

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN
TİBB UNİVERSİTETİ

Fərid Mahmudov

VENEROLOGİYA

Dərslik

Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi Şurasının 25 fevral 2020-ci il tarixli iclasının 06 sayılı protokolunda dərslik kimi çap olunması tövsiyə olunmuşdur.

Bakı – 2020

VENEROLOGİYA

“Dəri-zöhrəvi xəstəliklər-II”

dərslik

Redaktor:

Fərid Mahmudov Azərbaycan Tibb Universitetinin Dermatovenerologiya kafedrasının müdiri, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin baş dermatoveneroloqu, professor, t.e.d.

Tərtibçilər:

İ.A.Əmirova	-t.e.d., professor
S.A.Əliyeva	- t.e.n., dosent
İ.Ə.Əhmədov	- t.e.n., dosent
Y.A.Mirzəyev	- t.e.n., dosent
E.M.Novruzov	- t.e.n., dosent
S.C.Əhmədova	-t.ü.f.d., dosent
F.İ.Balakişiyeva	-t.e.n., assistent
G.S.Məmmədova	-t.e.n., assistent
İ.A.Məmmədyanova	-t.e.n., assistent
G.Z..Fərəcova	-t.e.n., assistent
R.F.Bəylərova	- assistent

“QİÇS” fəslə Azərbaycan Respublikası QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzi (rəhbər Esmira A.Alməmmədova) ilə birlikdə hazırlanmışdır. Şəkillər QİÇS - lə Mübarizə Mərkəzi tərəfindən verilmişdir.

Rəyçilər:

C.C.Ağakişiyev	“SANAM” Tibbi Sağlamlıq Mərkəzinin direktoru, əməkdar həkim, professor, t.e.d.
M.M. Cavadzadə	Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Dermatovenerologiya kafedrasının professoru, t.e.d.

Dərsliyin redaktəsində əməyi keçən Malik Abbasova, eləcə də Dermatovenerologiya kafedrasının rezidentləri E.A.Əmrahova, M.A.Obeidata, S.A.Mizherə, X.E.Məmmədovaya, L.H.Məmmədliyə, A.S.Məmmədliyə müəlliflər öz dərin minnətdarlıqlarını bildirirlər.

ISBN: 978 9952 526 58 5

© AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

İxtisarların siyahısı

ARV	Antiretroviral
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome – qazanılmış immun çatışmazlıq sindromu
BMT	Birləşmiş Millətlər Təşkilatı
CDC	Center for Disease Control / xəstəliklərə nəzarət mərkəzi
CYYİ	cinsi yolla yoluxan infeksiya
DİF	düz immunflüoressensiya
DNT	dezoksiribonuklein turşusu
EC	elementar cisimcik
EÇS	eritrositlərin çökmə sürəti
EEQ	Elektroensefaloqrafiya
ExoKQ	Exokardioqrafiya
EKQ	Elektrokardioqrafiya
HIV	Human Immunodeficiency Viruses (insanın immunçatışmazlığı virusu - İİV)
HLA	Human Leukocyte Antigen
XBT	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı
İB	İmmunblotting
İFA	immunoferment analiz (EİA – Enzyme İmmunoassay)
İFR	immunflüoressensiya reaksiyası
İgA	immunqlobulin A
İgG	immunqlobulin G
İgM	immunqlobulin M
İL	Interleykin
İİV	insanın immunçatışmazlığı virusu
KBR	komplimentin birləşmə reaksiyası
KM	kultural müayinə
KT	kompüter tomoqrafiya
QDHAR	qeyri-düz hemaqqlütinasiya reaksiyası

QDİFR	qeyri-düz immunflüoresensiya reaksiyası
Qİ	qonokokk infeksiyası
QİQS	qazanılmış immun çatışmazlıq sindromu
QSM	qaranlıq sahəli mikroskopiya
qTT	qeyri-treponemal testlər
LPS	Lipopolisaxarid
MBT	mədə-bağırsaq traktı
MK	müsbətlik koeffisienti (əmsalı)
MPR	mikropresipitasiya reaksiyası
MRT	maqnit rezonans tomoqrafiya
MSS	mərkəzi sinir sistemi
NAD	nikotinamid adeninnukleotid
NADF	nikotinamid adeninnukleotid fosfat
NTA	nuklein turşularının amplifikasiyası
OBM	onurğa beyin mayesi
PHQS	passiv hemaqqlütinasiya sınağı
RC	retikulyar cisimcik
RNT	ribonuklein turşusu
RPR	Rapid Plasma Reagin (sürətli plazma reaginləri)
RW	Vasserman reaksiyası
SMV	Sitomeqalovirus
STİR	solğun treponemaların immobilizasiyası reaksiyası
T.pallidum	treponema pallidum (solğun treponema testi)
TT	treponem testləri
UNAIDS	Union Nations proqramme on AIDS
USM	ultrasəs müayinə
ÜST	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
VDRL	Venereal disease research laboratory test (Veneroloji Xəstəlikləri Öyrənən Laboratoriya tərəfindən işlənilib hazırlanmış qeyri-treponem kardiolipin testi)
YAART	yüksək aktivli antiretrovirus terapiya
ZPR	zəncirvari polimeraza reaksiyası

Görkəmli müəllimlərimiz - dermatoloqlar, professorlar Rasim Hacı oğlu Hacıyevin və Mina Müzəffər qızı Davatdarovanın xatirəsinə həsr olunmuşdur.

GİRİŞ

“Dermatovenerologiya” fənninin bölməsi olan zöhrəvi xəstəliklər ali və orta tibbi təhsil müəssisələri tələbələrinin tədris proqramına daxildir.

Zöhrəvi xəstəliklər üzrə azərbaycan dilində ədəbiyyat aşağıdakı dərsliklərdə nəşr olunmuşdur: M.M.Jeltakov “Dəri-zöhrəvi xəstəliklər”, 1975 (H.Ə.Hüseynzadə, R.H.Hacıyev tərəfindən tərcümə); R.H.Hacıyev, M.M.Davatdarova, H.Ə.Hüseynzadə “Zöhrəvi xəstəliklər”, 1978. Təqdim edilmiş bu dərs vəsaitləri kiril əlifbası ilə yazılmışdır, lakin Azərbaycan Respublikası 1992-ci ildən latın əlifbasına keçmişdir.

Ötən illər ərzində zöhrəvi xəstəliklərin patogenezinə aid sualların məzisi dəyişmiş, onların terapiya sxemi mükəmməlləşmiş, zöhrəvi xəstəliklərin müalicəsində istifadə edilən yeni dərman preparatları və laborator diaqnostik metodlar sınaqdan keçmişdir. Bundan başqa, Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı X baxışa uyğun olaraq zöhrəvi xəstəliklərin adları təshih edilmiş. “Zöhrəvi xəstəliklər” termini cinsi yolla yoluxan infeksiya (CYYİ) termini ilə əvəz edilmişdir.

Göğstərilən dəyişikləri nəzərə alaraq “Dəri-zöhrəvi xəstəliklər - II” (venerologiya) adlı dərslik tərtib edilmişdir. Keçilən materialın mənimsənilməsini asanlaşdırmaq məqsədilə dərsliyə 180 rəngli şəkil daxil edilmişdir. Dərsliyin adı ATU-nun 2017-ci il təhsil proqramına uyğun - “Dəri-zöhrəvi xəstəliklər – II” (venerologiya) saxlanılmışdır.

Dərslik ali və orta tibbi təhsil müəssisələrinin tələbələri, rezidentlər, həkim-dermatoveneroloqlar üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
Dermatovenerologiya kafedrasının müdiri,
Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
baş dermatoveneroloqu,
professor, t.e.d. **Fərid Mahmudov**

TARİF VƏ TƏSNİFAT

Cinsi yolla yoluxan infeksiyalar (CYYİ)

Zöhrəvi xəstəliklər çox qədim zamanlardan məlum idi. “Zöhrəvi xəstəliklər” termini (zöhrə - venera sevgi ilahəsinin adı ilə əlaqədardır) 1527–ci ildə fransız alimi J. De Betankur tərəfindən təklif edilmişdir. Uzun müddət zöhrəvi xəstəliklərə eyni bir xəstəlik kimi baxılmışdır. XIX əsrin sonu XX əsrin əvvəllərində çoxsaylı yoluxucu xəstəliklərin törədicilərinin aşkarlanması sayəsində zöhrəvi xəstəliklər müstəqil xəstəliklər kimi ayrılmışdır. Hazırkı dövrdə “zöhrəvi xəstəliklər” termini əsasən “cinsi yolla yoluxan infeksiyalar” termini ilə əvəz olunmuşdur.

Cinsi yolla yoluxan infeksiyalar (CYYİ) - yoluxması cinsi yol olan, etiologiya və klinik əlamətlərlə fərqlənən və eyni qrupda cəmləşən infeksiyon xəstəlikləridir.

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı 10-cu baxış üzrə CYYİ bölünməsi (A50-A64)

A50 – A53	sifilis
A54	qonokok infeksiyası
A55	zöhrəvi limfoqranuloma
A56; A74.0	xlamidiya infeksiyası
A57	yumşaq şankr (şankroid)
A58	qasıq qranuloması (donovanoz)
A59	urogenital trixomoniaz
A60	genital herpes
A63.0	anogenital ziyillər
A63.8	ureaplasma spp., mycoplasma tərəfindən törədilən urogenital xəstəliklər

Qeyd: Urogenital kandidoz və bakterial vaginoz CYYİ qrupuna aid deyillər, lakin CYYİ-lı xəstələrdə heç də nadir aşkar olunma-dıqlarından onlara bu bölmədə baxılır.

SİFİLİS

Sifilis digər CYYİ-dan fərqli olaraq xəstəliklərin polisistem əlamətləri səbəbilə olduqca ağır xəstəlikdir.

A. ÜMUMİ MƏLUMAT

1. Tarixə qısa ekskurs

Sifilis 146 ada malikdir (ispan, italyan, fransız xəstəliyi). “Sifilis” adı italyan həkimi və şairi Cirolamo (İeronimo) Frakastoronun (XVI əsr, Verona, Çiçəklənmə dövrü) “Sifilis və ya Qall xəstəliyi» poemasının qəhrəmanı, «donuzlarla dostluğuna görə» (yunan dil. sys - donuz + philos – dost), digər versiyaya əsasən – «allaha olan ədəbsiz tənələrə görə» allah tərəfindən cinsi orqanların xəstəliyi ilə cəzalandırılmış çoban Sifulusun adı ilə əlaqələndirilir.

Sifilisin mənşəyi haqqında 3 nəzəriyyə mövcuddur:

- **Amerika** – sifilis Avropaya 1492–ci ildə K. Kolumbun Amerikanı kəşf etməsindən sonra dənizçiləri tərəfindən gətirilmişdir. Dənizçilərin yoluxması heyvandarlıqla məşğul olan, lamalardan yoluxan yerli əhali tərəfindən olmuşdur. Lamalarda spiroxetoz çoxdan məlum və sübut olunmuşdur. 1493–cü ildə K. Kolumbun səyahətdən vətənə qayıtması ilə İspaniyanın liman şəhərlərində sifilis xəstəliyi halları qeyd olunmağa başladı. Avropaya infeksiya 1497–ci ildə kral VIII Karl Neapolu mühasirəyə aldığı və aralarında ispanların da olduğu fransız muhdulları ilə yayılmışdır. Orduya yoluxmuş «qorxulu xəstəlik» səbəbindən VIII Karl Neapolun mühasirəsindən geri çəkilməyə, Avropanın digər ölkələrinə infeksiyanı yayan əsgərləri buraxmağa məcbur olmuşdur.

- **Avropa** – Avropa, Asiya və Yaxın Şərq ərazilərində arxeoloji qazıntıların nəticələrinə əsaslı şəkildə sifilisin Avrasiya qitəsində tarixəqədərki zamanlardan mövcud olduğunu sübut edir.
- **Afrika** - sifilisin vətəninə Afrika hesab edən tərəfdarların nəzəriyyəsi. T.Cocburn (1961-ci il.) və E.Hudson (1963-cü il.) nəzəriyyələrinə əsasən Afrikada geniş yayılmış olan tropik treponematozların törədiciləri (*T.pertenue* – frambeziyanın törədicisi, *T.carateum* – pıntanın törədicisi, *T.bejel/T.pallidum*– bedjelin törədicisi) və zöhrəvi sifilisin törədicisi eyni treponemanın növləridir. T.Cocburn və E. Hudson fikrinə əsasən endemik treponematozların təkamülü insan cəmiyyətinin inkişafı ilə sıx əlaqəlidir. Şəhərlərin yaranması, sivilizasiyanın artması ilə treponemanın məişət yolu ilə birbaşa ötürülmə mümkünlüyü əhəmiyyətli dərəcədə məhdudlaşmış və treponematoz zöhrəvi sifilis formasına keçmişdir.

Beləliklə, sifilisin ilk olaraq Mərkəzi Amerikada, Avrasiya qitəsində və ya Afrikada yaranması haqqındakı suallara cavab tapılmış olur. Aydın olan bir şey var ki, sifilis Yer kürəsində insanla eyni zamanda yaranmışdır.

Sifilidologiyanın tarixində tez-tez tədqiqatçıların cəsarəti və özünü qurban verməsi ilə əlaqəli bir çox əhəmiyyətli kəşflər və müşahidələr olmuşdur. Lakin sifilidologiyanın tarixində səhvlər, yanlışlar, insanlar üzərində onların həyatlarını və sağlamlıqlarını təhlükəyə ataraq təcrübə keçən tədqiqatçıların qeyri-etik davranışları da məlumdur. Beləliklə, bir neçə yüzilliklər ərzində sifilitik infeksiyanın mahiyyətinə iki baxış nöqtəsi olmuşdur. Birinə əsasən, sifilis və qonokokk infeksiyası eyni infeksiyanın müxtəlif təzahürü hesab olunur, digərinə əsasən bu, iki fərqli infeksiyadır. Birinci baxışın tərəfdarlarını *unitaristlər*, ikincisini – *dualistlər* adlandırırdılar.

Bu mübahisələrə son qoymaq məqsədilə 1767-ci ildə ingilis alimi D. Hanter (J. Hunter) qonokokk infeksiyalı xəstədən götür-

rülmüşirini öz uretrasına yeritmişdir. Bir neçə gündən sonra onda ifrazat, bir neçə həftədən sonra bərk şankr əmələ gəlmişdir. Burada üzücü yanlışlıq baş vermişdir: materialın götürüldüyü xəstə eyni zamanda həm sifilis, həm də qonorreyadan əziyyət çəkirmiş. Məşhur alim tərəfindən özünü qurban verməklə aparılmış bu təcrübə böyük təəssürat yaradır və sualın düzgün həllini uzunmüddətli (60-70 ilə) gecikdirir. Yalnız 1838-ci ildə J.Hunterin təcrübəsinə lazımı şərh verilir. Fransız alimi F.Rikor (F.Ricord) 1831-dən 1837-ci ilə qədər 26 zöhrəvi xəstədən alınan ifrazatı inokulyasiya yolu ilə ölümə məhkum edilmiş məhbuslara inokulyasiya edərək 700 nəfəri sifilislə və 677 nəfəri qonoreyyaya yoluxdurur. Unitaristlərin və dualistlərin mübahisəsi qəti şəkildə həll olunur. F.Ricordun aldığı nəticələr alimlər tərəfindən qəbul edilməyə bilməzdi, lakin həqiqəti açan bu təcrübələr təqdirə layiq hesab edilmir.

Zöhrəvi xəstəlik kimi sifilis infeksiyasının müstəqilliyi, törədicisi yalnız 1905-ci ildə protozoloq

F.Shaudin və veneroloq E.Hoffman tərəfindən rəngi zəif qəbul etməsi səbəbindən *solğun spiroxetlər* adlandırdıqları treponemanın kəşf olunmasından sonra qəbul olunmuşdur. Bununla da sifilisin etiologiyası haqqındakı sual həll olundu. Sifilidologiyada digər əhəmiyyətli kəşf A.Wassermanın A.Neisser və C.Bruck ilə birgə sifilisdə *seroloji testlər* – WR (Vasserman reaksiyası) 1906-cı ildə qoyulması ilə olmuşdur.

2. Sifilisin etiologiyası

Sifilis – dərini, selikli qişaları, daxili orqanları, dayaq – hərəkət aparatını, sinir sistemini zədələməsilə xarakterizə edilən, solğun treponema (*Treponema pallidum*) tərəfindən törədilən, CYYİ-dır.

Sifilisin törədicisi 8-12 ədəd qıvrımları, 0,12-0,35 mkm qalınlığı, 4-14 mkm uzunluğu olan, spiral formalı, Spirochaetaeaceae ailəsinə aid edilən solğun treponema (*Treponema pallidum*) adlı qramm (-) anaerob bakteriyadır. Qıvrımlar bərabər ölçülü, dairəvi,

sona yaxın hündürlüyü bir az azalsa da bir birin-dən eyni uzunluqda yerləşir. *T.pallidum*-un qalınlığı, bərabər ölçülü olması, sərbəstliyi differensial diaq-nostikada vacib əlamət sayılır. Solğun *treponema* sərbəst, çoxsaylı hərəkətlər edir: öz oxu ətrafında fırlanma, irəliləmə, rəqqas şəkilli, kontraktil (yığıla bilən/dalğışəkilli). *T.pallidum*-un hərəkətliliyi daxili və xarici membranlar arasında yerləşən qamçılarla təmin olunur.

T.pallidum-un əsas çoxalma üsulu – hər biri ayrıca böyüyərək inkişaf edən 2 və ya bir neçə seqmen-tə köndələn bölünmə. Tam inkişaf tsikli 30-33 saati əhatə edir.

Xarici təsirlərə qarşı *T.pallidum* orqanizmi çox həssasdır:

- * məhv olurlar
- qurutma
- 60°C-dən (15-20' müddətində) 100°C-ə qədər (bir anda) qızdırma
- antiseptiklərlə işləmə (0,05% lixlorheksidin məhlulu, süleymani, 1-2% lifenol, 70-96%- li spirt)
- turşuların, qələvilərin, ağır metalların duzlarının,arsen, civə, bismut toplanmasının təsirindən
- * rütubətli və aşağı temperaturda sabit qalma (bir neçə sutka ərzində).

Treponema pallidum spiral şəkilli olmasına baxmayaraq, qeyri əlverişli şəraitdə - sulfanilamid preparatlarının və antibiotiklərin (əsasən terapevtik dozadan az) qəbulu zamanı, yüksək hərarətdə, işıqda, sifilisin latent və gecikmiş formalarında, orqanizmin reaktivliyinin azalması zamanı və başqa hallarda sağ qalmaq və çoxalmaq üçün *sist*, *L-formada*, *toxum* və *polimembran faqosom* da mövcud ola bilər.

Sistlər və L-formalar “yumaq” və ya “ard-arda birləşən dairelər” şəklinə uyğun olaraq sarma yolu ilə spiral şəkilli *treponema*

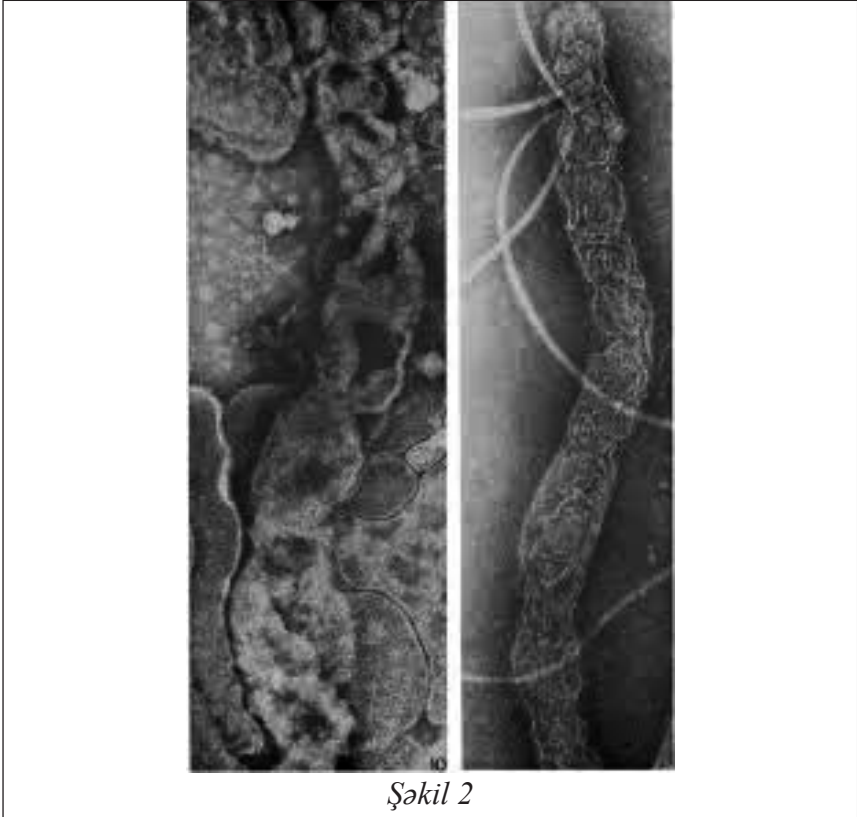
madan əmələ gəlirlər. Toxum – treponemadan ayrılan kiçik dairəvi hissələr. Polimembran faqosomlar – faqositin çoxqatlı membran qılaflı ilə əhatə olunaraq faqosit sitoplazmasında olan treponemalar (Şəkil 1).



Şəkil 1

Elektron mikroskopla baxıldıqda T.pallidum-un 3 qat membrandan, hüceyrə divarından və mukopo-lisaxaridli kapsula kimi maddədən ibarət xarici örtüyü görünür. Sitoplazmatik membrandan aşağıda T.pallidum-un çoxşəkilli hərəkətinə səbəb olan fibrillər – nazik saplar yerləşir. Sitoplazma dənəvərdir, nüvəli vakuola, nüvəciyə və mezasoma sahibdir. T.pallidum çoxqatlı membran qılaflı çox vaxt hüceyrə xaricində yerləşir. Az hallarda törədicilər kapilyarların endotelial divarına, plazmatik hüceyrələrin,

makrofaqın, neytrofillərin bəzən isə - fibroblastların və sinir liflərinin daxilində aşkar olunurlar (Şəkil 2).



Şəkil 2

3. Sifilisin patogenezi

İnfeksiyanın mənbəyi – *xəstə insan*.

Sifilisin (infeksiyanın) ötürülmə yolları:

- cinsi
- transplasentarı (anadan dölə cift vasitəsilə ötürülmə – anadangəlmə sifilis)
- hemotransfuzion (sifilisin istənilən mərhələsində olan xəstədən donör olaraq qan köçürmədə)
- məişət (nadir hallarda)
- peşə ilə bağlı (mama–ginekoloqlar, cərrahlar, stomatoloqlar, patoloq anatomlar, laborantlar və başqaları).

T.pallidum orqanizmə dəri və selikli qişalardakı bir o qədər hiss edilməyən, nəzərə çarpmayan zədələnmələrdən (*giriş qapısı*) daxil olur. Dəri – selikli qişa baryerini aşan T.pallidum-un orqanizmdə əsas yayılma yolları *perinevral (epi-, peri- və endonevral-bura daxildir), limfatik və qan-damar sistemidir*.

Sifilisdə infeksiyanın davam etdiyi müddət ərzində immunitet, *qeyri-steril (infeksion) immunitet* əmələ gəlir və solğun treponemaların orqanizmdən çıxması anına qədər mövcud olur. Sağaldıqdan sonra immunitet itir. Sifilisdə anadangəlmə immunitet olmur.

Sifilisdəki immunitetin xüsusiyyətləri bu anlayışlarla əlaqəlidir, beləki

- *reinfeksiya* –keçmişdə xəstələnmiş və sağalmış şəxslərin yenidən sifilisə yoluxması
- *superinfeksiya* – sağalmamış xəstənin yenidən sifilisə yoluxması, bu zaman solğun treponemalardan azad olmamış orqanizmə yeni solğun treponemalar daxil olur, mövcud olan sifilisə yeni sifilis infeksiyası əlavə olunur və orqanizm yeni yoluxmaya hal-hazırda olan mərhələyə uyğun səpgilərlə cavab verir.

4. Sifilisin təsnifatı

Dövrülük /mərhələlik sifilisin klassik gedişinə xasdır, bu halda sifilis infeksiyasının dövrləri xarakterik kliniki əlamətlərə uyğun olaraq ardıcılıqla dəyişir. İnfeksiyanın ötürülmə yolundan asılı olaraq anadangəlmə (A50) və qazanılmış (A51-A53) sifilis ayırd edilir.

XBT-nin 10-cu baxışına əsasən ayırd edilir

A50.0 – A50.2	erkən anadangəlmə sifilis (2 yaşa qədər olan uşaqlarda, bura daxildir)
A50.0	erkən anadangəlmə sifilis simptomlarla
A50.1	erkən anadangəlmə gizli sifilis
A50.2	aşkarlanmamış erkən anadangəlmə sifilis
A50.3 – A50.9	gecikmiş anadangəlmə sifilis (2 yaşdan böyük uşaqlarda, bura daxildir)
A50.3 – A50.5	gecikmiş anadangəlmə sifilis simptomlarla
A50.6	gecikmiş anadangəlmə gizli sifilis
A50.7	aşkarlanmamış gecikmiş anadangəlmə sifilis
A51	erkən sifilis, aşağıdakılar daxildir
A51.0 – A51.2	birincili sifilis (orta davam etmə müddəti 6-8 həftə)
A51.3 – A51.4	ikincili sifilis (orta davam etmə müddəti 3-4 il)
A51.5	erkən gizli sifilis
A51.9	erkən aşkar edilməmiş
A52	gecikmiş sifilisə, aşağıdakılar daxildir
A52.0	kardiovaskulyar sifilis
A52.1 – A52.3	neyrosifilis
A52.7	üçüncülü sifilis
A52.8	gecikmiş gizli sifilis
A52.9	aşkar edilməmiş gecikmiş sifilis

Dövləri və xarakter kliniki əlamətləri ilə sifilisin klassik gedişindən fərqlənən

sifilisin atipik gedişi də ola bilər:

- *gizli sifilis (syphilis latens)* – diaqnozu daxili orqanlarda və sinir sistemində spesifik zədələnmə əlamətləri, dəri və selikli qişalarda xəstəliyin qeyri – aktiv əlamətləri, müsbət seroloji testləri olan şəxslərdə qoyulur. Gizli sifilis *erkən* – yoluxduqdan sonra 2 yaşa qədər olan müddətdə, *gecikmiş* – yoluxduqdan sonra 2 yaşdan yuxarı müddətdə və *dəqiqələşdirilməmiş* – yoluxmanın zamanını təyin etmək mümkün olmur.

- *hemotransfuzion, başsız, sifilis (syphilis transfusionali, syphilis decapitate/d' emblee)* – yoluxmuş donor qanının köçürülməsi ilə inkişaf edir və bərk şankrın olmaması ilə xarakterizə edilir. Belə ki, solğun treponemalar birbaşa qan axınına düşdüyündən xəstəlik tez bir zamanda ikincili sifilis əlamətləri ilə başlayır.
- *bədxassəli sifilis (syphilis maligna)* – yanaşı olaraq gedişi ağırlaşdıran xəstəliyi (QİÇS – infeksiyası, vərəm, şəkərli diabet) olan şəxslərdə bu diaqnoz qoyulur, sifilisin kiliniki əlamətlərinin (miliar papulyoz sifilid, pustulyoz sifilid və başqaları) nadir formaları və sifilis dövrlərinin qısalması ilə xarakterizə edilir.

5. Sifilisin inkubasiya dövrü

Sifilis də digər infeksiyalar kimi inkubasiya dövrü (stadium incubationis) – yoluxma anından başlayaraq solğun treponemanın daxil olduğu yerdə bərk şankr əmələ gəlməsi ilə başlayır. İnkubasiya dövrünün orta davam etmə müddəti 2 həftədən 2 aya qədərdir. İnkubasiya dövrü 3-3,5 aya qədər uzana bilər və ya 8-10 gün qısalda da bilər.

İnkubasiya dövrünün uzanmasına sifilis infeksiyasının gedişini dəyişə bilən, xəstəliyi ağırlaşdıran xəstəliklərin (KRX, angina, qonokokk infeksiyası, pnevmoniya, furunkulyoz və s.) müalicəsində antibiotiklərin istifadəsi səbəb ola bilər.

İnkubasiya dövrünün qısalması müşahidə edilir

- reinfeksiya zamanı
- sifilise yoluxmuş, yanaşı ağırlaşdıran xəstəlikləri (QİÇS-infeksiyası, vərəm, şəkərli diabet və s.) olan şəxslərdə
- sifilis törədicisinin orqanizmə bir neçə giriş qapısından daxil olması nəticəsində bipolyar yerləşmiş bərk şankrlar tez bir zamanda orqanizmin *T.pallidum* ilə doymasına imkan yaradır, generalizə olunmuş infeksiyanı və orqanizmdə immun dəyişikliklərin inkişafını sürətləndirir.

B. BİRİNCİLİ SİFİLİS (*syphilis primaria*)

1. Birincili sifilis (A51.0-A51.2). *T.pallidum*-un daxil olduğu yerdə birincili manifest sifilitik infeksiyanın əlamətinin əmələ gəlməsi anından başlayır. Birincili dövrün orta davam etmə müddəti *6-8 həftədir*. Sifilisin diaqnostikasının yalnız Vasserman reaksiyasının olduğu zamanlarda birincili sifilisi, şərti olaraq, *birincili seroneqativ (syphilis primaria seronegativa)*– birincili sifilisin ilk 3-4 həftəsi və *birincili seropozitiv (syphilis primaria seropositiva)*– birincili sifilisin sonuncu 3-4 həftəsi olmaqla bölürdülər. Lakin sifilisin seroloji diaqnostikasının alqoritminə treponemal testlər daxil olduğu zamandan etibarən bu bölünmə öz zəruriliyini itirdi.

Birincili sifilisin kliniki əlamətləri

- bərk şankr, birincili sifiloma (*ulcus durum, syphiloma primarium*) (Şəkil 3)
- sifilitik regionar limfadenit sin. skleradenit, yanaşı gedən bubon (*lymphadenitis syphilitica, syn. scleradenitis syphilitica, bubo-syphiliticus*)
- sifilitik limfangit (*lymphangitis syphilitica*)



Şəkil 3

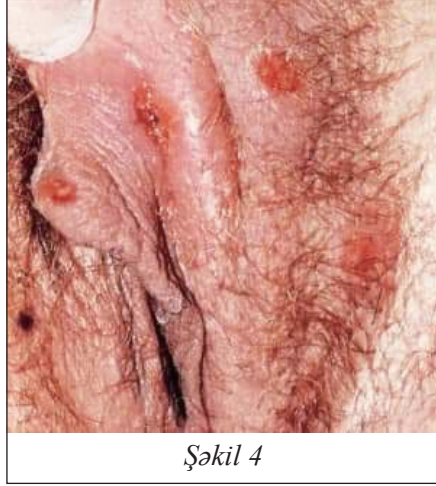
Bərk şankr (*ulcus durum*) – periferiyasında kəskin iltihabi əlamətlərin olmayan, əsasının ağrısız sərt infiltratlı, zəif seroz ifrazatlı, «laklanmış», hamar, çəçələ barmağın dırnağının (1,0 sm) ölçüsündə, nəlbəkiyəbənzər formalı xora və ya dairəvi formalı əksər hallarda tək-tək olan eroziyadır. Eroziy bərk şankrın sağalması izsiz nəticələnir, lakin xoralı forma – çapıq qoyur. Bərk şankr adətən

cinsiyyət orqanının dərisində və selikli qişasında, nadir hallarda cinsiyyət orqanından kənarında – sağrı, bud, qasıq, qarnın dərisində lokalizasiya edir. (Şəkil 3)

Bərk şankrın *gizli lokalizasiyalarıda* ola bilər: endouretbral şankr, uşaqlıq boynu şankrı, düz bağırsağ şankrı, fimoza bənzər

Bərk şankrın növləri:

- eroziv (Şəkil 4), xora (Şəkil 5)



Şəkil 4



Şəkil 5



Şəkil 6

- tək saylı (Şəkil 6), çox saylı (Şəkil 7)
- cırdan (1-3 mm) (Şəkil 8), nəhəng (1,5-2 sm və daha çox) (Şəkil 9)
- genital (Şəkil 10), ekstragenital (Şəkil 11, 12)
- çatlar (dildə, ağız bucağında, anal büküşlərdə) (Şəkil 13)
- gizli – şankrın uşaqlığın, uretranın, anusun selikli qişasında yerləşməsi



Şakil 7



Şakil 8



Şakil 9



Şakil 10



Şakil 11



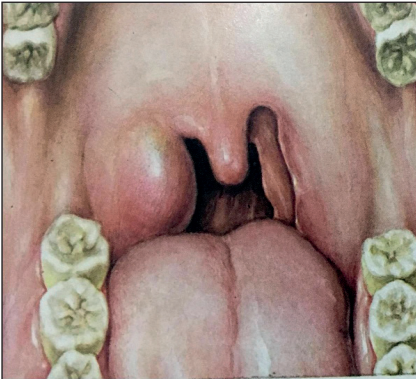
Şakil 12



Şəkil 13



Şəkil 14



Şəkil 15



Şəkil 16

- bipolyar – şankrların eyni zamanda bir birlərindən uzaq olan müdafiə səthlərində meydana gəlməsi, məsələn, cinsiyyət orqanının dərisində və selikli qişasında (genital şankr) və dodağın qırmızı kənarında (ekstragenital şankr)
- möhür – şankrlar («öpüşən şankrlar») – toxunan səthlərdə şankrların lokalizasiyası, məsələn, budun iç səthi (Şəkil 14)

Nisbətən çox nadir rast gəlinən bərk şankrın atipik formaları:

- şankr – amiqdalit (chancre-amygdalite)– eyni zamanda badamcıqların birtərəfli böyüməsi və hiperemiyalaşması, sərtləşməsi, səthinin zədəsiz olması (eroziyanın /xoranın iştirak etməməsi) (Şəkil 15)



Şəkil 17



Şəkil 18

- şankr – panarisium (chancre-digiti)– adətən sağ əlin birinci üç barmağında lokalizasiya edir və tez- tez ağrı və çoxlu irinli ifrazat ilə müşaiət olunan panarisiumun çürük formasına keçir (Şəkil 16)
- indurativ ödem (oedema indurativum) – böyük cinsiyyət do-daqlarında, xayalarda və ya pülük kisəsində yerləşir. Həmin hissələrdə ağrısız sərt ödemnin olması, kəskin iltihabi əlamətlərin olmaması və səthinin zədəsiz olması (eroziyanın /xora-



Şəkil 19



Şəkil 20

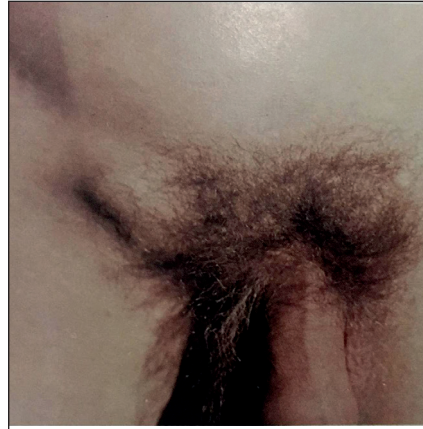
nın iştirak etməməsi), təzyiq etdikdə çuxur əmələ gəlməməsi qeyd edilir; al qırmızı rəngdə olan zədələnmiş dəri, yavaş-yavaş periferiyaya doğru solğunlaşır. (Şəkil 17)

İkincili infeksiyanın (bakterial, trixomonad) qoşulması nəticəsində *bərk şankrın kəskinləşməsi* inkişaf edir : balanit, balanopostit, fimoz, parafimoz, qanqrenozlaşma, fagedenizm.

Şankr ətrafında daha çox kəskinləşmə *balanit (balanitis) və balanopostit (balanoposthitis)* – cinsiyyət üzvünün başcığının dərisi və pülük kisəsinin daxili səfhəsi hesab olunur. Belə hallarda şankr ətrafında ödemlilik, parlaq eritema, epitelin masserasiyası, seroz – irinli ifrazatın artması baş verir.

Balanopostit pülük kisəsi səfhəsinin daralmasına səbəb olur ki, bu da cinsiyyət üzvünün başcığının açılmasına imkan vermir. Belə vəziyyət *fimoz (phimosi)* adlanır (Şəkil 18), bu zaman cinsiyyət üzvü ödemli, eritematoz, ağrılı olur. Fimoz zamanı cinsiyyət üzvünün başcığının müqavimət göstərərək ayrılmasına cəhd etmək *parafimoz (paraphimosis)* gətirib çıxara bilər ki, bu zaman da ödemli və infiltrasiyalı pülük halqası başcığı sıxır. (Şəkil 19)

Bərk şankrın daha ağır kəskinləşməsi zəif şəxslərdə, alkoqolliklərdə müşahidə olunan qanqrenizasiya və fagedenizmdir. Şankrın səthində qara qartmaq – *qanqrenizasiya (gangraenizatio)* (Şəkil 20), birincili sifilomanın hüdudundan kənara yayıldıqda – *fagedenizm (phagedaenismus)* formalaşır. Qartmağın altında geniş xora formalaşır ki, bu da sağalmadan sonra çapıq qoyur. Proses titrətmə, temperaturun yüksəlməsi və başqa ümumi əlamətlərlə müşayiət olunur.



Şəkil 21

Birincili sifilisin digər əlamətləri - regionar limfadenit və limfangit.

Regionar limfadenit (skleradenit, yanaşı bubon) – bərk şankrın əmələ gəlməsindən 5 – 8 gün sonra inkişaf edir. Regionar limfatik düyünlər öz aralarında və ətraf toxumalarla birləşməyən, ağrısız, hərəkətli, bərk – elastik konsistensiyalı olub, ölçüsü noxud, yunan qozu və daha da çox böyüyə bilər.(Şəkil 21)

Spesifik limfangit - bərk şankr yaxınlığında regionar limfatik düyünlər boyunca olan limfa damarlarının iltihabıdır. Bəzən ətraf toxumalarla birləşməyən, dəqiq sərhədli, sərt, ağrısız qayış kimi müşahidə olunur.

