болып, қабыну инфильтратының әсерінен тығызданады және көлемі біртіндеп үлкейіп, диаметрі 1-2 см құрайды. Біраздан кейін шанкрдың орта бөлігі өліеттеніп, диаметрі 3-15 мм домалақ немесе сопақ пішінді, шикі ет түстес, ауырып мазаламайтын, жиектері тегіс және көтеріңкі, табақшаға ұқсас эрозия немесе жара ошағы пайда болады. Сипап байқағанда эрозия немесе жараның табанында тығыз шеміршек консистенциялы инфильтрат анықталады. Табан беті көбіне тегіс, жылтыр және таза болып келеді, кейде сарғыштау-сұр түсті «майлы» («сальный») қақпен жабылған болады. (сурет-6)

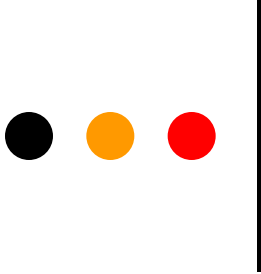


Сурет-6. Біріншілік мерез. Тілдің бүйір бетіндегі берішті шанкр



Сурет-7. Тілдің бүйір бетіндегі атипиялық біріншілік сифилома

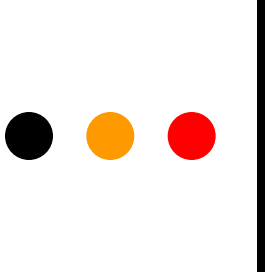
- Кейбір кездерде берішті шанкрдің атипиялық түрлері кездеседі және әртүрлі пішінге ие болады. Тілде орналасқан берішті шанкр табанындағы қабыну инфильтратының нәтижесінде төңірегіндегі тіндерден биіктеу орналасады және төңкерілген табақшаға ұқсас келеді (сурет-7). Қатпарлы тілі бар адамдарда қатпарларды қуалай орналасып, саңылауға ұқсайды. Езуде орналасқан шанкр табаны инфильтраттанған ауыздықты (заяда) еске түсіреді.

- 
- Қызылиекте орналасқан шанкр ашық-қызыл түсті, бірнеше тістер аймағында жарты айға ұқсас эрозия түрінде кездеседі.
 - Бадамша безде орналасқан берішті шанкр үш түрде (жаралы, баспаға ұқсас және аралас беріш) кездесуі мүмкін. Бадамша без көбінесе біржақты жарақаттанады, қызыл-мыс түстеніп ұлғаяды және тығызданады, бірақ ауырмайды. Жаралы беріш кезінде келтірілген негізде жиегі тегіс, сопақ пішінді, шикі ет түстес қызыл жара пайда болады. Жара төңірегіндегі кілегей қабық қызарып, ісінген соң беті іріңді немесе өліетті қақпен жабылады және жара тереңдей береді.



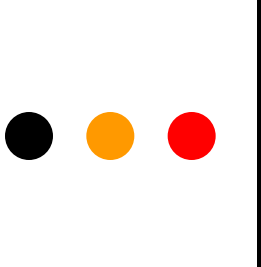
Диагнозды нақтамау

- Аурудың диагнозын дұрыс қою үшін берішті шанкрдің бетінен алынған қырамада бозғылт трепонеманың бар-жоқтығы анықталады және серологиялық реакциялар (Вассерман және тұндырма реакциялар) жүргізіледі. Аурудың дамуының 4-ші аптасынан бастап барлық классикалық серологиялық реакциялар (Вассерман, комплементті байланыстыру, Кан және Закс-Витебский реакциялары) тұрақты түрде оң болады. Осыған байланысты біріншілік мерездің даму уақытын біріншілік серонегативті (аталған реакциялар теріс) және біріншілік серопозитивті кезеңдерге бөледі. Серопозитивті кезең берішті шанкр пайда болғаннан кейін 3-4 аптада басталады және серологиялық реакциялардың оң болуы ұзақ уақыт сақталады. Серологиялық реакциялардың оң болуы организмге енген трепонемаларға қарсы антиденелердің көптеп құрылуына нәтижесі.

