

Қ. Ясауи атындағы
Халықаралық қазақ-түрік
университеті



Қ. Ясауи атындағы
Халықаралық қазақ-
түрік университеті



Тақырыбы: ЖИТС-тің құқықтық
және медико-деонтологиялық
мәселелері

Қабылдаған:

Орындағандар:

ЖОСПАР

1. Кіріспе бөлім

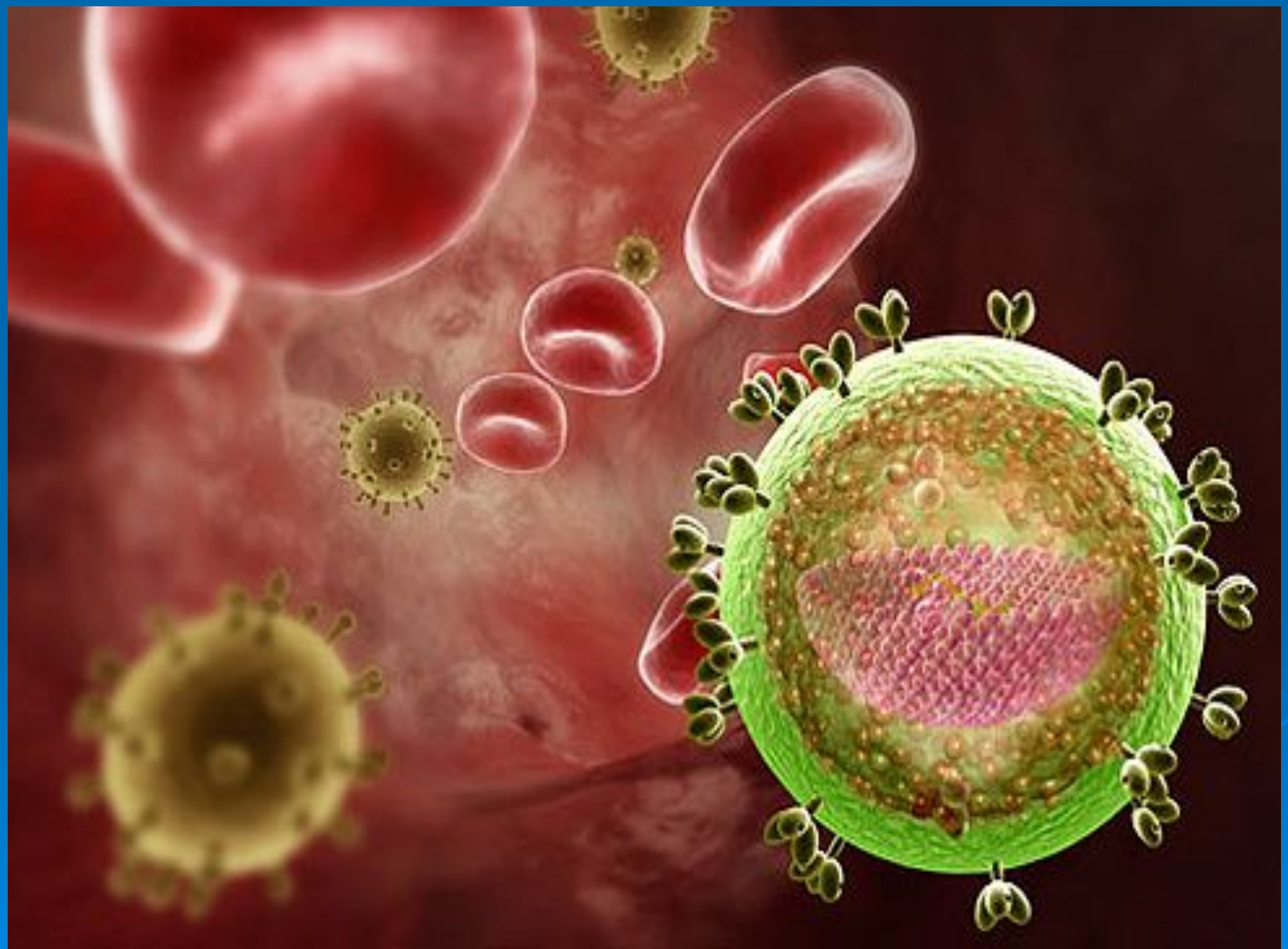
2.Негізгі бөлім

- **АИВ инфекциясы жайлы жалпы түсінік**
- **Этиологиясы, патогенезі.**
- **Жіктелуі, жұғу жолдары**
- **Алдын алу шаралары**