Bərk şankrın differensial diaqnostikası:

- genital herpes – ağrı, yandırma ilə müşaiət olunan, ödemli – eritematoz fonda, əsası bərkləşməyən politsiklik şəkilli qruplaşmış eroziyalardır, seroloji testlər mənfidir;
- qoturluq– əsasında sərt infiltratın olmaması, gecələr biopsiya edən qaşınma, bədənin digər hissələrində də tapılan xarakterik cüt qoşa səpgi elementləri, seroloji testlər mənfidir;
- şankrabənzər piodermiya – seroloji testlər mənfidir;
- dəri xərcəngi– xoralaşmış xərcəng şişi dəriində yerləşir, kənarları sərt, nahamar, çox vaxt didilmiş, dibi nahamar və asanlıqla qanayan, seroloji testlər mənfidir;
- miliar xorali vərəm – xoralar çoxsaylıdır, ağrılıdır, kənarları oyulmuş, naharmardır, tuberkulin sınaqları müsbətdir, seroloji testlər mənfidir;
- yumşaq şankr – isti iqlimi olan ölkələrdə rast gəlinir. İnkubasiya dövrü olduqca qısamdır (1-5 gün). Yumşaq şankrın çoxlu sayda olması, ağrılı, qeyri düzgün forması, autoinokulyasiya ilə digər ocaqlarda meydana gələrək periferik böyüməyə meylliliyi, xoranın ətrafında kəskin iltihabi tac, əsasında yumşaq infiltrat qeyd edilməsi fərqləndirici xüsusiyyətlərdir. Kəskin ağrılı regionar limfa düyünlərinin böyüməsi, bir-bi-

rilə və ətrafdakı toxumalarla birləşməsi, hiperemiyalaşmış dəri olur, limfadenitin tez-tez absesləşməsi və xeyli miqdarda irinin ifraz olunması ilə yaranın açılması baş verir. Bakterioskopik müayinədə *Haemophilus ducreyi* aşkarlanır, seroloji testlər mənfidir;

- dəri leyşmaniozu - leyşmanioz bir qayda olaraq bərk şankr-la ekstragenital yerləşməsi ilə differensasiya edilir, belə ki, leyşmanioz nadir hallarda genital nahiyədə lokalizasiya edir. Fərqləndirici xüsusiyyətlər: yavaş böyümə, böyük ölçü, naxışlı kənar, əsasında xəmirəbənzər konsistensiya, periferiya üzrə iltihabi tac, *L.tropica* aşkarlanır və seroloji testlər mənfidir.

C. İKİNCİLİ SİFİLİS (*syphilis secundaria*)

1. İkincili sifilis (A51.3-A51.4) birincili sifilislə yanaşı olaraq XBT-nin 10-cu baxışına əsasən erkən sifilisin (A51) nozoloji formalarıdır. İkincili sifilis adətən yoluxmadan 9-12 həftə sonra və ya bərk şankrın əmələ gəlməsindən 6-8 həftə keçdikdən sonra inkişaf edir. Buna görə də 25 % hallarda bərk şankr ikincili sifilisin əlamətləri ilə bircə mövcud olur. İkincili sifilisin davam etmə müddəti 2 -4 ilə qəddir – bu, erkən sifilisin “yoluxucu” formasının son mərhələsidir.

İkincili sifilisin gedişində ayırd edilir

- ikincili təzə sifilis (*syphilis secundaria recens*), diaqnozu “ikincili sifilidlər” (davam etmə müddəti 2-3 aydır) əlamətləri əmələ gəlmiş andan etibarən qoyulur
- ikincili gizli sifilis (*syphilis secundaria latens*), diaqnozu ikincili sifilidlər arası aralıqlarda qoyulur
- ikincili residiv sifilis (*syphilis secundaria recidiva*), ikincili sifilis müddətində müalicə olunmadıqda bir neçə dəfə təkrarlana bilər

İkincili sifilis adətən ikincili sifilidlərin əmələ gəlməsinə 7-10 gün qalmış prodromal əlamətlərlə başlayır və zamanla solğun treponemanın xəstə orqanizmində hematogen yayılması ilə üst – üstə düşür. Zəiflik, baş ağrısı, əzələlərdə, sümüklərdə, oynaqlarda gecələr artan ağrılar, hərəkətin yüksəlməsi qeyd edilir. Bir qayda olaraq, ikincili sifilisin əlamətləri əmələ gəldiyi andan etibarən prodromal əlamətlər yox olur.

İkincili sifilisin kliniki əlamətləri

İkincili sifilis çoxşəkilli simptomlarla, dəridə və selikli qişalarda yerləşən morfoloji elementlərlə (sifilidlərlə), dayaq – hərəkət aparatında, sinir sistemində, daxili orqanlarda gedən dəyişikliklərlə (aşağı dərəcədə) xarakterizə olunur.

İkincili təzə sifilis və ikincili residiv sifilisdə sifilidlər eyni zamanda müxtəlif kliniki əlamətlərə malik olurlar.

Təzə sifilidlər – kiçik, parlaq, çoxsaylı, simmetrik, birləşməyə və fiqur əmələ gətirməyə meyilli olan. Adətən gövdənin və ətrafların dərisində lokalizasiya edir. Tez – tez qabarıq regionar limfadenitdə və bərk şankrın qalığının əvvəlində təzə sifilidlər əmələ gəlir. *Residiv sifilidlər* – böyük, solğun, azsaylı, asimmetrik, birləşməyə və fiqur əmələ gətirməyə meyilli olan. Adətən sürtünən və qıcıqlanan nahiyələrdə (qoltuq altı, qasıq nahiyəsi, ağız boşluğunun və cinsiyyət orqanının selikli qişası) lokalizasiya edir.

İkincili sifilidlər dəri və selikli qişalarda bu şəkildə təzahür edirlər

- * ləkə – *ləkəli sifilid (syphilidum maculatum)*
- damar mənşəli ləkə – *rozeolyoz sifilid (syphilidum roseololum)*
- pigment ləkəsi – *piqment sifilid sin. leykoderma (syphilidum pigmentosum, syn. leucoderma syphiliticum)*
- * düyüncüklər – *papulyoz sifilid (syphilidum papulosum)*
- * irinciklər – *pustulyoz sifilid (syphilidum pustulosum)*
- * qovucuqlar (nadir) – *vezikulyoz sifilid (syphilidum vesiculosum)*

Rozeolyoz siflid diaskopiya zamanı itən, subyektiv hissiyyatsız, periferik böyüməyə və birləşməyə meyilli olmayan, hamar səthli, diametri 1 sm - ə qədər olan, çəhrayı rəngli, dairəvi formalı *ləkələr* şəklindədir. Lokalizasiya – adətən gövdənin, ətrafların dərisi, daha da qabarıq əlamətlərlə gövdənin yan səthlərində. *İkincili təzə sifilislə* yanaşı, *ikincili residiv sifilisdə* də rast gəlinir (Şəkil 22).



Şəkil 22

Rozeolyoz sifidlərin növləri

- *kəpəklənən rozeola (roseolasymphiliticadesquamativa)* – rozeolanın səthində lay – lay qabıqlanmalar, mərkəzində çuxur qeyd edilir. (Şəkil 23)
- *yüksələn/urticarozeola (roseolasymphiliticaelevate/ urticata)* – rozeola normal dəri səthindən yüksələrək köpüşüyü xatırladır. (Şəkil 24)
- *dənəcikli rozeola (roseola granulata)* – follikul aparatının ətrafında yerləşən rozeolalar dənəcikli görünür.



Şəkil 23



Şəkil 24



Şəkil 25

Leykoderma (piqmentli sifilid)– qabıqlanmayan, birləşməyə meyli olmayan, diametri 0,5-1,5 sm olan, dairəvi formalı, yüngül hiperpiqmentasiya fonunda *depiqmentli ləkələrlə* xarakterizə edilir, subyektiv hissiyyət müşayiət edilmir. Lokalizasiya - adətən boynun (Venera boyunbağısı) və gövdənin yuxarı səthinin dərisində. Leykoderma

ikincili residiv sifilisin simptomlarından hesab olunur, adətən xəstəliyin 4-6-cı aylarında meydana gəlir, uzun müddət mövcud olur və 6-12 aydan sonra, bəzən isə tamamlanmamış müalicə alanlarda 2- 4 ildən sonra itir (Şəkil 25).



Şəkil 26



Şəkil 27

Leykodermanın növləri:

- *ləkəli (maculosum)* (Şəkil 26)
- *torşəkilli/torlu (reticulare)* (Şəkil 27)
- *mərmərşəkili (marmoratum)*
- *Venera boyunbağısı*

Papulyoz siflid periferik böyüməyə və birləşməyə meyilli olmayan, bərk – elastik konsistensiyalı, dairəvi forması, növündən asılı olaraq 0,1-2,0 sm ölçüdə olan, *düyüncüklü* səpəgilərlə xarakterizə olunur. İlk öncə çəhrayı rəngli, hamar səthli olan papulalar daha sonra mis – qırmızı rəngə boyanır, qabıqlanmağa başlayır. Kəpək-



Şəkil 28



Şəkil 29



Şəkil 30



Şəkil 31

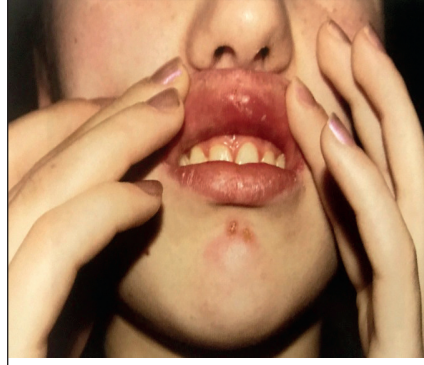


Şəkil 32

*Şakil 33**Şakil 34**Şakil 35**Şakil 36**Şakil 37**Şakil 38*



Şakil 39



Şakil 40



Şakil 41



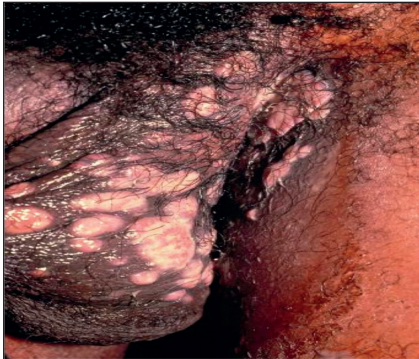
Şakil 42



Şakil 43



Şakil 44



Şəkil 45

lənə mərkəzdən başlayır və periferiyaya nisbətə mərkəzdə daha tez sonlanır ki, bu da kənar qabıqlanmanın əmələ gəlməsinə – “*Biett yaxalığı*” səbəb olur. Zond çubuğu ilə düyüncüyün mərkəzinə təzyiq etdikdə kəskin ağrı verir – *Yadasson simptomu*. Selikli qişalarda, büküşlərdə yerləşən papulanın səthi mase-rasiyaya uğrayır, sulanan eroziv

papulalar formalaşır.

Lokalizasiya – bütün bədən səthi, ağız boşluğunun və cinsi orqanların selikli qişalarında.

Papulyoz sifilid *ikincili təzə sifilisdə* olduğu kimi, *ikincili resi-div sifilisdə* də rast gəlinir.

Papulyoz sifilidin növləri:

- miliar(miliare)– $\leq 0,2$ sm diametrli ölçüdə papula ; bədxassəli sifilisdə müşahidə edilir
- lentikulyar(lenticulare)– 0,3-0,5 sm ölçüdə papula (Şəkil 28)
- sikkəşəkilli(nummiforme) – $> 0,5$ sm diametrli papula, bədxassəli sifilisdə müşahidə olunur
- ovuc – ayaqaltı (palmarum et plantarum) (Şəkil 29-36)
- seboreyalı (seborrhoicus) – adətən yağlı seboreyadan əziyyət çəkənlərdə «seboreyalı bölgələrdə» rast gəlinir
- Venera tacı – papulanın başın tüklü hissəsi ilə alın sərhəddində lokalizasiyası
- psoriaz şəkilli (psoriasiforme) – ilk vaxtlarda papulanın səthində psoriazi xatırladan gümüşü – ağ rəngdə lay – lay qabıqlanmalar olur (Şəkil 37, 38)
- sulanan (madidans) – papulaların sürtünməyə məruz qalan hissələrdə (sağrıarası, qasıq – bud, qoltuqaltı, cinsi orqanlar,

qadınlarda süd vəzinin altı) yerləşməsi masserasiyaya gətirib çıxardır və buynuz qat papulanın səthindən çətinliklə ayrılır. Seroz ifrazatında külli miqdarda *T.pallidum* aşkarlanan, sulanan eroziv papulalar formalaşır (Şəkil 39,40)

- enli kondiloma, sin. vegetasiyaedən papulalar (condyloma latum, syn. vegetans) – sulanan eroziv papulalardan inkişaf edir, səthində uzunmüddətli qıcıqlanma nəticəsində vegetasiya formalaşır, tərkibində külli miqdarda *T.pallidum* olan seroz yapışqan ərpələ örtülüdür (Şəkil 41, 42, 43, 44, 45)

Pustulyoz siflid – ikincili sifilisin nadir təzahürlərindəndir, *papula*, *papula* – *pustulalı* səpgilərlə xarakterizə olunur və adətən zəif şəxslərdə üzə çıxır və xəstəliyin ağır gedişinə şərait yaradır (Şəkil 49). Lokalizasiya – bütün bədən səthi

Pustulyoz siflidin növləri:

- sızanaqşəkilli (acneforme – 0,2-0,3 sm diametr ölçüsündə, konusşəkilli formada follikulyar papula - pustulalar əmələ gəlir,



Şəkil 46



Şəkil 47



Şəkil 48

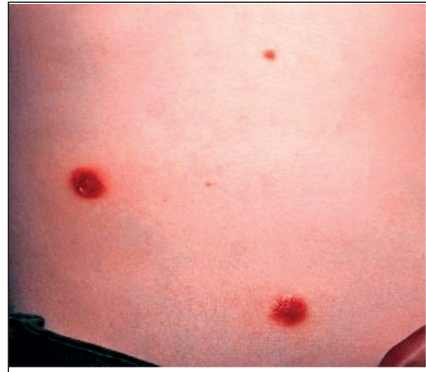


Şəkil 49



Şəkil 50

- təzyiqlə qopardıldığı halda ancaq dartılmış piqmentli çarıqlar qala bilər
- çopurşəkilli (varioliforme) – çeçələ barmaq və ya noxud böyüklüyündə, mərkəzində göbəkşəkilli basıqlığı olan yarımkürəşəkilli pustulalar meydana gəlir, dağılma prosesində qartmaq



Şəkil 51

- əmələ gəlir, dartıb qopardıqda adətən çarıq qoyur (Şəkil 46)
- impetiginoz (pustulosum) – səthi, səpələnmiş papula – pustulalar əmələ gəlir, qartmağı dartıb qopardıqda proses izsiz nəticələnir (Şəkil 47,48)
- ektimatoz (ectimatosum) – dağılma prosesində geniş sahəli qartmaqlar, bəzən lay-lay – rupiod (Şəkil 49), dərin xoralar, piqmentli çarıqlar əmələ gətirən dərin pustulalarla meydana gəlir (Şəkil 50, 51).

Sızanaqşəkilli, çopurşəkilli və impetiginoz pustulyoz sifilidlər daha çox ikincili təzə sifilisli xəstələrdə, ektimatoz /rupiodli pustulyoz sifilidlər ikincili residiv sifilisli xəstələrdə meydana gəlir.

İkincili sifilisdə daha çox **ağız boşluğunun və qırtlağın selikli qişasının** zədələnməsi qeyd edilir, çünki ikincili sifilisdə selikli qişalardakı səpgilər xəstəliyin yeganə kliniki təzahürü ola bilər. Ağız boşluğunun selikli qişasındakı sifilidlər yüksək miqdarda solğun treponemalara malik olması səbəbilə yüksək kontogiozluğu ilə fərqlənirlər və *ləkə (rozeolyoz)* və *papulyoz sifilidlər* şəklində rast gəlinir. Pustulyoz sifilid çox nadir hallarda ağız boşluğunun selikli qişasında meydana gəlir.

Rozeolyoz sifilid simmetrik olaraq yumşaq damaq qöv-sündə, dildə və badamcıqlarda *rozeolaların* birləşərək kəskin sərhədli, hamar səthli, durğun – qırmızı rəngdə geniş ocaqlar şəklində meydana gəlir, qırtlaqda xoşagəlməz hissiyata və hətta hissiyyatın itməsinə (*sifilitik eritematoz angina*) (Şəkil 52,53) səbəb ola bilər. Qırtlağın selikli qişasının zədələnməsində hiperemiya və uzun müddətli, a-foniyaya ilə nəticələnən-rausedo (*sifilitik kataral laringit*), ağrısız, xırıltılı səs meydana gəlir.

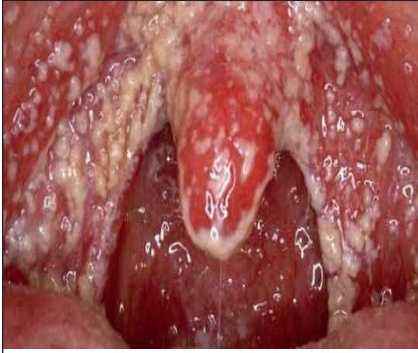
Papulyoz sifilid ağız boşluğunun selikli qişasının istənilən hissəsində meydana gələ bilər: dil, yanağın selikli qişası, yumşaq damaq, badamcıq, diş əti. Papulyoz sifilid diametri 1 sm-ə qədər olan, bərk –elastik konsis-



Şəkil 52



Şəkil 53



Şəkil 54



Şəkil 55



Şəkil 56



Şəkil 57

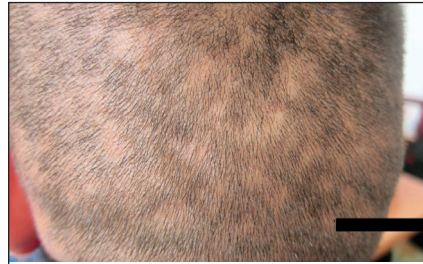
tensiyalı, tünd – qırmızı rəngdə, dairəvi formalı tək – tək *papular* şəklində və ya badamcıqlar, qövs və yumşaq damaq sahəsində yerləşən, əsası bərk infiltratlı, birləşmiş papulalardan ibarət qalxan *lövhəciklər* şəklində (*sifilitik papulyoz angina*) təzahür edir. (Şəkil 54,55) 2-3 gün keçdikdən sonra papula / lövhəciklər ekssudatın daxilə hopması nəticəsində gümüşü – ağ rəngə boyanır («*donuq yaşıl papulalar / lövhəciklər*») (Şəkil 56,57), 1-3 həftədən sonra isə papula / lövhəciklərin səthi eroziyaya uğrayır (*eroziv papula / lövhəciklər*) və ifrazatında asanlıqla *T.pallidum* tapılır. Eroziv papula / lövhəciklər olduqca yoluxucudur. Ağız boşluğundakı papulalar ağrı ilə müşayiət oluna bilər (*sifilitik angulus*).

Dil бүküşlərində, dil şırımlarında yerləşən papulalar nəzərə çarpacaq dərəcədə dərinləşir və dərin çatlar kimi görünür. Belə ki, daha çox dildə yerləşən, düzgün olmayan və ya dairəvi formada, göyümtül – çəhrayı rəngdə, səthi hamar, cilalanmış, dilin selikli qişasından asanlıqla qopan ərp şəklində görülən papulyoz sifilid, elə bir təəssürat yaradır ki, zədələnmiş hissə ətraf selikli qişadan aşağıda yerləşir – «*parlaq papula /lövhəciklər*» və ya «*biçilmiş çəmən*» simptomu.

Qırtağın selikli qişasının zədələnməsi nəticəsində təksaylı, gümüşü-ağ rəngdə papulalar, eroziyaya/ xoralaşmaya meyilli olmayan, xırıltılı səs ilə müşayiət olunan sifilitik papulyoz laringit əmələ gəlir. İkinci sifilis zamanı sifilitik laringit (kataral və papulyoz) tez-tez ikincili residiv sifilis də rast gəlinir, lakin sifilitik angina(eritematoz v papulyoz) ikincili təzə sifilisdə olduğu kimi residiv sifilisdə də müşahidə olunur.

İkincili sifilisdə dəridə və selikli qişalardakı səpgilərlə yanaşı, *sifilitik alopesiya* və *poliadenit* də meydana gələ bilər.

Sifilitik alopesiya (alopecia syphilitica) ikincili residiv sifilisə xasdır və adətən yoluxmadan 6-8 ay sonra əmələ gəlir. Sifilitik saç tökülmə qabıqlanma və subyektiv hissiyyatla müşayiət olunmur.



Şəkil 58

Sifilitik alopesiyanın növləri:

- kiçik ocaqlı (alopecia syphilitica areolaris) (Şəkil 58)
- diffuz (alopecia syphilitica diffusa)
- qarışıq (alopecia syphilitica mixta) (Şəkil 59).



Şəkil 59

Kiçik ocaqlı alopesiyada adətən başın tüklü hissəsi, onun ənsə və gicgah nahiyələri, nadir hallarda – qaşlar, kirpiklər, saqqal zədələnilir. Çoxlu kiçik ocaqlı, diametri 1-2 sm və daha böyük, dairəvi formalı, adətən öz aralarında birləşməyən dazlaşma ocaqları qeyd edilir. Patoqnomonik olaraq, ocaqlardakı saçların tam şəkildə deyil, hissə - hissə tökülməsi, ocaqlara güvə dəymiş xəz görüntüsü verir.



Şəkil 60



Şəkil 61

Qaşlar nahiyəsində tüklərin kiçik ocaqlar şəklində tökülməsi «*omnibus*» (Fournier) və ya «*tramvay*» (P.S. Qriqoryev) sifilidləri adlandırılır. (Şəkil 60) Kirpiklərin zədələnməsi zamanı onların hissəvi tökülməsi və ardıcıl olaraq uzanması nəticəsində kirpiklər müxtəlif uzunluğa sahib olurlar – *pillə şəkilli kirpiklər (Pinkus simptomu)* (Şəkil 61, 62)



Şəkil 62



Şəkil 63

Diffuz alopesiya dəri zədələnməsi olmadan saçların tamamilə tökülməsidir.

Qarıışıq alopesiya – kiçik ocaqlı və diffuz alopesiyanın birləşməsi.

Poliadenit(polyadenitis syphilitica) 80-90% hallarda ikincili təzə sifilislə xəstələrdə, olduqca nadir hallarda – ikincili residivli sifilislə xəstələrdə rast gəlinir. Poliadenit limfa düyünlərinin böyüməsi ilə meydana gəlir : çənəaltı, boyun, qoltuqaltı, qasıq –bud, kubitə və.s. Böyümüş limfa düyünləri hərəkətli, ağrısız, bərk – elastik konsistensiyalı, meşə qozu böyüklüyündə və böyük, öz aralarında və altdakı toxuma ilə birləşməyəndirlər. (Şəkil 63)

Daxili orqanların, sinir sisteminin, dayaq – hərəkət aparatının zədələnməsi.

Sifilis artıq erkən mərhələlərdə bir çox daxili orqanları və sistemləri zədələyir. İkincili sifilislə xəstələrdə daxili orqanların və sistemlərin zədələnməsi sifilisin digər erkən formalarında olduğu kimi üzvi yox, *funksionaldır, tez keçən xarakterdədir.* Daha çox qaraciyər (hepatit), dalaq (splenit), böyrək (nefrit, nefroz), mədə (qastrit, mədə-bağırsaq diskineziyası), ürək (miokardit), sinir sistemi (nevroz, meningit), dayaq-hərəkət sistemi (poliartrit, osteoperiostit, periostit). Bunlardan əlavə, nadir hallarda quru plevrit, otit, retinit qeyd edilir. (Şəkil 64, 65)



Şəkil 64



Şəkil 65

İkincili sifilisin sifilidlərinin differensial diaqnostikasi:

Dəridə təzahürləri

*** rozeolyoz sifilid**

- *toksidermiya* –kəskin başlanması və gedişi. Ləkələr parlaq qırmızı, periferik böyüməyə və birləşməyə meyilli, səthi hamardır, nadir hallarda qabıqlanır. Subyektiv olaraq – qaşınma və qıcıqlanma.Seroloji testlər mənfidir.
- *Jiberin çəhrayı dəmrovu* – xəstəlik yeganə çəhrayı rəngli, dairəvi formalı, periferik böyümə hesabına diametri 2 sm-ə çatır və daha çox mərkəzi ilə büzülmüş papiros kağızını və «medalyon» - ana lövhəcik tipli periferiya boyunca qabıqlanan tacı xatırladan ləkənin əmələ gəlməsilə başlayır.

7-10 gündən sonra daha kiçik ölçüdə olan, bir xətt boyunca yerləşən analoji elementlər əmələ gəlir. Subyektiv olaraq – yüngül qaşınma.Seroloji testlər mənfidir.

- *kəpəklənən (rəngbərang) dəmrov* – iltihabi əlamətləri olmayan, çəhrayı rəngdə, asanlıqla qabıqlanan, periferik böyüməyə və birləşib böyük ocaqlar əmələ gətirməyə meyilli ləkə, daha çox gövdənin yuxarı yarısında. Subyektiv olaraq – yüngül qaşınma. Benye (gizli qabıqlanma), Balzer (5%-li yod tinkurası) simptomlarının müsbət olması, Vud lampası altında qırmızı-kərpici yaxud qırmızı-sarımtıl işıqlanma xarakterikdir.Seroloji testlərin mənfə olması

*** papulyoz sifilid**

- *qırmızı yastı dəmrov* – yastı, hamar, parlaq, poliqonal, göyümtül bənövşəyi rəngdə, mərkəzində göbəkşəkilli basıqlığı olan, səthində açıq boz rəngdə xətlərdən ibarət Uixkem toru olan papulalar qeyd edilir. Subyektiv olaraq güclü qaşınma. Seroloji testlər mənfidir
- *psoriaz* – qırmızı çəhrayımtıl rəngdə, dairəvi formalı, səthində asanlıqla qabıqlanan ağ – gümüşü rəngdə kəpəklənmə, birləşərək aydın şəkildə görünən lövhəciklər əmələ gətirməyə meyilli papulalar. Xarakterik psoriatik triada: stearin

- ləkəsi, psoriaz pərdəsi, nöqtəvari qansızma/qan damcısı. Subyektiv olaraq – yüngül qaşınma. Seroloji testlər mənfidir
- *itiuclu kondiloma* – normal dəri rəngində və ya çəhrayı – qırmızı rəngdə, nazik ayaqcıqlı, rəngli kələmi xatırladan dilimli səthə malik papulalar, seroloji testlər mənfidir
 - *lixenoid dəri vərəmi* – yumşaq konsistensiyalı, sarı – qırmızı rəngli, qruplaşmağa meyillipapulalar, tuberkulin sınağı müsbətdir, seroloji testlər mənfidir
 - *papulonekrotik vərəm* – uzunmüddətli gedişi, ətrafların açıcı səthlərində yerləşməsi, düyünlü səpgidən sonra yerində qalan “möhürşəkili” çapıqlar, tuberkulin sınağı müsbətdir, seroloji testlər mənfidir
- * pustulyoz sifilid
- *suçiçəyi* – yüksək hərarətlə kəskin başlanması, xəstənin ümumi ağır vəziyyəti, əsasında bərk - elastik infiltratlı pustulanın olmaması, seroloji testlər mənfidir
 - *vulqar sızanaqlar* – kəskin iltihabi xarakterli, ağrılı, qabarıq seboreya və komedonların mövcudluğu, pasientin yaşı, tez – tez baş verən residivli xroniki gediş, seroloji testlər mənfidir
 - *yodlu və bromlu səpgilər* – yod və ya brom qəbulunu kəsdikdə itəniri pustulalar, elementlərin periferiyasında kəskin iltihabi tac, seroloji testlər mənfidir
 - *impetiqo* – kəskin başlanması, tezliklə yayılması, səpgilərin böyük ocaqlar əmələ gətirməyə meyilliyi, seroloji testlər mənfidir
 - *vulqar ektima* – dərinin kəskin iltihabi reaksiyalı pustulalarının olması, pustulanın əsasında və onun ətrafında infiltrasiyanın iştirak etməməsi, seroloji testlər mənfidir
 - *infiltrativ – irinli trixofitiya* – xəstəliyin kəskin xarakteri, ağrılılığı, səpgilərin böyük ocaqlara meyilliyi, zədələnmiş ocaqlarda mitselilərin aşkar olunması, seroloji testlər mənfidir.
- * piqmentli sifilid
- *vitiliqo* – zədələnmiş ocaqlarda piqmentin tamamilə olmaması, periferik böyüməyə və birləşməyə meyilli olması, depiqmentasiyalı böyük ocaqlar, mənfə seroloji testlər

- *kəpəklənən (rəngbərang) dəmrov* – iltihabi əlamətləri olmayan ləkə, çəhrayı rəngdə, asanlıqla qabıqlanan, periferik böyüməyə və birləşib böyük ocaqlar əmələ gətirməyə meyilli, daha çox gövdənin yuxarı yarısında. Subyektiv olaraq – yüngül qaşınma. Benye (gizli qabıqlanma), Balzer (5%-li yod tinkurası) simptomlarının müsbət olması, Vud lampası altında qırmızı-kərpici yaxud qırmızı-sarımtıl işıqlanma xarakterikdir. Seroloji testlərin mənfi olması
- * sifilitik alopesiya
- *ocaqlı alopesiya* – seyrəkləşmə ocaqları adətən tək saylıdır, olduqca böyük, kəskin sərhədli, parlaq hamar səthli və saçların tamamilə olmaması, periferiya boyunca zəifləmiş saçlar sahəsi qeyd olunur, seroloji testlər mənfidir.
- *səthi trixofitiya* – zədələnmiş ocaqlarda qabıqlanmanın, saçların tökülməməsi, lakin qırılması qeyd olunur, mikroskopiyada mitselilər aşkar olunur, seroloji testlər mənfidir

Selikli qişalarda əlamətlər

- * ləkəli sifilid
- *kataral angina* – ümumi vəziyyətin qabarıq şəkildə pozulması, temperaturun yüksəlməsi, ağrı, badamcıqların al – qırmızı rəngdə, ödemli olması, seroloji testlərin mənfi olması
- * papulyoz sifilid
- *yastı leykoplagiya* – lövhəciklər gümüşü – ağ rəngdə, kəskin sərhədli, nahamar səthli, dartıqda qopmurlar. Seroloji testlər mənfidir
- *qırmızı yastı dəmrov* – gümüşü-ağ rəngdə, şəbəkə, tor, üzük şəklində qruplaşmış papulalar, seroloji testlər mənfidir
- *ağzın selikli qişasının kandidozu* – qırmızı məxməri səthli ağımtıl kəsmiyə bənzər ərplə xarakterizə olunur, mikroskopiyasında mitselilər aşkarlanır, seroloji testlər mənfidir
- * *qırmızı yastı dəmrovda, qırmızı qurd eşənəyində, pemfiqusda, çoxformalı ekssudativ eritemada, leykoplagiya, sadə herpesdə* dodağın qırmızı haşiyəsində və ağız boşluğunun selikli qişasında olan eroziyaların əsasında bərkləşmə yoxdur, seroloji testlər mənfidir

D. ÜÇÜNCÜLÜ SİFİLİS (*Syphilis tertiaria*)

1. Üçüncülü sifilis dəridə və selikli qişalarda (A52.7), yanaşı olaraq ürək-damar sifilisi (A52.0), neyrosifilis (A52.1-A52.3) və digər orqanlarda da üçüncülü sifilis əlamətləri ilə təzahür edərək gecikmiş sifilisin (A52) nozoloji strukturunu təşkil edir. Sifilis infeksiyasından müalicə olunmayan xəstələrdə 3-5, hətta 10-30 il sonra da üçüncülü sifilis əmələ gələ bilər. Qocalıq və uşaqlıq dövrləri, xroniki xəstəliklər, alkoqolizm və s. üçüncülü sifilisin inkişafına səbəb ola bilər.

Üçüncülü sifilisin kliniki (üçüncülü sifilidlər) əlamətləri yerli olaraq yerləşdikləri orqan və toxumaların destruksiyası ilə müşayiət olunur, çapıq qoyur və üzvi, geridönməz dəyişikliklərə səbəb olur. Üçüncülü sifilisin əlamətləri praktik olaraq yoluxucu deyil, belə ki, infiltratın dərinliyində yerləşən yeganə treponema belə onun dağılması nəticəsində məhv olur. Morfoloji olaraq üçüncülü sifilidlər infeksiyon qranulomalar şəklində görülür. Eyni vaxtda üçüncülü sifilidlər, əsasən də qummalar xəstənin həyatına təhlükə yaradaraq, yerləşdikləri orqanlara təzyiq edərək onları dağıdır.

Üçüncülü sifilisdə treponemasız seroloji reaksiya 25%-35% hallarda mənfi nəticə verir, ancaq treponema testləri praktik olaraq həmişə müsbətdir. Üçüncülü sifilisin əlamətləri sifilis əleyhinə müalicəyə müsbət nəticə göstərir. Üçüncülü sifilis *aktiv (syphilis tertiaria activa)* və *gizli (syphilis tertiaria latens)* olaraq ayırd edilir.

Üçüncülü sifilisin kliniki əlamətləri

Üçüncülü sifilisdə - *üçüncülü sifiliddə* dəri və selikli qişalarda az miqdarda zədələnmələr meydana gəlir və aşağıda sadalananlar şəklində təzahür edir:

- qabarcıqlı sifilid (*syphilidum tuberculosum*);
- qummoz sifilid (*syphilidum gummosum*);
- üçüncülü rozeola (*roseola syphilitica tertiaria*).

Qabarcıqlı sifilid – adətən, bir qayda olaraq, asimmetrik olmaqla, dərinin məhdud bir hissəsində yerləşirlər. *Qabarcıqlar* yarımkürəvi və ya yastı forma-ya, mavi çalarlı tünd-qırmızı rəngə, 0,4-0,6 sm diametrə, bərk konsistensiyaya, kəskin sərhədlərə, hamar səthə malikdir. (Şəkil 66) Qabarcıqlar adətən eyni zamanda deyil, bir qədər intervalla (təkanvari) əmələ gəlir, miqdarı ondan yüzə qədər və daha artıq dəyişir. Qabarcıqlar bir neçə ay mövcud olur, tədricən çəkilir (“quru yol”) və ya xoralaşır. Qabarcıqların quru dağılması zamanı *çapıq atrofiyası* əmələ gəlir. Qabarcıqların xoralaşması zamanı *düz, dairəvi, dik, bərabər (hamar) kənarlı*, dibi seroz-irinli-hemorragik kütləli, kənarları və əsası bərk-elastik infiltratlı xoralar əmələ gəlir. Xoralar sağaldıqdan sonra yerlərində *mərkəzi depiqmentasiyalı və kənarı piqmentasiyalı dəriyə batmış çapıqlar* qalır. Sifilitik çapıqlarda heç vaxt yenidən qabarcıqlar əmələ gəlmir. Qabarcıqlı sifilid subyektiv hissiyyatlara səbəb olmur.



Şəkil 66

Qabarcıqlı sifilidin növləri:

- * *qruplaşmış qabarcıqlı sifilid* – qabarcıqlar sağlam dəri qatı arasında qruplarla yerləşir, qabarcıqlar inkişafının müxtəlif mərhələlərində aşkarlanmasından asılı olaraq zaman aralıqları ilə əmələ gəlir və nəticədə mozaik çapıqlar formalaşır.
- * *serpingioz (sürünən) qabarcıqlı sifilid* – qabarcıqlı sifilidin böyük sahəni əhatə etməklə bir tərəfə eksentrik yayılaraq 3 sahəyə ayrılması ilə xarakterizə olunur: mərkəzi-çapıq/çapıq atrofiyası, orta-xoralı qabarcıq, periferiyalı-təzə qabarcıqlar. (Şəkil 67)

* *meydançalı qabarcıqlı siflid* – ayrıca qabarcıq görülmür, bərk konsistensiyalı, tünd-qırmızı rəngli, dəri səviyyəsində üzə çıxan, 5-10sm və daha artıq diametrlı lövhəcik formalaşır.



Şəkil 67

* *cırtıdan qabarcıqlı siflid* – qabarcıqların böyük olmayan hissələrində qruplaşmış, 0,1-0,2 sm ölçüdə, tünd-qırmızı rəngli, bərk.

Qummoz siflid daha çox alın, bazunun və dizin açıcı səthlərində yerləşir. Qummaların miqdarı tək-tək hesablanır (adətən bir, nadir hallarda bir neçə). *Qumma* – *düyün*, dərialtı piy hüceyrələrində formalaşmış, 1 sm-ə qədər böyüklükdə, qırmızımtıl rəngli, bərk, ağrısız, hərəkətli, dəri və aid olduğu



Şəkil 68

toxumalarla birləşməmiş düyündür. Düyün tədricən 2-3 sm və artıq böyüdükcə, dəri və aid olduğu toxumalarla birləşir, hərəkətliliyini itirir, qonur-mavi rəngə çevrilir. Düyünün mərkəzi yumşalır, açılır, ərəb qummasını («qumma» adı bununla bağlıdır) xatırladan dartılan yapışqan maye ifraz edir və *bərk, düz kənarlı xora* əmələ gəlir. Xoranın dibində – ölmüş infiltratdan qummoz yataq, hansı ki, qopduqdan sonra yara qranulyasiyalarla dolur və *dartılmış ulduzabənzər çapıq* formalaşır. (Şəkil 68,69) Nadir hallarda qumma xoralaşmadan atrofik çapığın formalaşması ilə nəticələnir. Mövcud olan proses 3-4 aya qədər davam edir, cüzi subyektiv hissiyyat müşayiət edir.

Qummoz sifilidin növləri:

- * *solitar qumma* – adətən baldırın ön səthində lokalizasiya edən tək düyün şəklində görülür.
- * *fibroz qumma* – oynaq ətrafı düyünlər, tez-tez diz və ya dirsək ətrafı oynaq-lar. Ağac kimi bərk düyünlə şərtlənməkdənsə, oynaq ətrafı qummaların balacalaşması ilə yaprılır, infiltrat fibroz toxumaya çevrilir.
- * *qummoz sifilid meydançası*.



Şəkil 69

Üçüncülü rozeola (Furnye eriteması) üçüncülü sifilisdə nadir hallarda qeyd edilir.

Xarakter əlamətlər sayılır:

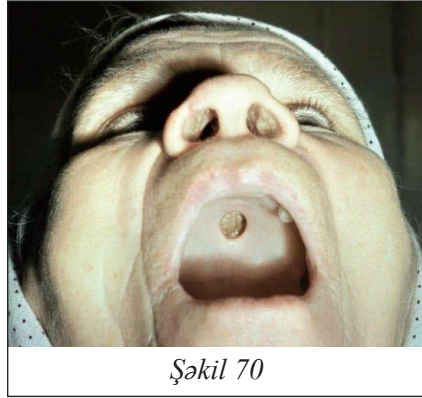
- * məhdudlanmış / azsaylı səpgilər – *ləkə*
- * böyük ölçü
- * 5-15 sm diametrlı, qövs, üzük, zəncir görünüşlü konfigurasiya
- * solğun–çəhrayı rəng
- * sevdiyi lokalizasiya–gövdə, bel, sağrı, bud
- * simmetriklik
- * xroniki gediş

Üçüncülü sifilisdə selikli qişaların zədələnməsi özünü *qummoz sifilid, diffuz qummoz infiltrasiya, qabarcıqlı sifilid* şəklində göstərir. Anoloji olaraq dəri kimi selikli qişalardakı sifilitik səpgilər də praktiki olaraq yoluxucu deyil, lakin destruktiv səpgilər sayılır, onlar çox hallarda orqanların funksi-

yasının pozulmasına gətirib çıxaracaq şəkildə toxumaları dağıdırlar. Ağızın selikli qişası üçüncülü sifilisin təzahür etdiyi yeganə nahiyə ola bilər.