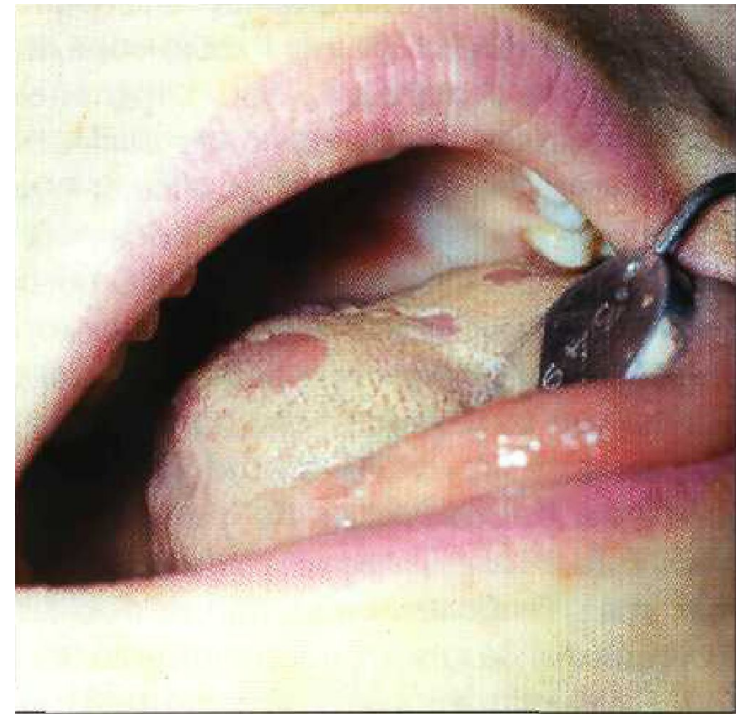
- 
- Біріншілік мерез кезеңінің соңына қарай жалпы продромалдық белгілер (дымкәстік, дене қызуының көтерілуі, сүйектердің сырқырауы, бас ауруы, еттердің сыздауы, тез шаршау, эритроциттердің шөгу жылдамдығының жоғарылауы, лейкоцитоз) байқалуы мүмкін. Осыдан бірнеше күн өткен соң тері және кілегей қабық беттерінде көптеген розеолалы папулезді бөрткендер шыға бастайды және олар екіншілік мерез кезеңінің басталуының айқын белгілер болып табылады.

Екіншілік мерез

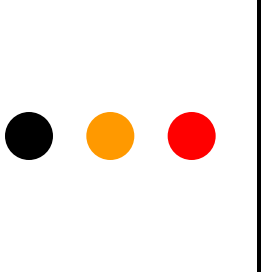
- ▣ **Екіншілік мерез (вторичный сифилис – *syphilis secundaria, Lues II*)** орта есеппен алғанда 3-4 жылға созылады. Осы уақыт ішінде патологиялық үрдіс организмге кең жайылады, тері және кілекей қабықтар жарақаттанып, ауруға тән бөрткендер шығады. Аурудың жалпы жағдайы өзгереді (бас ауруы, әлсіздік пен дымкәстік, салғырттық билеу, дене қызуы көтерілуі), ішкі ағзалар, сүйек және жүйке жүйелері де жарақаттануы мүмкін. Мерездің бұл кезеңі «екіншілік жаңа (жас) мерез» («вторичный свежий сифилис»-*Lues secundaria recens*) деп аталады, бар болғаны 2-3 аптаға созылады және өз бетімен жойылуға ұшырайды. Осыдан кейін белсенді кезең жасырын мүлгіген инфекция кезеңіне (*Lues II latens*) ауысады және ауық-ауық өршіп немесе қайталанып отырады. Аурудың қайталану кезеңі «екіншілік қайталамалы мерез» («вторичный рецидивный сифилис»- *Lues II recidiva*) деп аталады.