3.Қорытынды бөлім

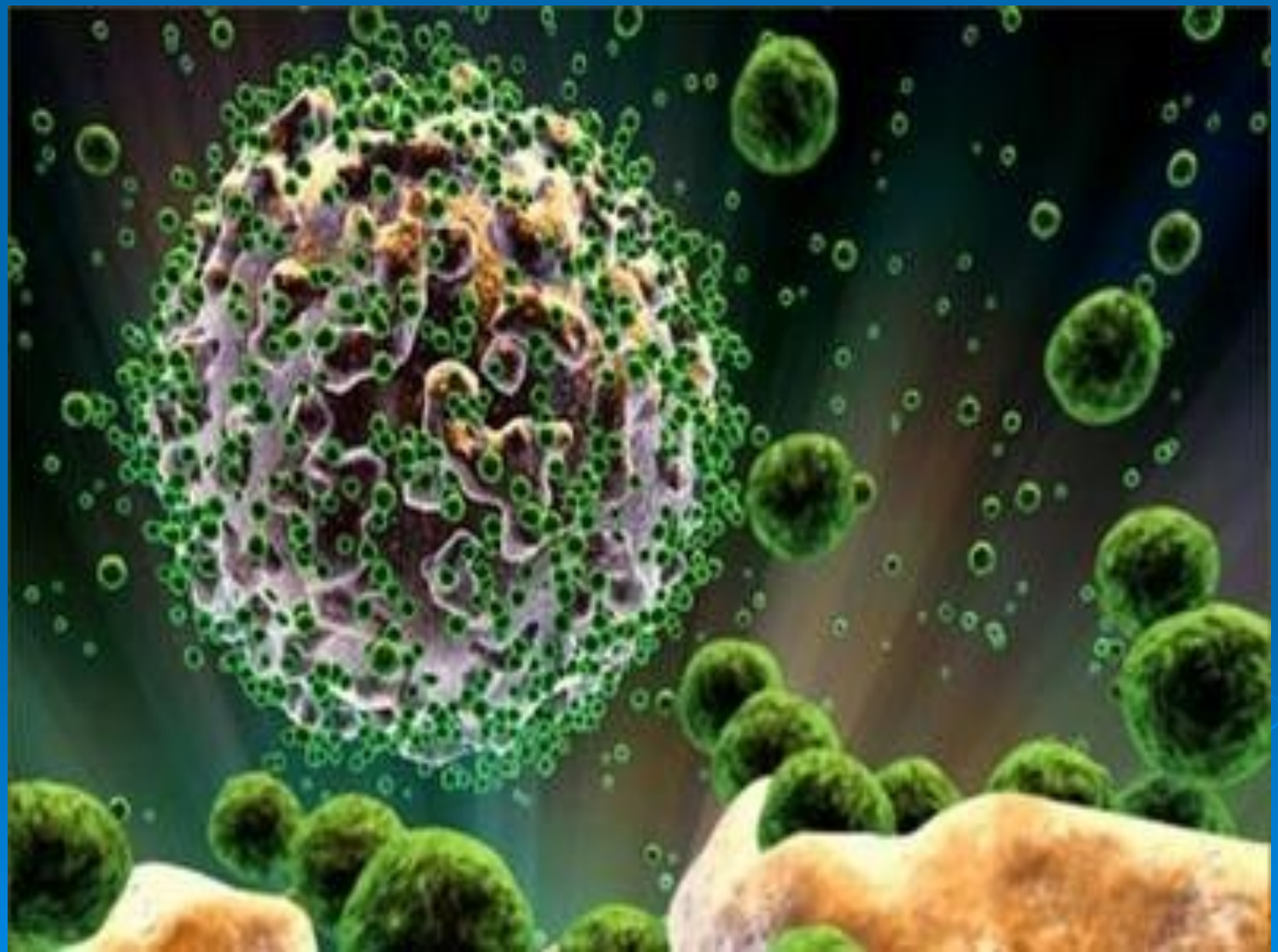
АИВ инфекция

- Ұзақ уақыт лимфоциттерде, макрофагтарда, жүйке тіндерінде персистерлеуші қабілеті бар адамның иммуножетіспеушілік вирусымен шақырылатын ауру. Тіндерде ұзақ уақыт сақталуы салдарынан организмнің нервті 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.



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 секундта, ал қайнатқанда 1-5 секундта өледі дезинфирлеуші заттардың әсерінен тез өледі (3% сутегінің асқын тотығы, 5% лизол, 0,6% Na гидроклориді). Ультракүлгін сәулесіне тұрақты.



Патогенезі.

- Табиғи жолмен жұққанда АИВ тің кіру қақпасы болып саналады – тік ішек пен гениталий шырышты қабаттары, 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 парентеральды 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 gr 120. Ондай клеткаларға жатады: Т лимфоциттер – хелперлер, макрофагтар, В лимфоциттер, нейроглиялар, шырышты қабаттар. Әсіресе, Т-хелперлерге тропизмі жоғары (СД 4+).