Selikli qişaların qummoz sifilidi – seydiyi lokalizasiyalar: ağız boşluğu (bərk/yumşaq damaq, dil), burun boşluğu, əsnək, udlaq. (Şəkil 70) Bu nahiyələrdəki *düyün* yaxınlıqdakı toxumalara yayılaraq qummanın inkişafının bütün mərhələlərini keçərək, ağır dağıdıcı proseslərə səbəb olur. **Sərt damaq nahiyəsindəki qumma dağıldıqdan** sonra yaxınlıqdakı

sümük toxuması nekrozlaşır və sekvestr əmələ gəlir, *sərt damağın perforasiyası* inkişaf edir və ağız boşluğu ilə burun boşluğu arasında əlaqə yaranması qida qəbulunun və söz tələffüzü funksiyasının pozulması ilə nəticələnir. **Burun nahiyəsindəki qumma dağıldıqda** burun çəpəri və burnun ucu düşür və burun özünəməxsus forma alaraq «*yəhərşəkili*», «*lorneşəkili*» və «*keçişəkili*» burun adlanır. Yumşaq damağın, dilçəyin və dilin zədələnməsində çapıq dəyişikliyi yumşaq damağın qısalması, dilçəyin dağılması və dilin deformasiyasına gətirib çıxardır. Ağır nəticədə əsnək nahiyəsində belə çapıq qoya bilər.



Şəkil 70

Dilin diffuz infiltrasiyası–dilin selikalıtı və əzələ qatının tutulması ilə olan patoloji prosesin daha ağır forması. *İlk əvvəllərdə dil böyükdür*, bərkdir, az hərəkətlidir, dilin səthi nahamardır (saya hissələr köndələninə və uzununa çatlarla ahəngləşirlər). *Dilin* diffuz infiltrasiyasının inkişafı *sklerozlaşma*, yapırma və həcmi kiçilməsidir.

Qabarcıqlı sifilid qummoza nisbətdə ağızın selikli qişasında nadir rast gəlinir. Daha çox dodağın selikli qişasında, alveolyar çıxıntıda, yumşaq və sərt damaqda yerləşir. Qabarcıqlı sifilid selikli qişalarda xora və fokus şəkilli çarıqların əmələ gəlməsilə sonlanan *izolə olunmuş qabarcıqlar* şəklində, həmçinin tez xoralaşan və xarakterik naxışlı şəkildə çarıqlaşan yayılmış *qabarcıqlı infiltrat* şəklində də meydana gələ bilər.

Daxili orqanların və sistemlərin zədələnməsi

Sifilisin gecikmiş formalarında (üçüncülü, kardiovaskulyar, neyrosifilis) müxtəlif daxili orqanların və sistemlərin zədələnməsi üzvi, geridönməz xarakter daşıyır və müxtəlif orqanların toxumalarında qummoz formada proses əmələ gəlir ki, bu da həqiqi visseral sifilisə gətirib çıxaran, orqanların birləşdirici toxumasının spesifik zədələnməsinə səbəb olur. Visseral sifilisin spesifik əlamətləri yoxdur və sifilitik olmayan prosesin müvafiq nozoloji formalarından fərqlənir. Sifilitik visseropatiya zamanı tez-tez ürək-damar sistemi (80% erkən və 90-94% gecikmiş sifilitik visseropatiyadan) və qaraciyər (8.5-10% erkən və 4-6% gecikmiş sifilitik visseropatiyadan) zədələnir. Digər daxili orqanlar (böyrəklər, ağciyər, mədə, bağırsaq, daxili sekresiya vəziləri) nadir -1-2% hallarda zədələnir.

Kardiovaskulyar sifilis (A52.0) – miokardın, aortanın, koronar arteriyanın spesifik zədələnməsi ; sifilisin istənilən mərhələsində toksiki-infeksiyon prosesin inkişafı nəticəsində meydana gəlir və *miokardit*, *aortit* şəklində əmələ gəlir. Hər beş sifilitik aortitli xəstədə ani ölümə gətirib çıxaracaq partlamağa səbəb olan təhlükəli kəskinləşmə - *aortanın anevrizması* baş verir.

Qaraciyər sifilitik infeksiyaya olduqca həssasdır. Qaraciyərin spesifik zədələnməsi hətta seroloji reksiyanın müsbətləşməsinə qədər sklera saralmasının əmələ gəlməsi, sonrasındadır hepatitin inkişafı ilə müşahidə oluna bilər. Gecikmiş sifilisdə qaraciyərin spesifik zədələnməsi *qummoz hepatit*, *yayılmış miliar qummoz və ya infiltrativ hepatit*, *xroniki hepatit* tipində inkişaf edir.

Sümük və oynaqların zədələnməsi sifilitik infeksiyanın nadir olmayan təzahürləridir. Gecikmiş sifilisdə *periostit, ostit, osteomyelit, nadirən artrit* ola bilər. Gecikmiş sifilisdə oynaqların zədələnməsi nadir müşahidə olunur, kəskin poliartrit sinovit tipində gedir və artralgiya, hipertermiya və ümumi intoksikasiya ilə müşayiət olunur. Daha çox diz, dirsək, çiyin və aşıq – daban oynağı zədələnir - *Klatton oynaqları* tez-tez müşahidə olunur. Klinik olaraq Klatton oynaqlarında ağrı, oynaqların şarşəkili kiçik şişkinliyi, oynaqdaxili ekssudatla oynağın funksiyasının cüzi zədələnməsi əmələ gəlir. İki tərəfli zədələnmə ilə fərqlənir. Oynaqda rentgenoloji dəyişiklik aşkarlanmır.

Sinir sisteminin zədələnməsi – neyrosifilis (A52.1-A52.3) şərti olaraq *erkən neyrosifilisə* (yoluxma anından 5 ilə qədər) və *gecikmiş neyrosifilisə* (yoluxma anından 5 il sonra) ayrılır. Gecikmiş neyrosifilisin inkişafı sifilis əleyhinə müalicənin aparılmaması və ya əvvəlki keyfiyyətsiz müalicə, yanaşı gedən xroniki infeksiya, intoksikasiya, travma ilə əlaqəlidir.

Neyrosifilis zədələnmiş sinir toxumasının növündən asılı olaraq meningeal, meninqovaskulyar, parenximatov, qummoz olaraq ayırd edilir.

Sifilisin erkən mərhələlərində əsasən sinir sisteminin (beyin qişası və damarları) *meningeal* və *meninqovaskulyar* zədələnməsi meydana gəlir, bunlara uyğun olaraq isə aşağıda sadalananlar üzə çıxırsifilitik hidrosefaliya.

Meningeal neyrosifilis aşağıda sadalananlar şəklində üzə çıxır:

- * *sifilitik meningit*(baş ağrısı, bədən temperaturunun yüksəlməsi, ürəkbulanma, qusma, işıqdan , ənsə əzələlərinin rigidliyi)
- * *spinal paximeningit*(ağrı, adətən boyun nahiyəsindəki əzələlərin atrofiyası, hissiyatın itməsi, vətər reflekslərinin zəifləməsi , spastik paraplegiya).

Meningovaskulyar neyrosifilis aşağıda sadalananlar şəkilində üzə çıxır:

- * *serebrovaskulyar neyrosifilis* (baş dönməsi, baş ağrısı, yuxusuzluq, yaddaşın itməsi, əhvalın dəyişməsi, hemiparez, hemiplagiya, epilepsiya, insult)
- * *spinal meningovaskulyar neyrosifilis* (parasteziya, aşağı ətrafların spastik zəifliyi, hissiyyatın itməsi, paraplegiya, əzələlərin atrofiyası, sfinkterlərin funksiyasının pozulması).

Sadalanan formaların içərisində ən çox *sifilitik meningonevrit* - erkən sifilisli xəstələrin 1/4-1/3 də rast gəlinir. Nevroloji şəkil baş beyin qişasının qıvcıqlanması -baş ağrı, baş dönməsi, ürəkbulanma, qulaqlarda küy, beyin daxili təzyiqin yüksəlməsi ilə meydana gəlir.

Gecikmiş meningeal və meningovaskulyar sifilisdə sinir parenximasının (sinir hüceyrələri, sinir lifləri, qliya) degenerativ zədələnməsi qeyd olunur ki, bunun nəticəsində də spesifik iltihablaşma prosesi - *parenximatoz neyrosifilis*, həmçinin spesifik qummanın sinir toxumasına təzyiqi nəticəsində - *qummoz neyrosifilis*.

Parenximatoz neyrosifilis aşağıda sadalananlar şəklində üzə çıxır:

- * *bel quruluşu* – onurğa beyninin arxa buynuzlarının və arxa köklərinin parenximası zədələnir (paresteziya, sfinkterlərin funksiyasının pozulması, öldürücü ağrılar, Romberq, Arqayla-Robertson simptomlarının müsbət olması, eşitmənin itməsi)
- * *proqressivləşən iflic* –baş beyin alın, tərə nahiyəsinin və mədəciklərin parenximasının zədələnməsi (qıvcıqlanma, yaddan çıxartma, diqqətin pozulması və baş ağrıları emosional labilliyə dönür, yaddaşın, nitqin, təfəkkürün pozulması, şəxsiyyətin tamamilə itməsinə səbəb olan davranış pozulmaları)
- * *görmə sinirinin atrofiyası* –izolə olunmuş simptomlar görmənin itməsinə gətirib çıxardır.

Qummoz (ocaqlı) neyrosifilis adətən beynin yumşaq qişasından başlanğıc götürən qummanın baş beynə və ya onurğa beyninə təzyiq etməsi nəticəsində serebral və ya spinal meningeal neyrosifilis şəklində özünü büruzə verir. *Nevroloji şəkil*baş ağrıları və kəllə daxili təzyiqin artması ilə müşahidə olunan ocaqlı simptomlarla xarakterizə olunur. Onurğa beyninin qummasında onurğa beyninin tam köndələn zədələnməsinin simptomları inkişaf edə bilər.

Üçüncülü sifilisin sifilidlərinin differensial diaqnostikası :

Dəridə əlamətlər

* qabarcıqlı sifilid

- *vərəm qurdeşənəyi* – qabarcıqlar (lipomalar) yastı, sağlam dəri səviyyəsindən nəzərə çarpacaq qədər yüksəlməyən, yumşaq konsistensiyalı, kəpici qırmızı rəngdədir, çapıq əmələ gəlməsilə sonlanırlar. Zond və alma jelesi sınaqları müsbətdir, tuberkulin sınağı müsbətdir, seroloji testlər mənfidir
- *dəri leyşmaniozu* – qabarcıqlar sarımtıl – çəhrayı rəngdə, xəmirvari və ya bərk konsistensiyalı, ocaqların periferiyasında qayış şəkilli limfangit olması, mikroskopiyada Barovski hüceyrələrinin tapılması, seroloji testlər mənfidir

* qummoz sifilid

- *skrofuloderma* – düyünlər yumşaq konsistensiyalı, tamamilə yumşaldıqda qeyri – bərabər, girintili – çıxıntılı kənarlı, ifrazatı duru, irinli qırmızımtıl sarı – sarı rəngdə olan xora əmələ gəlir. Əmələ gələn çapıqlar periferiya boyunca - dəri məməcikləri, körpücükşəkilli dəri bağları əmələ gətirirlər. Tuberkulin sınaqları müsbətdir, seroloji testlər mənfidir
- *indurativ eritema* – düyünlər ağrılı, çoxsaylı, baldırın açıcı səthlərində simmetrik olaraq yerləşirlər, tuberkulin sınağı müsbətdir, seroloji testlər mənfidir
- *dəri xərçəngi* – xoralar qeyri – düzgün formalı, asanlıqla qanayan dibi olan, bərk qıvrılmış kənarlı, nahamar, mənfə seroloji reaksiyalı

Selikli qışalarda əlamətlər

* *miliar xoralı vərəm* – yumşaq, ovulmuş, nahamar kənarlı, asan qanayan, dibi məməcikli böyümə ilə örtülü, ağırlı xoralar, tuberkulin sınaqları müsbətdir, seroloji testlər mənfidir.

E. ANADANGƏLMƏ SİFİLİS

A50 Anadangəlmə sifilis (*syphilis congenita*) – Sifilisli xəstə anadan plasenta vasitəsilə dölə keçən, bətdaxili yoluxma nəticəsində inkişaf edən bakterial infeksiyadır (sifilislə xəstə ananın cifti ilə bətdaxili yoluxma nəticəsində inkişaf edir)

İnfeksiya mənbəyi – *sifilis xəstəsi olan ana*. Analar dölə infeksiyanı adətən transpləntar və ola bilsin ki, doğuş zamanı genital orqanlarda olan infeksiyalaşmış zədələnmə ocaqlarına təmas zamanı ötürürlər.

İnfeksiyanın xəstə anadan dölə transpləntar ötürülməsi yolları:

- göbək venası vasitəsilə
- göbək damarlarının limfatik yarığı vasitəsilə
- treponema toksinləri ilə zədələnməmiş pləntadan ananın qanaxını vasitəsilə (sağlam plənta *T.pallidum* üçün keçilməzdir)

T.pallidum pləntaya keçməklə onun ödeminə və hiperplaziyasına səbəb olur. Pləntanın çəkisi 2 dəfə artır və dölün çəkisi ilə müqayisədə 1:3 (normada 1:6) təşkil edir.

Xəstəlik həyatın müxtəlif dövrlərində meydana gələ bilər: bətdaxili, doğuşdan dərhal sonra, doğuşdan müəyyən müddət sonra.

Bundan asılı olaraq ayırd edilir:

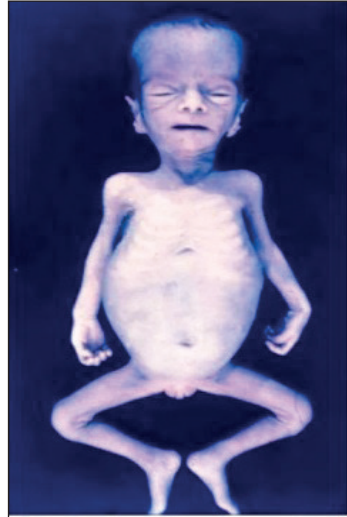
- *döl sifilisi*.
- *erkən anadangəlmə sifilis (*syphilis congenita praecox*)*
A50.0-A50.2 2 yaşına qədər olan uşaqlarda meydana gəlir.
- *gecikmiş anadangəlmə sifilis (*syphilis congenita tarda*)*
A50.3-A50.72 yaşdan yuxarı olan uşaqlarda meydana gəlir.

Erkən və gecikmiş anadangəlmə sifilis klinik əlamətlərlə (manifest-A.50.0; A50.3-A50.5) və ya klinik əlamətlər olmadan (latent - A50.1, A50.2, A50.6, A50.7) inkişaf edə bilər.

Dölün sifilisi. Hamiləliyin ilk aylarında döl zədələnmir, belə ki, T.pallidum dölə yalnız plasental qan dövrünü əmələ gəldikdən sonra, yəni hamiləliyin 5 ayından tez olmamaqla keçir. Dölün sifilisi adətən dölün bətdaxili ölümünə və hamiləliyin 6-7 ci aylarında ölü doğulmaya (masserasiya olunmuş döl) gətirib çıxardır.

Döl sifilisinin xarakterik kliniki əlamətlər:

- * kaxeksiya əlamətləri ilə kiçik çəkili və ölçülü döl
- * lay-lay soyulan, masserasiya olunmuş dəri, dərialtı piy toxumasının hipotrofiyası səbəbindən xüsusilə üzdə «qocalıq qırıqları» şəklində büküşlər əmələ gəlir.
- * soyuq, sianozlu ətraflar (Şəkil 71)
- * zəif, incə səs; yenidoğulmuş əmə və qışqıra bilmir.
- * diffuz iltihabi infiltrasiyanın inkişafı və nəticədə birləşdirici toxumanın artması səbəbindən daxili orqanlar (qaraciyər, dalaq, ağciyər) böyüyür və qalınlaşır.
- * sümük toxumasının zədələnmələri – osteoxondritlər və osteoperiostitlər, hansı ki, rentgenoloji olaraq bətdaxili inkişafın 5-6 cı aylarında aşkar olunan və döl sifilisinin daha çox rast gəlinən və etibarlı əlaməti hesab olunur.



Şəkil 71

A50.0 Simptomlarla müşayiət olunan erkən anadangəlmə sifilis (manifest), şərti olaraq, *südəmə dövr sifilisi* (0-1 yaş) və *erkən uşaqlıq dövrü sifilisinə* (1-2 yaş) bölünür. Nadir hallarda körpə artıq sifilis əlamətləri ilə doğulur.

Manifest erkən anadangəlmə sifilisin patoqnomik simptomları aşağıdakılar hesab olunur

- * yenidoğulmuşun sifilitik pemfiqusu (pemphigus neonatorum syphiliticus), sin. sifilitik pemfiqoid
- * Hoxzingerin diffuz infiltrasiyalı dərisi (infiltration diffuses Hochsinger)
- * sifilitik rinit (rhinitis syphilitica)
- * Vegnerin uzunborulu sümüklərinin osteoxondriti (osteochondritis syphilitica).

Sifilitik pemfiqus

- doğulmamışdan əvvəl də mövcud ola bilər və ya həyatın ilk günlərində meydana gələ bilər.
- ovucun, ayaqaltının dərisində, bükücü ətraflarda, nadir hallarda digər hissələrdə lokalizasiya edə bilər.
- bənövşəyi rəngdə tacla əhatə olunmuş, noxud böyüklüyündə və ondan böyük, seroz, seroz – hemorragik, seroz – irinli kütlədən ibarət *gərgin qovuqlar* xarakterdir; qovuqların açılması zamanı yara və qartmaq əmələ gəlir; qovuqdakı kütlədən *T.pallidum* tapılır (Şəkil 72, 73, 74).



Şəkil 72



Şəkil 73



Şəkil 74

Diffuz infiltrativ Hoxzinger dərisi

- adətən uşaq həyatının 8 -10 həftəsində meydana gəlir
- ovucda, ayaqağaltının dərində, üzdə, başın tüklü hissəsində, sağrı nahiyyəsində lokalizasiya edir.
- proses *infiltrasiyanın* inkişafı fonunda *ocaqlı eritema* ilə başlayır, dəri qırmızı – göyümtül rəng alır, gərginləşir, elastikli-yini itirir, asanlıqla dərin və səthi *çatlar* əmələ gəlir, hansı ki, *ömürlük çapıqlaşmaya* gətirib çıxardır. Erkən anadangəlmə sifilisdəki diffuz papulyoz infiltrasiyanın olması nəticəsində çənəaltında, ağız bucaqlarında və dodaqlarda yaranan nazik şüaşəkilli Robinson – Furnye çapıqları nümunə ola bilər (Şəkil 75, 76, 77).



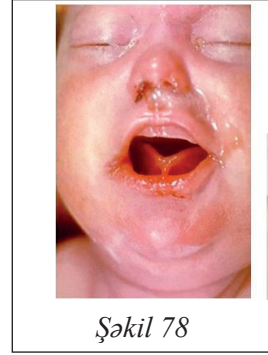
Şəkil 75



Şəkil 76



Şəkil 77



Şəkil 78

Sifilitik rinit

- adətən bətdaxili inkişaf edir və həyatın ilk günlərində özünü büruzə verir.
- sifilitik rinit 3 mərhələ ilə xarakterizə edilir:
 - *quru* – burnun selikli qişasının ödemə və tənəffüsün çətinləşməsi ilə əmələ gəlir.
 - *kataral* – burundan selikli, daha sonralar isə qanlı –irinli ifrazatın axması ilə xarakterizə olunur.
 - *yaralı* – çox miqdarda üfunətli ifrazatı olan burnun selikli qişasının xorası əmələ gəlir, qartmağın əmələ gəlməsi burun yollarından ifrazatın axmasının qarşını alır və fışıldayan fisiltiyə səbəb olur. Uşaq burunla nəfəs ala bilmədiyindən başlayır ağzı ilə nəfəs almağa və əmizdirmə zamanı tez- tez döşdən aralamaq məcburiyyətində qalır. (Şəkil 78)
- burundan gələn ifrazatda *T.pallidum* tapılır
- vaxtında başlanılmamış spesifik terapiya burun çəpərinin sümük – qıgırdaq hissəsində patoloji dəyişikliyə, onun dağılmasına və burnun deformasiyasına («*yəhərşəkili*», «*keçişəkili*», «*lorneşəkili*») gətirib çıxardır.

Uzunborulu sümüklərin osteoxondriti – erkən anadangəlmə sifilisin yeganə nadir olmayan, əsas göstəricilərindən biridir (Şəkil 79). Sifilitik osteoxondrit qeyri-iltihabi prosesdir, nəticədə qığırdaq hüceyrəsi tamamilə kirəcləşir.

- bətdaxili dövrün 5 ayında formalaşır və doğulduqdan sonra 1 il müddətində qalır
- daha çox yuxarı ətrafların uzun borulu sümükləri zədələnir ; patoloji proses uzun borulu sümüklərdə qığırdağın proliferasiya



Şəkil 79

- olunduğu sahədə, epifiz ilə diafiz arasında lokalizasiya edir
- rentgenoloji olaraq osteoxondrit 3 mərhələyə ayrılır :

I – epifizlə diafiz arasında 2 mm enində aydın, asanlıqla aşınlanan zolağın mövcudluğu sağlam uşaqlarda raxit zamanı

II – epifizə tərəf yönəlmiş parlaq, kələ-kötür kirəcləşmiş (2-4 mm-ə qədər) geniş sahə

III – qığırdaq qatının altında qranulyasion toxumanın mövcudluğu, epifizlə diafiz arasında tünd,

2-4 mm enində seyrəkləşmə zolaqları.

III mərhələdə sümük toxumasının əhəmiyyətli seyrəkləşməsi, hətta, əhəmiyyətsiz travmalarda belə epifizin diafizdən ayrılmasına gətirib çıxara bilər ki, bunun nəticəsində epizar daxili sınıq – yalançı iflicəbənzər vəziyyət, *Parro pseudo iflicii* baş verir. Ətraflarda hərəkəti aktivlik pozulur, lakin sinir keçiriciliyi saxlanılır, bunun səbəbindən zədələnmiş ətraf tam hərəkətsiz olmur, lakin hissiyyət saxlanıldığından passiv hərəkətlərə cəhd ağrı səbəbindən uşağın qışqırığı ilə müşayiət olunur. Uşaqda ətrafların məcburi vəziyyəti : aşağı ətraf bud- çanaq və diz oynaqlarında əyilmiş, yuxarı ətraf qamçı formasında asılmış, bəzi oynaqlarının zədələnməsi zamanı sümüklər «suiti pəncəsi» şəklində əyilmiş olur.

Osteoxondritlər uzun borulu sümüklərin, bəzən kəllə sümüklərinin *periostitləri* və *osteoperiostitləri* ilə yanaşı müşayiət olunur, nadir hallarda kəllə sümükləri (“olimpik alın”- nahamar alın çıxıntısı və təpə, “qülləli alın”, akrosefalitik kəllə, dolixosefalitik kəllə, mikrosefalitik kəllə, hidrosefalitik kəllə, sağrıya-bənzər kəllə aralarında şırım yerləşən önə çıxan alın çıxıntıları).

Südəmə uşaqlarda spesifik sümük dəyişikliyi formalarından biri *daktilit* hesab olunur -proksimal, nadir hallarda əl barmaqlarının orta falanqası zədələnir, sümüklərin silindrik və iyşəkili qalınlaşması meydana gəlir.

Erkən anadangəlmə sifilis zamanı patoqnomonik əlamətlərlə yanaşı, *tipik əlamətlər* də ayırd edilir, hansı ki, təkə anadangəlmə sifilisdə deyil, həmçinin erkən qazanılmış sifilisdə də rast gəlinir.

- * dəridə və selikli qişalarda papulyoz sifilid
- * rozeolyoz sifilid (nadir rast gəlinir)
- * sifilitik alopesiya
- * sifilitik xırıltı (rausedo)
- * daxili orqanların zədələnməsi (spesifik hepatit, qlomerulonefrit, pnevmoniya, miokardit, endo- və perikardit, orxit və.s)
- * sinir sisteminin zədələnməsi (meningit, meninqoensefalit, hidrosefaliya). Hidrosefaliyanın erkən simptomu *Sisto simptomu* – uşağın səbəbsiz qışqırığı hesab olunur.
- * gözlərin zədələnməsi (xorioretinit, görmə sinirinin atrofiyası). Xorioretinit bəzən anadangəlmə sifilisin yeganə əlaməti olur. *Xorioretinitin 4 tipi* ayırd edilir. Birinci tipdə göz dibində ekvator nahiyəsində piqment ocaqları qeyd edilir, *görmə az zədələnir*. İkinci tip göz dibinin periferiyası boyunca sarı – qırmızı və depiqmentasiya sahələrinin birləşməsilə xarakterizə olunur - «*duz və istiot*» *simptomu*. Üçüncü tipdə damarlı qişanın dəyişiklikləri və torlu qişa damarlarının zədələnməsi qeyd olunur, *görməyə təsir edir*. Dördüncü tip torlu qişanın ikincili piqment degenerasiyası ilə özünü göstərir.

A50.3 – A50.5 Gecikmiş anadangəlmə sifilis diaqnozu (manifest) 2 yaşdan yuxarı uşaqlarda, adətən 7-14 yaşında qoyulur. Gecikmiş anadangəlmə sifilis yoluxucu deyil. Etibarlı (patognomonik), ehtimal olunan əlamətləri və distrofiyalar xarakterdir

Gecikmiş anadangəlmə sifilisin etibarlı əlamətləri – Hetçin-son triadası (Hutchinsoni trias)

* *parenximatoz keratit*, çox zaman ikitərəfli olur, işıqdanqorxma, yaşaxma, blefarospazm, buyuz qişanın diffuz / ocaqlı bulanması ilə özünü göstərir.

* *labirint karlıq*, çox zaman ikitərəfli olur, başdönməsini, qulaqlarda səs və küyü müşayiət edən karlıq

* *Hetçinson dişləri* - yuxarı orta kəsici dişlər çəllək formasında, kəsici kənarlarına nisbətən diş boynu nahiyəsində geniş, aypara oyuq şəkilli aralıqlar. Simptom boyun və kəsici səthlər arasındakı genişlik fərqi 2 mm –dən az



Şəkil 80



Şəkil 81

olmadıqda etibarlı sayılır. Hetçinson triadasının qeyd olunan əlamətləri nadirən eyni zamanda müşayiət olunur, adətən onlardan hər hansısa biri qeyd edilir (Şəkil 80).

Gecikmiş anadangəlmə sifilisin ehtimal olunan əlamətləri
(əlavə təsdiqə ehtiyac duyulur)

- * *qılınçvari baldır* - baldırların qılınçşəkili, önə doğru əyilmiş, simmetrik dəyişiklikləri (Şəkil 81).
- * *xorioretinit*
- * *burnun deformasiyaları* (yəhərşəkili, keçişəkili, lornetəbənzər) (Şəkil 82, 83)
- * *ağıztrafının Robinson – Furnye şüaşəkili çapıqları*
- * *sağrıabənzər kəllə*(qəfil genişlənmiş və boylama çalalarla ayrılmış alın və tərə sümüklərinin önə doğru çıxması)
- * *Klatton oynaqları* - sifilitik qonitlər sümüklərin qıgırdaqları və epifizlərinin zədələnməsi olmadan diz oynaqlarının xroniki sinoviti tipində keçir, buna görə də oynaqların funksiyaları pozulmur, ağrı və hərərətin yüksəlməsi qeyd olunmur.



Şəkil 82



Şəkil 83

- * *sinir sisteminin yüksəlməsi* - *yüvenil neyrosifilis*(hemiparez, hemiplegiya, nitq qüsuru, ağılzəifliyi, serebral uşaq iflici, Cekson epilepsiyası - bir ətrafın, uzun yarısının tutmaşəkili qıcolması). Nadir hallarda progressivləşən iflic, bel quruluşu, ensefalit, meningit, polineyropatiya rast gəlinir.

Gecikmiş anadangəlmə sifilisdə distrofiya (bir çox xroniki infeksiyon xəstəliklərdə rast gəlinir)

- * *Avsitidiski simptomu* – sağ körpücük sümüyünün döş ucunun qalınlaşması (Şəkil 84)
- * *kəllə sümüklərinin distrofiyası* (“Parrotun olimpiq alını”)
- * *yüksək itiüclü /şişbucaqlı sərt damaq*
- * *aksifoidiya* - döş sümüyünün qılıncabənzər çıxıntısının olmaması
- * *Dübuə –Qissara simptomu* - infantil çəçələ barmaq
- * *Qaşə diasteması* - geniş aralıqlı yuxarı kəsici dişlər
- * *Karabelli qabarcığı* - yuxarı çənənin birinci molyarının çeynəmə səthinə beşinci əlavə qabarcıq
- * *əlavə diş qabarcığı* – adətən aşağı molyar hissəsinin yuxarı hissəsinisərt üzük şəklindəəhatə edərək,onlara «tut meyvəsi» görüntüsü verir.
- * *sallanan it çənəsi* – sifilitik rinit nəticəsində yuxarı çənənin qısalması fonunda aşağı çənə daha proporsional görünür



Şəkil 84

Gecikmiş anadangəlmə sifilisdə, həmçinin, gecikmiş qazanılma sifilisə xas əlamətlər qeyd edilir

- * dəridə və selikli qişalarda *qabarcıq və qummoz sifilid*
- * *daxili orqanların zədələnməsi*: qaraciyər, dalaq, ürək – damar sistemi
- * *sümük sisteminin zədələnməsi*(periostit, osteoperiostit, osteomielit, osteoskleroz).

Sifilitik pemfiqusun differensial diaqnostikasi:

* *yenidoğulmuşların epidemik pemfiqusu* – yenidoğulmuşların epidemik pemfiqusu əmələ gəlmə müddətinə və xarici görünüşünə görə sifilitik pemfiqusa bənzəyir. Epidemik pemfiqusdaadətən gövdə nahiyəsində nadirən- ayaq altında və ovucda lokalizasiya, qovucuqların tərkibində Staphylococcus spp. aşkarlanması, mənfi seroloji testlər və anada spesifik kliniki-seroloji simptomatikanın olmaması fəqləndirici əlamətlər sayılır.

F. SİFİLİSİN DİAQNOSTİKASI

Sifilis diaqnozu aşağıda sadalananların əsasında qoyulur:

- klinika – anamnez məlumatları
- laborator müayinələrin nəticələri
- aparat üsulları ilə aparılan müayinələrin nəticələri (rentgenoqrafiya, USM, EEQ, EKQ, ExoKQ, KT, MRT).

Sifilisin ***laborator diaqnostikasının*** əsasında düz və qeyri – düz seroloji diaqnostika dayanır. Sifilisin ***düz diaqnostikasını*** birbaşa *xəstəliyin törədicisi* – *T.pallidum* və ya onun genetik materialının *aşkarlanmasına* yönəlmişdir. Müayinə materiallarına aşağıdakılar aiddir

- eroziyaların / yaraların və sulanan sifilidlərin səthindən alınan toxuma mayesi
- qovuğun tərkibi
- spesifik rinitdə burundan axan ifrazat
- limfa düyününün punktatı
- onurğa beyni mayesi - OBM (likvor)
- amniotik maye

Sifilisin düz diaqnostikası diaqnozun qoyulmasında vacib kriteriya hesab olunur və aşağıdakı üsullarla aparılır

- **qaranlıq sahəli mikroskopıya (QSM)**– nativ preparatların qara görmə sahəsində mikroskopıyası. Müayinə Tindal effektinə əsaslanır, belə ki, müayinə obyektini yandan işıqlandırdıqda üzərinə düşən işıq hər tərəfə səpələnir və optik şüşəli qara sahəli mikroskopda aydın görünür. Solğun treponema *hərəkətli spirallar və ya gümüşü rəngdənazik xətlər* şəklində görsənir.
- **düz immunoflüoressensiya (DİF)** – Spesifik olaraq flüoresentlə nişanlanmış T.pallidum monoklonal anticisimləri ilə hazırlanmış yaxmalara immunoflüoressent mikroskopda baxılır. Spesifik olaraq solğun treponemaların *parlaq – yaşıl rəngdə işıqlanması* müşahidə edilir.
- **zəncirvari polimeraza reaksiya (ZPR)**– T.pallidum DNT –in identifikasiyası.ZPR T.pallidum DNT – in müəyyən olunmuş hissəsinin DNT- polimeraza fermentinin fəaliyyəti və təkrarlanan hərərət tsiklləri prosesində həqiqi replikasiyasına və amplifikasiyasına (çoxalma) əsaslanır. Sintez olunmuş amplikonlar *elektroforez üsulu ilə seçici olaraq törədicinin nuklein turşusu molekulu ilə əlaqəli olan flüoressent rəngləyicisinin iştirakı olan gəldə aşkar olunur.*

Sifilisin diaqnostikasının düz üsulları *anadangəlmə və sonradan qazanılmışın manifestformalarının* təsdiqi üçün istifadə olunur. *Xəstəliyin kliniki əlamətlərinin iştirakı olmadan sifilisin düz diaqnostikasının istifadəsi praktiki olaraq mümkün deyil.*

Sifilisin müayinəsində geniş istifadə olunan qeyri-düz/seroloji üsulu laborator müayinələrdə etdilər.

Müayinə materiallarına aşağıdakılar aiddir

- qan
- onurğa beyni mayesi – OBM (likvor)
- amniotik maye

Seroloji testlərin mahiyyətinin əsasında qanda, onurğa beynində və amniotik mayədə sifilis infeksiyası ilə assosiasiya olunmuş *antisicimlərin* aşkarlanması durur. Seroloji diaqnostika sifilisin diaqnostikasında və *manifest və latent formalı sifilisin təsdiqində* əvəzolunmaz, dəyərli üsul hesab olunur əvəzolunmaz qiymətli üsul hesab olunur.

Sifilis diaqnostikası üçün ilk seroloji reaksiya 1906-cı ildə A.Wasserman, A.Neusser, C.Bruck tərəfindən təklif edilmişdir. Həmin dövrdəki tədqiqatçılar sifilisin diaqnostikası üçün fransız alimləri I.Border, O.Gengon (1901-ci il.) tərəfindən işlənmiş komplementlə əlaqəli reaksiya prinsipini istifadə etmişlər. I.Border, O.Gengon fenomeninin mahiyyəti xəstənin zərdabında orqanizmə düşən yad cismə - antigenə qarşı qəti spesifik anticisim hazırlanmasına, antigen – anticisim kompleksinin əmələ gəlməsinə və komplementin adsorbsiyasına əsaslanır. Göstərilən komplekslərin indikasiyası reaksiyaya əlavə olunan hemolitik sistem ilə (qoyun eritrositləri və dovşanın hemolitik zərdabı) baş verir. Müsbət nəticə olduqda hemoliz baş vermir, sınaq şüşəsində *çöküntü görünür*, mənfi cavab olduğu hallarda-sınaq şüşəsində hemoliz qeyd edilir. Reaksiya A.Wasserman şərafinə Vasserman reaksiyası (WR) adlandırılmışdır. 2006 – cı ildə həmin reaksiyanın qoyulmasından 100 il ötməsi münasibətilə WR ilə beynəlxalq vidalaşma keçirilmişdir.

Hal hazırda dermatoveneroloq həkimlərin əmrində müxtəlif həssaslıqda, spesifiklikdə və iqtisadi əlverişlilikdə olan bütöv bir seroloji test toplusu vardır. Sifilisin diaqnostikasında istifadə olunan seroloji testlər qeyri-treponemal (qTT) və treponemal (TT).

Qeyri -treponemal seroloji testlər (qTT) qeyri-treponemal mənşəli antigenlərlə – *kardiolipin* – *xolesterol* – *lesitin kompleksi* ilə aparılır. Sifilisin diaqnostikasında aşağıdakı qTT testlər istifadə edilir:

- MPR/RMP – mikropresipitasiya reaksiyası
- SPR/RPR – sürətli plazma reaginləri reaksiyası / Rapid Plasma Reagins
- VDRL - Venereal disease research laboratory test / zöhrəvi xəstəliklərin tədqiqat laboratoriyası testi

Qeyri-treponemal seroloji testlərin prinsipi tərkibində spesifik anticisimlər olan xəstənin qan zərdabının / plazmasının, treponemasız antigenlərlə birləşməsindən əmələ gələn antigen – anticisim kompleksinə, *aqqlütinasiya*, *presipitasiya*, *flokulyasiya şəklində* olan aqreqasiyaların meydana gəlməsinə əsaslanır. Nəticə makroskopik / görünüş (MPR/RPR) və mikroskopik (VDRL) 4+, 3+, 2+ proporsional ölçüdə formalaşmış aqreqatlarla qiymətləndirilir. Treponemasız testi keyfiyyət və kəmiyyət variantlarında (anticisimlərin titri müəyyən edilir) aparırlar.

Seroloji qTT tətbiq edilir:

- əhalinin sifilise skrininginin aparılması
- sifilis infeksiyasının aktivliyinin təyin edilməsi (anticisim titrinin yüksəlməsinə)
- sifilis əleyhinə aparılan müalicənin effektivliyinin yoxlanılması (anticisim titrinə).

Qeyd:

- qTT seroloji reaksiya xəstəliyin 6-7-ci həftəsinə və bərk şankrın əmələ gəlməsindən 2-3 həftə sonraya qədər müsbət olur
- qTT seroloji reaksiya sifilisin gecikmiş formalarında bir qayda olaraq mənfidir, belə ki, sifilis infeksiyası uzun müddət davam etdikdə orqanizmdən ilk olaraq presipitatlar eliminasiya olunur.

Treponemalı seroloji reaksiya (TT) *spesifik treponema antigeni ilə* – gen mühəndisliyi üsulu ilə sintez olunmuş rekombinant zülal və ya süni yolla kimyəvi sintez nəticəsində əldə olunmuş peptidlər şəklində tək hüceyrəli patogen solğun treponema ilə aparılır.

Sifilisin diaqnostikası üçün aşağıdakı seroloji TT istifadə edilir:

* **STİR/ TPI** – *solğun treponemaların immobilizasiya reaksiyası/ Treponema pallidum immobilization test*, R. Nelson, M. Mayer (1949-cu ildə) tərəfindən işlənmişdir.

STİR/ TPI – in prinsipi tərkibində spesifik anticisimlər olan xəstənin qan zərdabının, canlı solğun treponema suspenziyası ilə immobilizə olmuş – antigen ilə birləşməsi nəticəsində sonuncuların hərəkətliliyinin itməsinə əsaslanır. *Test* qarasağəlmi mikroskopda *hərəkətsiz treponemaların miqdarına əsasən qiymətləndirilir*. 50%-dən çox solğun treponemaların immobilizasiya olunması nəticəsində – test müsbətdir, 30-50% - zəif müsbət, 20-30% - şübhəli, 20% - dən az – mənfi.