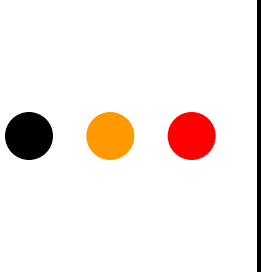
- 
- Екіншілік мерез аурудың ең жұқпалы кезеңі, тері мен кілегей қабықтарды жиі жарақаттайды және көбінесе екі түрде кездеседі: дақты (макулезді) мерез (пятнистый сифилис) және папулезді мерез (папулезный сифилис).
 - Дақты мерез жұмсақ таңдайда, таңдай имектерінде және бадамша бездерде жиі орналасады. Бұл кезде ашық қызыл түсті, диаметрі 1-1,5 см, анық шектелген розеолалы бөрткендер шығады және бір-бірімен қосыла отырып, өзгермеген кілегей қабық бетінде эритемалы ошақ түрінде анық бөлініп тұрады. Емделмеген жағдайда дақты бөрткендер бір айдан соң өзбетімен жоғалып кетеді.
 - Эритемалы мерез баспасын (ангинасын) кәдімгі баналды катаралды баспадан, ауыздың дәріден катаралды қабынуынан ажырата білу керек.
 - Папулезді мерез екіншілік жас және қайталамалы мерез кезінде де ауызда жиі кездеседі. Папулалы бөрткендер ауыз ішінің кез-келген аймағына, оның ішінде жұмсақ таңдайға, бадамша бездерге, таңдай имектеріне жиі шығады. Мерез папулалары домалақ пішінді, тығыз, диаметрі 1-1,5 см инфильтративті бөртпелер. Көп үйкеліске ұшыраудың және жалқықтану үрдісінің нәтижесінде папулалар беті ақшыл-сұр түстенеді және жиектік өсуге ұшырай отырып, бір-бірімен қосылып, тоға-табақшаға (бляшкаға) айналады, кілегей қабық бетінен біраз көтеріңкі орналасады. Қалақшамен қырған кезде папула бетіндегі қақ оңай алынып, шикі етке ұқсас қызыл түсті эрозия беті ашылады. Папуланың төңірегі ашық-қызыл түсті қабыну жолағымен қоршалған, бетінен көп мөлшерде бозғылт трепонемалар бөлінеді.

Тілдің үстіндегі мерез папулалары шыққан аймақта жіпке және саңырауқұлаққа ұқсас бүртіктер жойылып, папула беттері ерте түлеген ошақтарға ұқсас тегіс және жылтыр болып келеді және төңірегіндегі тіндерден төмендеу тұрады. Мұндай көріністі «ойдым-ойдым шабылған шабындық белгісі» («симптом скошенного луга»)-(сурет-8) деп атайды. Ауыз күтімі нашар жағдайларда папулалар жараларға айналып кетуі немесе фузоспирохетозбен асқынуы мүмкін. Бұл кезде аурудың белгілері Венсан стоматитіне ұқсайды, папулалар аймағында ауыру сезімі пайда болып, төңірегіндегі тіндерде қабына қызару белгілері қосылады. Егер папулалар езу аймағында орналасса, тұрақты жарақаттану әсерінен жайыла ұлғайып, теріге ауысады. Ауызды жиі-жиі ашудың нәтижесінде қалың және тығыз инфильтраттанған езу терісі мен кілегей қабығы жырылып, терең, оңай қанайтын және ауыратын тіліктер пайда болады, беттері кешікпей қанды қабықшалармен жабылады.



Сурет-8. Тілдің үстіндегі екіншілік мерез

- 
- Екіншілік мерездің барлық кезеңдерінде аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды, тығыз-эластикалы консистенцияға ие болады, бір-біріне жабыспайды және сипап байқағанда ауырмайды. Барлық серологиялық реакциялар 100% оң болады.
 - Теріде аталған мерезбен қатар пустулезді мерез орын алуы мүмкін. Мерез папулалары бас терісіне шыққан кезде ошақты немесе жайыла шаш түсуі байқалады (очаговое или диффузное выпадение волос – alopecia areolaris).
 - Ауыз ішіндегі мерез папулаларын лейкоплакия ошағынан, қызыл жалпақ теміреткі папулаларынан, ауыз кандидозынан ажырату керек.
 - Кейбір жағдайларда ақшыл-сұр түсті папулезді мерез ошақтары көптүрлі жалқықты эритемаға, ауыздың дәріден аллергиялық қабынуларына тән жарақат ошақтарын еске түсіреді.