Двойной слой липидов

Белки оболочки вируса GP120

Промежуточная мембрана

Мембрана ядра

Ядро вируса

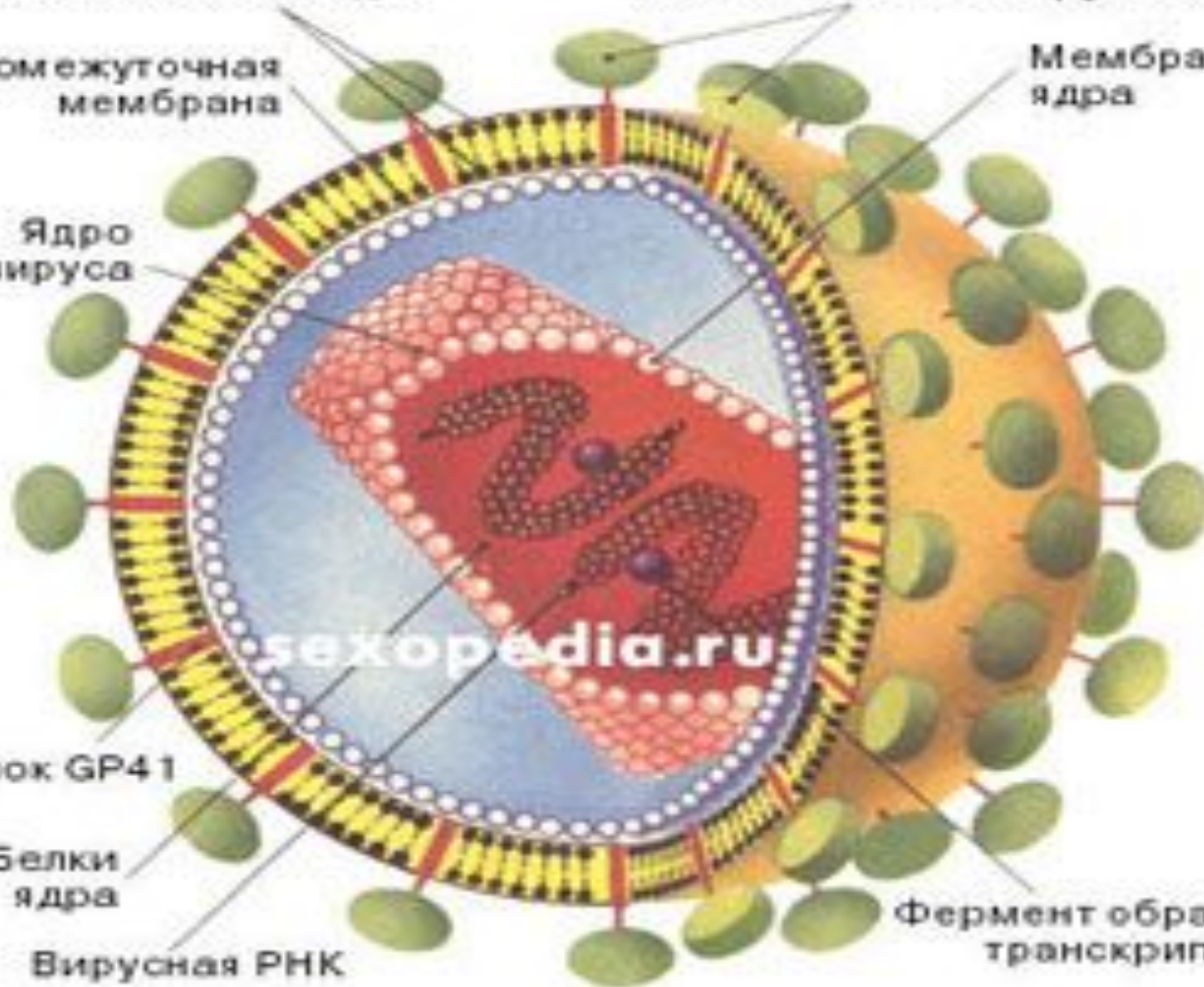
Белок GP41

Белки ядра

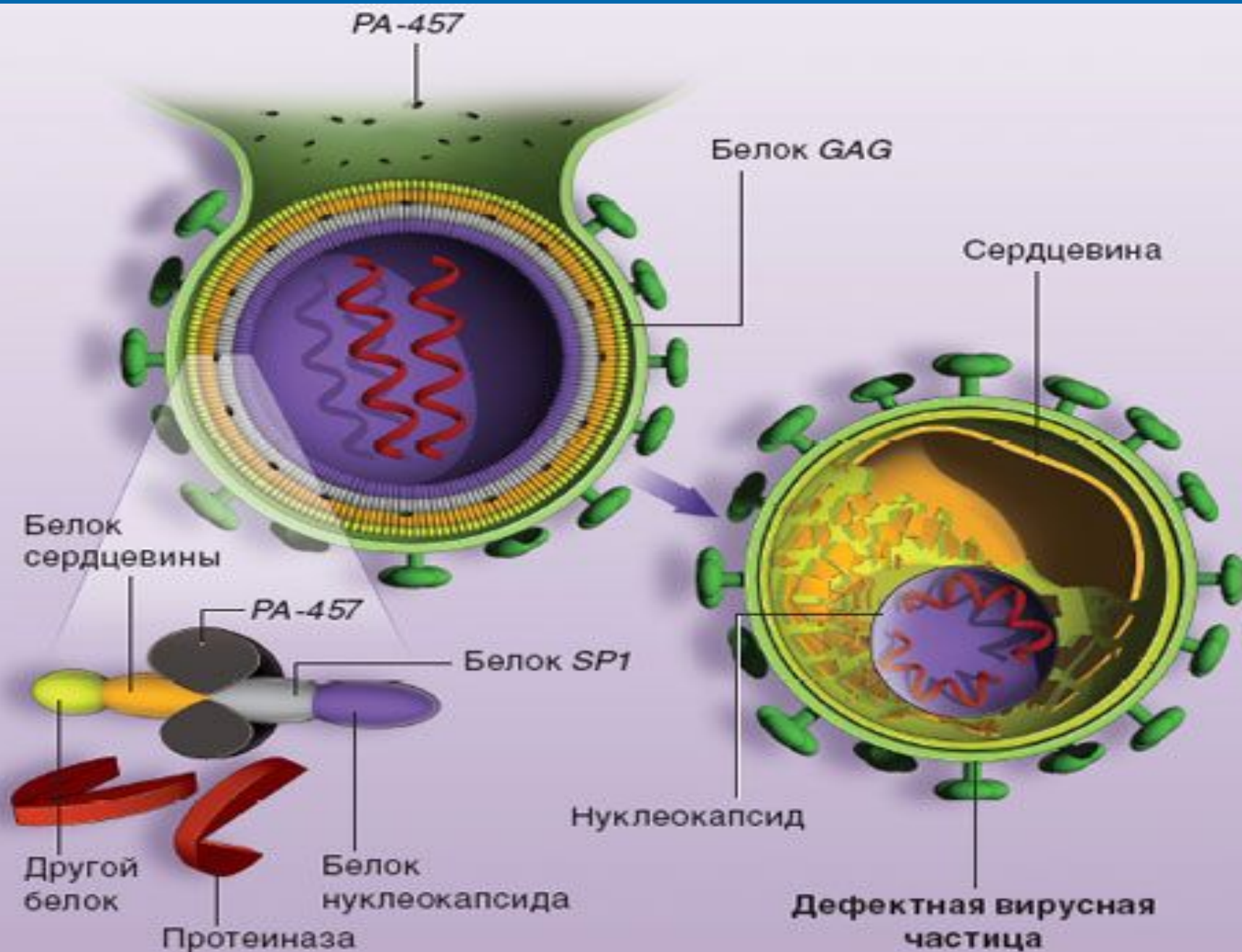
Вирусная РНК

Фермент обратная транскриптаза

sexopedia.ru

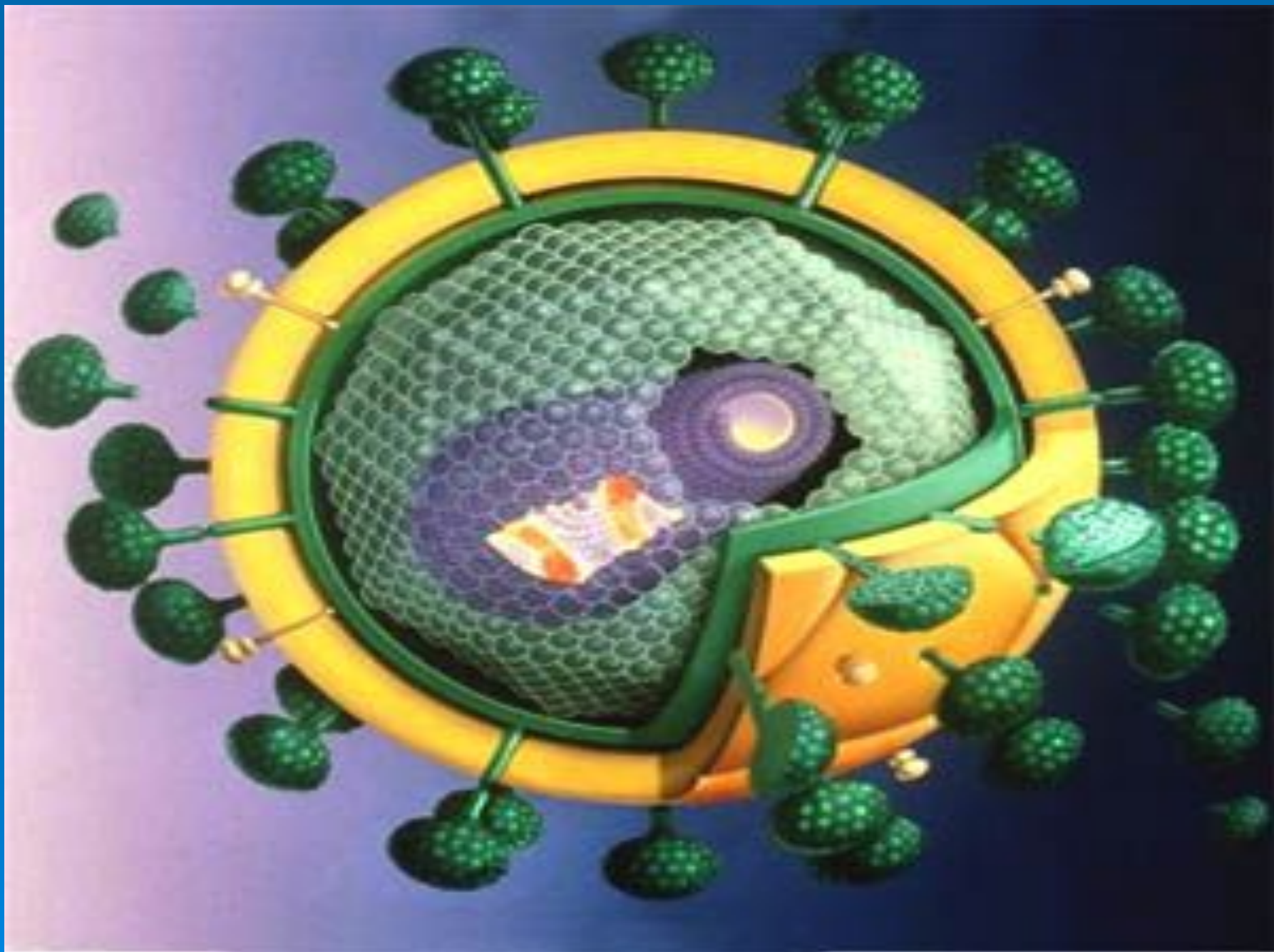


- Бірақ Т хелперлер санының төмендеуінің себебі тек қана цитопатиялық әсердің салдарынан Т-хелперлердің бұзылуы ғана емес, сонымен қатар, инфицирленген тіндердің инфицирленбеген тіндермен қосылуы салдарынан болуы мүмкін.
- Сонымен қатар, В- лимфоциттердің де қызметі бұзылады, нәтижесінде организмде иммуноглобулиндер 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 көп көбейгенде нағыз ЖПИЖС дамиды.