* **RİF/FTA** – *immunoqloboressensiya reaksiyası / Fluorescent treponemal antibody*, R. Weller, A. Coons (1954- cü ildə) tərəfindən işlənmişdir. *İFA/FTA* prinsipi tərkibində spesifik anticisimlər xəstənin qan zərdabının, ölmüş patogen treponem suspenziyası –antigen ilə və flüoressent nişanlanmış insana aid olmayan immunoqlobulinlər ilə birləşməsi nəticəsində antigen – anticisim kompleksi əmələ gəlir, hansı ki, treponemalar sarı – yaşıl rəngdə flüoressent rənglənərək, flüoressent mikroskopda aydın görünürlər. *Test işıqlanmanın intensivliyində 4+, 3+, 2+ əsasən qiymətləndirilir*.

* **PHAR/ TPHA** – *passiv hemoaqqlütinasiya reaksiyası / Treponema pallidum hemagglutination assay*, T. Rathlev (1965- cı ildə) tərəfindən işlənmişdir.

PHAR/ TPHA prinsipi mikrotitrlemə lövhəsində tərkibində spesifik anticisimlər olan xəstənin qan zərdabının, solğun trepone-

ma ilə sensibilizə olmuş heyvan eritrositləri – antigen ilə birləşməsi nəticəsində *eritrositlərin aqqlütinasiyasının* müşühidə edilməsinə əsaslanır

Test görüntüyə əsasən qiymətləndirilir:

“4+” - eritrositlər eyni ölçüdə oyuqların səthinə düzülür-lər (kəskin müsbət)

“3+” - eritrositlərin bir hissəsi oyuqların mərkəzinə sürü-şürlər (müsbət)

“2+” - eritrositlər oyuqların çox kiçik bir hissəsində örtük əmələ gətirirlər

“1+” və “-” - eritrositlər oyuqların dibində yumşaq çöküntü əmələ gətirir və ya «düyməcik» şəklində uzanırlar.

* **İFA/ ELISA – immunoferment analiz / Enzyme-linked im-munosorbent assay**, E.Engvall, S. Avrames (1971-ci ildə) tərəfindən işlənmişdir.

İFA/ ELISA prinsipi bərkfazlı lövhəciyə fiksə olunmuş solğun treponema – antigenin, tərkibində spesifik anticisimlər olan xəstə-nin qan zərdabı və insan immunoqlobulinlərinə qarşı olan anticisi-m, nişanlanmış fermentlərlə (peroksidaza və ya qələvi fosfataza) birləşməsi nəticəsində *rəngli reaksiya* əmələ gətirməsinə əsaslanır. İFA/ELISA *T.pallidum*-a qarşı əmələ gələn IgM ı IgG anticisim-lərinin differensial və summar təyininə imkan verir. İFA/ELISA üsulu ilə *T.pallidum*-a qarşı IgM ı IgG anticisimlərinin differensial təyində bərk fazalı lövhəciyə insan immunoqlobulinlərinə – IgM, IgG və IgA qarşı olan anticisimlər fiksə olunur. Xəstənin qan zərdabı əlavə edildikdə, lövhəcikdəki anticisimlər zərdabın anoloji sinfinə aid olan anticisimlərini tanıyır və anticisim – spesifik im-munoqlobulin kompleksi əmələ gəlir. Daha sonra reaksiyaya an-tigen – solğun treponema konyuqatı, nişanlanmış fermentlər əlavə olunur, xəstənin qan zərdabında spesifik anticisimlər olduğu təqdir-

də rənglənmə baş verir. *Test* pozitivlik koeffisientinə (PK) - məlumatın nəticələri rəqəmsal avtomatlaşdırılaraq *spektrofometrik üsul ilə qiymətləndirilir*.

* **İB – immunoblotting** – İFA variantı, T.pallidum-a qarşı əmələ gələn IgM и IgG anticisimlərinin differensial və summar təyininə imkan verir.

İB –in aparılmasında antigen keyfiyyətində, T.pallidum-dan elektroforez prosesində treponema zülallarının ayrılması ilə əldə olunan Tp15, Tp17, Tp47, Tp44, TmpA treponem zülalları istifadə olunur.

İB prinsipi köndələn zolaq şəklində (blots) çökən antigenlərin – rekombinant treponem zülallarının analoqları olan Tp15, Tp17, Tp47, Tp44, TmpA, tədqiqat zərdabı və insan IgM/ IgG - ə qarşı konyuqat – keçianticisimləri, nişanlanmış fermentlər və ya radioaktiv maddələrlə işlənməsinə əsaslanır. Xəstənin qanında T.pallidum-a qarşı olan anticisimlər olduğu təqdirdə *stripin müvafiq hissələrində rəngli reaksiya ilə aşkarlanan rənglənməmiş zolaqlar* şəklində antigen – anticisim kompleksi əmələ gəlir. Testin intensivliyi tədqiq olunan nümunələrdəki anticisim tərkibinə proporsional olan rənglənmə ilə qiymətləndirilir.

Seroloji TT istifadə olunur:

- sifilisə görə əhalinin skriningi
- qTT müsbət nəticəsinin təsdiqi

Qeyd:

- RİF və İFA xəstəliyin 3-cü həftəsindən etibarən müsbət olurlar və tam müalicə edildikdən sonra da uzun müddət müsbət olurlar
- PHAR və STİR xəstəliyin 7-8 həftəsindən etibarən müsbətdirlər və keçirilmiş tam müalicədən sonra uzun müddət müsbət olurlar

- IgM yoluxmadan sonra 2-4 cü həftədə əmələ gəlir və müalicə almamış insanlarda təxminən 18 ay sonra, erkən sifilisə görə müalicə alanlarda – 3-6 ay sonra, gecikmiş sifilisə görə müalicə alanlarda – 12 aydan sonra yox olur
- IgG adətən yoluxmadan sonra 4-cü həftədə əmələ gəlir, bir qayda olaraq IgM-ə nisbətə daha yüksək titrlərə qalxır və hətta, xəstə kliniki olaraq sağaldıqdan sonra da uzun müddət ərzində belə qalır.

Neyrosifilis diaqnozunun verifikasiyası üçün **onurğa beyni mayesinin (OBM) müayinəsi** aparılır. Müayinə zamanı OBM-də təyin olunur :

- **sitoz**– OBM –in hər 1mm^3 də hüceyrəvi elementlərin keyfiyyət və kəmiyyət tərkibi
- **zülalın yüksəkliyi**
- **OBM –dən** aparılan **seroloji testlərin** (MPR / SPR, PHAR, İFA, İB) **nəticələri**

Qeyd:

- **Normada OBM** şəffaf və rəngsizdir, nisbi sıxlıq 1006-1008, pH 7,4-7,6; 1mm^3 də 5-8 hüceyrədən artıq olmamaqla (limfosit) və 0,45 q/l artıq olmayan zülal; sifilis seroloji testləri mənfidir
- OBM – də **patoloji dəyişikliklər** bir və ya iki göstərici ilə qiymətləndirilir
- hüceyrələrin sayı hər 1mm^3 5-8 artıqdır
- zülalın miqdarı 0,45 q/l – dən artıqdır
- 1mm^3 -də hüceyrələrin sayı 5-dən 10-a qədər olduqda **funksional dəyişikliyi** göstərir, 10 hüceyrədən çox olduqda – sinir sistemində **üzvi dəyişiklik** getdiyi aydın olur.

G. SİFİLİSİN MÜALİCƏSİ

Sifilis əleyhinə aparılan müalicənin məqsədindən asılı olaraq sifilis müalicəsinin aşağıda sadalanan üsulları ayırd edilir:

- * **spesifik müalicə**- sifilis diaqnozu qoyulmuş bütün şəxslərdə sağaltma məqsədilə aparılır
- * **preventiv müalicə**- kliniki və seroloji təzahürü olmayan sifilisin erkən forması olan xəstələrlə cinsi və ya sıx məişət təmasında olan və əlaqə müddətindən 2 aydan artıq keçməmiş şəxslərə
- * **profilaktik müalicə** - yenidə doğulmuş sifilisinin qarşısının alınması məqsədilə aparılır :
 - hamiləlikdən əvvəl və ya hamiləlik vaxtı sifilislə görə spesifik tam müalicə alan qadınlarda
 - kliniki və seroloji əlamətləri olmayan, hamiləlik dövründə müalicə almayan və ya adekvat müalicə almış analardan doğulan yenidə doğulmuşlarda
- * **sınaq (ex juvantibus) müalicəsi**- əsaslı seroloji və klinik göstəricilərlə sifilis diaqnozunu təsdiq etmək mümkün olmayan, daxili orqanların, sinir sisteminin və dayaq – hərəkət aparatının spesifik zədələnməsinə şübhəli şəxslərdə aparılır.

Sifilisin müalicəsi antibakterial preparatlarla aparılır.

Penisillin

- * dyürant
- **retarpen / ekstensillin (benzatin benzilpenisillin)** – 2,4 mln. vahid ə/d, 7 gündən bir №1-3
- **bisillin-1 (benzilpenisillin dibenziletiləndiamin duzu)** – 2,4 mln. vahid ə/d, 5 gündən bir №3-6 (2 yaşına qədər olan uşaqlara)

- **bisillin-3 (benzilpenisillin dibenziletildiamin, novokain və natrium duzu 1:1:1 nisbətində)** – 1,8 mln. vahid ə/d, həftədə 2 dəfə №2-10 (2 yaşına qədər olan uşaqlara əks göstərişdir)
- **bisillin -5 (benzilpenisillin dibenziletildiamin və novokain duzu 4:1nisbətində)** – 1,5 mln. vahid ə/d, həftədə 2 dəfə № 2-10 (2 yaşına qədər olan uşqlara əks göstərişdir)
- * orta dyürant
- **benzilpenisillin novokain duzu** – 600 min. vahid. ə/d, gündə 2 dəfə, hərgün, 7-20 gün ərzində
- **prokain bezilpenisillin** – 600 min.vahid.-1,2 mln.vahid ə/d, gündə 1 dəfə, hər gün № 7-20
- * suda həl olunmuş
- **benzilpenisillin kristallik natrium duzu** – 1 mln. vahid ə/d, hər 4 saatdan bir (gündə 6 dəfə), hərgün, 14-28 gün ərzində.
- * yarım sintetiklər
- **ampisillin natrium duzu** 1 mln.vahid ə/d, gündə 4 dəfə(hər 6 saatdan bir), 10-2 gün ərzində hər gün
- **oksasillin natrium duzu** 1 mln.vahid ə/d, gündə 4 dəfə(hər 6 saatdan bir), 10-28 gün ərzində hər gün

Sefalosporinlər:

- * **seftriakson** 0,5-1,0 ə/d, gündə 1 dəfə, hər gün №5-20

Tetrasiklinlər:

- * **doksisiklin** 0,1 daxilə, gündə 2 dəfə, 10-30 gün ərzində hər gün (8 yaşa qədər uşaqlar,hamilələr üçün əks göstəriş)

Makrolidlər:

- * **eritromisin** 0,5 daxilə, gündə 4 dəfə, 10-30 gün ərzində hər gün

Qeyd:

- * **benzilpenisilin seçim preparatı (birinci sıra)** hesab olunur.
- * Penisillinə əks-göstərişlərdə **rezerv –alternativ preparatlar (seftriakson, doksisisiklin, eritromisin, ampicillin, oksasillin)**
- * gecikmiş sifilisli xəstələrdə kurslar arası müddət 2 həftə olmaqla 2 kurs müalicə aparılır
- * sifilislə xəstə uşaqlardakı müalicə böyüklərdəki böyüklərdə olan rejim ilə aşağıdakı dozalarda aparılır
 - benzilpenisillin kristallik natrium duzunun gündəlik dozası uşaqlar üçün yaşı 6 aya qədər olduqda – 100 min vahid/kq/gün, yaşı 6 aydan 1 yaşa qədər olan uşaqlarda – 75 min vahid/kq/gün, 1 yaşdan yuxarı uşaqlarda 50 min vahid /kq/gün hesablanır
 - prokain benzilpenisillin və benzilpenisillin novokain duzu– 50 min vahid/kq/gün hesablanır
 - seftriakson 2 aya qədər olan uşaqlarda – 50 mq/kq/gün, 2 ayda böyük uşaqlarda – 80 mq/kq/gün hesablanır.
- * ikincili sifilisli xəstələdə müalicə zamanı Yariş-Lukaşeviç-Herksheymer kəskinləşmə reaksiyası qeyd edilir. Reaksiya antibiotiklərlə müalicənin ilk sutkasında, ilk iynədən və daxilə qəbuldan bir neçə saat keçdikdən sonra baş qaldırır. Temperaturun kəskin yüksəlməsi (40°C- ə qədər), titrətmə, sifilidlərin parlaqlığının yüksəlməsi. Reaksiya ölmüş solğun treponemaların parçalanması nəticəsində orqanizmdə gedən intoksikasiyadır.

Ədəbiyyat

1. Милич М.В.. Эволюция сифилиса. М.: Медицина, 1987, 160 с.
2. Венерические болезни. Руководство для врачей (под редакцией О.К. Шапошникова). М.: Медицина, 1991, 554 с.
3. Ağakışiyev C.C., Abdullayev Ş.G. Dermatovenerologiya terminlərin lüğəti. Bakı, Təbib, 1998, 232 с.
4. Родионов А.Н. Сифилис. СПб, 2007, 373 с.
5. Самцов А.В., Барбинов В.В., Терлецкий О.В. Сифилис. Медицинский атлас. СПб.: ДЕАН, 2007, 192 с, ч.1.
6. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний (под редакцией Кацамбаса А.Д., Лотти Т.М.). М.: МЕДпресс-информ, 2008, с. 473-478.
7. Kingston M., French P., Goh B. et al. UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008 [Elektronic resource] // International Journal of STD & AIDS. 2008; 19:729-740. – Available at <http://www.bashh.org/documents/1879.pdf> (02.12.2014)
8. Carol R. Emerson. Syphilis: A Review of the Diagnosis and Treatment [Elektronic resource] // The Open Infectious Diseases Journal. – 2009. – vol. 3, 143-147 p. - Available at <http://www.benthamscience.com/open/toidj/articles/V003/SI0106TOID/143TOIDJ.pdf> (02.12.2014)
9. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, с. 368-460.
10. New York State Department of Health. Syphilis [Elektronic resource]. New York (NY): New York State Department of Health; 2011 Oct. 18p. [37 references]. - Available at <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=35092>(02.12.2014)

11. Syphilis [Elektronic resource]. October, 2011. – 19 p. - Available at <http://www.hivguidelines.org/wp-content/uploads/2014/04/syphilis.pdf> (02.12.2014)
12. F. Əliyeva, N.Poladova, M. Həməzəyev, S. Məmmədova, G. Hüseynova. Hamiləlik və infeksiyalar üzrə klinik protokol. Bakı, 2012; 72 s.
13. Дмитриев Г.А. Сифилис (клиника, диагностика, лечение, профилактика). Методические рекомендации № 34. М., 2013; 24 с.
14. Клаус Вольф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац, Барбара А. Джилкрест, Эми С. Паллер, Дэвид Дж. Леффель. Дерматология Фицпатрикав клинической практике, том 3, с. 2129-2180. М., 2013
15. Рёкен М. Атлас по дерматологии. М. МЕДпресс-информ, 2014; с. 380-385.
16. French P.M., Potočnik, French P., Patel at all. European Guideline on the Management of Syphilis, 2014 [Elektronic resource]. - Available at <http://iusti.org/regions/europe/pdf/2014/2014SyphilisguidelineEuropean.pdf> http://iusti.org/regions/europe/pdf/2014/JEADV_FINAL_2_8_10_2014.pdf (02.12.2014)
17. Z. Fərəsoy, İ.Əmirova, F. Mahmudov, Ş. Вахşəliyeva, G. Fərəsova, İ. Abasova. Sifilisin diagnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Bakı, 2015; 72 s.
18. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология (под редакцией Кубановой А.А.), 2015. М.: Деловой экспресс, 2016; с. 679-720.
19. Потехаев Н.Н. Эффективность современных методов диагностики нейросифилиса. Возможности и перспективы применения VDRL и иммуночипов. Клиническая дерматология и венерология. 2016; 6:11-22.

QONOKOKK İNFEKSİYASI (Qİ)

A. ÜMUMİ MƏLUMAT

Qİ (qonoreya, süzənək) başlıca olaraq sidik-cinsiyyət orqanlarının selikli qişasını zədələyən zöhrəvi xəstəlikdir. Qİ törədicisi – *Neisseria gonorrhoeae*. Qİ-ya yoluxma əsasən cinsi əlaqə vasitəsi ilə baş verir, lakin qeyri-cinsi yolla da yoluxma mümkündür.

1. Tarixə qısa ekskurs

Qİ-nin tarixi çox qədimdir. Belə ki, hələ eramızdan 3500 il əvvəl yazılmış qədim misir təbabətinin “Ebers papirusu” sənədində sidik kanalının Qİ-ni xatırladan iltihabından bəhs edilir.

Qİ terminini təbabətə ilk dəfə eramızın II əsrində Halen daxil etmiş və göstərmişdir ki, bu xəstəlikdə olan ifrazatı ereksiya zamanı baş verən ifrazatdan fərqləndirmək lazımdır.

IV əsrdə Marsellus Qİ epididimitini təsvir etmiş, IX əsrdə isə Əbu-Bəkr-Razi Qİ xəstəliyində sidik kanalını qurğu-şun məhlulu ilə yumağı məsləhət görmüşdür. X əsrdə görkəmli tacik alimi Əbu-Əli İbn Sina “Tibb qanunu” adlı əsərində Qİ zamanı sidik ifrazının çətinləşdiyini göstərmiş və bu pozğunluğu aradan qaldırmaq üçün sidik kisəsini yumağı təklif etmişdir.

XV əsrin sonunda Avropada sifilis epidemiyası yayıldığı zaman Qİ sifilisin bir təzahürü hesab edilirdi. Belə yanlış fikir təxminən üç əsr hökm sürmüşdür. XV əsrin başlanğıcında Viççi sifilisin klinik şəklini ətraflı təsvir edib, onu Qİ-dan fərqləndirmiş, lakin Brasso-volus Qİ-ni yenə də sifilisin bir təzahürü hesab etmişdir. XVII əs-

rdə italiyalı Muritano Qİ-nı uretranın selikli qişasının iltihabı kimi xarakterizə edir. Terane isə sidik kanalı vəzilərinin və lakunalarının təsvirini verir. Morqani uretra lakunaları-nı daha ətraflı təsvir edib, Qİ-da onların patogenetik rolunu göstərir.

1715-ci ildə Kokberi, 1753-cü ildə Berqov, 1767-ci ildə isə Balfur və digər müəlliflər sifilisin və Qİ-nın eyni xəstəlik olması fikirlərinin ələhinə çıxırlar. Bu məsələni aydınlaşdırmaq üçün alman alimi Hunter Qİ-lı xəstənin sidik kanalından götürdüyü ifrazatı öz uretrasına yeridir. Lakin həmin xəstədə Qİ-dan əvvəl sifilis də olduğundan Hunter həm Qİ, həm də sifilislə xəstələndir. Sonralar Bell və Hernandes də Hunterin öz üzərində qoymuş olduğu təcrübəni təkrarlayır və bir dəfə də olsun, sifilislə yoluxmurlar. 1831-ci ildə Rikor Qİ və sifilisin eyni xəstəlik olması fikrini qəti inkar edir. Rikoron səhvi onun Qİ xəstəliyinə sidik kanalının kimyəvi, mexaniki və ya fizioloji qıcıqlanması nəticəsində törəyən bir katar kimi baxmasında və spesifik Qİ amilinin varlığını güman etməməsində idi.

1879-cu ildə Albert Neysser (A.Neisser) sidik kanalından götürülmüş irində Qİ-nın törədicisini tapıb ətraflı təsvir edir və ona qonokok adını verir. 1885-ci ildə Bumm (E.Bumm) laxtalanmış insan qanı zərdabında qonokokun təmiz kulturasını almağa müvəffəq olur. Qonokokların Qİ xəstəliyinin spesifik törədicisi olduğu nu sonralar digər müəlliflər də (Vertgeym və b.) göstərmişlər. Ru ilk dəfə olaraq qonokokları Qramm üsulu ilə boyamanı təklif edir.

Epidemiologiya. Qİ cinsi yolla yoluxan infeksiyalardan olub, geniş arealda yayılmışdır. Amerika və digər inkişaf etmiş ölkələrdə daha çox rast gəlinir. Hər il dünyada 60 milyon yeni yoluxma qeydiyyatına alınır. Yoluxan insanlar arasında 15-25 yaş arası şəxslər üstünlük təşkil edir.

Etiologiya. Qonokokk cüt-cüt yerləşmiş və çökük tərəfləri bir-birinə doğru çevrilmiş qəhvə dənəsi və ya böyrəyi xatırladan diplo-kokdur (Şəkil 1).

Adətən eninə bölünməklə çoxalır, lakin digər yollarla da çoxalması inkar edilmir. Qonokokun diplo-kok şəklində yerləşməsi kokk bölündükdə başqa fazalara nisbətən kokun dərtilib aralanması fazasının daha uzun müddət davam etməsi ilə izah edilir. Qonokokun uzunluğu orta hesabla $1,25\mu$, eni isə $0,7-0,8\mu$ -dur.

*Şəkil 1*

Xəstənin ifrazatından hazırlanmış yaxmalarda qonokokk üçün ən səciyyəvi cəhət onun leykositlərin daxilində yerləşməsidir.

Belə leykositlərin miqdarı tədqiqat üçün materialın necə və xəstəliyin hansı dövründə götürülməsindən asılıdır. Material sərbəst axan irin damlasından götürüldükdə leykositlərin daxilində yerləşmiş qonokoklara çox, irin uretranın dərinliyindən götürüldükdə isə az təsadüf edilir. Eksperimentlərə əsasən belə bir nəticəyə gəlmişlər ki, neytrofil leykositlərin daxilində yerləşmiş qonokoklar yaşamağa və törəyib artmağa qadirdir. Bu hadisə “endositobioz” adlandırılır.

Qonokoklar əslində monositlərin daxilində həzm olunur. Epitel hüceyrələrində qonokoklar düzgün paralel cərgələrlə yerləşir. Elektron mikroskopda müəyyən edilmişdir ki, qonokokların bəzi növləri kapsulabənzər törəməyə malikdir. Qonokokun ultranazik kəsiklərini tədqiq etdikdə, zərif protoplastı zədələnmədən qoruyan və karkas vəzifəsini daşıyan ikikonturlu xarici qılf yaxşı görünür; qılfın xarici qatı lipoproteidlərdən, daxili qatı isə polisaxaridlərdən ibarətdir. Xarici divarın bilavasitə altında ikikonturlu sitoplazmatik membran yerləşmişdir. Bu membran lipoproteidlərdən təşkil olunub, osmotik baryer rolunu oynayır. Hüceyrə metabolizmini və protoplastla xarici ətraf mühit arasındakı mübadilə prosesini tən-

zim edir. Sitoplazmatik membranın altında müxtəlif böyüklükdə dənəciklərdən təşkil olunmuş sitoplazma və zülal sintezini həyata keçirən ribosom aparatı yerləşmişdir. Hüceyrələrin mərkəzi onların inkişaf mərhələsindən asılı olaraq müxtəlif formada və müxtəlif böyüklükdə açıq törəmə ilə tutulmuşdur. Bu, DNT-nin tutqun telləri ilə bitişən nüvə vakuoludur. Mikroblarda membran sisteminə, heyvanların yüksək dərəcədə təşəkkül tapmış hüceyrə mitoxondrilərinin analoqu sayılan lizosoma da aiddir. Beləliklə, qonokokk kiçik olmasına baxmayaraq çox mürəkkəb quruluşa malikdir.

İnsan orqanizmindən xaricdə qonokoklar çox yaşamır, irində quruyuncaya qədər sağ qalır. Dondurulmuş halda olan qonokoklar vakuum altında qurudulduqdan sonra öz antigen xüsusiyyətini və həyat qabiliyyətini bir neçə il itirmir. Qonokokk istiliyə davamsızdır, onun inkişafından və törəyib artmasından ötrü optimal temperatur 37°C -yə bərabərdir; temperatur $40-40,5^{\circ}\text{C}$ -yə qədər yüksəldikdə qonokokun həyat qabiliyyəti zəifləyir. Düz düşən günəş şüaları qonokoku 25-35 dəqiqədə tələf edir.

Dərman preparatlarından penisillinin və digər antibiotiklərin qonokoklara təsirinin oyrənilməsi məsələsinə çoxlu tədqiqatlar həsr olunmuşdur. Penisillin qonokoklara öldürücü təsir göstərir.

Adaptasiya zamanı qazanılmış dözümlülük irsən nəsələ verilən və sonradan möhkəmlənən xüsusiyyətə çevrilir. Antibiotiklərdən birinə qarşı dözümlülüğün artması digər preparatlara qarşı dözümlülüğün artmasına səbəb olmur. Qeyd etmək lazımdır ki, qonokokun kimyəvi terapiyaya qarşı rezistentliyi daha mürəkkəb bir hadisədir və təkcə mikrobu dərmana qarşı dözümlülüğü ilə izah edilə bilməz, çünki infeksiya ilə mübarizədə və kimyəvi terapiyanın necə nəticə verməsində makroorqanizm də mühüm rol oynayır.

Müəyyən edilmişdir ki, inkişaf və çoxalma prosesində xarici mühitin müxtəlif amillərinin təsirindən qonokokk öz morfoloji və bioloji xüsusiyyətlərini dəyişir. Sulfanilamid preparatlarının və antibiotiklərin təsirindən qonokokun ölçülərinin və tinktorial xü-

su-siyyətlərinin dəyişilməsi xüsusilə kəskin gözə çarpır. Məsələn, penisillinin təsirindən tipik qonokoklarla yanaşı onların iri və çox kiçik növlərinə də təsadüf edilir. Eyni zamanda qonokokların tinktorial xüsusiyyətləri də dəyişilir: qram-mənfi qonokoklar qram-müsbət qonokoklara keçir.

Son illərdə bakteriyaların, deyildiyi kimi, L-formaları geniş öyrənilir və o cümlədən qonokokların da L-formaları mövcuddur. Bu formaların öyrənilməsinin böyük təcrübəvi və nəzəri əhəmiyyəti vardır. L-formaların tipik formalardan təkə morfoloji xüsusiyyətlərinə görə deyil, antigen xüsusiyyətlərinə və patogenliyinə görə də fərqləndiyini nəzərə alaraq, belə güman etmək olar ki, latent və süst gedişli Qİ-da qonokoklar çox vaxt dəyişilmiş formada rast gəlinir.

Qonokokun toksini mikrobun cismi ilə birləşmiş olan və yalnız qonokok öldükədən sonra ondan ayrılan endotoksindən ibarətdir. Qonokokun müxtəlif ştammları müxtəlif dərəcədə toksikidir. Ekzo-toksinlərdən fərqli olaraq endotoksinlər nisbətən zəif antigenlərdir. Qonokokk endotoksini biokimyəvi tərkibinə görə lipopolisaxarid olub, amin birləşmələrindən ibarətdir. Endotoksin molekulunun lipoid hissəsi onun toksinliyini, polisaxaridlər isə antigen xüsusiyyətlərini təyin edir.

Eksperimental Qİ

Qonokoku quşlara və soyuqqanlı heyvanlara peyvənd etmək üçün uzun illər boyu cəhd göstərilməsinə baxmayaraq, eksperimental Qİ almaq indiyə qədər mümkün olmamışdır. Bunun səbəbi heyvanda və insanda toxumaların biokimyasının müxtəlif olması, növ immunitetinin varlığı və heyvan bədəninin temperaturunun nisbətən yüksək olmasıdır.

Qİ-nin mənbəyi və yoluxma yolları

Qİ-nin mənbəyi yalnız xəstə insanlardır. Yoluxmaların 99%-i cinsi əlaqənin payına düşür. Qİ həmçinin orogenital və ekstragenital yollarla da yoluxur.

Qız uşaqlarında Qİ əsasən dolaylı yolla baş verir : yaxın təmas, xəstə anası ilə bir yerdə yatmaq, alt paltarını dəyişmək, eyni sanitari-giyeyenik əşyalardan istifadə etmək.

Patogenez

İnsanlarda qonokoka qarşı anadangəlmə immunitet mövcud deyil. Qonokoklar sintez etdikləri fosfolipazalar, peptidazalar, lipid A və peptidoqlikanlar kimi maddələr sayəsində hüceyrə zədələnməsi törədirlər.

Qonokokların sidik-cinsiyyət üzvlərinin selikli qişalarının silindrik epitellə örtülü hissələrini zədələyib, çox keçmədən selikli qişaların altına keçməsi və kapillarlara çatması iltihabla nəticələnir. Zədələnmə ocağına neytrofillərin, histiositlərin toplanması xəstəliyin başlanmasına səbəb olur.

Qİ-nin inkubasiya dövrü

Qİ-nin inkubasiya dövrü orta hesabla 3-4 günə bərabər olub, bəzən 1 günə qədər qısalır, yaxud 2-3 həftəyə qədər uzanır. İnkubasiya dövrünün müddəti törədicinin virulentliyindən, zədələnmiş orqanlarda reaktiv halların nə dərəcədə intensiv olmasından və deməli, orqanizmin ümumi reaktivliyindən asılıdır.

B. Qİ-NİN TƏSNİFATI

Klinik gedişin xüsusiyyətlərinə görə Qİ-nin təsnifatı:

I Təzə Qİ

(2 ay qədər müddətdə): a) kəskin Qİ; b) yarımkəskin Qİ; c) simptomuz Qİ

II Xroniki Qİ

(2 aydan artıq müddətdə və müddəti məlum deyildir)

III Qonokokdaşıma

Hazırda Qİ-nin aşağıdakı təsnifatından istifadə olunur.
XBT-nin 10-cu baxışı

A54.0	Sidik-cinsiyyət kanalının parauretral və artım vəzilərin absesləşməsi ilə müşayiət olunmayan Qİ-si
	Qonokokk: uretriti, sistiti, vulvovaginiti, servisit
A54.1	Sidik-cinsiyyət kanalının parauretral və artım vəzilərin absesləşməsi ilə müşayiət olunan Qİ-si
	Böyük vestibulyar vəzilərin qonokokk absesi
A54.2	Qonokokk pelvioperitoniti və sidik-cinsiyyət orqanlarının digər qonokokk infeksiyaları
(N51.1)	Qonokokk epididimiti
(N.51.1)	Qonokokk orxiti
(N51.0)	Qonokokk prostatiti
	Qonokokk: qadınlarda kiçik çanaq orqanlarının iltihabı
A54.3	Gözün qonokokk infeksiyası
(H13.1)	Qonokokk konyunktiviti
(H22.0)	Qonokokk iridosikliti
	yenidoğulmuşun qonokokk oftalmiyası
A54.4	Sümük-əzələ sisteminin qonokokk infeksiyası
(M01.3)	Qonokokk artriti
(M73.0)	Qonokokk bursiti
(M92.2)	Qonokokk osteomyeliti
(M68.0)	Qonokokk sinoviti
(M68.0)	Qonokokk tendosinoviti
A54.5	Qonokokk faringiti
A54.6	Anorektal nahiyənin qonokokk infeksiyası
A54.8	Digər qonokokk infeksiyalar
(G07)	beynin qonokokk absesi
(I39.8)	qonokokk endokarditi
(G01)	qonokokk meningiti
(I41.0)	qonokokk miokarditi
(I32.0)	qonokokk perikarditi
(K67.1)	qonokokk peritoniti
(J17.0)	qonokokk pnevmoniyası
	qonokokk sepsisi
	qonokokk mənşəli dəri zədələnməsi

Qİ-nin təsnifatına əsasən yoluxmadan 2 aya qədər müddətdə baş vermiş xəstəlik təzə Qİ hesab olunur. Təzə Qİ klinik cəhətdən kəskin, yarımkəskin, torpid-simptomsuz gedə bilər. Simptomsuz Qİ spirtli içki aludəçilərində daha çox təsadüf olunur.

C. KİŞİLƏRDƏ Qİ

1. Kəskin Qİ



Şəkil 2

Kəskin Qİ-da iltihab prosesi çox müşahidə olunur. Ön uretritin selikli qişaları iltihablı olur, xeyli qalınlaşır, uretranın xarici dodaqları qızarıyır, xeyli şişir, yanlara doğru çəkilib, palpasiya zamanı uretra boyu ağrılı düyünlər (litritlər) əllənir (Şəkil 2). Bu vaxt penisin başı və sünnət olunmayanlarda pülük kisəsi hər iki tərəfdən qızarıyır, şişir, ağrıyır. Belə xəstələrdə adətən uretradan xeyli irin axır, onun rəngi təkcə Qİ-da sarımtıl-yaşıldır (Şəkil 3-5). Axan irin sünnət olunmayanlarda pülük kisəsinə yığılır, orada iltihab prosesini artırır,



Şəkil 3

nəticədə həm pülük kisəsi, həm də penisin başı şişir, iltihablaşır, ağrıyır. Penis bütünlüklə bir qədər böyüyür, penisin başını pülük kisəsindən çıxartmaq çətinləşir. Belə hallarda xəstəlik ağırlaşır fimoza, parafimoz verə bilər. Sünnət olunanlarda belə ağır-



Şəkil 4



Şəkil 5

laşmalar olmur. İltihab prosesi arxa uretrada, prostatda, sidik kisəsində və s. baş verə bilər. Belə kəskin iltihab prosesinə baxmayaraq xəstələrin ümumi vəziyyəti o qədər də dəyişilmir.

Arxa uretrada ağırlaşmalar baş verdikdə ağrılar şiddətlənir, tez-tez sidik ifrazı xüsusilə səciyyəvidir.

Müalicəsiz qalmış xəstəlik 2-3 həftə müddətində tədricən yüngülləşir. Şişkinlik, ifrazat və ağrılar xeyli azalır, xroniki formaya keçir.

Qİ yarımkəskin də başlana bilər. Müasir dövrdə Qİ daha çox yarımkəskin gedir. Xəstəliyin bu forması daha çox təsadüf olduğundan onu hətta klassik qonoreya da hesab edirlər. Yarımkəskin Qİ-da uretranın dodaqları azacıq qızarır, bir qədər şişir, az miqdarda selikqarıışıq irin axır. İrinaxma yalnız səhərlər, sidiyə getməmiş gözə çarpır, ağ-sarımtıl rəngdə olur, paltarda ləkə buraxır. Penisin başı və pülük hissəsi demək olar ki, şişmir, dəyişilmir, ağrı vermir. Yarımkəskin uretrit bir müddət sonra arxa uretraya keçə bilər, belə hallarda xəstəliyin gedişi xeyli ağırlaşır. (Şəkil, 6)



Şəkil 6

Torpid Qİ, demək olar ki, simptomsuz gedir, bəzən heç bir klinik əlaməti olmur. Cüzi miqdarda xaric olan ifrazat uretranın do-daqlarında quruyub sarımtıl-ağ qartmağa çevrilir. Yaxud da ifrazat heç olmur, uretranın içərisində qalır. Belə hallarda Folkman qaşığı ilə uretranın 2-3 sm dərinliyindən çox ehtiyatla qanaxma olmasın deyə qaşıntı götürüb əşya şüşəsinin üzərində yaxma hazırlayıb laboratoriyaya göndərmək lazımdır. Az simptomlu Qİ əksər alimlərin fikrincə, çox mühüm epidemioloji əhəmiyyət kəsb edir. Xəstə qadın-larla cinsi əlaqədə olmuş kişilərin 5-10%-də Qİ tapmaq müm-kündür.

Qeyd etmək lazımdır ki, torpid uretrit kliniki cəhətdən çox yüngül gedir, uzun çəkir və bir müddətdən sonra tədricən xroniki hala keçir. İltihab prosesinin ön uretradan arxa uretraya keçməsi xəstə üçün gözlənilməz olur və klinik cəhətdən özünü göstərmir.

İltihab prosesinin ön uretradan arxa uretraya keçməsi cinsiyət vəzilərini də (prostata, toxumluq kisələrini və s.) zədələyə bilər. Ön torpid uretrit ağırlaşmalarının qarşısını almaq məqsədilə belə xəstə-ləri vaxtında aşkar etmək və spesifik müalicəyə cəlb etmək həkim-lərin birbaşa vəzifəsidir. Ağırlaşmanın əsas səbəbi qaydasız cinsi əlaqələr, spirtli içkilər, qeyri-düzgün müalicədir.

Uzun müddət müalicəsiz qalmış simptomsuz ön uretrit bir müddətdən sonra xroniki hala keçir.

Xroniki Qİ uretriti o qədər az simptomlu keçir ki, kişilərin 60%-i heç nədən şikayət etmir, cinsi əlaqələrini davam etdirir. Ona görə də belə xəstələr epidemioloji cəhətdən xoşa gəlmir-lər, onlar Qİ-nin potensial mənbəyidirlər. belə xəstələr özlərini xəstə hesab etmədiklərindən həkimə az müraciət edirlər.

Bu, xəstəliyin çox az simptomlu keçməsi ilə əlaqədardır. Onlar əksər halda xəstəlik mənbəyi kimi aşkar olunurlar. Xroniki uretritin xarici əlamətləri demək olar ki, olmur: bəzən səhərlər az miqdarda selik kimi axıntı olur, bəzən isə sıxanda bir damcı selik qarışıq ifrazat gəlir. Spirtli içkilər, cinsi əlaqələr nəticəsində xronik uretrit gözlənil-mədən kəskinləşib ağırlaşma verə bilər.

Ağırlaşma sidik kanalı içərisində selikli qişaların zədələnməsi, strukturun pozulması, eroziya və selikli qişaların altında birləşdirici toxumaların əmələ gəlməməsi, uretranın daralması ilə nəticələnmə bilər. Eyni zamanda uretra vəzilərinin (litritlər) və lakunların (morqa-nitlər) iltihabı baş verə bilər. Xroniki Qİ-ni simptomuz gedən təzə torpid Qİ-dan fərqləndirmək üçün uretroskopiya aparmaq məqsəduyğundur. Uretroskopiya zamanı uretrada aşkar olunan lokal zədələnmə ocağı, eroziya, birləşdirici toxumaların inkişafı uretrada bərk infiltratın əmələ gəlməsi xroniki Qİ-ni təsdiq edir. Qeyd etmək lazımdır ki, hər hansı bir infeksiya proses (bakteriyalar, trixomonadlar, xlamidiya, göbələk və s.) uretranın selikli qişalarında bir-birinə oxşar zədələnmələr əmələ gətirir. Qİ-nin diaqnozu yalnız bakterioskopik və ya bakterioloji üsullarla qonokokların tapılmasına əsasən qoyulur. Xəstələrin dəqiq anamnezini toplamaqla uretranın axıntısından dəfələrlə birgə provakasiyadan sonra bakterioskopik və bakterioloji yoxlanışlar aparmaq lazım gəlir.

Süzənək prosesli ön uretrit bir sıra yerli ağırlaşmalar verə bilər.

Bunlardan prostat və kuper vəzilərini, toxum kisəciklərini, toxum qabarcıqlarını, xaya artımını, toxum çıxan kanalı və s. göstərmək olar.