- 
- Бұл аурулар кезінде эрозиялы ошақтардың астында тығыз инфильтрат байқалмайды, кілегей қабықтың қатты қызарып ісінуі, науқастың жалпы жағдайының өзгеруі, ауызда қатты ауыру сезімінің болуы сияқты белгілер байқалады.
 - Тілдің үстінде орналасқан мерез папулаларын тілдің түлей қабынуы кезіндегі ошақтардан ажырата білу керек.
 - Кейде беті эрозияланған мерез папулаларын ауыздың қайталама афталы қабынуы кезінде дамидын афталардан ажыратуға тура келеді. Афталардың консистенциялары жұмсақ болады және оларға қатты ауыру сезімі тән, аймақтық лимфа түйіндері ұлғаймауы да мүмкін.



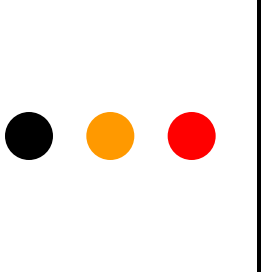
Диагнозын нақтылау

- Екіншілік мерездің қорытынды диагнозы клиникалық белгілеріне, папула беттерінен алынған қырмада бозғылт трепонемаларды анықтау, серологиялық реакциялардың (шөгінді, Вассерман реакциялары және бозғылт трепонемаларды иммобилизациялау реакциялары) оң болу нәтижесіне сүйену негізінде қойылады.



Үшіншілік мерез

- ▣ **Үшіншілік мерез (*третичный сифилис – syphilis tertiaria, Lues III*)** немесе гуммозды мерез ауру басталғаннан 4-6 жыл өткен соң дамиды. Аурудың бұл кезеңінде ауыз кілегей қабығында және теріде бұдырмақтар (бугорки) мен түйіндер (узлы или гуммы) шығып, ауру ондаған жылдарға созылуы мүмкін.
- ▣ Гуммозды мерез ауыз кілегей қабығының кез келген аймағын жарақаттауы мүмкін, гумма көбіне жұмсақ және қатты таңдайға, тілге шығады, саны біреу-ақ болады. Бұл кезде кілегей қабықтың терең қабатында ауырмайтын шағым көлемді (шиедей) түйін пайда болып, біртіндеп көлемі үлкейе береді (диаметрі 3 см асады, кейде грек жаңғағының көлеміндей). Біраз уақыттан кейін орта бөлігі өліеттеніп, гумма ыдырауы нәтижесінде, ортасында өліетті өзегі бар кратерге (шұңқырға) ұқсас терең жара пайда болады.

- 
- Пайда болған жара ауырады, тығыз инфильтратпен қоршалған, жиегі тегіс және қаттылау, табаны ашық-қызыл түсті ұсақ грануляциялық тінмен жабылған. Жара жазылған кезде орнында жұлдызға ұқсас тыртық пайда болады және бұл үрдіс 3-4 айға созылады, науқасты ауыру белгілері аса көп мазаламайды. Сирек жағдайда гумма толығымен сорылып кетеді немесе тығыз фиброзды тінмен алмасады. Гумманың мұндай ағымы оның жұмсақ таңдайда және тілде орналасқан кездерінде байқалады. Тілде жеке түйіндер шығуы мүмкін (тілдің түйінді қабынуып – узловатый глоссит) немесе жайыла склерозданып қабыну (диффузный склерозирующий глоссит) орын алуы мүмкін. Жарақаттанудың екінші түрінде тілдің терең қабаттарында плазматикалық клеткалардан тұратын жайыла инфильтраттану ошағы байқалады, тілдің көлемі ұлғайып, тығызданады, үстіндегі барлық бүртіктері жойылады. Кейіннен клеткалы инфильтрат тыртықтану үрдісімен алмасады, тілдің көлемі кішірейіп және жиырлып, қозғау қиынға соғады. Тілдің үстінде ауыру туындататын терең сайлар, тіліктер және трофикалық жаралар пайда болады, кейде олар қатерлі ісікке де ауысуы мүмкін.
 - Гумма қатты таңдайдың кілегей қабығында орналасқан жағдайда іркілген-қызыл түсті тығыз инфильтрат ошағы пайда болады, аз уақыт ішінде сүйек қабы мен сүйек тіні өзгеріске ұшырауы нәтижесінде өліеттеніп, ыдырай бастайды. Мұның өзі таңдай сүйегінің тесіліп, мұрын және ауыз қуыстарының қосылуына әкеп соғады.