Жіктелуі.

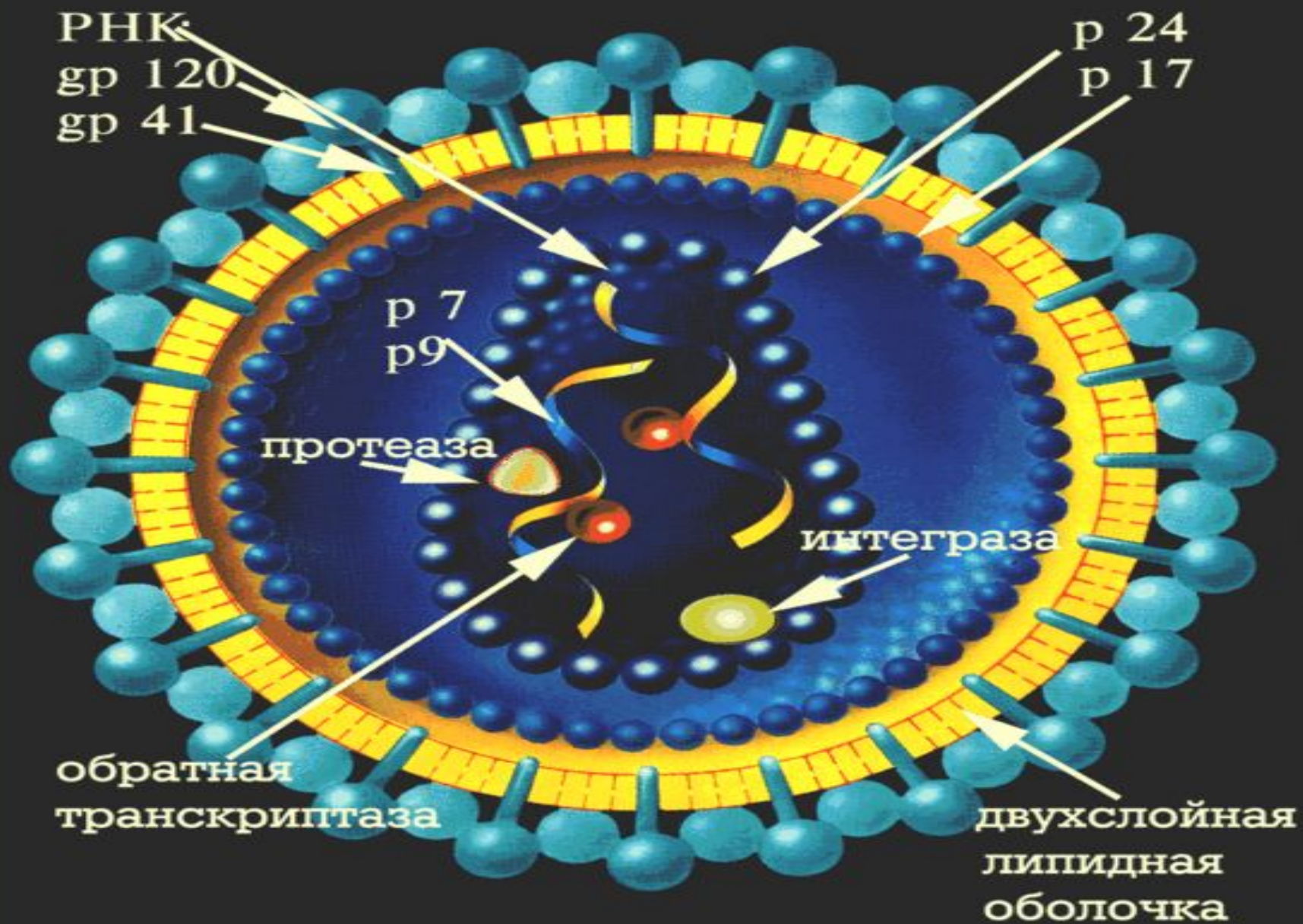
- АИВ-инфекция - өмір бойына созылатын инфекция, АИВ-тан бастап ЖПИЖС-қа дейінгі (сау адамнан терминалды жағдайға) кезеңдерден тұратын ауру.
- Покровский В.И. ұсынған жіктелуде осы ерекшеліктер ескерілген (1989 ж).
- Бұл жіктелу АИВ жұқтырған адамдарды және диспансерлік бақылауын жүзеге асыруға, аурудың 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.