Prostatit. Ən çox süzənəyin yerli ağırlaşmaları nəticəsində təsadüf olunur. Prostatit Qİ-lı xəstələrin 20-50%-də qeyd olunur. Prostatit əsasən arxa uretrit zamanı qonokokların külli miqdarda prostat vəzisi yollarına daxil olması nəticəsində əmələ gəlir. Prostat vəzisinin hər bir payının yolu arxa uretraya açılır. Qonokoklar həmin pay yolları vasitəsilə arxa uretradan prostat vəzisinə doluşub prostatit əmələ gətirir. Pay yollarında baş verən kataral prostatit demək olar ki, simptomuz gedir. Onun klinik əlamətləri arxa uretrit əlamətləri ilə eyni zamanda müşahidə olduğundan ayrıca aşkar olunmur. Lakin qonokoklar prostat vəzisinin paylarına daxil olduqda isə parenximatoz prostatit törədirlər. Kəskin prostatit zamanı xəstənin ümumi vəziyyəti ağırlaşır, temperatur 38-39°C-ə

qədər yüksəlir, xəstələr aralıq nahiyədə ağrıdan, qəbizlikdən, sidiyə gedərkən yaranan çətinlikdən şikayət edirlər. Düz bağırsaqdan yoxlama zamanı aydın olur ki, prostat vəzisinin ayrı-ayrı payları böyüyüb, xeyli şişib, əlləmə zamanı ağrı verir. Bəzən də çox ağrılı düşünlər-prostat absesləri əllənir. Parenximatoz prostatit zamanı bütünlüklə prostat vəzisi böyüyür, şişir, ağrıyır, xəstənin ümumi vəziyyəti ağır olur. Kəskin prostatit düzgün müalicə olunduqda tezliklə sağalır və xəstənin vəziyyəti normallaşır. Lakin müalicəsiz qalmış xəstəlik abses verə bilər. O uretraya, düz bağırsağa, aralığa, sidik kisəsinə və qarın boşluğuna açılıb təhlükəli fəsad verə bilər.

Kəskin prostatit bəzən xroniki hala keçir, bəzən isə xroniki prostatit torpid gedən Qİ zamanı alınır. Xroniki prostatit çox zəif gedir, kliniki cəhətdən demək olar ki, heç bir obyektiv və subyektiv əlaməti olmur. Bəzən təsadüfi aşkar olunur. Prostat vəzisi şirəsinin bir neçə yoxlanması nəticəsində belə qonokoklar aşkar olunmur. Bir tərəfdən də belə mülahizə olunur ki, hətta kəskin ön uretrit zamanı belə prostat vəzində qonokoklar olur, ancaq prostat vəzisinin şirəsində qonokokları tapmaq çox çətinidir. Hazırda belə güman olunur ki, Qİ-nin bütün klinik formalarında prostat vəzində qonokok olur. Son zamanlar prostat vəzisi, Qİ keçirmiş və lazımı antibiotiklərlə yaxşı müalicə olunmuş adamlarda latent Qİ-nin ocağı kimi təsvir olunur. Ona görə də belə xəstələrdə qonokokları səbrlə axtarmaq və bu vaxt yanaşı infeksiyanı da nəzərə almaq məsləhət görülür. Müalicə olunmuş Qİ ilə yanaşı sidik-cinsiyyət trixomonadları, xlamidiya və s. də ola bilər, bu isə xəstəliyin gedişini ağırlaşdırır, müalicəni çətinləşdirir.

Xroniki prostatit obyektiv və subyektiv əlamətlərinə görə arxa uretritdən heç də seçilmir: tez-tez sidiyə getmək, sidik ifrazı zamanı zəif qaşınma, yandırma, sidikdə sap və ya pambıq kimi zərrəciklərin üzməsi, aralıq və düz bağırsağ nahiyəsində yad cisim hissiyyəti, cinsiyyət funksiyasının pozulması, ümumi əzginlik, yorğunluq və s. xroniki prostatit üçün səciyyəvidir. Yuxarıda təsvir olunan xroniki prostatit əlamətlərini başqa infeksiyalar da verə bildiyindən bu da nəzərə

alınmalıdır. Qİ-lı prostatitin diaqnozu USM vasitəsi ilə dəqiqləşdirilir. Kataral prostatitdə obyektiv və subyektiv əlamətlər demək olar ki, olmur; follikulyar prostatitdə vəzinin ayrı-ayrı payları şişir və ağrıyır, masaj nəticəsində alınan prostat şirəsində qonokokları tapmaq olur. Parenximatöz prostatitdə masaj zamanı vəzinin yarısı və ya bütün vəzi böyümüş olur, onun orta şırımını itir, alınmış şirəsində qonokokk tapılır. Bir çox hallarda xəstənin şikayəti və anamnezi heç bir nəticə vermir. Belə xəstələri yanaşı infeksiyaları nəzərə almaqla dəqiq müayinədən keçirmək lazımdır. Prostatın masajı nəticəsində alınmış şirədən çoxlu leykosit- bir baxım sahəsində 10-dan artıq olur. Bu iltihabi göstərir. Onu başqa infeksiyalar da - trixomonadlar, bakteriyalar, xlamidiya və s. verə bilər. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədilə qonokokları dəfələrlə axtarmaq, yaxud iltihabı yanaşı infeksiyaların biri ilə əlaqələndirmək lazımdır. Mövcud üsullardan istifadə edib, həmin infeksiyanı tapmaq lazımdır.

Prostatitlə yanaşı xəstəliklərdən arxa uretriti və kollukuliti (toxum qabarcıqların iltihabı) göstərmək olar.

Onların diaqnozu uretroskopiya ilə dəqiqləşdirilir. Xroniki Qİ-lı xəstələrdə və ya onu keçirmişlərdə prostat şirəsi yoxlanılmalıdır.

Spermatosistit - toxum kisəciklərinin iltihabı ayrılıqda demək olar ki, olmur. O, 10% prostatitlə yanaşı təsadüf olunur. Spermatosis-titin keçmişdə təsadüf olunan ağır halları hazırda təsadüf edilmir. Ancaq Qİ-lı arxa uretrit zamanı toxum kisəciklərinin ilkin zədələnməsi təsadüf olunur, klinik cəhətdən xəstəlik torpid gedir, simptomları aydın olmur.

Spermatosistit bəzən toxum xaric edən kanalın Qİ-si ilə yanaşı təsadüf edilir. Hər iki xəstəliyin obyektiv və subyektiv simptomları çox az olur. Ancaq bəzi hallarda çanaq nahiyəsində küt ağrılar olur, ereksiya zamanı arxa uretraya, aralığa, düz bağırsağa tərəf yayılır, pollusiya və vaxtından qabaq eyakulyasiya müşahidə olunur. Diaqnoz toxum kisələrinin masajdan sonra alınmış ifrazatında qonokokların tapılması əsasında qoyulur.

Daha sonra proses qonokokların kuper vəzilərinə dolması onların kuperit adlanan iltihabı ilə nəticələnir.

Kuperit - kataral və parenximatoz iltihab kimi gedir. Kataral kuperitin demək olar ki, heç bir simptomu olmur. Zəif gedən arxa uretrit kimi gedir. Parenximatoz kuperitdə aralıqda ağrılar, şişkinlik olur, bunun nəticəsində bərk oturacaqda oturmaq və sidik ifrazı prosesi çətinləşir. Bəzən tam anuriya baş verə bilər, palpasiya zamanı aralıqda şişkinlik, ağrı müşahidə olunur.

Kuper vəzilərində abses də baş verə bilər, belə ki, abses daha ağır gedir, nəticədə uretraya, düz bağırsağa, aralıqda dəşilib uzun sürən yara kanalı verə bilər. Yara kanalı ifrazatında adətən qonokoklar tapılır ki, onun əsasında da diaqnoz qoyulur.

Vaxtında və düzgün müalicə olunmayan kəskin kuperit xroniki hala keçə bilər. Xroniki kuperitin bəzən heç bir kliniki əlamətləri olmur. Bəzən də oturacaqda oturanda tədricən artan küt ağrılar müşahidə olunur. Səhərlər uretradan bir damcı çirk gəlir. Palpasiya zamanı aralıqda infiltrat və küt ağrılar müəyyənləşdirilir. Kuper vəzilərinin masajı nəticəsində alınan ifrazatda qonokok və xeyli miqdarda leykositlər tapılır.

Qonokoklar bəzən penisin başı əsasında hər iki tərəfdə yerləşən cüt tizon vəzilərinə daxil olur və tizonit baş verir ki, bu da əksər hallarda aşkar olunmur. Ancaq vəzi axarının tutulması nəticəsində abses əmələ gəlir. Vəzi şişir, həcmi xeyli böyüyür, irinləyir, abses əmələ gətirir. O ya özü dəşilir və oradan xeyli irin axır, ya da onu yetişməmiş abses kimi yarmaq lazımdır. Onun ifrazatında qonokoklar tapılır.

Parauretral yolların qonokoklu iltihabı parauretritlər kimi məlumdur. Parauretral yollar uretraya paralel olan kor dərin kanallardır, onların axarı penisin başında dəri nahiyəsinə açılır. Qİ zamanı qonokoklar çox vaxt parauretral kanallara daxil olub orada iltihab törədir, abses də verə bilərlər. Qabaqlar parauretritlərin ağır-laşması

olan periuretritlər, kavernit hazırda demək olar ki, təsadüf olunmur.

Cinsiyyət üzvünün limfanqoiti və qasıq limfadeniti Qİ-nin kəskin gedişi zamanı müşahidə olunur.

Epididimit- Qİ-nin ağırlaşmaları sahəsində xaya artımının iltihabı olan epididimit xüsusi yer tutur. Əksərən Qİ prosesinə xaya artımları cəlb olunur, çox nadir hallarda proses xaya –yumurtalara (orxo-epididimit) yayılır.

Xəstəlik adətən kəskin başlanır. Bu vaxt xəstənin ümumi vəziyyəti ağırlaşır, hərarəti 38-40 °C çatır, ümumi halsızlıq, baş ağrısı və s. olur. Əksər halda proses birtərəfli olur, sonralar xəstəlik o biri tərəfə də keçə bilər. Xəstəliyin ümumi və yerli əlamətləri 3-5 gün müddətində durmadan artır, sonralar tədricən yüngülləşir. Xəstə tərəfdə xayanın dərisi qızarıp, şişir, palpasiya zamanı xaya artımında səthi hamar infiltrat, ağrı müəyyən olunur.

Müəyyən edilmişdir ki, xaya artımının infiltratı tam çapıqlaşma vermir və xaya artımının yolları qismən tutulur. Bu ona görədir ki, epididimit hər iki xaya artımında baş verdikdə 50-100 % , birtərəfli olduqda isə 5% aspermiya verir, bu isə ailədə sonsuzluğa səbəb ola bilər.

D. QADINLARDA Qİ

Kişilərdən fərqli olaraq qadınlarda süzənəyin öz xüsusiyyətləri vardır. Aşağıda onların üzərində ətraflı dayanacağıq.

1. Qadınlarda cinsi orqanların anatomik quruluşundan asılı olaraq

Qİ çoxocaqlı olur. Belə ki, yoluxma zamanı eyni vaxtda və ya ardıcıl bir neçə orqan (uretra, uşaqlıq boynunun kanalı), sonralar əlavə cinsiyyət vəziləri və anus iltihab prosesinə cəlb olunur (Şəkil 7). Odur ki, qadınları süzənəyə yoxlayanda üç orqandan - uretradan, uşaqlıq boynu (servikal) kanalından və anusdan yaxma götürülür.



Şəkil 7

Bir əşya şüşəsinin üzərinə götürülmüş üç yaxma laboratoriyada eyni vaxtda yoxlanılır.

Müəyyən olunmuşdur ki, 60% xəstə qadınlarda eyni vaxtda bir neçə orqan (servikal kanal, uretra, anus, cinsiyyət vəziləri) xəstələnir.

Göstərilən ocaqlarda Qİ demək olar ki, heç bir subyektiv və obyektiv əlamətlər törətmir. Ancaq süzənək infeksiyası uşaqlığın endometriumu-na, Fallopi borularına keçdikdə, yəni qalxan Qİ zamanı bir sıra subyektiv və obyektiv əlamətlər baş verir. Ümumi

nasazlıq əlamətlərindən (qızdırma, baş ağrısı, zəiflik və s.) qarnının aşağı hissələrində ağrılar baş verir, xəstələrin qanında dəyişiklik əmələ gəlir.

Ona görə də qadınlarda Qİ-nin gedişini iki yerə bölürlər:

- enən Qİ (uretrit, endoservisit, parauretrit, bartolinit, vestibulit, proktit və s.);
- qalxan Qİ (endometrit, metroendometrit, adneksit, pelvioeperitonit və s.)

Qalxan Qİ-nin gizli dövrünü müəyyən etmək çətinidir. Belə ki, qadınlar, xəstəliyin simptomuz getdiyindən yoluxma vaxtını düzgün bilmirlər. Belə güman olunur ki, qalxan Qİ-nin gizli dövrü 3-5 gün, simptomuz Qİ-nin isə 14-15 gün çəkir.

2. Qadınlarda Qİ-nin başqa bir xüsusiyyəti də vardır. Bu əksər qadınlarda qarışıq infeksiya kimi gedir. Qadınlarda ən çox yanaşı gedən infeksiyon xəstəlik trixomoniazdır.

Müasir alimlərin məlumatına görə Qİ-lı qadınların 80-90%-də eyni zamanda trixomonadlar tapılır, 46-50% hamilə qadınlarda Qİ- ilə trixomoniazın simbiozu müəyyən olunmuşdur. Maraqlı odur ki, qarışıq Qİ-trixomoniaz infeksiyası zamanı trixomonadlar qonokokları faqositə edirlər. Qonokoklar trixomonadın həzm yollarında yaşayır, törəyib artırırlar. Bu proses endositobioz kimi məlumdur. Bundan başqa süzənəklə xəstə qadınların 20-30%-də eyni zamanda maya göbələkləri də tapılır. Bəzi hallarda (10%) xəstədə Qİ, trixomoniaz və kandidoz da yanaşı aşkar olunur.

3. Yuxarıdakılardan məlum olur ki, qadınlarda tək Qİ nadir halda müşahidə olunur. Onlarda əsasən xəstəlik qarışıq infeksiya kimi gedir. Qarışıq infeksiya xəstəliyin klinik şəklini, gedişini dəyişir, müalicəsini çətinləşdirir. Belə qarışıq infeksiya zamanı qonokoklar trixomonadlar tərəfindən faqositə olunur (endositobioz), antibiotik-lərlə müalicə zamanı trixomonadların orqanizmində qalmış qonokoklar salamat qalır.

Sonralar trixomonadların orqanizmində salamat çıxmış qonokoklar Qİ-nin residivinə səbəb olur, Qİ-dan sonrakı xəstəlikləri verir, xəstəliyin diaqnozunu və müalicəsini xeyli çətinləşdirir. Belə xəstələrə düzgün diaqnoz qoymaq naminə xəstələrin ifrazatından dəfələrlə tədqiqat aparmaq, provakasiyalardan (təxribat) sonra təkrar tədqiqatlarla həm bakterioskopik, həm də bakterioloji tədqiqat aparmaq məqsəddəuyğundur.

4. Hazırda qadınlarda süzənək əsasən simptomusuz gedir. Ona görə də belə xəstələr profilaktik yoxlanışlar zamanı aşkar olunurlar. Xəstəliyin obyektiv və subyektiv əlamətləri olmadığından xəstələr həkimə müraciət etmirlər. Bəzən qadınlarda süzənək lap başlanğıcdan torpid gedir; belə xəstələrin sayı getdikcə artır. Baxış müayinəsində belə xəstələrin cinsiyyət üzvlərində gözə çarpan iltihabi əlamətlər olmur.

Müasir alimlərin fikrincə Qİ-nin simptomusuz gedişi makro-

orqanizmlə mikroorqanizmlər arasında gedən mürəkkəb qarşılıqlı bioloji əlaqələrin nəticəsidir.

Elektron-mikroskopik tədqiqatlar zamanı təsdiq olunmuşdur ki, makroorqanizmin reaktivliyinin xeyli azalması və mikroorqanizmlərin – qonokokların antibiotiklərin təsiri altında bioloji xüsusiyyətləri qonokokların dəyişməsinə səbəb olur.

Qadınlarda Qİ-nin simptomuz getməsində yumurtalıqların hipofunksiyasının, keyfiyyətsiz müalicənin və bunun nəticəsində qonokokların L-formasına keçməsinin də əhəmiyyəti vardır.

Süzənəkli uretrit

Qadınlarda uretranın uzunluğu 3,5-4 sm, diametri isə 1 sm civarındadır. Uretra vəziləri əsasən uretranın aşağı və ön divarında yerləşir. Qadınlarda uretrit zamanı çox vaxt uretra vəziləri zədələnir və xəstəliyin gedişi uretra vəzilərinin dərinliyindən və sayından asılı olur. Xəstəliyin başlanğıcında uretranın dodaqları bir qədər qızarıq, şişir, qabağa qabarır, uretranı vagina tərəfdən sıxanda bir qədər çirk ifraz olunur. Xəstələr sidik ifrazının başlanğıcında yandırmadan şikayət edirlər. Uretradan ifraz olunan patoloji materialda qonokokk tapılır.

Xroniki uretrit zamanı demək olar ki, ifrazat olmur, ancaq uretranın ön və yan divarları infiltratlaşır, qalınlaşır, çox nadir hallarda cüzi miqdarda ifrazat gəlir. Qadınlarda uretranın massajı onu vagina tərəfdən qasıq sümüyünə sıxmaqla aparılır. Uretroskopiya xroniki uretrit zamanı məsləhət görülür. Bu zaman uretra qızarıq, şişkinləşir, uretra vəzilərinin axarları irinli ifrazatla örtülür, selikli qişası kobud, qat-qatdır, mərkəzi fiqur qeyri-adi olur. Diaqnoz xəstəliyin klinik şəkli və qonokokların tapılması əsasında qoyulur.

Uretrit zamanı qonokoklar əsasən uretra vəzilərinə daxil olub orada iltihab prosesi törədirlər. İltihab tezliklə vəziətrafi hüceyrələri əhatə edir ki, bunun nəticəsində periqlandıulyar və perivaskulyar infiltrat əmələ gəlir. Beləliklə, kəskin uretrit zamanı həm epiteli, həm də epitelaltı hüceyrələri zədələyir. Zədələnmə ayrı-ayrı ocaq-

larda təzahür edir, zədələnmə ocaqlarında degenerasiya və deskvamasiya prosesləri müşahidə olunur.

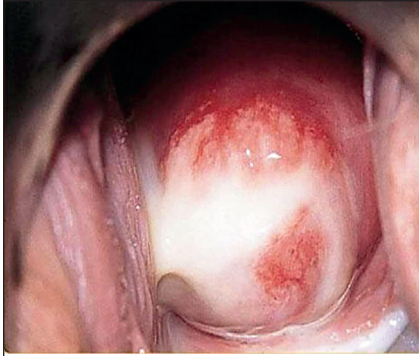
Parauretral yolların zədələnməsi 3% təsadüf olunur. Uretra dodaqlarında müşahidə olunan parauretral yolların dərinliyi 1-2,5 sm-dir. Parauretrit zamanı parauretral kanalların girəcəyi qızarır, irinli tıxacla örtülür, onların üzərinə basdıqda ağ rəngli axıntı ifraz olunur, axarı tutularsa, yalançı abses baş verə bilər, kəskin parauretrit ağrı versə də, xroniki uretrit ağrısız olur. Diaqnoz parauretral yollardan ifraz olunan patoloji materialda qonokokların tapılmasına əsasən qoyulur.

Böyük dəhliz – bartolin vəzilərinin iltihabı yoluxmadan 2-3 həftə sonra baş verir. Alimlərin məlumatına əsasən bartolinit əksər xəstə qadınlarda təsadüf olunur.

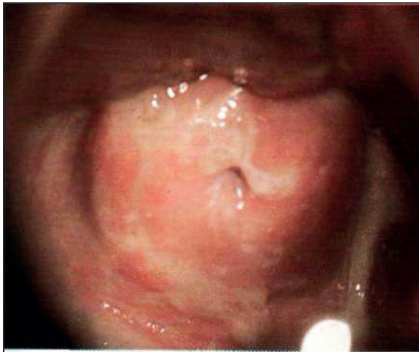
Qİ-lı bartolinit bir sıra ağır-laşmalar verir. Bunlardan səthi kanalikuliti göstərmək olar. Bu ağırlaşma zamanı vəzinin girəcəyi iltihablaşır (ən çox trixomoniazda müşahidə olunur). Kanalikulitdə iltihab prosesi vəzinin bütün girəcəyini əhatə edir.

Burada vəzi girəcəyi yolu boyunca qaytan kimi infiltrat əllənir, sıxarkən alınan ifrazatda qonokoklar tapılır.

İltihab nəticəsində vəzinin axarı tutularsa, vəzinin gövdəsindən irin axa bilmədiyindən orada yığılır və yalançı abses əmələ gətirir. Bu zaman böyük cinsiyyət dodağının aşağı hissəsində qoz böyüklüyündə içərisi irinlə dolu yalançı abses müşahidə olunur. Xəstənin ümumi vəziyyəti yaxşı olsa da, hərarəti subfebril olur. Qonokoklara əlavə irintörədici mikrobların əlavə olunması nəticəsində daha ağır keçən həqiqi abses də əmələ gələ bilər. Həqiqi abses daha ağır gedir və təcili müalicə tələb edir. Vəz axarının iltihabdan sonrakı çapıqlaşması və bunun nəticəsində axarın tam tutulması sonralar kista əmələ gətirə bilər. Kista yuvarlaq, nisbətən elastiki olur, ağrı vermir. Müalicəsi cərrahi yolla olur. Diaqnoz anamnez və qonokokların tapılması əsasında qoyulur. Yuxarıda yazılan xəstəliyin hər bir klinik formasını başqa infeksiyon xəstəliklərdən (trixomoniaz və s.) differensiasiya etmək lazımdır.

Servikal kanalın iltihabı.

Şəkil 8



Şəkil 9



Şəkil 10

Endoservisit kimi məlum olan bu xəstəlik xəstə qadınlarda süzənəyin kəskin formasında 80-90%, xroniki formasında isə 90-95% təsadüf olunur.

Endoservitin klinik şəkli uşaqlıq boynunun görünən nahiyəsində qızartının, şişkinliyin, bir qədər axıntının olmasıdır. Servikal kanal ətrafında eroziya müşahidə olunur. Xroniki Qİ zamanı uşaqlıq boynu infiltratlaşır, konsistensiyası bərk olur, ətrafındakı follikulyar eroziya ilə səciyyələnir. Servikal kanal vəzilərində kista əmələ gəlir (şəkil 8, 9).

Qİ zamanı iltihab prosesi həm örtük epitelini, həm də se-



Şəkil 11

likli qişaların stromasını zədələyir. Epiteldə degenerativ dəyişikliklər baş verir. Silindrik epitel çoxcərgəli yastı epitelə çevrilir. Stromada xırda hüceyrəli infiltrat ocaqları əmələ gəlir. İltihab prosesinə servikal kanalın vəziləri də cəlb olunur; orada xırda abseslər kista və empiema əmələ gələ bilər.

Diaqnoz anamnez və qonokokların tapılması ilə dəqiqləşdirilir.

Vaginit. Məlumdur ki, vaginanın divarları çoxsaylı yastı epitel ilə örtülüdür. Onun bəzi hissələrinin səthində buynuz hüceyrələri də vardır. Vaginanın reaksiyası turşdur. Bu ona görədir ki, qonokoklar vaginanı əsasən zədələmir.

Bəzi qadınlarda (hamilə və yaşlı qadınlarda, qızlarda, trixomonozla və kandidozla xəstə qadınlarda və s.) vaginanın çoxsaylı yastı epiteli dəyişilir və nəticədə Qİ-lı vaginit əmələ gəlir.

Vaginitdə klinik cəhətdən örtük epiteli qızarıyır, şişir, axıntı müəyyən edilir (Şəkil 10,11). Vaginit zamanı iltihab xüsusən uşaqlıq boynu ətrafında təsadüf olunur. Qonokoklu vaginiti başqa infeksiyon xəstəliklərdən-trixomoniaz, bakterial və s. differensiasiya etmək lazımdır. Subyektiv əlamətləri çətin müşahidə olunur.

Diaqnoz anamnez və qonokokların tapılması əsasında qoyulur.

Qalxan Qİ. Qalxan Qİ əsasən xəstə qadınlarda doğuşdan, abortdan, uşaqlıq içərisinə müxtəlif kontraseptiv dərmanların yeridilməsindən sonra alınır. Qalxan Qİ-lı xəstə qadınların yarısında qonokoklar bir neçə orqanlarda (servikal kanalda, uretrada, düz bağısaqda) tapılır. Həmin xəstə orqanlardan da ağırlaşma nəticəsində qalxan Qİ alınır. Qİ-nin antibiotiklərlə müalicə dövründə qalxan Qİ- xeyli azalmışdır.

Endometrit. Uşaqlığın selikli qişalarının Qİ-lı iltihabıdır. Bu xəstəlik zamanı xəstənin temperaturu 38-39°C-ə çatır, servikal kanaldan başlanğıcda qatı, sonralar isə duru irin axır. Bəzən axıntı azalır. İki barmaq vasitəsilə yoxladıqda uşaqlığın konsistensiyası yumşaq olur, servikal kanalda ağrı hiss olunur. Xroniki Qİ-lı endo-

metritdə uşaqlıq bir qədər böyüyür, konsistensiyası bərk olur, irinli axıntı davam edir. Xəstələrdə aybaşı tsikli pozulur, qarının aşağı hissələrində ağrı və ümumi nasazlıq əlamətləri qeydə alınır.

Patoloji anatomik cəhətdən dəyişiklik aybaşı tsiklindən asılıdır. Menstruasiyaarası dövrdə endometrit baş verirsə, bu zaman qono-koklar endometriyada törəyib artır, epitel arası yollarla epitel altına və uşaqlıq vəzilərinə doluşub dərin iltihab törədirlər. Kəskin endometritdə örtük epiteli, funksiyaedici təbəqə qalınlaşır, orada eksudasiya və degenerasiya müşahidə olunur. Qan damarları genişlənir, qanla dolur, vəzilərin və qan damarların ətrafında infiltrasiya əmələ gəlir. Menstruasiya nəticəsində uşaqlığın funksiyaedici pərdəsinin soyulması qonokokların əsas təbəqəyə doluşmasına səbəb olur. Bu da dərin infiltrat verir, menstruasiya tsiklini pozur.

Xroniki endometrit zamanı örtük epiteli nazildir, metaplaziyaya uğrayır. Endometrium vəziləri genişlənir.

Diaqnoz anamnez və qonokokların tapılması əsasında qoyulur.

Salpingit. Uşaqlıq borularının qalxan Qİ-dan iltihabı salpingit kimi adlanır. Kəskin salpingit zamanı xəstələr qarın aşağı hissələrində tutmalarla gedən küt ağrılardan və ümumi nasazlıqdan şikayət edirlər. Ağrılar defekasiya və menstruasiya zamanı artır. Hərərət 37-38°C olur. Bu xəstəlik üçün üşütmə-qızdırma səciyyəvidir.

Uşaqlıq borusunun daxilində səthi iltihab zamanı selikli qişalar şişkin olur, onun qatları xeyli qabarıq, bir-birinə sıxılır və bunun nəti-cəsində borunun yolu qismən tutulur. Selikli qişalar nazildir, xoraya çevrilir, nəticədə boru daxilindəki selikli qişanın qatları bir-birinə sıxılır, içərisində irin olan boşluqlar əmələ gətirir ki, bu da kataral salpingit kimi məlumdur.

İltihab prosesi uşaqlıq borusunun dərin təbəqələrini xüsusən əzələ təbəqəsini zədələyəndə uşaqlıq borusu bütünlüklə qalınlaşır, onun divarları bərkiyir, nəticədə borunun qarın ucu bağlanır. Sonra-lar borunun uşaqlıq ucu da bağlanır. Hər iki ucu bağlanmış uşaqlıq borusunun içərisində irin yığılır, boru xeyli genişlənir. Hər iki

tərəfi bağlı, içərisi irinlə dolu genişlənmiş boru piosalpingit kimi məlumdur.

Bəzən borunun qarın boşluğu tərəfindən irin boşluğa axıb orada yumurtalıq, bağırsağ, uşaqlıq, piylik və s. qarışıq irinli iltihab ocağı əmələ gətirə bilir ki, bu da adneksit kimi məlumdur. Qİ-nin belə ağırlaşmasına diaqnoz qoymaq xeyli çətinlik törədir.

Xöşbəxtlikdən belə ağırlaşmalar hazırda nadir təsadüf olunur.

Son məlumatlara görə qalxan Qİ-lı xəstə qadınların Qİ-dan salpingiti iki tərəfli, sağtərəfli, soltərəfli olmaqla təsadüf olunur. Beləliklə, salpingit qalxan Qİ-lı xəstə qadınların 90%-də müşahidə olunur ki, bu da qismən və ya tam sonsuzluqla nəticələnir.

Ooforit. Qİ ilə xəstə uşaqlıq borusundan qonokoklar yumurtalığın üzərinə tökülüb orada iltihab-ooforit əmələ gətirə bilər.

İltihab zamanı yumurtalığın rüşeym təbəqəsi qıcıqlandırılır, nəticədə xəstədə menstruasiya tsikli pozulur, amenoreya və sonralar sarı cismin absesi baş verə bilər. Bu zaman xəstələrdə nasazlıq əlamətləri, hərarət, sağrı nahiyəsində ayaqlara yayılan ağrı müşahidə olunur.

Ginekoloqların məlumatına görə Qİ-dan salpinqooforitli xəstələrdə pelvioperitonit baş verə bilər ki, bu da periteniumun, piyliyin, düz bağırsağın və s. orqanların iltihablaşmış bir-biri ilə birləşməsinə və xəstəliyin daha ağır keçməsinə səbəb olur.

Qİ və hamiləlik. Qİ ilə xəstə hamilə qadınların yalnız 30%-i az miqdarda axıntıdan və dizuriyadan şikayət edirlər. Bu əlamətlər tezliklə qurtarıldığından hamilə qadınlar həkimə müraciət etmirlər. Lakin baxış zamanı əksər hamilə qadınlarda uretrada, servikal kanalda, bartolin vəzisində, vaginada və düz bağırsaqda dəyişiklik aşkar olunur, həmin yerlərdən yaxma götürüb qonokoka yoxlamaq lazımdır.

Kəskin məhdud endometritdə hamiləlik baş verə bilər, lakin sonralar iltihab prosesi endometriuma yayıldığından hamiləliyin

ilk aylarında rüşeym xaric ola bilər. Hamiləliyin 4-cü ayından sonra baş verən Qİ-dan endometrit vaxtsız uşaqsalma vermir.

Hamiləlik zamanı aşkar olub sağaldılmayan Qİ doğuşdan sonra bir sıra fəsadlara səbəb olur. Adətən doğuşdan sonra uşaqlıq boynunu 3-7 gün açıq olur. Qonokoklar oradan asanlıqla uşaqlığa keçir, nəticədə endometrit, salpingit, ooforit və başqa fəsadlar verə bilər. Göstərilən fəsadların kliniki şəkli yuxarıda ətraflı yazılmışdır.

Qİ-dan xəstə hamilə qadınları stasionar şəraitdə müalicə etmək lazımdır.

Qızlarda Qİ. Qızlarda Qİ 80-85% halda məişətdə qeyri-cinsi yolla yoluxur. Xəstəlik 8 yaşına qədər qızlara əsasən xəstə anasından güvəc, unitaz, ümumi geyim və yataq paltarları vasitəsilə keçirilir. Cinsi yolla keçirilmiş Qİ qızlarda çox nadir təsadüf olunur. Qız uşaqlarına Qİ-nın, xəstə anasından doğuş zamanı yoluxması da qeydə alınmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, qız uşaqlarında Qİ kəskin klinik formada gedir.

Qızlarda kəskin Qİ yaşlılardan fərqli olaraq ayrı-ayrı ocaqlarla əmələ gəlir. Burada əsasən çoxqatlı yastı epitel və qarışıq epitel zədələnilir. Qızlarda Qİ əsasən vaginani, uretrani və servikal kanalın girəcəyini zədələyir, uşaqlığın gövdəsinə keçmir.

Qİ prosesi uretranın ön 1/3 hissəsini zədələyir. Xəstəlik zamanı uretranın girəcəyi qızarıq, bir qədər şişir, epitelde və epitelaltında infiltrasiya müşahidə olunur. Cinsiyyət vəzilərinin girəcəyi, para-uretral yollar çox nadir hallarda iltihaba cəlb olunur və nisbətən yüngül keçir.

Qızlarda Qİ zamanı anus çox nadir hallarda iltihab prosesinə cəlb olunur.

Müəyyən olunmuşdur ki, qızlarda Qİ əksər hallarda vaginani zədələyir və bütün xəstə qızlarda vaginit müşahidə olunur.

Bununla bərabər xəstə qızlarda uretrit, düz bağırsaqda rektit, qızlarda konyunktivit də qeydə alınmışdır.

Qİ-nın klinik gedişi makroorqanizmin immun-bioloji vəziyyətindən və qonokokların virulentliyindən asılıdır. Belə ki, kəskin

vulvovaginit zamanı cinsiyyət orqanının dərisi, dəhlizin selikli qişaları, klitor, qızlıq pərdəsi qızarır, bir qədər şişir, irinli ifrazatla bulaşır olur. Vulvadan irin axır. Cinsiyyət orqanının ətrafına sağlam dəriyə ifrazat yaxılır, bəzi yerlərdə quruyub sarımtıl qartmaqlar əmələ gətirir. Uretranın üzərinə basdıqda vaginadan irin axımı xeyli artır. Rektit zamanı anusətrafi dəri qatları qızarır, bir qədər şişir, az miqdarda irin axır. Belə xəstə qızlarda subyektiv əlamətlər az olur.

Qİ-nin xroniki klinik şəkli qızlarda çox nadir təsadüf olunur. Belə xəstələr profilaktik tədqiqatlar nəticəsində aşkara çıxarılır. Qızlarda xronik Qİ zamanı böyük və kiçik cinsiyyət vəziləri nahiyəsində qızartı, az miqdarda ifrazat müşahidə olunur.

Qızlarda uzun sürən vulvovaginit zamanı sivri kondiloma baş verə bilər. Uretroskop vasitəsilə vaginayı tədqiq edərkən orada uşaqlıq boynu ətrafında ayrı-ayrı ocaqlarda qızartı, bir qədər şişkinlik müəyyən olunur. Qızlarda qalxan Qİ demək olar ki, olmur.

Diaqnoz yalnız tipik qonokokların tapılması əsasında qoyulur. Lakin Qİ-ni başqa oxşar xəstəliklərdən (trixomoniaz, kandidoz, bakterial vulvovaginit və s.) differensiasiya etmək lazımdır.

Qİ-li xəstə qızları yalnız stasionar şəraitində müalicə etmək lazımdır. Geyim və yataq paltarları hər gün dəyişdirilməlidir, müalicə antibiotiklərlə aparılır. Normal klinik vəziyyətdə və təkrar patoloji materialda qonokoklar tapılmırsa, xəstə uşaq sağlam hesab olunur.

Məktəb yaşlı qızlar müalicədən sonra 3 ay müddətində dispan-serin qeydiyyatında qalır və təkrar yoxlanışdan keçirilir. Profilaktiki cəhətdən məsləhət görülür ki, uşaqların dəsmalı, yatacağı ayrı olsun. Uşaq kollektivinə daxil olmazdan əvvəl qızların cinsi orqanları pediatri, Qİ-ya şübhəli hallarda isə veneroloq tərəfindən müayinə olunmalıdır, körpələr evində, bağçalarında hər bir uşağın ayrıca güvəci olmalıdır.

Uşaq kollektivlərində bir nəfərdə Qİ tapılırsa, bütün uşaqlar və qulluqçular müayinədən keçirilməlidir. Uşaq müəssisəsinə daxil olarkən profilaktiki yoxlanış aparılır.

E. EKSTRAGENİTAL Qİ (şəkil 12-14)



Şəkil 12

Düz bağırsağın Qİ-si. Son tədqiqatlara görə düz bağırsağın Qİ-si, xüsusən, qadınlarda və qızlarda artır. Homoseksual kişilərdə, qadınlarda və qızlarda düz bağırsağın Qİ-si proktit kimi təsvir olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, kişilərdə düz bağırsağın Qİ-si birincili ekstraprogenital cinsi əlaqə zamanı yoxdurulur. Qadınlarda isə düz

bağırsağın Qİ-si həm birincili anusdan cinsi əlaqə zamanı, həm də ikincili, yəni, cinsi orqanların Qİ-si zamanı qonokoklarla dolu ifrazat axıb anus ətrafında spesifik proktit baş verməsinə səbəb olur.



Şəkil 13



Şəkil 14

Kəskin Qİ-lı proktit zamanı xəstələr anus nahiyəsində qaşınmadan, yandırmadan, bəzən ağrıdan şikayət edirlər. Anus nahiyəsində çat olduqda defekasiya zamanı ağrı xüsusilə daha şiddətli olur.

Baxış zamanı anus ətrafında qızartı müşahidə olunur, sfinktorun qatları şişir, bəzən irinli ifrazat nəcis kütləsi üzərinə yaxılır.

Orogenital Qİ. Əsas yeri qadınlar tutsa da, orogenital Qİ-ya həm heteroseksual, həm də homoseksual kişilərdə təsadüf olunur.

Son məlumatlara görə orogenital cinsi əlaqə nəticəsində damaq, badamcıqlar və udlaq zədələnir, xəstəlik əksər hallarda simptomsuz gedir. 20-30% xəstələr məhdud ağrıdan və boğazında acışmadan

şikayət edirlər. zədələnmə nahiyəsi qızarıq, bəzən gicişir, səthi qeyri-hamar olur, eksudasiya müşahidə olunur. Belə şikayəti olan, Qİ-lı qadınlardan dəqiq anamnez toplayıb laboratoriya tədqiqatları aparmaq məqsədəuyğundur. Qeyd etmək bakterioskopik və bakterioloji tədqiqat aparmaq lazımdır. Çəğalarda spesifik stomatit və konyunktivit xəstə ananın doğuş yolundan keçərkən baş verə bilər.

Disseminə olunmuş Qİ infeksiyası. Kişilərdə və qadınlarda Qİ xəstəliyi zamanı uretranın və servikal kanalın selikli qişaları zədələnir, bunun nəticəsində qonokokların bir qismi limfa və qan dövranına daxil ola bilər (xüsusən simptomsuz Qİ zamanı). Qan dövranına belə keçmiş qonokoklar orqanizmin təbii immuniteti tərəfindən əksər hallarda məhv olur. Lakin çox nadir hallarda qan dövranına keçmiş qonokoklar qanda törəyib artır, qonokokemiya əmələ gəlir.

Bunun nəticəsində əsas Qİ ocağından uzaqlarda bir sıra orqanları (oynaqlar, endokard, beyin qişaları, qaraciyər, dəri və s.) zədələnə bilər. Uzun müddət aşkar olunmamış Qİ, kefiyyətsiz müalicə, orqanizmi zəiflədən xəstəliklər, alkoqolizm, menstruasiya, hamiləlik qonokokların ilkin ocağından disseminə olunmasına səbəb ola bilər.