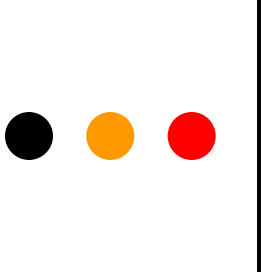
Диагнозын нақтылау

- Үшіншілік мерез кезінде гуммал мен бұдырмақтардан бозғылт трепонемаларды бөліп алу мүмкіндігі болмайды. Сондықтан бұл кезде шешуші рөл атқаратын иммунофлюоресценциялау (РИФ) және бозғылт трепонемаларды иммобилизациялау (РИБТ) реакциялары (100% жағдайда оң болады), ал Вассерман және тұндыру реакциялары науқастардың 50-80% оң болады.



Салыстырмалы диагностика

- Біріншілік шанкрды жарақаттық жарадан салыстырмалы диагностикалау керек, бұл жерде мерезге сай негізінде тығыздалу болмайды. Бұдан бөлек траматикалық жараларда мерезге тез ауру сезімі болады
- Миндалинада орналасқан қатты шанкрды ангинадан ажырата білу керек, ол бір жақты зақымдалады ауру сізім болмайды, айқын қызару болады.
- Шанкр ерінде орналасса оны қайталамалы герпестің нәтижесінде пайда болған эрозиядан ажыру керек. Қайталамаы герпесте эрозия сәл ісінген, қызарған, ауру сезімімен. Екеуінің ұқсатығы тез пайда болып тез эпителизацияланады. Герпеске сай тағы бір ерекшелік ол көпіршектік пайда болуы, мерезде ондай көрініс болмайды.
- Қатты шанкрды, шанкр пішінді пиодермиядан ажырату керек. Шанкр пішінді пиодермияданың көрінісі қабынудың болуы, бетінен ірің бөлінуі, ауру сезімі, ұзақ уақыт жазылмауы.
- Ісік ауруынан ажырата білу керек. Ісік ауруының инфильтраты біріншілік мерезге қарағанды терңірек орналасады. Ісік жарасының жеттері тығыз, тегіс емес, түбі тез қанайды. Қақты диагнозды қою үшін лабораторияның нәтижесін күту керек. Ісік кезінде атипиялық клеткалар ал мерез кезінде болғылт трепонема табылады.



Екіншілік мерез

Салыстырмалы диагностика

- Ауыс қуысында орналасқан мерез папуласын лейкоплакиядан, қызыл жалпақ теміреткіден, қызыл жегіден ажырату керек. Ұқсатығы беті ақшыл және ақшыл қақ болады. Ерекшелігі қақты қырғанда мерезде оңай алынады бірақ лейкоплакия, қызыл жалпақ теміреткіде, қызыл жегіде қақ алынбайды себебі гиперкератоздың нәтижесі. Осы ауруларға тән белгі ол негізінде инфильтраттың болмауы.
- Кандидоздан айырмашылығы мерездің бетіндегі қақты қырғанда эрозия жалағаштанады және оның бетінде бөліндіден болғылт трепонеманы көреміз.
- Кейбір жағдайларды мерез көп жадлқықты эритемамен және аллергиялыө стоматике ұсас болады. Біл ауруларда эрозия негізде инфильтрат болмайды ауыз қуысы шырышты қабаты қызараған, жалпыжағдайдың бұзылумен өтеді.
- Мерез папулаларын өайтамалы афтозды стоматитпен салыстырамыз. Афта бетінже сұрғұлт сары қақ айналасы қызарған ауру сезімі және қайтамалы болады. Осы белгілер арқылы біз мерезден айыра аламыз
- Папулезды мерезді ВИЧ инфекция кезіндегі «түкті» лейкоплакии ажырату керекпіз .

Үшіншілік мерез

Салыстырмалы диагностика

Мерез гуммаларын мыналармен салыстыру керек :

Туберкулезды жарадан

Ісіктік ажырауынан ,

Жарақаттық жарадан,

Қайтамалы афтозды стоматиттен (ауыр дәрежедегі).