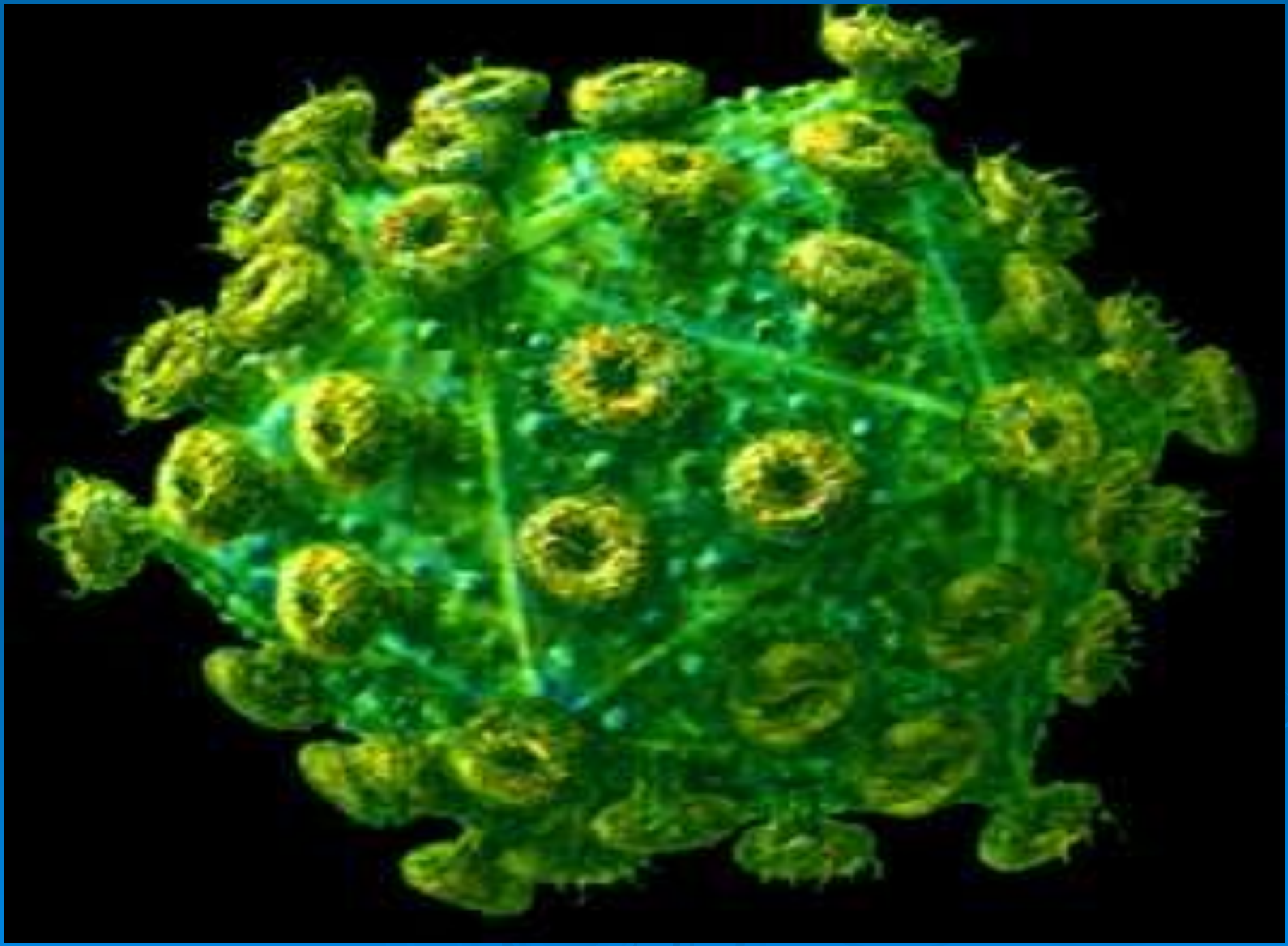
Клиникасы.

➤ Клиникасы.

- Осы ауруға тән белгілер жоқ, бірақ жақсы, толық жиналған анамнез және объективті ұарап тексеру дәрігерге дұрыс алдын-ала диагноз қоюға көмектеседі. Инкубациялық кезең: 2-3 аптадан бастап 3 айға дейін, кейде 1 жылға дейін. Инкубациялық кезеңнен кейін науқастардың жартысында жедел АИВ инфекция белгілері пайда болады (50-90). Жедел қызбалы инфекция кезеңі клиникалық белгілердің көптігімен анықталады. Практика жүзінде жедел АИВ-инфекция диагнозы, әдетте, ретроспективті қойылады, (бірнеше ай немесе жал өткеннен кейін).
- Бұл сырқаттың ұзақтығы бірнеше күннен 1-2 айға дейін созылады, көбінесе, «сауығумен» аяқталады. Жиі, АИВ-ң жедел кезеңі моноклеозға ұқсас синдром ретінде өтеді (15-30%). Кейде жедел кезеңі ЖРВИ сияқты өтеді. Кейде жедел энтероколит белгілерімен, серозды менингит, энцефалопатиялар, инстерстициальды пневмониялармен өтеді (2-3%) тромбоцитопениялық пурпура белгілері анықталды.
- Алғашқы көріністер кезеңі 2Б – (белгілерсіз) аурудың клиникалық белгілері анықталмайды. Белгілерсіз түрі өте жиі кездеседі. АИВ жұқтырылған адамдарда осы кезеңде тек қана қанда АИВ-қа қасы антиденелер табылуы арқылы анықталады. Белгілерсіз түрлерінің ұзақтығы бірнеше жылдар (25-10 және одан да көп жылдар).



- Алғашқы көріністер кезеңі 2В – жайылған прогрессирлеуші лимфоаденопатия жедел АИВ-инфекциядан кейін дамиды немесе белгілерсіз тасмалдаушы фонында дамиды. Жайылған прогрессирлеуші лимфоаденопатия (ПГЛ) белгілерсіз, кейде аздап дене қызуы көтерілуі мүмкін, қалтырау, түнде қатты тершендікпен сипатталады. Бауыр, көкбауыр ұлғаяды. ПГЛ-да ауру белгілерінің болуы қолайсыз болжам белгілері, ол аурдың өте тез өршіп жатқанын көрсетеді.
- Екіншілік ауру кезеңі. Өртүрлі аурулардың, атап айтқанда оппортунистік аурулардың қосылуы ЖПИЖС басталғанын көрсетеді. Бастапқы кезеңі әлсіздікпен, жұмыс қабілетінің төмендеуімен, тершендікпен, тәбеттің төмендеуімен, диареямен, өртүрлі интеркурентті аурулардың қосылуымен сипатталады.