Disseminə olunmuş Qİ infeksiyası iki formada alına bilər. Nadir halda Qİ infeksiyası ağır sepsis verir. Bu zaman xəstənin ümumi vəziyyəti ağırlaşır, hərarət yüksəlir, üşütmə, taxikardiya, tərləmə, dəridə düyüncüklü, sudurcuqlu, hemorragik, nekrotik və s. səpgilər, həmçinin poliartrit halları müşahidə olunur.

da təsvir olunan sepsis, septisemiya və piemiya bəzən yüngül gedir. Tezliklə keçib gedən üşütmə-qızdırma müşahidə olunur. Xəstəliyin əsas klinik şəklində oynaqaların zədələnməsi gözə çarptır. Belə hallarda qonokokdan artrit sepsisinin əsas təzahürü olur.



Şəkil 16

Qeyd etmək lazımdır ki, Qİ-lı sepsisin gedişi və fəsadları ilkin spesifik ocağın vəziyyətindən asılı olmur. İlkin Qİ ocağı çox zəif, simptomuz olsa da, sepsis ağır və yüngül gedə bilər. Bu vəziyyət nə makroorqanizmin immun-bioloji xüsusiyyətlərindən, nə də qonokokların virulentliyindən asılı deyildir.

Qİ-lı artrit, xüsusən qonit diz oynaqının iltihabı qonokokların oynaq kisəsinə və oynaq

boşluğuna düşməsi nəticəsində alınır. Artrit Qİ sepsisinin ən çox təsadüf olunan təzahürüdür.

Qİ sepsisinin başqa, nisbətən ağır təzahürlərinin biri də Reyter sindromudur (uretrookulosinovial sindrom).

Bu sindrom zamanı üç orqan: uretra (uretrit), konyuktiva (konyunktivit) (şəkil 15, 16), oynaq kisəsinin iltihabı (sinovit) eyni zamanda müşahidə olunur.

Bu xəstəlik zamanı xəstədə yuxarıda qeyd olunmuş uretrit əlamətləri, konyunktivit- gözlərin selikli qişalarında qızartı müşahidə edilir, şişkinlik, axıntı, oynaq şişir, ağrıyır, sümüklərin oynaq səthləri iltihablaşır, hərəkətmə çətinləşir. Vaxtında müalicə olunmazsa, oynaqda ankiloz baş verə bilər. Qİ-lı sepsis və onun ağırlaşmalarında qonokoklar antibiotiklərin əksəriyyətinə qarşı həssas olur ki, bu səbəbdən də müalicə yaxşı nəticə verir.

E. Qİ-NİN DİAQNOSTİKA METODLARI

Qİ-nin diaqnostika metodları:

1. mikroskopik;
2. bakterioloji;
3. enzim-substrat testlər;
4. flüoresensiya-antitel testi;
5. nuklein turşuların amplifikasiya testləri.

Mikroskopik üsul

Qram üsulu ilə boyamağa əsaslanır, beləki, bu üsul ilə qonokokk infeksiyasına, xüsusən kişilərdə kəskin Qİ-ya tez diaqnoz qoymaq mümkündür. Çünki qonokokk Qram üsulu ilə boyanmış yaxmalarda asan aşkar olunur (şəkil 17).



Şəkil 16

Bakterioloji üsul

Qonokokların təyində “Qızıl standart” sayılır. Qonokokun antimikrob preparatla həssaslığının təyininin mümkün olması bakterioloji üsulun əsas üstünlüyü hesab olunur.

Bu üsul, əsasən, hər iki cinsdə orofaringeal, rektal, disseminə olunmuş və simptomuz Qİ-nin təyini zamanı istifadə olunur.

Enzim-substrat testlər

Neysseriyaların müxtəlif ştammları fərqli fermentlər sintez edir və bu fermentlərin təyini vasitəsilə onları bir-birindən fəqləndirmək mümkün olur. Belə ki, *N.gonorrhoeae* γ -qlutamil aminpeptidaza, *N.lactimaca* β -qalaktozidaza, *B.cattarhalis* isə ferment sintez etmir.

Nuklein turşuların amplifikasiya testləri son zamanlar urogenital traktndan əldə edilmiş materiallarda qonokokları aşkar etmək üçün *zəncirvari polimeraza reaksiyası (ZPR)* da tətbiq edilir.

Differensial diaqnostika

Qİ-nin differensial diaqnostikası patogen (*T.vaginalis*, *C.trachomatis*, *M.genitalium*) , şərti-patogen (bakterial vaginozla assosiasiya olunmuş *Candida* cinsindən olan göbələklər və digər mikroorqanizmlər) mikroorqanizmlər və viruslar (sadə herpes virusu) tərəfindən törədilən digər urogenital xəstəliklərlə aparılır.

Müalicə

Xəstədə və ya onun cinsi partnyorunda müxtəlif diaqnostik metodlarla *N.gonorrhoeae*nin aşkarlanması müalicənin aparılmasına göstərişdir.

Müalicənin aparılmasının aşağıdakı məqsədləri var.

- *N. Gonorrhoeae*nin eradikasiyası
- Xəstəliyin klinik simptomlarının yox edilməsi
- Ola biləcək ağırlaşmaların qarşısının alınması
- Digər şəxslərin yoluxmasının xəbərdər edilməsi

Hospitalizasiyaya göstəriş

Disseminə olunmuş qonokokk infeksiyası (artrit, osteomyelit, beyin absesi, endokardit, meningit, miokardit, perikardit, peritonit, pnevmoniya, sepsis).

Müalicə sxemi

Aşağı sidik-cinsiyyət yollarının parauretral və artım vəzilərinin absesləşməsi ilə müşahidə olunmayan qonokokk infeksiyası, qonokokk faringiti və anorektal nahiyənin qonokokk infeksiyası.

- Seftriakson 500 mq , əzələdaxili, birdəfəlik doza və ya
- Sefiksim 400 mq, peroral, birdəfəlik doza,

Alternativ preparat

- Spektinomisin 2,0 qr əzələdaxili, birdəfəlik doza

Böyüklərdə qonokokk infeksiyasının müalicəsi

- Seftriakson 500 mq, əzələdaxili, gündə 1 dəfə, 3 gün ərzində

Aşağı sidik-cinsiyyət yollarının parauretral və artım vəzilərinin absesləşməsi ilə müşahidə olunan qonokokk infeksiyası, qonokokk pelvioperitoniti və urogenital sistemin digər qonokokk infeksiyası

- Seftriakson 1,0 q, əzələdaxili və ya venadaxili, hər 24 saatdan bir, 14 gün ərzində
- Sefotaksim 1,0 q, hər 8 saatdan bir, venadaxili, 14 gün

Alternativ preparat

Spektinomisin 2,0 q, hər 12 saatdan bir əzələdaxili

Parenteral yolla antibakterial müalicəyə başladıqdan 24-48 saat sonra xəstəliyin klinik əlamətləri itərsə, müalicəni aşağıdakı kimi davam etdirmək olar:

- Sefiksim 400 mq, peroral, gündə 2 dəfə

Ağırlaşma fonunda gedən xəstəliyin müalicəsi zamanı əlavə olaraq patogenetik terapiya və fizioterapiya məsləhət görülür.

Xüsusi hallar:

Hamilələrin müalicəsi:

- Seftriakson 500 mq, əzələdaxili, birdəfəlik doza
- Sefiksim 400 mq, peroral, birdəfəlik doza

Alternativ preparat:

- Spektinomisin 2,0 qr, əzələdaxili, birdəfəlik

Uşaqların müalicəsi (çəkisi 45 kq-dan aşağı olan):

- Seftriakson 125 mq, əzələdaxili, birdəfəlik

Alternativ preparat:

- Spektinomisin 40 mq/kq (2 qramdan çox olmamaq şərti ilə), əzələdaxili, birdəfəlik doza

Çəkisi 45 kq-dan yuxarı olan uşaqların müalicəsi böyüklərdəki kimi aparılır.

Yenidoğulmuşlarda gözün qonokokk infeksiyasının müalicəsi:

- Seftriakson 25-50 mq/kq, (125 mq-dan çox olmamaq şərti ilə), əzələdaxili və ya venadaxili, gündə 1 dəfə, 3 gün ərzində

Alternativ preparat:

- Spektinomisin 40 mq/kq (2 qramdan çox olmamaq şərti ilə), əzələdaxili, birdəfəlik doza

Yenidoğulmuşlarda gözün qonokokk infeksiyasının profilaktikası:
Profilaktika bütün yenidoğulmuşlarda doğuşdan dərhal sonra
aşağıdakı preparatların biri ilə aparılır:

- Gümüş-nitrat, suda 1 %-li məhlulu, birdəfəlik
- Eritromisin, 0,5% -li göz üçün məlhəm, birdəfəlik

Qonokokk infeksiyası ilə yoluxmuş olan qadın tərəfindən do-
ğulmuş yenidoğulmuşun profilaktik müalicəsi

- Seftriakson 25-50 mq/kq (125 mq-dan çox olmamaq şərti ilə) , əzələdaxili, birdəfəlik

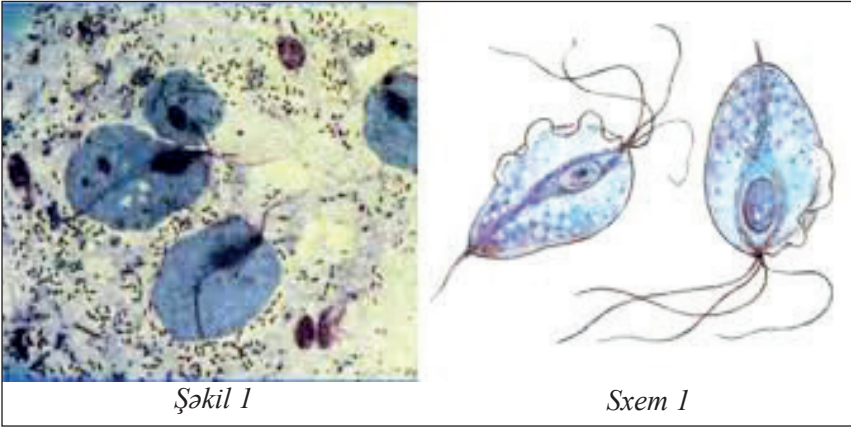
Ədəbiyyat

1. Т.Фицпатрик, Р.Джонсон, К.Вулф, М.Палано, Д.Сюрмонд. Дерматология. Атлас-справочник. //1088с, 612 илл. Перевод с английского. Практика. Москва. (Мак-Гроу-Хилл – «Практика» 1999). Гонококковая инфекция 875-884
2. Neena Khanna Illustrated Synopsis of Dermatology and Sexually Transmitted Diseases// Fourth Edition, 2011 .427 .Gonococcal infection 315-317
3. Department of dermatology and venerology. Basics of dermatology, sexually transmitted diseases and andrology for undergraduate students. Professors of dermatology venerology and andrology department faculty of medicine ain shams university 2012. Gonorrhea 84-87 .
4. Jean L.Bologna,Joseph L.Jorizzo,Julie V.Schaffer.2012 elsevier limited all rights reserved. Gonorrhea 1379 -1383
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Учебник кожные и венерические болезни. Учебник. М.:ГЭОТАР-МЕДИА, 2007. Гонорея 461-479
6. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults 1-11
7. STI Treatment Pocket European Guidelines 2018 39 of gonorrhoea 7-9

UROGENİTAL TRİXOMONİAZ (UT)

A. ÜMUMİ MƏLUMAT

Urogenital trixomoniaz (trixomonoz) - sidik-cinsiyyət yollarının cinsi yolla yoluxan ən geniş yayılmış xəstəliklərindən olub uşaqlıq yolu trixomonadı tərəfindən törədilir (şəkil 1).



UT cinsi yolla yayılan xəstəliklər arasında birinci yeri tutur. İnfeksiya «kosmopolitik» xarakter daşıyır, yer kürəsində illik xəstələnmə səviyyəsi adətən 170 milyon nəfər təşkil edir (sxem 1).

Etiologiya

UT törədicisi uşaqlıq yolunun trixomonadı - *Trichomonas vaginalis* hesab edilir. O, ibtidailərə -Protozoa, qamçılılar Flagellata sinfinə, trixomonadlar *Trichomonas* cinsinə aiddir.

İnsanda 3 növ trixomonada parazitlik edir:

- * trichomonas tenax (ağız boşluğunda);
- * trichomonas hominis (mədə-bağırsaq yolunda);
- * trichomonas vaginalis (sidik-cinsiyyət yolunda).

Urogenital trixomonadlar üç formada olur:

- * armudvari;
- * amyöbvari;
- * tumurcuqlanan.

Trixomonada tipik birhüceyrəli parazit olub onun əlamətlərinə aşağıdakılar aiddir:

- epitel hüceyrənin (onların parazitlik etdiyi) relyefini təkrarlamaq qabiliyyəti, hüceyrələr arasındakı dar yarıqlara daxil olmaq və sahibin hüceyrələrinə invaginasiya etmək qabiliyyəti;
- urogenital trixomonadların öz səthlərində böyük sayda antitripsini fiksə etmək xüsusiyyəti - bu, ibtidailəri orqanizmin dağıdıcı təsirindən qorunmasını təmin edir;
- urogenital trixomonadların virulentliyi onların hemolitik aktivliyindən birbaşa asılı olur;
- yoluxuculuğu (trixomoniozlu xəstə ilə cinsi əlaqədən sonra xəstəliyin inkişaf etməsi);
- trixomonadların səthində proteolitik fermentlərin (hialuronidaza, amilaza, katalaza) olması;
- polimorf nüvəli leykositlərin kəskin xemotaksisi (trixomonadların səthində fibropektin parazitlərin leykositlərə;
- epitel hüceyrələrə, eritrositlərə yapışmasına kömək edən qlikoproteid olur).

Trixomonadın bədən qışadan, protoplazmadan, blefaroplastdan, nüvədən, akrostildən, 4 qamçıdan, undulyasiyaedən membrandan, fibrillərdən ibarətdir. Bədənin geniş ön tərəfində nüvəciklə

birgə uzunsov nüvə yerləşmişdir. Nüvədə xromatin topaları aydın görünür. Nüvənin aşkar edilməsi trixomonadların identifikasiyası üçün vacibdir, belə ki, sitoplazmanın fraqmentləri, selik damlları və toxumaların digər hissələri trixomonada ilə oxşar quruluşa malik ola bilər.

Elektron-mikroskopik müayinə zamanı müəyyən edilmişdir ki, trixomonadın bütün bədənini (qamçılar da daxil olmaqla) üçqat osmiofil membran-periplast ilə örtülmüşdür; nüvə xırda dənəli karioplazmadan; parabazal aparat - 1 və ya 2 sırada yerləşmiş tel dəstəsindən ibarətdir, sitoplazmada isə böyük həzm vakuolları yerləşmişdir.

Trixomonada uzununa bölünmə yolu ilə çoxalır. Trixomonadlar sista və ya insan orqanizmdən kənarında onların saxlanması təmin edən digər davamlı formaları əmələ gətirmir. Uşaqlıq yolunun trixomonadı sərbəst növ olub təbii şəraitdə yalnız insanın sidik-cinsiyyət orqanlarında parazitlik edir və heyvanları zədələmir. Qadınlarda *Trichomonas vaginalis*in məskunlaşma yeri uşaqlıq yoludur, kişilərdə isə prostat vəzi və toxumluqdur. Sidik-cinsiyyət kanalı həm qadınlarda, həm də kişilərdə zədələnmə bilər.

Trixomonadlar insan orqanizmindən kənarında həyat qabiliyyəti tezliklə itirirlər. Xarici mühitdə quruduqda trixomonadlar bir neçə saniyə ərzində məhv olurlar. 40°C-dən yuxarı temperatur, bərbəşə düşən günəş şüaları, tədricən dondurma, müxtəlif antiseptiklər onlara öldürücü təsir göstərir.

Şəraitdə yaxşı bitirlər, onların böyüməsi üçün mühitin optimal pH-ı 5,5-7,5 və hərərəti 35-37°C-dir. Trixomonadlar ətraf mühitə hialuronidaza ifraz edirlər, endosmotik qidalanırlar. Uşaqlıq yolunun trixomonadları spesifik enerji metabolizminə malik aerotolerant anaeroblardır.

Hidrogenosomlar (parokostal və ya paraaksostilyar qranullar) diametri 0,2-dən 0,4 mkm-ə qədər, linzayabənzər qalınlaşmış membran ilə əhatə olunmuş və homogen matrikslə dolu orqanoidlər olub mitoxondrilərin funksional analoqlarıdır.

Patogenez.

Urogenital trixomonadlar orqanizmə tədricən per continuitatem, hüceyrəarası sahələr vasitəsilə və sonra subepitel birləşdirici toxumaya, həmçinin çoxlu limfa yarıqlarının şəbəkəsi vasitəsilə limfogen yolla daxil olur».

Trixomonadlar uretraya düşərək selikli qişanın yastı epitelində fiksə olunurlar, sidik-cinsiyyət kanalının vəzlərinə və lakunalara daxil olurlar. Sidik-cinsiyyət orqanlarına düşərək trixomonadlar ya iltihabın inkişaf etməsinə səbəb olur, ya da heç bir dəyişiklik törətmirlər. Orta dərəcəli iltihab reaksiyası böyük miqdarda parazitlər olduqda inkişaf edir. Trixomonadlar tərəfindən ifraz olunan hialuronidaza toxumaların daha çox yumşalmasına və birgə yaşayan floranın bakteriyalarının toksik mübadilə məhsullarının hüceyrəarası sahələrə daha sərbəst daxil olmasına gətirib çıxarır.

Xəstəliyin patogenetik amilləri:

- infeksiyon təsirin intensivliyi;
- uşaqlıq yolunun və digər sekretlərin pH-ı;
- sidik-cinsiyyət sisteminin epitelisinin, fizioloji vəziyyəti;
- yanaşı yaşayan bakterial flora.

Trixomonada infeksiyası davamlı immunitetin yaranmasına səbəb olmur. Trixomonadların parazitlik etməsinə qarşı əmələ gələn immun cavab kifayət qədər öyrənilməmişdir. Xəstələrdə və ya trixomoniaz keçirmiş şəxslərdə aşkar edilən zərdab və sekretor əksicimlər yalnız mövcud olan və ya əvvəllər keçirilmiş infeksiyanın «şahidləridir» və immuniteti yaratmağa qadir deyildirlər.

Epidemiologiya

Reproduktiv yaşlı klinik sağlam qadınların trixomoniaz ilə infeksiyalaşma tezliyi müxtəlif ölkələrdə və müxtəlif sosial-demografik qruplarda orta hesabla 2-10% (ABŞ) ilə 15-40% (tropik ölkələrdə) arasında dəyişir. Mütəxəssislərin fikrincə, ABŞ-da hər il 3 mln. yaxın qadın yoluxur. Bu zaman onların kişi partnyorlarının 30-70%-i trixomoniaz ilə tranzitor yoluxurlar. Gənc qız uşaqlarında xəstələnmə qeyd olunmur. O, fahişə qadınlarda, digər zöhrəvi xəstəliklərdə və yoluxmuş xəstələrin cinsi partnyorları arasında 70%-ə çatır. Çox vaxt 16-35 yaş arasında qadınlar xəstələnilirlər. Birincili qeyri-qonokok uretridləri arasında urogenital trixomoniazın xüsusi çəkisi 65-80% -ə çatır.

Sidik-cinsiyyət trixomonadı cinsi təmas zamanı ötürülür. Törədicinin sidikdə, spermada, həmçinin suda 24 saat ərzində həyat qabiliyyətini saxlamasına və yaş təmiz ağlarda bir neçə saat qala bilməsinə baxmayaraq, infeksiyanın məişət yolu ilə ötürülməsi nadir hallarda baş verir. Qadınların çayda, üzgüçülük hovuzlarında çimərkən, həmçinin hamamlarda yoluxması ehtimalı müasir dövrdə tam inkar edilir.

Klinik mənzərə

Xəstəliyin davam etmə müddətindən və törədicinin daxil olmasına qarşı orqanizmin reaksiyasının intensivliyindən asılı olaraq, **trixomoniazın aşağıdakı formaları ayırd olunur:**

- *təzə* (kəskin, yarımkəskin, torpid);
- *xronik* (torpid gedişi və xəstəliyin 2 aydan çox davam etməsi);
- *trixomonad daşıyıcılıq* (trixomonadlar olduğu halda xəstəliyin obyektiv və subyektiv simptomları nəzərə çarpmır).

Xronik trixomoniaz üçün dövrü kəskinləşmələr səciyyəvidir, onlar cinsi fəaliyyət və təmaslar, alkoqoldan istifadə, orqanizmin müqavimətinin aşağı düşməsi, yumurtalıqların funksiyasının pozulması və uşaqlıq yolunun möhtəviyyətinin pH-nın dəyişilməsi ilə şərtlənə bilər.

Son illər praktik məqsədlə Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (XBT) 10-cu baxışın işlədilməsi tövsiyə olunur:

- ağırlaşmamış urogenital trixomoniaz
- ağırlaşmalarla müşayiət olunan trixomoniaz.

Urogenital trixomoniaz zamanı əsas zədələnmə ocaqları kişilərdə sidik kanalı, qadınlarda uşaqlıq yolu və uretradır. Trixomonad infeksiyasının ocaqlarının çox olması ilə əlaqədar diaqnoz qoyduqda zədələnmənin lokalizasiyasını göstərmək lazımdır.

Trixomoniaz zamanı inkubasiya müddəti orta hesabla 5-15 gün təşkil edir, lakin 1-3 gündən 3-4 həftəyə qədər dəyişə bilər.

B. KİŞİLƏRDƏ TRIXOMONADA URETRİTİ

Kişilərdə trixomonada uretriti klinik mənzərəsinə görə digər etiologiyalı uretritlərdən praktik olaraq fərqlənir. Kəskin formada iltihab prosesi uretradan bol ifrazatın axması və dizurik əlamətlərlə təzahür edir. Yarımkəskin uretrit zamanı simptomlar cüzdür, uret-radan gələn ifrazat az miqdardadır, qonur və ya qonur-sarı rəngdədir, birinci porsiyada sidik azacıq tutqun olub orta miqdarda topalar vardır. Kişilərdə trixomonad uretritinin torpid forması üçün (hansı ki, daha çox rast gəlir) obyektiv və subyektiv simptomların kasadlığı və ya onların tamamilə olmaması səciyyəvidir. Bəzən trixomoni-azın xronik və süst gedən formalarında infeksiya arxa uretraya yayılır və total uretrit baş verir. Belə hallarda tez-tez siyimə, siyimənin sonunda kəskin ağrılar və göynmə, total piuriya və terminal hematuriya əmələ gəlir.

Kişilərdə trixomonad uretritləri zamanı ağırlaşmalar tez-tez rast gəlir və prostatit, vezikulit və epididimit şəklində özünü bildirir ki, onlar da klinik mənzərəsinə görə süzənək etiologiyalı uretritlərdən fərqlənir və daha ağır gedir. Uzun müddətli gedişdə uretranın çoxlu strikturlarının yaranması mümkündür.

Trixomoniaz prostatiti. Qonoreyada olduğu kimi başlanğıcda kataral prostatit, sonralar follikulyar və parenximatoz prostatit əmələ gəlir. Son məlumatlara əsasən, xəstələrin əksəriyyəti özlərini sağlam hesab edirlər. Onlardan alınmış patoloji materialda da trixomonadlar tapılmır. Bir qism xəstələrdə cüzi klinik əlamətlər – paresteziya, aralıq nahiyəsində ağrıqlıq, az bir qism xəstələrdə gözəçarpan klinik və dizurik əlamətlər müşahidə olunmuşdur. Xəstələrdə cinsiyyət funksiyasının pozulması, nevrostenik əlamətlərlə təsadüf olunur.

Son illərdə xəstəlik simptomuz gedir və cinsi əlaqə zamanı qadınlara yoluxur. Bəzən isə guya səbəbsiz uretrit əmələ gəlir. Belə prostatit trixomonadların daşıyıcılarına çevirir. Odur ki, belə prostatit ciddi müalicə olunmalıdır.

Vezikulit. Vezikulit adətən prostatiti müşayiət edir. Demək olar ki, simptomuz gedir, bəzən hemospermiya, nadir halda isə kuperit verir ki, bu da simptomuz gedir. Çox nadir hallarda spesifik müayinə nəticəsində aşkar olunur.

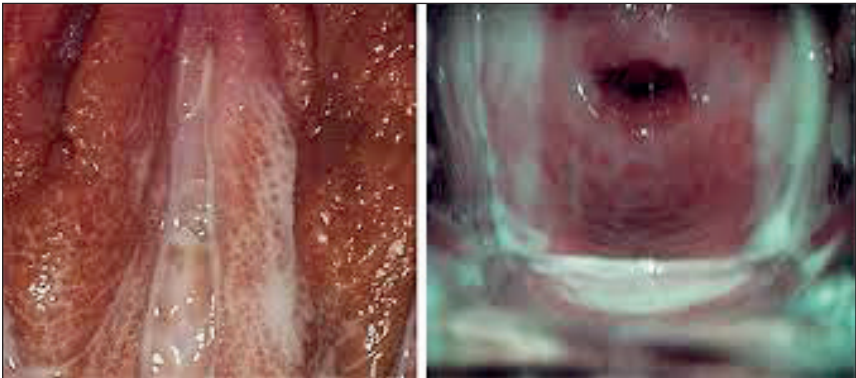
Epididimit. Trixomoniazın ən ağır fəsadlarından biridir. Epididimit zamanı xaya artımının quyruğunda və gövdəsində iltihab baş verir, orada epiteldə degenerasiya, epitelaltı infiltrasiya müşahidə olunur. Epididimit əsasən yarımkəskin gedir, bir qədər temperatur reaksiya verir, yüksək qızdırma verən kəskin klinik formaları da mövcuddur. Trixomoniaz epididimitinə diaqnoz qoymaq çətindir. Orada trixomonadları xaya artımının biopsiyası və punksiyası vasitəsilə tapmaq mümkündür. Nadir hallarda orxoepididimitinə də təsadüf olunur. Trixomoniaz zamanı uretranın daralması və cinsiyyət funksiyalarının pozulması əlamətləri, sistit, cinsi orqanlar ətrafında piodermis halları da müşahidə olunur.

C. QADINLARDA KƏSKİN TRİXOMONİAZ

Qadınlarda kəskin trixomoniazın (şəkil 2) klinik mənzərəsi vaginit simptomları ilə səciyyələnir ki, ona vestibulit, uretrit, endo-servisit, endometrit qoşula bilər. Xəstəliyin kəskin formasında qadınlar bol, dərini qıcıqlandıran ifrazatlardan və xarici cinsiyyət orqanlarının güclü qaşınmasından şikayətlənirlər. Həmçinin siyimə zamanı göynəmə və ağrı hissiyatı narahat edir.



Müayinə zamanı uşaqlıq yolunun tağının və uşaqlıq boynunun orta dərəcəli hiperemiyasından geniş eroziyaya qədər iltihabi dəyişiklikləri, petexial hemorragiyalar və aralıq nahiyəsində bişməcə müşahidə olunur. Uşaqlıq boynunun selikli qişasının qranulomatoz, qırmızı rəngli zərif dəyişiklikləri (moruq rəngli uşaqlıq boynu) olduqca səciyyəvi, lakin müvəqqəti əlamət sayılır. Uşaqlıq boynunun arxa tağı nahiyəsində



Şəkil 2

maye, bozumtul-sarı, köpüklü ifrazatların toplanması nəzərə çarpır. İltihab prosesinə uretra qoşulduqda masaj zamanı cüzi irinli ifrazatların gəlməsini aşkar etmək mümkündür. Trixomoniazın torpid formasında subyektiv hissiyyat heç olmaya bilər. Uşaqlıq yolunun və xarici cinsiyyət orqanlarının selikli qişası normal rəngə çalır və ya azacıq hiperemiyalıdır; uşaqlıq yolunun ifrazatı süd rəngində və az miqdarda olur.

Vulvit. Vulvit zamanı xəstələr ayışmadan, yandırmadan, qaşınmadan, az miqdarda axıntıdan şikayət edirlər. Böyük cinsiyyət dodaqlarının dərisi və selikli qişaları qızarır, bir qədər şişir, axıntı ilə örtülü olur. Vestibulit əlamətləri müşahidə olunur.

Uretrit. Trixomoniaz uretriti qadınların 1/3-də simptomuz gədir, qalan qadınlarda isə dizurik əlamətlər müşahidə olunur. Ümumiyyətlə, trixomoniaz uretriti qadınlarda az simptomlu gədir. Uretroskopiya zamanı uretra vəzilərinin axarı qızarmış və bir qədər şiş olur. Bəzən uretra vəzilərinin axarı bağlanır və nəticədə onlar bir qədər böyüyür, uretroskopda sarımtıl düyünlər kimi görünür. Xəstələrdə parauretral yollar da iltihablaşır.

Bartolinit. Bartolinit zamanı vəz iltihablaşır, şişir. Cinsiyyət dodaqlarının aşağı hissəsində düyünə oxşar şişlər təzahür edir. Xəstəliyin klinik şəkli qonoreyada olduğundan heç də fərqlənmir. Subyektiv əlamətlərdən vəzi nahiyəsində ağrı hiss olunur.

Endosevisit. Trixomoniaz vaginiti zamanı uşaqlıq boynunun aşağı hissəsi iltihab prosesinə cəlb olunur. Alimlərin məlumatına görə trixomoniaz zamanı 10-50% hallarda qadınların servikal kanalında trixomonadlar tapılır. Endoservisit zamanı servikal kanalın selikli qişaları qızarır, bir qədər şişir, axıntı olur, bəzən eroziya ocaqları müşahidə olunur.

Qalxan trixomoniaz. Xəstə qadınların əksəriyyətində təsadüf olunur. Bu zaman endometrit, endoksit, perimetrit və s. kimi ağırlaşmalar da təsadüf olunur. Onlar xəstəliyin klinik şəklinə görə başqa etiologiyalı xəstəliklərdən heç də fərqlənmir.

Qızlarda sidik-cinsiyyət trixomoniazı

Qızlarda sidik-cinsiyyət trixomoniazı çox vaxt vulvovaginit və ya vulvovestibulovaginit şəklində meydana çıxır. Kiçik çanaq orqanları zədələnmirlər ki, bu da aybaşı baş verənə qədər qızlarda esterogenizasiyasının natamam olması ilə bağlıdır.

Kəskin vulvovestibulovaginit xarici cinsiyyət orqanlarının, həmçinin budların və aralığın yaxın yerləşmiş dəri sahələrinin diffuz hiperemiyası və şişkinliyi ilə təzahür edir. Vulva, himenal halqa, uşaqlıq yolu və sidik ifrazı kanalının xarici dəliyi nahiyəsində eroziyalar və xoralar müşahidə olunur. İfrazatlar irinli, duru, köpüklü olub xarici cinsiyyət orqanlarının dərisi qıcıqlanmışdır. Bəzən prosesə uretra qoşulur və onun arxa divarına basdıqda ifrazatların əmələ gəlməsini görmək olur. Xəstələri qaşınma, göynəmə narahat edir. Pis qoxulu ifrazat, cinsiyyət orqanları nahiyəsində qaşınma izləri müşahidə olunur. Xronik mərhələyə keçdikdə trixomoniazın obyektiv əlamətləri zəif nəzərə çarpır.

D. DİAQNOZ VƏ MÜALİCƏ

Diaqnoz

Sidik-cinsiyyət trixomoniazının diaqnozu xəstəliyin klinik əlamətlərinin əsasında və müayinə materialında trixomonadların aşkar edilməsi ilə qoyulur. Trixomoniazın müvəffəqiyyətli di-

aqnos-tİKası üçün ařağıdaki prinsiplərə əməl edilməsi vacibdir: müxtəlif diaqnostika üsullarının müştərək istifadə olunması; tədqiq olunan materialın dəfələrlə müayinəsi; materialın müxtəlif ocaqlardan götürülməsi (uretra, sidik kisəsi, vulva, uşaqlıq yolu, böyük vesti-bulyar vəzlərin axacaqları); materialın düzgün götürülməsi və daşınması.

Trixomoniazın laborator diaqnostikası üçün aşağıdakı metodlardan istifadə olunur:

- nativ preparatın mikroskopiyası;
- rənglənmiş preparatın mikroskopiyası;
- lüminessent mikroskopiya;
- kultural;
- immunoloji metodları.

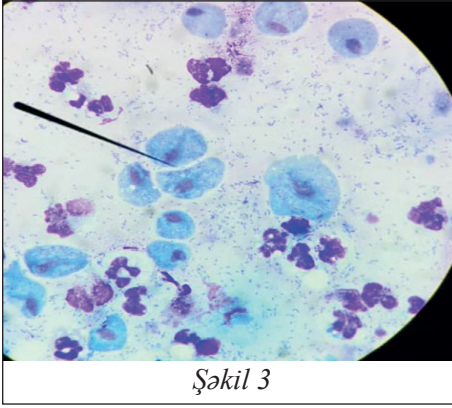
Nativ preparatın mikroskopiyası

Nativ preparatlarda uşaqlıq yolu trixomonadı leykositdən bir qədər böyük olan armudvari və ya oval bədən formasına, xarakterik təkənvəri hərəkətlərinə və qamçılıqlarına görə fərqlənir ki, onlar da fazakontrast mikroskopiya zamanı xüsusilə aydın görünürlər.

Rənglənmiş preparatın mikroskopiyası

Rənglənmiş preparatlarda trixomonadların müayinə olunmasının üstünlüyü materialın götürülməsindən sonra onların uzun müddət ərzində aşkar edilməsi imkanının olmasıdır. Metilen abısı və ya Qram üzrə boyanmış preparatlarda trixomonadlar oval, dairəvi və ya armudvari formaya malik olub yaxşı görünən sərhədləri və zərif hücrəli quruluşa malik sitoplazmadan ibarətdir.

Trixomonadların daha incə quruluşunu aşkar etmək üçün preparatların daha mürəkkəb rənglənmə üsullarından istifadə edilir



Şəkil 3

(Romanovski-Gimza üsulu, Heydenhayn, Leyşman və s.) ki, onlar qamçıları, undulyasiya edən membranı görməyə imkan verir (şəkil 3).

Lüminessent mikroskopiya

Lüminessent mikroskopiya metodu qaranlıq sahədə ultrabənövşəyi şüalarda obyektin şüalanmasına əsaslanmışdır. Materialın cüzi spesifik lüminessensiyası zamanı lüminoforlar: akridin narıncısı tətbiq olunur.

Kultural metod

Patoloji materialın dolayı müayinəsinin mənfi nəticələri əldə olunduqda trixomonadlar uşaqlıq yolundan, uretradan axan ifrazatın, prostat vəzin şirəsi və ya spermanın becərilməsi yolu ilə aşkar edilə bilər. Kultural metod atipik formaların, kişilərdə trixomoniazın aşkar edilməsi və müalicənin nəticələrinə nəzarət zamanı böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Uşaqlıq yolu trixomonadının identifikasiyası məqsədilə leykositə səhəflərin miqdarının təyin edilməsinin sınaq şüşəsi testinin (ekspres-diaqnostika) tətbiqi imkanı öyrənilir. Metodun həssaslığı - 100%, spesifikliyi - 92% təşkil edir.

Müasir dövrdə molekulyar biologiya metodlarının hazırlanması üzərində iş gedir, onlar çox güman ki, trixomoniazın mövcud diaqnostika üsullarını əvəz edəcəklər.

Müalicə

Trixomoniaz ilə xəstələrin müalicəsinin müasir metodları spesifik trixomonada əleyhinə vasitələrin istifadəsinə əsaslanmışdır. Uşaqlıq yolunun trixomonadı aşkar edilən bütün xəstələr (onların cinsiyyət aparatında iltihab əlamətlərinin olub-olmamasından asılı olmayaraq), həmçinin müayinə zamanı trixomonada aşkar edilməyən (lakin cinsi partnyorlarında və infeksiya mənbəyində ibtidai aşkar edilmişdir) iltihab prosesi qeyd edilən xəstələr müalicəyə cəlb edilir.

Sidik-cinsiyyət trixomoniazının müalicəsinin əsas prinsipi xəstəyə fərdi yanaşma sayılır ki, o da ətraflı anamnezə və xəstənin hərtərəfli klinik müayinəsinə əsaslanır. Terapiya topik diaqnozdan asılı olaraq aparılmalıdır. Sidik-cinsiyyət trixomoniazı çoxocaqlı xəstəlik sayılır və ona görə də bütün infeksiya ocaqları müalicə olunmalıdır - uretra, uşaqlıq yolu, servikal kanal, parauretral yollar. Trixomoniaz ilə xəstələrin kompleks terapiyası aşağıdakı preparatlar və metodlarla aparılır: *etiotrop, immunkorreksiyaedən, biostimulyatorlar, vitaminlər, yerli müalicə*.

Etiotrop müalicə

Trixomoniaz zamanı ümumi təsirli ən effektiv preparatlardan biri *metronidazol (trixopol, flaqil)* sayılır. Metronidazol vasitəsilə aparılan bir neçə müalicə metodikaları vardır:

- 0,25 q olmaqla gündə 2 dəfə 10 gün ərzində; kurs üçün 5,0 q;
- ilk 4 gün ərzində 0,25 q olmaqla gündə 3 dəfə, qalan 4 günü 0,25 q olmaqla gündə 2 dəfə; kurs üçün - 5,0 q;
- birinci gün 0,5 q olmaqla gündə 2 dəfə, ikinci gün - 0,25 q olmaqla gündə 3 dəfə, sonrakı 4 gün - 0,25 q gündə 2 dəfə;
- kurs üçün - 3,75 q.;
- 0,5 q dozada gündə 4 dəfə 5 gün ərzində;

- birinci gün - 0,75 q dozada gündə 4 dəfə, ikinci gün - 0,5 q dozada gündə 4 dəfə;
- müalicə müddəti 2 gündür; kurs üçün - 5,0 q;
- sutkada 2,0 q bir dəfə (amerika metodu);
- sutkada 2,0 q 3 gün ərzində (amerika metodu);
- 1,0 q dozada sutkada 2 dəfə 7 gün ərzində (amerika metodu);
- tərkibində 500 mq metronidazol olan 100 ml *metrogil* məhlulu venadaxilinə damcı üsulu ilə 20 dəqiqə ərzində sutkada 3 dəfə 5-7 gün ərzində (xronik, residivləşən trixomoniaz zamanı).

Tinidazol (fazijin) aşağıdakı sxemlərdən biri üzrə təyin olunur:

- 2,0 q dozada bir dəfə (4 həb);
- 0,5 q dozada 1 saat ərzində hər 15 dəq. bir kurs dozası 2,0 q;
- 0,5 q dozada gündə 2 dəfə hər gün 1 həftə ərzində.