Төмешікті мерезді туберкулезды волчанкадан ажырату керек .

Туберкулезды волчанка жай даамиды, консистенциясы жұмсақ, жараның жеті тегіс емес және жұмсақ. Төмешікті мерезден кейінгі тыртық үлкенірек және топтасқан мозаикаға ұқсас туберкулезды олчанкада тыртық тегіс жылтыр болады.



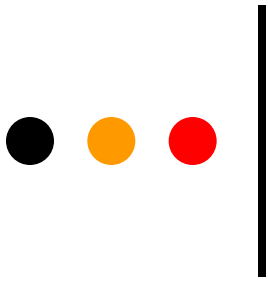
Барлық қоғамға арналған профилактикалық шаралар

- Жыл сайынғы диспансерлеуге , медперсоналдардың қатысуымен өтетін профилактикалық тексеруге қатысу.
- Медперсоналдар тексеру барысында қауіпсіздік ережелерін сақтау және бір реттік қолданатын перчаткамен тексеру спирт ерітінділерімен дезинфекция жасау.
- Бірнеше лабораториялық әдістері қолдана отырып қанды мерезге тексеру.
- Осы тақырып бойынша мектеп жасындағы және жасөспірімдерге ақпарат беру. Мектептерде осы тақырыпта сабақтар өткізу және ата-аналармен жиналыс жасап бараларымен ашық түрде сөйлесіп жыныс жолымен берілетін ауруларды түсіндіру.
- Инфицирленген науқасты диспансерлік тексеру, антибактериальды терапияны қамтамасыз ету. Осы науқасқа жыныстық қатынаста болмауын ескерту.



Жеке тұлғаға арналған профилактикалық шаралар

- Жыныстық қатынас болған кезде арнайы мүшеқатпы пайдалану.
- Қатынас болған соң жергілікті антисептикалық ерітіндіні пайдалану (МЫСАЛЫ, мирамистина).
- Ретсіз жыныстық қаттынаста болмау, ЖҚАБ ауруларды білу.
- Адамның жеке басының орамалы, щеткасы, қырынатын заттары болуы керек. Қонақжайларда сақ болып, бөлменің тазалығын және төсек орынның ауысуын қадағалау.
- Жыл сайынғы поликлинике диспансеризацияны өту.



ЕМІ

Мерездің емі комплексті және индивидуальды болуы тиіс. Осы ауруды дерматовенеролог емдейді. Мерез ауруын ҚР аймағында қабылданған стандарт бойынша емделеді. Сдандартта жазылған бойынша антибактериальды терапияны тағайындайды. Мерез ұзақ уақыт бойы емделеді.

Мерездің жазылу уақыты ; 1ші кезеңінде- 2-3 ай

2ші кезеңінде- 2 жылдан көп

Бірінші қатар дәрәлері бұлар – бензилпенициллин натрий тұзы немесе прокаин, ретарпен (экстенциллин), бициллины 1, 3 және 5.

Екінші қатардағы дәрілерді пенициллинге аллергияға болғанда тағайындайды. Олар - эритромицин, азитромицин, цефтриаксон, тетрациклин, доксициклин. Олардың эффективтілігі біріншіге қарағанда төмен. Курстың ұзақтығы аурудың формасына және кезеңіне байланысты.

● ● ● | Аурудың болжамы

- **Бұл аурудың болжамы көп жағдайда қолайлы нәтиже. Уақытылы диагностика және адекватты ем толық жазылуға әкелуі мүмкін. Бірақ созылмалы ағымы және анассының құрсағында жатқанда нәресте инфицирленсе тұрақты қайтымсыз өзгерістерге және мүгедектікке әкелуі мүмкін.**





Қорытынды

- Мерезді тез диагностикау қиынға соғады, Себебі мерезде ауру сезімі болмайды, көп уақытқа дейін дәрілік терапияға тұрақты болады және патологиялық суреттің өзгеріссіз болуы. Сондықтан ауруды жұқтырғыңыз келмесе жоғарыда айтылып кеткен профилактикалық шараларды міндетті түрде орындауымыз керек.