- Екіншілік аурулар кезеңінде А,Б,В формаларын анықтайды.
- Балаларда жіктелуіне байланысты клиникасына қарай 3 кезеңін ажыратады.
- Біріншілік көрінісітер кезеңінде (А кезеңі) – қызудың тұрақты жоғарылауы, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, диарея, паротит болуы мүмкін.
- В – кезеңі – аралық.
- С – терминалды кезеңі.
- Балаларда клиникалық белгілергі бойынша бірнеше түрде өтеді (жетекші синдром). Нәрестеде трансплацентарлы жолмен жұғуының көрсеткіші болуы мүмкін: дене салмағының жетіспеушілігі, мерзімінен ерте туылуы, микроцефалия, дискрания.
- Туа пайда болған АИВ инфекциясының клиникалық белгілері: мерзімінен ерте туу, дистрофия, бет-әлпетінің дисморфизмі (гипертейлоризм, гидроцефалия, мұрын белағашының түсіп тұруы, жоғарғы ерін науасының томпаюы) және де психомоторлы дамуының артта қалуы, рецидивті диарея, көз шелінің көгілдір, серологиялық зерттеудің оң және де психомоторлы дамуының артта қалуы, рецидивті диарея, көз шелінің көгілдір, серологиялық зерттеудің оң болуы.



- 6 айдан кейін неврологиялық белгілердің үдей түсуі байқлады – ақыл-ойының төмендеуі, жүріп-тұруының өзгерулері, патологиялық рефлексстердің пайда болуы, парездер анықталады. Бұл белшілер АИВ жұқтырған науқастардың 10-30% -да кездеседі. АИВ-инфекциясымен ауыратын балаларға тән: әртүрлі неврологиялық бұзылыстар, анықталады. Компьютерлік томограммада базальды ганглияларда кальцификаттар және ми аторфиясы анықталады.
- Алғашқы айлардан бастап-ақ В-клеткалық иммунитеттің жетіспеушілігі байқалады.
- Нейролия клеткаларының зақымдалуы салдарынан балаларда өте жиі үдеген энцефалопатия байқалады (50% аса жағдайда).
- Шеткі нерв жүйелерінің де зақымдануы мүмкін – полирадикулоневриттер.
- ЖИТС ассоцирленген аурулар қатарында балалар да жатады – лимфоцитарлы интерстициальды пневмония, органдардың цитомегаловирусты зақымдануы, бауыр, көкбауыр және лимфа түйіндерден басқа. Тері мен ішкі органдардың герпетикалық зақымданулары, мидың токсоплазмозы.
- Бактериальды инфекциялардан балларда жиі стафилококкты, пневмококкты, гемофильді таяқшамен, салмонеллалармен шақырылатын аурулар жиі кездеседі.
- Өте сирек балаларда онкоЖИТС деп аталатын ауру кездеседі.

ПОХОРОНИ НАРКОТИКИ



ИЛИ ОНИ ПОХОРОНЯТ ТЕБЯ

Инфекция көзі

- Вирус жұққан адам — вирус тасымалдаушылар, ЖИТС-пен ауырған адамдар инфекция жұқтыру көзі болып табылады. Ешқандай ауру белгілері байқалмайтындықтан әсіресе вирус тасымалдаушылар өте қауіпті. Вирус көп мөлшерде қанда, спермада, қынап кілегейінде, емшек сүтінде болады. Көз жасында, жұлын сұйығында, сілекейде өте аз мөлшерде болуы мүмкін. Жұғу жолдары. Медицинада дәлелденуі бойынша, ЖИТС-тің қазіргі кезде негізгі жұғу жолдары мынадай:
- — жыныстық қатынас;
- — вирустың бірден қанға түсуі (әртүрлі инъекциялар жасаған кезде т. б. жағдайларда);
- — анасынан нәрестеге жұғу арқылы.
- Жыныстық жол негізгі жұғу жолы болып табылады. ЖИТС адамдарға 80% жағдайында осы жолмен, яғни гетеросексуальдық жыныстық жол негізгі жұғу жолы болып табылады. ЖИТС адамдарға 80% жағдайында осы жолмен, яғни гетеросексуальдық (еркек-әйел) және гомосексуальдық (еркек-еркек) жыныстық қатынас кезінде жұғады.