Alternativ preparatlar və müalicə sxemləri

Nitazol (aminitrazol, trixolaval) 0,1 q həblər şəklində gündə 3 dəfə, kurs 15 gün təyin olunur. Eyni zamanda yerli olaraq gündə 2 dəfə hər 12 saatdan bir tərkibində nitazol (0,12 q) olan vaginal şamlar yeridilir ki, bu zaman uşaqlıq yolu əvvəlcədən 1%-li natrium hidro- karbonat və ya 3%-li hidrogen-peroksid məhlulu ilə təmizləndikdən sonra yeridilir. Şamların yerinə 2,5%-li nitazol suspenziyasını aerozol köpük şəklində gündə 2 dəfə istifadə etmək olar ki, onu uşaqlıq yoluna və uretraya 15 gün ərzində yeridirlər. Mualicə kursu 2-3 sikkədən ibarət olub növbəti aybaşı sikkindən dərhal sonra təyin olunur.

Makmiror - preparatın təsiredici maddəsi nifurateldir. 1 həb olmaqla gündə 3 dəfə yeməkdən sonra 7 gün ərzində təyin edilir (preparatı hər iki partnyor qəbul etməlidir). Yatmadan əvvəl 1

şam və ya 2-3 q məlhəm 10 gün ərzində uşaqlıq yoluna yeridilir. Makmior patogen mikroorqanizmlər: bakteriyalar, trixomonadlar, göbələklər, sidik ifrazı yolunun infeksiyaları tərəfindən törədilən vaginitlərin bütün formalarının müalicəsində təyin oluna bilər.

Klion-D uşaqlıq yolu şamları şəklində gündə 1 dəfə 10 gün ərzində axşam tətbiq edilir. Preparatın tərkibində 0,5 q metronidazol və 0,15 q mikonazol nitrat vardır, ona görə də o, qarışıq kandidoz-trixomonad infeksiyası zamanı xüsusilə effektivdir.

Efloran - sintetik nitroimidazol olub qram-mənfi və qram-anaerob mikroblara təsir edir, həmçinin güclü trixomonada əleyhinə və lyambisid təsirə malikdir. Kurs dozası 2,0 q (2 həb səhər və 3 həb axşam yeməkdən sonra) təyin olunur. Xəstələr həmçinin bir dəfə 5 həb (hər biri 400 mq) qəbul edə bilərlər.

Atrikan 250 - preparatın aktiv elementi tetonitrozol sayılır. 1 kapsul olmaqla səhər və axşam 4 gün ərzində qəbul edilir. Preparat hamilə qadınlara əks göstəriş deyildir.

Naksodjin (nimorazol) - təzə trixomoniaz zamanı 4 həbin bir dəfə (2,0 q) daxilə və ya 1 həb (500 mq) gündə 2 dəfə (səhər və axşam) 6 gün ərzində (xəstəliyin xronik forması) qəbul edilməsi məsləhət görülür.

Tiberal (ornidazol) - trixomonadlar, amyöblər, lyambliyalar, anaerob bakteriyalar tərəfindən törədilən infeksiyaların müalicəsində işlədilən mikrobəleyhinə vasitədir. Preparatın tərkibində təsiredici vasitə ornidazol vardır. Trixomoniazın müalicəsində aşağıdakı sxemlər tətbiq olunur:

Bir dəfəlik doza ilə müalicə:

- » 1-ci variant - 3 həb (hər biri 500 mq olmaqla) axşam;
- » 2-ci variant - 2 həb (hər biri 500 mq) + 1 həb (500 mq) yatmadan əvvəl vaginal yeridilir.

5-günlük müalicə kursu:

- » 1-ci variant - 2 həb (1 həb səhər və axşam);
- » 2-ci variant - 2 həb (1 həb səhər və axşam) + 1 həb yatmadan əvvəl vaginal yeridilir.

Təkrar yoluxmanın qarşısını almaq üçün cinsi partnyor bütün hallarda həmin dozaları qəbul etməlidir (variant 1). Uşaqlara 1 kq bədən çəkisinə 25 mq birdəfəlik doza şəklində təyin edilir. Həbləri həmişə yeməkdən sonra qəbul etmək lazımdır.

Terjinan (tərkibində imidazol törəməsi - ternidazol olan kombinə olunmuş preparat) 1 vaginal həb şəklində sutkada 1 dəfə yatmadan əvvəl 10 gün ərzində təyin olunur. Preparatı hamiləlik və laktasiya dövründə göstərişə əsasən qəbul etmək olar.

Hamilə qadınlarda trixomonada vaginitini müalicə etmək üçün klotrimazol vaginal həblər şəklində 200 mq dozada axşamlar 2 həftə ərzində təyin edilir.

Müalicə olunmayan infeksiya zamanı hamiləliyin 2-3-cü üçayhğmda metronidazol 500 mq dozada sutkada 2 dəfə 7 gün ərzində təyin edilir (bu sxem zərərli preparatın toksik təsirindən yayınmağa imkan verir).

1-5 yaşa qədər uşaqların müalicəsində metronidazol 1/3 həb şəklində (tərkibində 250 mq preparat ojur) sutkada 2-3 dəfə qəbul edilir.

6-10 yaşa qədər uşaqlara - 0,125 q dozada sutkada 2 dəfə.

11-15 yaşda - 0,25 q dozada sutkada 2 dəfə 7 gün ərzində təyin edilir.

İmmunkorreksiyaedici terapiya

İmmunkorreksiyaedici terapiyaya spesifik (solkotrixovak R) və qeyri-spesifik terapiya aiddir.

Solkotrixovak R - laktobasillərin xüsusi ştamlarından ibarət vaksindir. Onun təyin edilməsinə dair əsas göstəriş residivləşən trixomoniaz və bakterial vaginoz sayılır. Vaksin eyni zamanda kimyəvi terapiya ilə birlikdə tətbiq edilir, belə ki, əksicisimlərin əmələ gəlməsi 2-3 həftə çəkir. Vaksin həmçinin kimyəvi terapiyaya qarşı rezistentlik yarandıqda trixomoniazın torpid gedişində monoterapiya kimi işlədilə bilər. Əsas vaksinasiya - aralannda 2 həftə intervalla 3 inyeksiya 0,5 ml dozada təyin olunur və o, 1 il ərzində müdafiəni təmin edir. Bir ildən sonra saxlayıcı vaksinasiya - 0,5 ml dozada bir dəfə həyata keçirilir.

Qeyri-spesifik immunoterapiya - pirogenal, autohemoterapiya, laktoterapiyanın istifadə edilməsinin adi metodikası üzrə aparılır; həmçinin arı balı işlədilir (yerli applikasiyalar; uşaqlıq yolu elektroforezi, JNbİO-15), kalium orotat 0,5 q dozada sutkada 2-3 dəfə 20-30 gün ərzində.

Yerli terapiya

Trixomoniazın yerli müalicəsi metronidazolun tətbiqinə dair əks göstərişlər (qanyaranmanın pozğunluqları, mərkəzi sinir sisteminin aktiv xəstəlikləri) olduqda, həmçinin xəstəliyin torpid residivləşən gedişi ilə xəstələrdə təyin edilir.

Kişilərdə trixomonad uretritlərinin yerli terapiyası müxtəlif vasitələrin yeridilməsi ilə həyata keçirilir: gümüş nitrat məhlulu (1:1000-1:6000), civə oksisianidi (1:1000-1:6000), etakridin laktat (1:2000) və sonralar bor turşusu və qlükoza ilə birlikdə osarsol qarışığının sidik ifrazı kanalına instillyasiyası ilə aparılır. Müalicə hər gün 8-10 gün müddətində aparılır.

Trixomonadəleyhinə preparatlara dözümsüzlük zamanı *mefenamin turşusu* tövsiyə olunur: onun 1%-li sulu məhlulunun və ya 2%-li məhləmi yerli applikasiyalar şəklində gündə 1-2 dəfə; beta-din şamları (povidon-yodin) kimi tətbiq olunur.

Müalicə meyarları

Trixomoniazın müalicəsinin meyarlarını təyin etdikdə etioloji və klinik sağalmanı ayırd etmək lazımdır. Etioloji sağalma dedikdə, aparılan terapiyadan sonra uşaqlıq yolunun trixomonadlarının davamlı yox olması nəzərdə tutulur. Sidik-cinsiyyət trixomoniazının sağalması bakterioskopik və kultural müayinə metodları vasitəsilə təyin olunur.

Müalicə başa çatdıqdan sonra 7-10-cu gün kişilərdə prostat vəzin və toxumluqlardan palpasiya vasitəsilə baxış keçirilir və onların şirəsinin mikroskopik müayinəsi aparılır (əksgöstrişlər olmadıqda). Terapiya başa çatdırıldıqdan 12-14 gün sonra təhribat təyin edilir (alimantar və mexaniki üsullarla). Əgər təhribatdan sonra uretranın ifrazatında və ya selikli qişasından götürülən qaşıntıda və sidiyin təzə porsiyanın birinci hissəsində trixomonadlar aşkar edilməyibsə, həmçinin uretrit simptomları yoxdursa, bir aydan sonra xəstədə təkrar müayinə, uretroskopiya və lazım gəldikdə təhribat aparılır.

Qadınlarda ilk kontrol müayinələr müalicə başa çatdıqdan 7-8 gün sonra həyata keçirilir. Sonralar müayinələr 3 aybaşı sikli ərzində təkrar olunur. Qadınlarda laborator müayinələr aybaşından əvvəl və ya onun qurtarmasından 1-2 gün sonra aparılır. Müayinə üçün materialı mümkün zədələnmə ocaqlarının hamısından götürmək lazımdır.

Xəstələr o zaman etioloji sağlam sayılırlar ki, müalicə başa çatdıqdan sonra təkrar müayinələr zamanı kişilərdə 1-2 ay ərzində və qadınlarda 2-3 ay ərzində trixomonadlar aşkar edilə bilmir. Davamlı etioloji sağalmaya baxmayaraq, bir çox kişilərdə trixomona-

da əleyhinə vasitələrin tətbiqindən sonra klinik sağalma baş vermir. Xəstələrdə iltihab əlamətləri: cinsiyyət orqanlarında cüzi ifrazat, sidikdə patoloji məhsullar qalır. Posttrixomonada iltihab prosesləri daha çox trixomoniazın ağırlaşmış və xronik formaları qeyd edilən kişilərdə müşahidə olunur.

Profilaktika

Trixomoniaz zamanı profilaktik tədbirlər trixomonada ilə yoluxmuş şəxslərin vaxtında və tam aşkar edilməsinə yönəldilmişdir:

- trixomoniaz ilə xəstələrin aşkar edilməsi və müalicə olunması;
- infeksiya mənbəyi hesab edilən şəxslərin və cinsi əlaqələrin aşkar edilməsi, müayinə və müalicəsi;
- sidik-cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəliklərindən əziyyət çəkən bütün şəxslərin trixomoniazə görə müayinəsi;
- uşaq kollektivlərində, xəstəxanalarda, doğum evlərində işləyən qadınların trixomoniazə görə dövrü şəkildə müayinəsi;
- sanitar-gigiyenik tədbirlər (tibb alətlərinin, rezin əlcəklərin zərərsizləşdirilməsi; uşaqılıq yolunun yalnız sintetik materiallardan olan və bir dəfəlik istifadə üçün nəzərdə tutulan əlcəklərlə müayinəsi);
- əhali arasında sanitar-təşviqat və tərbiyə işinin aparılması.

Ədəbiyyat

1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Учебник Кожные и венерические болезни. М.:ГЭОТАР-МЕ-ДИА,2007. ИЛ. Урогенитальный трихомониаз 484- 489
2. Centers for disease control and prevention . Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 June 5, 2015 /140.72
3. Public Health England (PHE). All STI diagnoses & services by gender & sexualrisk, 2012–2016. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/626365/2016_Table_4_All_STI_diagnoses_services_by_gender__sexual_risk.pdf(accessed October 2017)
4. Sherrard J, Ison C, Moody J *et al.* United Kingdom national guideline on the management of *Trichomonas vaginalis* 2014.*Int J STD AIDS* 2014; 25:541–549. doi: 10.1177/0956462414525947
5. British National Formulary (BNF). Metronidazole. Available at: https://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current/PHP3647-metronidazole.htm?q=Metronidazole&t=search&ss=text&tot=101&p=1#_hit(accessed October 2017)
6. Zentiva. Summary of product characteristics for Flagyl 400mg tablets. Available at: <http://www.medicines.org.uk/EMC/medicine/21216/SPC/Flagyl+400mg+Tablets/> (accessed October 2017)

XLAMİDİYA İNFEKSİYASI (UROGENİTAL XLAMİDİOZ)

Əsasən patogen mikroorqanizmlər - *Chlamydia trachomatis* tərəfindən cinsi təmaslar zamanı ötürülən, sidik-cinsiyyət və digər orqanları zədələyən, silinmiş klinik simptomatika, əvvəldə xronik gedişə meyilli olan, bir sıra hallarda hamiləliyin patoloji gedişinə səbəb olan, qadınlarda və kişilərdə reproduktiv funksiyanın azalmasına gətirib çıxaran infeksiyon xəstəlikdir.

Epidemiologiya

Urogenital xlamidioz (UGX) - geniş yayılan və cinsi yolla yayılan infeksiyalardan biridir. 90-cı illərdə xlamidiya infeksiyası ən «populyar» xəstəliyə çevrilmişdir. UGX-nin çox yüksək səviyyəsi inkişaf edən ölkələrdə qeydə almır. Ayrı-ayrı avropa ölkələrində CYYİ-nin öyrənilməsi, skriningi və onlar üzərində nəzarətin aparılması proqram həyata keçirilməsi sayəsində UGX ilə xəstələnmənin kəskin azalması nəzərə çarpır.

Urogenital xlamidiozun yayılmasına aşağıdakılar təsir edir: seksual münasibətlərin liberallaşması, cinsi həyata erkən başlama, baryer kontrasepsiya vasitələrinin istifadəsinə etinasız münasibət, həmçinin p-laktam antibiotiklərin, hormonal kontraseptivlərin, kortikosteroidlərin istifadə edilməsi, cinsiyyət orqanlarında operativ müdaxilələr və s.

Urogenital infeksiyalar arasında xlamidiya infeksiyasının xüsusi çəkisi 3-30%, ginekoloji xəstələrdə isə 20-40% təşkil edir.

Xlamidiya etiologiyalı qeyri-qonokok uretritləri kişilərin 40%-dən çoxunda qeyd olunur və postqonokok uretrit (60-80%) əsas səbəbi sayılır.

Ər-arvad cütlüyündə hamiləliyin adəti pozulmalarında xlamidiya infeksiyası zamanı kişilərin 90%-i xronik prostatitdən əziyyət çəkir, onlarda spermatozoidlərin sayı və hərəkətliliyi azalmışdır (normanın 42-50%-i qədər), çox vaxt onların degenerativ formalarına rast gəlinir. Bu kişilərin həyat yoldaşlarının əksər hissəsində (82%-də) özbaşına düşüklər və vaxtından əvvəl doğuşlar (10%-də) müşahidə edilir.

Aktiv cinsi həyat keçirən və urogenital nahiyədə heç bir şikayətləri olmayan şəxslərin böyük qrupunda seçmə zamanı müayinə edilənlərin 5-10%-də xlamidiyalar aşkar edilmişdir.

Xlamidiyalar ilə yoluxmuş şəxslə cinsi təmasdan sonra yoluxma riski orta hesabla 60%, daimi partnyor ilə - daha çox təşkil edir.

Urogenital xlamidiaz qadınların təqribən 30%-də və kişilərin 75%-də klinik əlamətlərlə təzahür edir.

Etiologiya və patogenezi

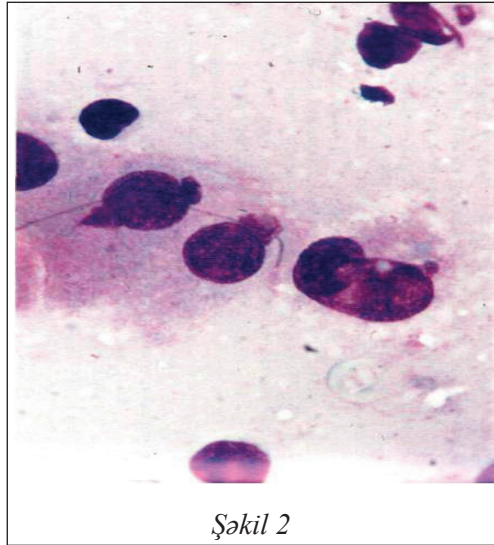
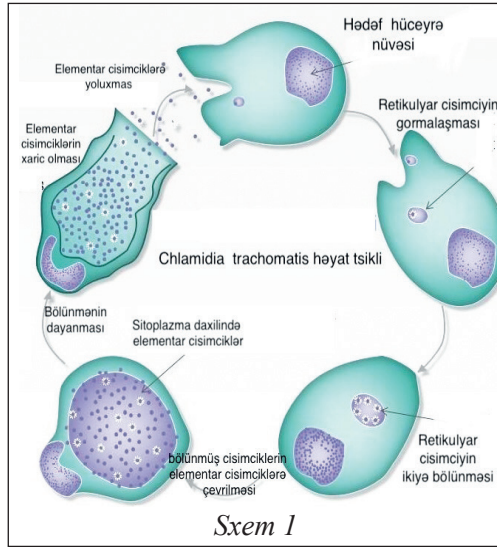
C.trachomatis təsnifata əsasən Chlamydiaceae ailəsinə və Chlamydia cinsinə, 1-ci biovara aiddir və yalnız insanın paraziti sayılır.



Şəkil 1

C.trachomatis-in müxtəlif serovarları traxoma törədə bilər, urogenital yolun, oynaqların, konyunktivanın zədələnmələrinə, yenidogoğmuşlarda pnevmoniyaya səbəb ola bilər. *C.trachomatis* 1903-cü ildə L.Xalberstedt və S.Provaçək tərəfindən kəşf olunmuşdur (şəkil 1).

Xlamidiyalar viruslar və rikketsiyalar arasında aralıq mövqedə durur, onların quruluş xüsusiyyətlərini özündə birləşdirirlər. Qram-mənfi bakteriyalar üçün xas olan bir sıra xüsusiyyətlər vardır: DNT və RNT-yə, hüceyrə qişasına malikdir, binar bölünmə ilə çoxalırlar və bu dövrdə antibiotiklərə qarşı həssas olurlar. Xlamidiyalarda enerji sistemi yoxdur, onlar ATF hasil etmirlər, sahib-hüceyrənin hesabına çoxalır və «hüceyrədaxili obliqat parazitlərə» aiddirlər. Xlamidiyaların hüceyrədənəkar formaları -elementar cisimciklər adlanır. Xlamidiyanın həyat tsiklində elementar cisimciklər, keçid cisimciklər, retikulyar cisimciklər mərhələləri vardır. Xlamidiyaların hüceyrədaxili inkişaf sikli 72 saat təşkil edir. Bölünən xlamidiyaların sitoplazmadaxili əlavələri («mikrokolonyaları») (sxem1) Provaçek-Xalberştedter cisimcikləri kimi məlumdur. Hüceyrədaxili xlamidiya əlavələri ilə birgə epitel



cisimciklər spesifik görünüşə malikdirlər ki, bu da «öküz gözü» simptomu (şəkil 2) adlanır.

Elementar cisimciklər metabolik cəhətdən qeyri-fəaldırlar və antibiotiklərə qarşı az həssasdırlar.

Xlamidiyalar uretranın silindrik epitelini, uşaqlığın endoserviksini, düz bağırsağın, gözün konyunktivasını, udlağın selikli qişasının, həmçinin uşaqlıq yolunun epitelisini zədələyir.

Xlamidiya infeksiyasının mühüm epidemioloji amili törədicinin persistensiya etmək qabiliyyəti, yəni sahibin hüceyrələrində tarazlıq vəziyyətində böyümədən və çoxalmadan uzun müddət qalmasıdır. Persistensiya vəziyyətində törədici antibiotiklərə qarşı həssas deyildir və cinsi yolla yayılmır. Lakin orqanizmin immun müdafiəsini zəiflədən müxtəlif amillər zamanı onların adi formalara reversiyası və urogenital yolda iltihab prosesinin növbəti inkişafı baş verir. Bir sıra hallarda antibiotiklərlə monoterapiya xlamidiyaların hüceyrədaxili persistensiyasına və xəstəliyin xronikləşməsinə gətirib çıxarır.

Yoluxma yolları

İnsanın genital xlamidiya infeksiyası ilə yoluxması əsasən cinsi təmaslar zamanı baş verir. Xlamidiyalar insan orqanizmində öz ekoloji yaşama zonalarında (uretra, uşaqlıq boynu, bəzən düz bağırsaq) məskunlaşırlar. *C.trachomatis* spermatozoidlərə də yapışmaq qabiliyyətinə malikdirlər ki, bu zaman onlar infeksiyanın ötürülməsinə iştirak edə bilirlər. Bununla əlaqədar olaraq *C.trachomatis* ilə nəinki cinsi təmaslarla deyil, həm də süni mayalanma zamanı müayinə olunmayan donorun sperması ilə də yoluxma riski vardır.

Yenidoğulmuşda gözlərin, tənəffüs yollarının epitelinin infeksiyalaşması çox vaxt doğuş zamanı xlamidioz ilə xəstədən baş verir və konyunktivitin, az hallarda -pnevmoniyaların inkişaf etməsi ilə müşayiət olunur.

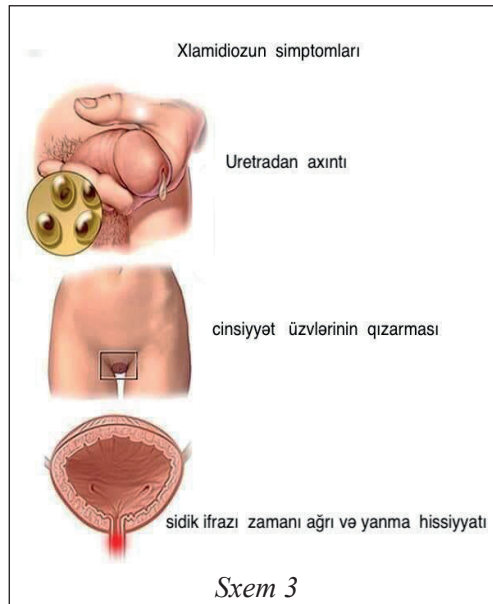
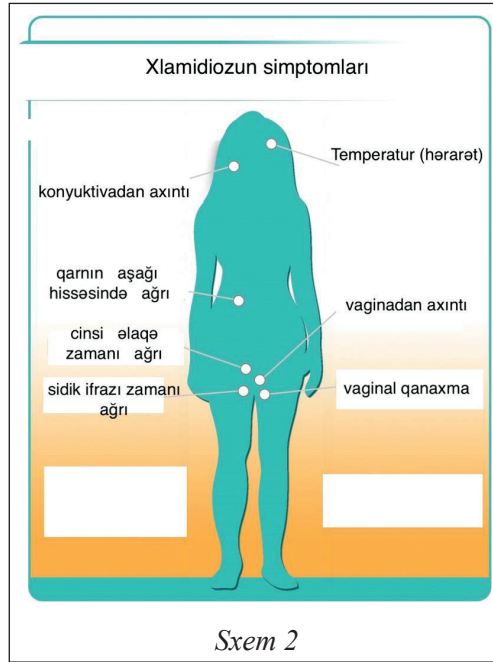
Urogenital xlamidiozun klinik formaları:

Kişilər: uretrit, para-uretrit, prostatit, vezikulit, epididimit, orxiepididimit, faringit, proktit.

Qadınlar: servisit, uretrit, bartolinit, endometrit, parametrit, salpingit, salpingooforit, pelfio-peritonit, faringit, proktit.

Qadınlarda urogenital xlamidiozun klinik simptomları (sxem 2, 3):

- Selikli-irinli servisit
- İrinli vaginal ifrazat
- Qarnın aşağısında ağrılar
- Cinsi əlaqədən sonra və ya aybaşarası qanamalar
- Dizuriya
- Kiçik çanaqda ağrı sindromu ilə birlikdə iltihab prosesinin əlamətləri



Kişilərdə urogenital xlamidiozun klinik simptomları (sxem 3):

- Uretradan ifrazatın gəlməsi
- Dizuriya
- Epididimit və prostatit əlamətləri

Qadınlarda və kişilərdə ümumi simptomlar:

- Anorektal ifrazatlar və ya diskomfort
- Konyunktivit
- Artralgiyalar

Ağrılar

Sonsuzluq, Reyter xəstəliyi, perihepatit, periappendisit, perixolesistit, plevrit, bağırsağın bitişməsi.

Hamilə qadınlarda: özbaşına abort, uşaqlıqdankənar hamiləlik, çoxsululuq, ciftin aralanması, cift çatmamazlığı, döl qışalarının vaxtından əvvəl dağılması, doğuş fəaliyyətinin zəifləməsi, doğuş zamanı qızdırma, sonun dəyişiklikləri, doğuşdansonrakı endometritlər, uşaqlığın ləng involyusiyası, subfebrilitet.



Şəkil 3

Yenidoğulmuşlarda: konyunktivit, pnevmoniyalar, oftalmiya, burun-udlağın, genital yolun, düz bağırsağın simptomuz infeksiyalaşması (şəkil 3).

Qızlarda: vulvit, vaginit, uretrit.

Kişilərdə urogenital xlamidiozun klinik mənzərəsi Xlamidiya uretriti

Xlamidiya uretriti üçün daha çox xronik, az hallarda - xəstəliyin kəskin və ya yarımkəskin gedişi səciyyəvidir.

Sidik-ifrazı kanalından selikli, selikli-irinli və ya irinli ifrazatın axması uretritin ən **çox** rast gələn əlaməti sayılır, az hallarda onlar sərbəst axır və ya uretraya təzyiq etdikdə (sıxdıqda) görünür. Xəstəliyin kəskin və ya yarımkəskin başlanğıcı olan xəstələrin əksəriyyətində ifrazatların intensivliyi bir neçə gün ərzində azalır (şəkil 4).



Şəkil 4

Xəstələrin subyektiv şikayətləri- xoşagəlməz hissiyyat, qaşınma, sidik ifrazı kanalında ağrı, sidik ifrazı üçün tez-tez çağırışlar, ifrazatlar. Xəstəlik kəskin, yarımkəskin və ya xronik xarakterdə gedir. Sidik ifrazı kanalının və digər cinsiyyət orqanlarının eyni vaxtda zədələnməsi zamanı xəstələr xaya, aralıq nahiyəsində, düz bağırsağ, bel və büzdüm nahiyələrində, oturaq siniri boyunca və aşağı ətraflarda meydana çıxan ağrılardan şikayətlənirlər.

Cüzi şikayətlərlə gedən az simptomlu uretrit zamanı ifrazatlar çox az, 1-2 «səhər» damcıları şəklində olurlar.

Xəstələrdə sidik ifrazı kanalının xarici dəliyi nahiyəsində müxtəlif dərəcəli iltihabi dəyişikliklər (hiperemiya, pastozluq, cinsiyyət dodaqlarının bir-birinə yapışması) nəzərə çarpır. Bəzən parauretrit əlamətləri (parauretral yolların iltihabı) aşkar etmək mümkün olur ki, onun diaqnostikası terapiyanın gələcəkdə davam etdirilməsi üçün çox vacibdir.

Bulbouretral vəzinin (xlamidiya kuperiti) zədələnməsi subyektiv şikayətlər olmadan və ya bud və aralıq nahiyəsində dövrü ağrılarla bağlı şikayətlərlə gedə bilər. İltihablaşmış bulbouretral vəz adətən aralığın içində noxud dənəsi böyüklüyündə bərk ağrısız düyün şəklində əllənir.

Xlamidiya prostatiti

Xlamidiya prostatiti xlamidiya uretritinin ən çox rast gələn ağırlaşmasıdır.

Xlamidiya prostatiti adətən dövri şəkildə ağırlaşaraq xronik, torpid formada keçir. Xəstələr bəzən defekasiya aktı zamanı və ya siyimənin sonunda sidik ifrazı kanalından ifrazatların gəlməsindən, qaşınmadan, aralıqda, xayada, qasıq və büzdüm nahiyəsində, qarnın aşağısında, oturaq siniri boyunca qeyri-intensiv ağrılardan şikayətlənirlər.

Prostatitin aşağıdakı 3 formaları ayırd olunur: kataral (vəzlərin çıxarıcı axacaqları zədələnir), follikulyar (vəzlərin folikulları- asinusların sekretor-inkretor epitelisi zədələnir) və parenximatoz (iltihab prosesi prostat vəzin parenximasını zədələyərək vəz toxumasından kənara çıxır).

Prostatitin xlamidiya etiologiyalı olmasını təsdiq etmək üçün törədicilərin ZPR metodu ilə identifikasiyası və ya kultural müayinəsi lazımdır.

Xlamidiya vezikuliti

Xlamidiya vezikuliti xlamidiya uretriti, parenximatoz prostatit və ya epididimit olan aktiv cinsi yetkinlik yaşında kişilərin 15-16%-də aşkar edilir. Xəstələrin subyektiv şikayətləri uretroprostatit zamanı mövcud olan şikayətlərlə analojidir. Xlamidiya vezikuliti üçün xronik gediş səciyyəvidir.

Xlamidiya epididimiti

Xlamidiya epididimiti kişilərdə urogenital xlamidiozun ən ağır əlamətlərindən sayılır. O, adətən uretrit- prostatit - vezikulit sxemi üzrə inkişaf edir və yumurtalıqların törəmələrinə xlamidiyaların kanalikuliyar yolla daxil olması, toxumçıxarıcı axacaqların boşluğunu bürüyən epitelinin zədələnməsi və bəzi xəstələrdə deferentit və funikulit əlamətlərinin inkişaf etməsi ilə təzahür edir.

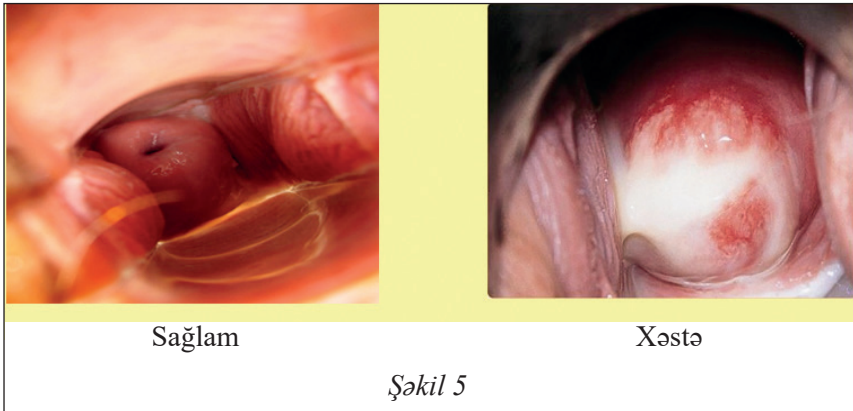
Xlamidiyalarla törədilən epididimit kəskin, yarımkəskin və xronik formalarda keçə bilər. Xronik forma xlamidiya epididimitinin müstəqil əlaməti, onun kəskin və yarımkəskin formasının nəticəsi ola bilər.

Leykositoz və EÇS-nin tezləşməsi nəzərə çarpır.

Xlamidiya orxiepididimiti

İltihabi xlamidiya prosesi törəmələrdən yumurtalığın qişasına yayıla bilər və onu zədələyərək orxoepididimitin klinikasının inkişaf etməsinə səbəb ola bilər. Xəstəliyin kəskin formasında epididimitin klinik simptomları ilə yanaşı, asimmetriya, hiperemiyalı və əllədikdə isti olan xayanın (zədələnmə tərəfdə) ödemli olması, palpasiya zamanı kəskin ağrılar və hamar gərgin səthi olan şiş aşkar edilir ki, bu da yalançı ləpələnmə hissiyyatı yaradır. Prostatit, vezikulit və deferentit ilə müşayiət olunan birtərəfli orxiepididimitin xronik (torpid) gedişi zamanı cinsi potensiya və spermoqrammanın pozğunluqları aşkar edilir.

Qadınlarda urogenital xlamidiozun klinik mənzərəsi (şəkil 5) Xlamidiya uretriti



Xlamidiya uretritini adətən cüzi subyektiv şikayətlərlə müşayiət olunur. Sidik ifrazı kanalında qaşınma, sidik ifrazının əvvəlində ağrılar və sidik ifrazının tezləşməsi meydana çıxdıqda kanalın xarici dəliyinin yüngül qıçıqlanması, həmçinin az miqdarda, demək olar ki, rəngsiz ifrazatlar (çox vaxt uretranı massaj etdikdə aşkar edilir) nəzərə çarpır. Bu hal adətən müvəqqətidir, lakin müayinə



Şəkil 6

edilənlərin böyük əksəriyyətinə remissiya dövründə uretroskopiya zamanı sidik ifrazı kanalının dəyişiklikləri (yumşaq infiltrat, yumşaq infiltratın qalıq əlamətləri, selikli qişanın kobud büküşləri və s.) müəyyən edilir (şəkil 6).

Xlamidiya bartoliniti

Xlamidiyalar, bir qayda olaraq, bartolin vəzlərinin çıxarıcı axacaqlarında sütunlu örtük epitelidə çoxalırlar. Çox vaxt axacağın zədələnməsi əlaməti - noxud dənəsi böyüklüyündə olan, mərkəzi tünd qırmızı nöqtəli (vəzin çıxarıcı axacağının dəliyinə müvafiq gəlir) hipermiyalı ləkə, palpasiya zamanı çıxarıcı axacaqların dəliyindən azacıq tutqun selik damlasını basıb çıxarmaq mümkün olur. Çıxarıcı axacaq bağlandıqda o, şəffaf maye ilə dolu böyük kistaya çevrilir. Xlamidiya bartolinitinin bir çox hallarında iltihab prosesi ətraf toxumalara da yayılır ki, bu da göyəm və toyuq yumurtası böyüklüyündə olan ağırlı infiltratın yaranmasına gətirib çıxarır.

Xlamidiya vaginiti

Birincili xlamidiya vaginiti xlamidiya infeksiyasının nadir formasıdır və praktik olaraq normal hormonal aktivliyə malik reproduktiv yaşlı qadınlar arasında rast gəlmir. Xlamidiyalar normal fəaliyyət göstərən uşaqlıq yolunun buynuzlaşan yastı səthi epitelisində çoxala bilmirlər və sərbəst şəkildə (hüceyrədən kənardə) uşaqlıq yolunun turş reaksiyalı möhtəviyyətinə qarşı yüksək həssasdır.

Xəstələr adətən uşaqlıq yolundan gələn ifrazatlardan, göynəmə hissiyyatından və s. şikayət edirlər.

Xlamidiya servisi

Xlamidiya servisi qadınlarda xlamidiya urogenital infeksiyasının daha geniş yayılmış birincili əlaməti olub endoservisit formasında keçir. Xəstəlik çox vaxt heç bir narahatlıq gətirmir. Bəzən xəstələr uşaqlıq yolundan gələn ifrazatlara diqqət verirlər, az hallarda qarnın aşağısında qeyri-müəyyən, üzücü ağrılar qeyd edirlər.

Xlamidiya servisləri üçün həmçinin selikli qişada (adətən əsnək nahiyəsində) limfoid follikulların yaranması və «təmas qanaması» simptomu (alətlərlə servikal kanalın divarlarına toxunduqda qanama baş verir) meydana çıxır ki, sonuncu *C.trachomatis* ilə yoluxma zamanı prostasiklin-tromboksan sistemində disbalans nəticəsində inkişaf edir

Uşaqlıq boynunun xlamidiya infeksiyası qeyri-spesifik iltihab əlamətləri ilə səciyyələnə bilər ki, o, heç də həmişə hipertrofik eroziyaların əmələ gəlməsi, limfoid folikullar və selikli-irinli ifrazatların yaranması ilə müşayiət olunmur. Bir sıra hallarda uşaqlıq boynu kanalının persistent xlamidiya infeksiyası zamanı törədicinin müxtəlif laborator metodlarla aşkar edilməsindən başqa, xəstəliyin hər hansı klinik əlamətlərini aşkar etmək (müəyinə anında) mümkün olmur.

Xlamidiya endometriti

Xlamidiyalar uşaqlıq boşluğuna uşaqlıq boynunun kanalından daxil olur və sonra tədricən uşaqlığı bürüyən epitel qatını yoluxdururlar.

Kəskin xlamidiya endometriti digər etiologiyalı endometritlər üçün səciyyəvi şikayətlər və klinik simptomlarla keçir. Xəstələrdə qəflətən bədən hərərəti 38-39°C-yə qədər yüksəlir, leykositoz, EÇS-nin sürətlənməsi, qarnın aşağısında güclənən ağrılar qeyd olunur, aybaşı vaxtı pozulur, uşaqlıq boynunun kanalından inten-

siv selikli-irinli ifrazat nəzərə çarpır. Ginekoloji müayinələr zamanı uşaqlığın ağırlı olması aşkar edilir. Bəzən iltihab prosesinin xronik gedişi və uşaqlıq borularının ardıcıl şəkildə zədələnməsi müşahidə olunur.

Xlamidiya salpingiti

Qadınlar qarnın aşağı hissəsində ağrılardan, aybaşı siklinin pozulması, dizuriya əlamətlərindən şikayətlənirlər. Ağrı küt xarakterlidir, fiziki gərginlik, aybaşı sikli zamanı, defekasiya çətinləşdikdə, ginekoloji müayinə zamanı güclənir. Xəstələrdə çox vaxt bədən hərarətinin $38-39^{\circ}\text{C}$ -yə qədər yüksəlməsi, leykositozun yaranması, EÇS-nin sürətlənməsi müşahidə olunur.

Xlamidiya infeksiyası zamanı da süzənəkdə olduğu kimi, uşaqlıq borularının ikitərəfli zədələnməsi müşahidə olunur. İnfeksiyanın uşaqlıq borusunun qarın boşluğu dəliyi vasitəsilə yayılması zamanı adətən yumurtalıqların zədələnməsi baş verir. Xlamidiya salpingitləri uşaqlıq borularının keçməməzliyi və boru hamiləliyinə gətirib çıxara bilər.

Xlamidiya salpinqooforiti

Qadınlarda urogenital yolun yuxarı şöbələrinin xlamidiya ilə zədələnməsi zamanı prosesə nəinki uşaqlıq boruları, həm də yumurtalıqlar cəlb olunur. Salpinqooforit zamanı xəstələr çox vaxt qarnın aşağısında və büzdüm nahiyəsində gizildəyən ağrı qeyd edirlər ki, o da qarın divarının gərilməsi zamanı güclənir, bəzən aybaşıarası dövrdə qanama meydana çıxır. Yumurtalıqda qalxan xlamidiya infeksiyası zamanı patoloji proses ətrafdakı toxuma və orqanlarla yaranan bitişmələrdən başqa, yumurtalıqda iltihab prosesinin inkişafına səbəb olur ki, bunun nəticəsində onun daxili strukturu zədələnir.

Xəstəliyin kəskin mərhələsində salpingit üçün səciyyəvi olan şikayətlər fonunda qəflətən kəskin ağrı əmələ gəlir ki, o, əvvəlcə qar-

nın aşağısında yerləşir. Xəstələrdə qarın divarının gərilməsi, müsbət Şetkin simptomu, bədən hərarətinin 38-40°C-yə qədər yüksəlməsi, nəbzin tezləşməsi, kəskin leykositoz, EÇS-nin sürətlənməsi aşkar olunur. Bəzən nəcisin ləngiməsi, meteorizm müşahidə olunur.