- ЖИТС-тің вирустың қанға бірден түсуі арқылы жұғуы қазіргі кезде ерекше аландаушылық туғызып отыр. Себебі тамырға наркотиктер енгізгенде ортақ инелі шприцті пайдаланатын нашақорлардың саны көбейіп келеді. Әрине, қолданатын инелерін олар тиісті өндеуден өткізбейді. Егерде ЖИТС-пен науқастанған немесе вирус тасымалдаушы нашақорлар қауымына қосылса, вирус оның инедегі қанының қалдығымен сау адамның ағзасына түседі. Вирус аурулардың 20%-ына осындай жолмен жұғады.
- Вирус адамға қан немесе қан құрамынан тұратын препараттар құйғанда да жұғуы мүмкін. Кейбір аурумен науқастанғанда, операция жасағанда, әйел босанғанда донор қанын құюға тура келеді. Егер донор ЖИТС-ке тексерілмеген болса, вирус жұқтыру қаупі өте жоғары. ЖИТС жұғу мүмкіндігі бар қатерлі топқа гемофилиямен ауырғандар да жатады. Өйткені қан ұюы өте нашар болғандықтан, қан кетуін тоқтату үшін оларға жиі-жиі қан құйып отырады. АҚШ-та, Еуропада гемофилиямен ауырғандардың 40—63%-на АИВ қан құю арқылы жұққаны анықталған.



- ЖИТС вирусының үшінші жұғу жолы — анасынан нәрестеге жұғуы. Ауырған немесе АИВ жұққан әйел-дерден туған балалардың 4/5-не вирус осындай жолмен жұққаны белгілі болды. Егер де анасы нашақор немесе жезөкше болса нәрестеге вирус жұғу қаупі бірнеше есе артады. Вирус нәрестеге қалыпты босану кезінде, баланы операция жасап алғанда және жүктілік кезінде жұғуы мүмкін. ЖИТС-тің нәрестеге науқас анасының емшек сүті арқылы жұғу оқиғалары да белгілі.
- . АИВ-тің шаңмен, ауалы-тамшылы, фекальды-оральды (ауыз қуысы арқылы) жолмен жұқпайтыны толық анықталған. Яғни адамдар сүйіскенде, сөйлескенде, түшкіргенде, жөтелгенде, қол алысқанда, ортақ дәретхананы, ваннаны, душты, бассейнді пайда-анғанда, сондай-ақ тағамдар мен ыдыстар арқылы ЖИТС вирусы жұқпайды. Сырт киімдерді алмастырып кигенде, тіпті бір төсекте жатып ұйықтаған кезде де ЖИТС вирусының жұғу қаупі жоқ. Қан сорғыш және басқа жәндіктер (маса, бит, кене, бүрге, шыбын, тарақан, қандала т. б.) арқылы жұғу жолдары да анықталмаған. Мысық, кой, жылқы, маймылдарда қоздырғышы АИВ-ке ұқсас иммундық тапшылық болатынына карамастан, үй және жабайы жануарлардан ЖИТС жұғу жайлары кездеспеген.

Opportunistic infections such as pneumocystosis
or malignancies such as Kaposi's sarcoma
can signal the final stage of
HIV infection, AIDS



Диагностикасы.

- Диагноз эпидемиологиялық, клиникалық және лабораториялық мәліметтерге сүйеніп қойылады.
- Лабораториялық тәсілдерден – ИФА-мен арнайы антиденелерді анықтау. Егер нәтижесі оң болса, оны дәлелдеу үшін басқа сериялы тест – система қолданылады, егер екінші анализ теріс болса, онда анализді үшінші рет қайталайды. Үшінші рет анализ теріс болса, онда иммуноблогта дәлелдейді, ол тәсіл сенімді, себебі суммарлы антиденелерді емес, ол вирустың жеке белоктарына антиденелерді іздейді. Егер нәтиже күмәнді болса, онда ол адамдар қадағалауға алынады және анализ 3-6 айдан соң қайта жасалынады. Осындай жағдайларда АИВ антигендерін ПТР –диагностикасы арқылы анықтауға болады.



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;



Алдын алуы.

- 1. Жеке сақтану (жеке бас гигиенасы, презерватив және т.б.);
- 2. Баласына жұғу қауіптілігін азайту үшін жүктілік кезінде ауру ананы емдеу;
- 3. АИВ аурудың қаны жарақатталған терісі бар медицина қызметкеріне жұқса, онда алдын алу үшін ретровирмен емдеу керек.
- 4. Қарым-қатынаста өте жоғары қауіптілік болса, онда зидовудин+ламивудин+индинавирді қолданады. Алдын алу емі 4 апта бойы жүргізіледі. Емделгеннен кейін тексеріледі – 6 апта, 12 апта, 6 ай сайын жергілікті ауруханаларда немесе арнайы диагностикалық-лабораторияларда бақыланады.



Қазақстанда ЖИТС-пен күресу жұмыстарын ұйымдастыру

- Қазақстанда осы қауіпті ауруға қарсы күрес жүргізу мақсатымен мамандандырылған жаңа қызмет жүйесі құрылды. Оның құрамына республикалық, облыстық, қалалық ЖИТС-ке қарсы күресу және аурудың алдын алу орталықтары, диагностикалық лабораториялар мен анонимдік кабинеттер кіреді. Осындай қызмет жүйесінің күнделікті жұмысын Республикалық ЖИТС-тен сақтандыру комитеті басқарады. Бұл комитеттің ең басты мақсаты — ЖИТС вирусын жұқтырған адамды табу, оны тексеру және емдеуді жоспарлы түрде ұйымдастыру. Жоғарыда аталған ЖИТС орталықтары ұйымдастырушы, тәсілдеуші және емдеуші мекемелер ретінде жұмыс атқарады. Қазіргі кезде республикамызда ЖИТС-тен қорғану жөнінде жұмыс жүргізетін 20 орталық және 80 лаборатория бар.







СПИД

ВЫ
УВЕРЕНЫ, ?

Назар салып
тыңдағандарыңызға
рахмет!!!