Düz bağırsağın xlamidiozu

Qadınlarda düz bağırsağın xlamidiozu kifayət qədər tez-tez, bəzən cinsiyyət orqanlarının xlamidiozu ilə birlikdə rast gəlinir. Xlamidiyaların aşkar edilməsi düz bağırsağın selikli qişasında nəzərə çarpan dəyişiklərin olması ilə assosiasiya edir (follikullar, çapıqlar, durğunluq əlamətləri, selikli-irinli eksudat).

Urogenital xlamidioz: hamiləlik və sonsuzluq

Xlamidiya salpingitləri zamanı sonsuzluqla əlaqədar proqnoz, qonokoklar tərəfindən törədilən salpingitlərə nisbətən daha ciddidir. ÜST-ün məlumatlarına əsasən kəskin xlamidiya salpingiti keçirən qadınların 25%-i sonsuz olur.

Qadınlarda ikincili sonsuzluğun səbəbi həmçinin uşaqlıq boyunda və yumurtalıqlarda xlamidiya mənşəli xronik iltihabi proseslər sayılır.

Hamilə qadınlarda urogenital xlamidioz populyasiya ilə müqayisədə çox vaxt özbaşma düşüklərə, vaxtından əvvəl doğuşlara, dölətrafi suların vaxtından əvvəl axmasına, ölü doğuşlara gətirib çıxarır. Uşaqlıq boynu xlamidiyalarla yoluxmuş zahı qadınların 40%-i hamiləliyin 30-37-ci həftəsində bədən çəkisi 1,5-2,7 kq olan vaxtından əvvəl uşaq doğmuşlar. Xlamidiya infeksiyasının müxtəlif manifest formaları xlamidiyalarla infeksiyalaşmış analardan doğulan uşaqların 50%-də aşkar edilir.

Hamilə qadınlarda xlamidiyalar çox vaxt servikal kanalda, endometriyada, borularda yerləşir, bəzən isə desidual qişaları infeksiyalaşdırır, xorioamnionit əmələ gətirir.

Urogenital xlamidioz bəzən doğuşdan sonrakı ağırlaşmaların: uşaqlığın subinvolusiyası, uzun müddət davam edən qızdırma, endometritin inkişafına səbəb olur.

Reyter xəstəliyi

İlk dəfə H.Reiter tərəfindən (1916) səciyyələndirilmiş sindrom aşağıdakı simptomlar triadasını özündə birləşdirir: urogenital yolun zədələnməsi (uretrit, sistit, prostatit, servisit, adneksit), konyunktivit və artrit. Xəstəliyin etioloji amili immunpatoloji reaksiyalar zəncirini işə salan xlamidiyalardır (*C.trachomatis*) - onlar Reyter sindromu ilə xəstələrin əksəriyyətinin sidik-cinsiyyət yolunda aşkar edilirlər. Digər infeksiyon agentlər (yersiniyalar, şigellalar, salmonellalar, qonokoklar, mikoplazmalar, ureaplazmalar) - hansı ki, bu sindromun inkişafında onların etioloji rolu müzakirə edilir - ifrazat orqanlarını zədələyərək daha çox Reyter xəstəliyinin həqiqi törədicisinin - *C.trachomatis*-in orqanizmdə penetrasiyasına səbəb olurlar. Yoluxma riski histouyuşmazlıq antigeni HLA B27 olan şəxslərdə yüksəkdir, infeksiyon agentə qarşı zəif immun cavabı, autoanticişimlərin hasil olunmasını və patoloji prosesə oynaqların cəlb olunmasını bununla əlaqələndirirlər.

Reyter xəstəliyinin klinik-diaqnostik əlamətləri və xəstəliyin gedişi

Əsas əlamətləri:

Reaktiv asimmetrik artrit, zədələnmiş oynaqlar nahiyəsində əzələlərin erkən atrofiyası.

Kişilərdə: uretroprostatit, vezikulitlə birgə prostatit, sirsinar balanit, balanopostit və ya kserotik balanit.

Qadınlarda: servisit, adneksit.

Hər iki cinsdə: oftalmoxlamidioz (konyunktivit, irit, uveit).

İkinci dərəcəli əlamətlər:

Ovucların və dabanların keratodermiyası, dırnaqların zədələnməsi, disseminasiya olunmuş psoriazformalı səpgilər, düyünlü və çoxformalı eritema, övrə, ağzın selikli qişasında ağımtıl eroziyalar.

Daxili orqan və sistemlərin zədələnməsi:

- Ürək (miokardit, aorta qapaqlarının çatmamazlığı);
- böyrəklər (ocaqqlı qlomerulonefrit, pielonefrit, amiloidoz);
- ağciyərlər (plevrit);
- MBT-nin pozğunluqları;
- MSS (nevralgiyalar, nevritlər, periferik parezlər, meninqo-ensefalitlər);

Gedişi:

- Kəskin (3 aya qədər);
- yarımkəskin (1 ilə qədər);
- xronik (əlilliyə səbəb olan).

Diaqnoz

Diaqnoz aşağıdakı simptomlar olduqda qoyulur:

- simptomlar triadası (xlamidiya uretriti, konyunktivit, artrit)
- yaxud iki əsas əlamətin 2 ikincili və ya 2 laborator əlamətlər birlikdə (xlamidiyaların aşkar edilməsi, xlamidiya əleyhinə anticisimlər, prostat vəzin toxumasına qarşı autoanticisimlərin yüksək titrləri, EÇS-nin yüksək olması);
- xəstədə HLA B27 antigenin aşkar edilməsi.

Urogenital xlamidiozun diaqnostikası

Xlamidiya infeksiyasının patoqnomik simptomatikasının olmaması ilə əlaqədar laborator müayinələrin aparılması diaqnozun qoyulmasında və terapevtik tədbirlərin effektivliyinin qiymətləndirilməsində mühüm tədbir sayılır.

Xlamidiya infeksiyasının diaqnostikası iki əsas istiqamətdə həyata keçirilir:

1. Müayinə materialında törədicinin, onun antigeninin və ya DNT-nin spesifik fraqmentlərinin aşkar edilməsi.
2. Xəstənin (müayinə olunan şəxsin) immunoloji statusunun spesifik dəyişikliklərinin aşkar edilməsi.

Bu məqsədlə aşağıdakı diaqnostika metodları tətbiq edilir:

- Mikroskopiya (ışıq, faza-kontrast, immun-flüoressent, elektron).
- Kultural - törədicinin kulturasının aşkar edilməsinə əsaslanmışdır (materialın Mak-Koya, HeLa-229 hüceyrələrinə, siçan fibroblastları L-929, toyuq embrionlarına əkilməsi).
- Seroloji - müayinə olunanların qan zərdabında C.trachomatis-ə qarşı spesifik anticisimləri aşkar etməyə və onların dinamikasını müəyyən etməyə imkan verir.

1. Uretranın, servikal kanalın, düz bağırsağın, udlağın, konjunktivanın yaxma-qaşıntılarında xlamidiyaların Romanovski-Gimza üsulu ilə rənglənməsi yolu ilə *mikroskopik müayinəsi metodu* EC (qırmızı və bənövşəyi-qırmızı rəngə boyanır) və RC (göy və mavi rəng) 15-20% kişilərdə və 40% qadınlarda (münasib, ucuz, lakin az informativ) aşkar etməyə imkan verir.
2. Flüoressein-izotiosionat ilə işarələnmiş C.trachomatis-in xarici membranın əsas zülalına qarşı yaranan monoklonal anticisimlərin vasitəsilə aparılan *düz immunflüoressensiya metodu* (DİF) yaxma-qaşıntılarda lüminessent mikroskopiya vasitəsilə müayinə edilənlərin 50-80%-də EC və RC aşkar etməyə imkan verir (münasib və ucuz metod).
3. Kultural müayinə (KM) xəstələrin 50-80%-də həyat qabiliyyətli mikroorqanizmləri aşkar etməyə imkan verir. Mak-Koya hüceyrələrində xlamidiyaların becərilməsi proseduru bir həftəyə qədər uzanır, xüsusi laborator şəraitin, bahalı reaktivlərin olmasını tələb edir ki, bu da metodun geniş praktika-da tətbiqini məhdudlaşdırır. Bu metod erkən yaşlı uşaqlarda xlamidiya infeksiyasının diaqnostikasında, həmçinin elmi məqsədlər üçün ekstragenital anatomik sahələrdə C.trachomatis-in aşkar edilməsi üçün işlədilir.

4. *Nuklein turşularının amplifikasiya* (NTA) metodu həssaslığına görə (90%-dən yuxarı) digər diaqnostika metodlarını üstələyir (KM də daxil olmaqla) və *C.trachomatis*-in elementar cisimciklərinin minimal miqdarım aşkar etməyə imkan verir. NTA metodları içərisində zəncirvari polimeraza reaksiyası (ZPR) daha geniş tətbiq olunur. Uretral və servikal qaşıntılar, sidik müayinə olunur. Diaqnostika zamanı *C.trachomatis*-in genetik materialına komplementar olan nukleotid ardıcılıqlarından ibarət praymerlərdən istifadə edilir. Dövri temperatur işlənməsi zamanı törədicinin DNT-nin denaturasiyası və sonra praymerə komplementar olan spesifik sahənin amplifikasiyası baş verir.

NTA metodları həyat qabiliyyətini itirmiş mikroorqanizmləri aşkar etməyə imkan verdiyi üçün müayinə zamanı ən müxtəlif bioloji materiallardan- sidikdən və uşaqlıq yolunun dəhlizindən qadınların özlərinin götürdükləri nümunələrdən istifadə edilə bilər.

Rutin diaqnostika zamanı NTA metodlarının tətbiq olunması laboratoriyaların maddi imkanları ilə məhdudlaşır.

5. Spesifik xlamidiya əleyhinə M və G sinfi immunqlobulinlərin (immunferment analizi metodu - İFA) və onların titrinin aşkar edilməsi birincili (yoluxma anından etibarən 1 aya qədər - IgM) və ikincili (1 aydan artıq - IgG) spesifik immun cavabı müəyyən etməyə imkan verir. Bu metodlar uşaqlar arasında, müayinə üçün materialı (uşaqlıq boruları, yumurtalıqlar, müsariqə və s.) almaq imkanı olmadıqda xlamidiya infeksiyasının diaqnostikası zamanı, dölün və yenidoğulmuşun xlamidiya infeksiyası ilə yoluxmasından şübhələndikdə, urogenital xlamidiazun ağırlaşmalarında, Reyter xəstəliyində, epidemioloji və elmi tədqiqatlar zamanı, çox vacibdir. Səhv müsbət nəticələr də əldə oluna bilər, belə ki, digər qram-mənfi bakteriyalar da həmçinin analoji immun cavab törədən LPS-antigenə malikdir.

Əksər hallarda *C.trachomatis*-in olmasını qaşıntıların (uretradan, uşaqlıq boynundan, əsnəkdən, konyunktivadan), sidiyin, prostat vəzin şirəsinin, eyakulyatın DİF və ZPR metodları ilə müayinələrlə və xəstələrin (müayinə edilənlərin) periferik qanında xlamidiya əleyhinə IgG-nin təyin edilməsi ilə təsdiq etmək olar.

Persistensiyadən xlamidiya infeksiyasının diaqnostikası zamanı aşağıdakı metodların işlədilməsi tövsiyə olunur:

- Elektron mikroskopiya (cinsiyyət yollarının epitelisi, zədələnmiş toxumalardan - bitişiklər, uşaqlıq borularından götürülmüş biopsiya materialı müayinə olunur). Metod xəstələrin böyük hissəsinin müayinəsində istifadə edilə bilməz.
- NTA metodları (ZPR, DNT-zond hibridləşmə) uretradan və servikal kanaldan, follop borularından (çox nadir hallarda) götürülmüş yaxmalarda xlamidiyaların DNT-ni aşkar etməyə imkan verir.
- Qeyri-düz hemaqqlütinasiya reaksiyası (QDHAR) cinsi təyin edən spesifik diaqnostikumla aparılır. Persistensiyadən infeksiya olan xəstələrdə QDHAR diaqnostik titrdən 4 dəfə yüksək olur. Həmçinin tipospesifik antigenlərlə birlikdə qeyri-düz immunflüoressensiya reaksiyasından (QDİFR) istifadə olunur.
- IgA və IgG -nin həddən çox ifraz olunmasının aşkar edilməsi.

Urogenital xlamidioz ilə xəstələrin müalicəsi

UGX ilə xəstələrin müalicəsi (xüsusilə də infeksiyanın xronik və persistensiyadən formalarının) o qədər də sadə məsələ deyildir. Dərman vasitələrini və terapiya metodlarını seçdikdə aşağıdakıları nəzərə almaq lazımdır:

- Antibiotiklərə qarşı yalnız xlamidiyaların bölünən hüceyrə-daxili formaları RC həssasdırlar;

- EC və xlamidiyaların persistensiyadən formaları antibiotiklərə qarşı həssas deyildirlər;
- müalicə məqsədilə mikroorqanizmlərin hüceyrədaxili formalarına təsir edən antibiotiklər tətbiq olunur (tetrasiklin, makrolidlər, ayrı-ayrı florxinolonlar, rifampisin);
- antibiotiklərlə monoterapiya xlamidiyaların 6-7 inkişaf sikli üçün nəzərdə tutulmalıdır (2 həftədən az olmamaqla) və xəstəliyin təzə formalarında və kliniki əlamətlər zamanı tətbiq olunmalıdır;
- penisillin qrupu preparatları, sefalosporinlər, levomisetin, sulfanilamidlər etiotrop preparat sayılırlar, bu zaman xlamidiyalarm persistensiyadən və L-formalara (aberrant) transformasiyasına kömək edirlər. Xlamidiya əleyhinə antibiotiklərin subterapevtik dozaları da analoji təsir göstərir;
- dəyişilmiş morfoloji strukturu olan və əsas xlamidiya antigenlərinin aşağı ekskresiyalı aberrant formaların əmələ gəlməsi hidrofil antibiotiklərin xlamidiya hüceyrəsinə daşınmasını kəskin azaldır;
- immunotrop terapiya UGX-nin xronik və persistensiyadən formalarında (γ -interferonun, şişin nekrozu amillərinin, İL-2-nin az hasil olunması, T və B-hüceyrə immunitetinin, komplement və fəqositoz sisteminin çatışmazlığı) aparılır;
- immunotrop preparatlar təyin edilməzdən əvvəl (xronik və persistensiyadən infeksiya hallarında) xəstənin geniş immunoloji müayinəsi (CD-antigenlərin, interferonların profili də daxil olmaqla) aparılır;
- xəstələrin orqanizminə böyük dərman yüklənməsi verilir ki, bunu heç də onlar həmişə yaxşı keçirmirlər, yanaşı xəstəliklərdən əziyyət çəkirlər, bəzən müalicə rejimini pozurlar;
- azotromitsinin bir dəfə qəbulu (1,0 q) əsasən xəstəliyin təzə formalarında səmərəlidir;

- UGX-nin xronik və persistensiyadən formalarında etiotrop preparatlar 3 həftə ərzində və daha artıq təyin edilir, bununla eyni vaxtda məqsədyönlü immunoterapiya aparılır:
- yuxarıda göstərilən preparatlardan başqa sistem enzimoterapiyasında işlədilən vasitələr təyin olunur .
- kandidozun (bağırsağ, genital, selikli qişaların) profilaktikası üçün nistatin, levorin, ketokonazol (nizoral, kanesten), flukonazol (diflyukan), itrakonazol (orunqal) peroral məlhəm və ya uşaqlıq yolu üçün işlədilən formalar şəklində təyin olunur;
- fizioterapevtik müalicə tövsiyə edilir: diatermiya, impuls qızdırma, pəlçiq applikasiyaları, bitkilərin dəmləmələri ilə vannalar və s.

Tövsiyə olunan antibiotiklər və onların işlədilməsi sxemləri

Doksisiklin

Böyükklər: təzə ağırlaşmamış xlamidioz zamanı preparat 100 mq dozada yeməkdən sonra sutkada 2 dəfə 7 gün ərzində; digər formalarda və ağırlaşmalarda - 14-21 gün ərzində təyin olunur. V/d preparat eyni dozalarda, yavaş-yavaş, damcı üsulu ilə 1,5-2 saat ərzində, aralarında 12 saat interval gözlənilməklə yeridilir.

8-12 yaşda uşaqlar: daxilə 1-ci gün - sutkada 4 mq/kq, sonra sutkada 2 mq/kq bərabər dozalarda hər 12 saatdan bir yeridilir.

Azitromisin (sumamed, azikar)

Böyükklər: təzə kəskin xlamidioz zamanı bir dəfə 1,0 q təyin olunur - yeməkdən 1 saat əvvəl və ya yeməkdən 2 saat sonra; digər formalarda - 1-ci gün 500 mq, növbəti günlər - 250 mq dozada sutkada 1 dəfə 10 gün ərzində, ümumi kurs dozası - 3,0 q; və ya 1,0 q həftədə 1 dəfə 14 gün ərzində (1, 7, 14-cü günlər), kurs ərzində 3,0 q.

1 yaşdan yuxarı uşaqlara: 10 mq/kq gündə 1 dəfə 3 gün ərzində, sonra 4 gün 5 mq/ kq dozada gündə 1 dəfə.

Eritromisin

Böyüklərə: 500 mq dozada yeməkdən 1-1,5 saat əvvəl sutkada 4 dəfə 7 gün ərzində və ya 250 mq dozada daxilə sutkada 4 dəfə 14 gün ərzində yeridilir. V/d 0,5-1,0 q gündə 4 dəfə 7-14 gün ərzində yeridilir.

Uşaqlara: ilk 3 ayında 1 kq bədən çəkisinə sutkada 20-40 mq; 4 aydan 18 yaşa qədər -bərabər dozalarda 30-50 mq/kq/sutka olmaqla sutkada 4 dəfə yeridilir. Müalicə kursu - 10-14 gün.

Alternativ antibiotiklər və onların işlədilməsi sxemləri*Tetrasiklin*

Böyüklərə: təzə ağırlaşmamış formada - 500 mq dozada yeməkdən sonra sutkada 4 dəfə 7 gün ərzində; digər formalarda müalicənin müddəti 14-21 gün təşkil edir.

8 yaşdan yuxarı uşaqlara: 20-25 mq/kq/sutka olmaqla bərabər dozalarda sutkada 3-4 dəfə 7-10 gün.

Metasiklin (rondomitsin)

Böyüklərə: daxilə yeməkdən sonra 600 mq dozada (birinci qəbul) sonra 300 mq hər 8 saatdan bir 7 gün ərzində; kəskin və ağırlaşmamış formalarda müalicə kursu ərzində - 6,6 q.

8 yaşdan yuxarı uşaqlara: 7,5-10 mq/kq/sutka olmaqla gündə 2-4 dəfə 7-10 gün ərzində.

Klaritromisin (klasid, klarikar, fromilid)

Böyüklərə: xəstəliyin ağırlaşmamış formalarında 250-500 mq dozada gündə 2 dəfə 7 gün ərzində təyin olunur (yemək qəbulundan asılı olmayaraq); infeksiyanın digər formalarında - 250-500 mq sutkada 2 dəfə 10-14 gün ərzində.

Uşaqlara: daxilə 7,5 mq/kq/sutka olmaqla 7-10 gün ərzində.

Roksitromisin (rulid)

Böyüklərə: daxilə 150 mq dozada gündə 2 dəfə 10 gün ərzində.

Cosamisin (vilprafen)

Böyükklərə: daxilə 0,8-2,0 q olmaqla bərabər dozalarla sutkada 3 dəfə 10-20 gün ərzində.

14 yaşa qədər uşaqlara: 30-50 mq/kq/sutka olmaqla 3. dəfə 10-14 gün ərzində.

Rovamisin (spiramisin)

Böyükklərə: 3 mln. BV olmaqla daxilə gündə 3 dəfə 10 gün ərzində.

Ofloksasin (tarivid, zanosin)

Böyükklərə: yeməkdən sonra 300 mq dozada sutkada 2 dəfə 7 gün ərzində; və ya v/d damcı üsulu ilə 0,5%-li qlükoza məhlulunda 200-400 mq olmaqla 1 saat ərzində 12 saatdan bir.

Lomefloksasin (maksakvin)

Böyükklərə: yeməkdən sonra 400-600 mq sutkada 1 dəfə 7-28 gün ərzində.

Rifampisin

Böyükklərə: birinci qəbul 600 mq, sonra 300 mq gündə 2 dəfə 7 gün ərzində (təzə formalar)

Dalasin C vaginal kremi

Dalasin C vaginal kremi (tərkibində 2% klindamitsin fosfat vardır) 40,0 q həcmli tyubiklərdə 7 applikatorla birlikdə buraxılır. Kremin 5,0 q birdəfəlik dozası uşaqlıq yoluna yatmadan əvvəl applikatorun vasitəsilə yeridilir. Hamiləliyin ilk 3 ayında tətbiq olunmur.

UGX ilə xəstə hamilə qadınların müalicəsində aşağıdakı antibiotiklər tövsiyə edilir:

Eritromisin. Daxilə 500 mq dozada sutkada 4 dəfə 7 gün ərzində.

Amoksisillin 500 mq dozada peroral sutkada 3 dəfə 7-10 gün ərzində.

Cosamisin (vilprafen) 750 mq dozada daxilə gündə 2 dəfə 7 gün ərzində.

Alternativ antibiotiklər:

Eritromisin. Daxilə 250 mq dozada sutkada 4 dəfə 14 gün ərzində.

Eritromisin. 800 mq dozada daxilə sutkada 4 dəfə 7 gün ərzində.

Eritromisin. 400 mq dozada daxilə sutkada 4 dəfə 14 gün ərzində.

Azitromisin. 1,0 olmaqla daxilə birdəfəlik dozada. *Klaritromisin.* 250 mq olmaqla sutkada 2 dəfə 10 gün ərzində.

Yenidoğulmuşların müalicəsi (konyunktivit, pnevmoniya)

Eritromisin: daxilə 50 mq/kq/sutka dozada, 4 dəfə, 10-14 gün ərzində.

Reyter xəstəliyinin müalicəsi

Reyter xəstəliyi zamanı **antibakterial müalicənin müddəti** xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq 4 həftədən 4 aya qədər təşkil edir.

Reyter xəstəliyi zamanı, xüsusilə də onun ağır və uzunsürən formalarında kompleks terapiyaya aiddir:

- qeyri-steroid iltihabəleyhinə vasitələr - indometasin (metindol) sutkada 100-150 mq, pirabutol və ya reopirin 3-5 ml dozada əzələdaxilinə 5-7 gün ərzində təyin edilir və sonradan digər qeyri-steroid iltihabəleyhinə vasitələrlə (metindol, metindol-retard pirosikam), voltaren (ortofen, diklofenak-natrium) gündə 100-150 mq olmaqla davam etdirilir;
- qlükokortikoidlər - hidrokortizonun, kenaloqun oynaqdaxilinə yeridilməsi; onların effektivliyi aşağı olduqda prednizolon daxilə sutkada 5-20 mq təyin edilir;
- aminoxinolon preparatları (delaqil, plakvenil);
- qlükokortikoidlər və qeyri-steroid iltihabəleyhinə vasitələr səmərəsiz olduqda immundepressantlar (xlorbutin, metotreksat) peroral və ya parenteral təyin edilir və onların oynaqdaxilinə yeridilməsi tətbiq edilir;

- qızıl preparatları (krinazol, miokrizin, auranofin);
- fizioterapevtik müalicə, müalicəvi-bədən tərbiyəsi, sonralar balneo- və palçıq müalicəsi.

Urogenital xlamidiozun sağalmasına nəzarət

Xəstələrin hamısında müalicə başa çatdıqdan sonra 3-4 ay ərzində klinik-laborator müayinələr aparılır. Birinci müayinə müalicə qurtardıqdan 4-5 həftə sonra, növbəti 3 müayinə - hər ay aparılır.

Sağalmanın meyarları bunlardır: xəstəliyin klinik əlamətlərinin yox olması, xarici və daxili cinsiyyət orqanları nahiyəsində morfoloji dəyişikliklərin olmaması (şəkil 6), leykositar reaksiyanın davamlı normallaşması, törədicinin eliminasiyası, yəni klinik-mikrobioloji sağalma.

Urogenital xlamidiya infeksiyasının təhribatı metodları hazırlanmışdır. Qadınlarda kontrol müayinələri aybaşı siklinin əvvəlində və ya sonunda aparmaq məqsəduyğundur.

Klinik göstərişləri qiymətləndirdikdə, keçirilmiş prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq, bir çox instrumental metodlardan istifadə edilir (uretroskopiya, uretroqrafiya, kolposkopiya, histeroskopiya, az invaziv laparoskopiya, uşaqlığın, törəmələrinin, prostat vəzin USM).

Uretradan, uşaqlıq boynundan, uşaqlıq yolunun selikli qişasından götürülmüş qaşıntının və prostat vəzin şirəsinin patoloji mənzərəsini qiymətləndirdikdə aşağıdakı metodları tətbiq etmək vacibdir: DİF, ZPR, kultural; qan zərdabında isə xlamidiya əleyhinə IgG anticisimlərin titri təyin edilir.

Cinsi yoluxma yolunu nəzərə alaraq eyni vaxtda cinsi partnyorları da müalicə və müayinə etmək lazımdır. Müalicə və müşahidə zamanı cinsi əlaqə kəsilməlidir.

Xlamidiya infeksiyasının və onun ağırlaşmalarının yayılmasının qarşısının alınması üzrə tədbirlər

Xlamidiya infeksiyasına görə ekspress-metodlar və ZPR vasitəsilə aşağıdakı qrupların müayinəsi aparılır:

- yeniyetmələrin - poliklinikaların yeniyetmələr şöbəsinin bazasında və onların somatik stasionarlara hospitalizasiyası zamanı;
- məktəbliləri - qeyri-invaziv metodların (sidik nümunələrinin, uşaqlıq yolundan götürülmüş yuyuntuların) vasitəsilə;
- *C.trachomatis* ilə yoluxmuş şəxslərin cinsi partnyorlarının;
- seksual aktiv yaşda olan şəxslərin - onların uroloqa müraciəti zamanı, həmçinin somatik stasionarlarda;
- qadınlar (xüsusilə də 25 yaşdan gənc) - ginekoloqda qeydiyyatda olan (sonsuzluq, cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəlikləri ilə əlaqədar), yaxud hamiləliyi pozmaq üçün müraciət edənlər;
- Qadınları - uşaqlıqdaxili kontraseptivlərin yeridilməsindən, dəyişdirilməsindən və ya çıxarılmasından əvvəl;
- hamilə qadınları doğuşdan əvvəlki dövrdə və ya doğuş vaxtı;
- *C.trachomatis* ilə törədilən konyunktivitləri və pnevmoniyası olan yenidoğulmuş körpələrin anaları;
- vulvitləri və vulvovaginitləri olan qızları;
- iltihablaşmış fimoz əlamətləri olan oğlanları;
- residivləşən konyunktiviti olan böyükləri və uşaqları;
- reaktiv artriti olan xəstələri;
- naməlum mənşəli uzun müddətli qızdırma halları olan şəxsləri;
- cinsi yolla yayılan digər xəstəliklərlə xəstələri;
- tibbi həkim komissiyasından keçən şəxsləri;
- ailə qurmağı (evlənməyi) planlaşdıran şəxsləri.

Ədəbiyyat

1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Учебник Кожные И Венерические Болезни. // Учебник. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007. ---544С.: ИЛ. Урогенитальный хламидиоз 479- 484
2. Neena Khanna Illustrated Synopsis of Dermatology and Sexually Transmitted Diseases // Fourth Edition, 2011 .427 .Chlamydial genital tract infection 317-318
3. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections E Lanjouw¹ , S Ouburg² , HJ de Vries^{3,4,5} , A Stary⁶ , K Radcliffe⁷ and M Unemo⁸, International Journal of STD & AIDS 0(0) 1–16
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2010. [http:// www.cdc.gov/std/stats11/surv2011.pdf](http://www.cdc.gov/std/stats11/surv2011.pdf) (2011, accessed 15 August 2015).
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia control in Europe: literature review, [http:// www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/chlamydia-control-europe.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/chlamydia-control-europe.pdf) (2014, accessed 15 August 2015)
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe 2013. [http:// www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-europe-surveillance-report2013.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-europe-surveillance-report2013.pdf) (2015, accessed 15 August 2015).

ANOGENİTAL ZİYİLLƏR

Anogenital ziyillər – virus xəstəlikləri qrupuna aid olub, xarici cinsiyyət orqanlarının, uretranın, vaginanın, uşaqlıq boynunun, perianal nahiyənin dəri və selikli qişalarında ekzofit və endofit törəmələrin yaranması ilə assosiasiya olunur (şəkil 1).

Etiologiya. Xəstəliyin törədici Papovaviridae ailəsinə mənsub Papillomavirus tiplindən olan HPV (human papilloma virus)-insan papilloma viruslarıdır. Bu viruslar yüksək toxuma həssaslığına malikdir, belə ki, bu viruslar dəri və selikli qişaların epitel hüceyrələrini zədələyir. Hal-hazırda 190 tipi məlum olan HPV onkogenlik xassəsinə görə yüksək və aşağı riskli olmaqla iki qrupa ayrılır.



Şəkil 1

ÜST-ün məlumatlarına əsasən 12 tip HPV (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) yüksək onkogenlik xassəsinə malikdir. 6 və 11 –ci tiplər isə bu xassəsinə görə əks qütbə dayanır.

Epidemiologiya. Papilloma virus infeksiyasına əsasən cinsi partnyoru çox olan gənclər yoluxurlar. Hazırkı ÜST məlumatlarına əsasən dünya əhalisinin 50-80% -i bu virusa yoluxmuşlar və 5-10% şəxslərdə klinik təzahürlər mövcuddur. Əsas yoluxma yolu böyüklərdə cinsi yolla, uşaqlarda isə transplasental, perinatal, cinsi təmas, autoinokulyasiya və s. sayılır.

Klinika. Anogenital ziyillərin aşağıdakı klinik şəkildəyişmələri mövcuddur:

- itiüclü kondiloma (şəkil 2);
- papulaşəkilli ziyillər;
- ləkəşəkilli zədələnmə;
- epitelialdaxili neoplazma;
- Bouen xəstəliyi;
- Buşke-Levenşteynin qiqaht kondiloması.

Subyektiv simptomlar:

- xarici cinsiyyət orqanlarının dəri və selikli qişasında papula, papilloma, ləkə-şəkilli bir və ya bir neçə törəmənin əmələ gəlməsi;
- zədələnmiş nahiyədə qaşınma və paresteziya hissiyyəti;
- cinsi əlaqə zamanı meydana çıxan ağrılar;
- səpgilərin uretrada yerləşməsi hallarında sidik ifrazı zamanı yaranan yanma, göynəmə (şəkil 3);
- uretra nahiyəsinin genişhəcmli zədələnməsi zamanı sidik ifrazının çətinləşməsi;
- zədəli nahiyədə dəri və selikli qişalarda yaranan ağrılı çat və qanaxma.



Şəkil 2



Şəkil 3

Anogenital ziyillər adətən yoluxmadan
1-3 ay sonra təzahür edir.

Anogenital ziyillərin 4 tipi ayırd olunur:

- * **Tipik kondilomalar** - adətən dəri və selikli qişanın nəmli mühitini (vaginanın girəcəyi, arxa keçid (anal nahiyə), pülüyün kənarının daxili səfhəsi) zədələyir və rəngli kələmi xatırladır (şəkil 4)
- * **Buynuz təbəqə ilə örtülü hiperkeratotik kondiloma**. Adətən buynuzlaşan epitel nahiyəsində yerləşir (pülük kənarının xarici səfhəsi, cinsiyyət üzvünün cisminə, xayalıqda, böyük cinsiyyət dodaqlarında) (şəkil 5)
- * **papulyoz kondiloma**- buynuz qişadan məhrum olur və hamar səthə malikdir.
- * **yastı kondiloma**- ləkə şəklində olur, demək olar ki, dəri səthindən qabarmır. Bəzən adi gozlə baxmaqla müəyyən etmək çətin olur.



Şəkil 4



Şəkil 5

Buşke-Levenşteynin qiğant kondiloması.

Buşke-Levenşteynin enli kondiloması HPV-16,18 tərəfindən törədilir. Onlar xarici cinsiyyət uzvlərində, uşaqlıq boynunda, perianal nahiyədə, anus ətrafında yerləşir. Bəzən kişilərdə qasıq nahiyəsinin dərisində də rast gəlmək mümkündür. Bu ziyiləbənzər törəmənin diametri 10 sm-ə qədər olub, dəri səthindən nəzərəçarpaq dərəcədə qabarıq. Onların səthində məməyəbənzər çıxıntılar, vegetasiyalar, bir-birindən şırımlarla ayrılan səthi hiperkeratotik hissələrdən ibarətdir.

Diaqnostika. İnsan papilloma virus tərəfindən törədilən infeksiyalara diaqnoz əsasən klinik şəkllə görə qoyulur. Laborator tədqiqatların aparılması arzuolunandır, lakin onların nəticəsinin mənfi olması istisna deyil.

Xüsusiylə ZPR metodu ilə virusun tipini müəyyən etmək olar və bunun da virusun onkogenlik dərəcəsinin təyininə əhəmiyyəti böyükdür.

Differensial diaqnostika. Xəstəlik, sifilisin II mərhələsi ilə (enli kondiloma, ovuc və ayaqaltı papula), kontaktoz mollyuska differensiasiya olunmalıdır.

Müalicə. Əksər hallarda simptomuz keçən, xəstəni narahat edən ziyillərin müalicəyə ehtiyacı olmur və adətən onlar spontan reqressiya olunurlar. Müalicənin effektivliyi 60-80% təşkil edir, lakin istənilən metodla müalicə zamanı residivlərin olması mümkündür.

Müalicə metodları fiziki və kimyəvi olmaqla ayrılır.

Fiziki üsullar adətən elementin sayı az olduqda icra olunur. Bu metoda aiddir: kriodestruksiya, elektrokoagulyasiya, lazerlə destruksiya və s.

Kimyəvi metodlar isə adətən çoxsaylı elementlər zamanı tətbiq olunur. Yayılmış formalarda daxilə asiklovir, yerli isə podofilin 20-25% məlhəm, ftorurasil 5%, solkoderm kimi maddələr təyin olunur.

Ədəbiyyat

1. Кожные болезни: Диагностика и лечение // Томас П. Хэбиф; пер с англ.; Под общ ред акад. РАМН, проф А.А. Кубановой. – М.: МЕДпресс-информ, 2006?672 с, ил. Генитальные бородавки 180-183

2. Т. Фицпатрик, Р.Джонсон, К. Вулф, М. Палано, Д. Сюрмонд. Дерматология. Атлас-справочник. 1088 с, 612 илл. Перевод с английского. Практика.// Москва. (Мак-Гроу-Хилл –« Практика» 1999). Вирус папилломы человека 774-780
3. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний //под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти; пер с англ.- 2-е изд.-М: МЕДпресс-информ 2009-736 с Бородавки и кондиломы 84-88
4. Neena Khanna Illustrated Synopsis of Dermatology and Sexually Transmitted Diseases// Fourth Edition, 2011 .427 Anogenital warts318-319
5. Thomas P .Habif.James G.H. Dinulos. Skin disease diagnosis and treatment. //Fourth edition 2018 .652. Genital warts (condyloma acuminata) 185 -189
6. Jean L.Bolognia,Joseph L.Jorizzo,Julie V.Schaffer.2012 elsevier limited all rights reserved .Human papillomaviruses 1303-1319
7. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Учебник Кожные И Венерические Болезни. //Учебник. М.:ГЭО-ТАР-МЕДИА,2007.---544С.: ИЛ. Папилломавирусная инфекция Урогенитального тракта 500-504

GENİTAL HERPES (herpes genitalis)

A. ÜMUMİ MƏLUMAT

İnsanın virus xəstəlikləri arasında herpes virus infeksiyaları aparıcı yerlərdən birini tutur ki, bu da onların hərtərəfli yayılması, klinik əlamətlərin və yoluxma yollarının, bir qayda olaraq xroniki gedişinin müxtəlifliyi izah olunur.

Çoxsaylı herpes viruslar ailəsinə aid və morfoloji quruluşuna görə viruslara oxşar olan 100 virusdan yalnız 8-i insanı yoluxdurur: sadə herpes virusu (SHV) 1-ci və 2-ci antigen tipləri, insanın sitomeqalovirusu (SMV), su çiçəyi virusu və ya kəmərləyici dəmrov (herpes-zoster), infeksiyon mononukleoz, nazofaringeal karsinoma və Barkit limfoması ilə assosiasiya edən Epşteyn-Barr virusu, insanları yoluxdurduqda bir qayda olaraq ölümcül ensefalomielit törədən meymunların herpes virusu və nəhayət, nisbətən yaxın vaxtlarda kəşf olunmuş 6-cı tip herpes viruslar (yenidə doğulmuşların çəhrayı səpgi ilə müşayiət olunan xəstəlikləri), 7-ci tip (xroniki yorğunluq sindromu), 8-ci tip – KAPOŞİ sindromu olan xəstənin bioptatından götürülmüş ifrazatlarda ayırd edilir. 1-ci və 2-ci tip SHV və SMV çox geniş yayılmışlar və insanın patologiyasında böyük rol oynayırlar. Herpes-viruslar üçün qanda virusların müxtəlif müddətdə dövr etmələri (virusemiya) olduqca xarakterikdir.

Genital herpes dedikdə xroniki residivləşən virus xəstəliyi başa düşülür ki, o da I və ya II tip sadə herpes virusu tərəfindən törədilir

və əsasən cinsi yolla yayılır. Genital herpes herpetik infeksiyanın bir forması olub cinsi yolla ötürülən ən geniş yayılmış xəstəliklərə aiddir və bu qrupa daxil olan xəstəliklərdən insan orqanizmində ömürlük virusdaşıyıcısı olması ilə fərqlənir ki, bu da xəstəliyin residivləşən formasının yaranma riskinin yüksək olmasını müəyyən edir. Müxtəlif müayinələrin məlumatlarına əsasən SHV ilə yoluxanların sayı Yer kürəsi əhalisinin 90%-ni təşkil edir, onların 11%-ə qədəri genital herpesdən əziyyət çəkir.

Epidemiologiya .Keçən əsrin 70-ci illərinin əvvəllərində ABŞ və Avropa ölkələrində genital herpeslə xəstələnmənin kəskin artması nəzərə çarpmış, 80-ci illərdə o, 10 dəfə artmış, hər 100 000 nəfərə görə İngiltərə və Fransada 80, ABŞ-da 178 xəstəlik hadisəsi təşkil etmişdir. 80-ci illərlə müqayisədə əsrin sonunda genital herpeslə xəstəlik halları ABŞ-da 13-40% , avropa ölkələrində 7-16% artmışdır. ən yüksək artım Afrikada baş vermişdir – 30-40%. Qərbi Avropa ölkələrində genital herpeslə xəstələnmə 100 000 nəfərə görə 80-dən çox olmuşdur.

II tip SHV-ə qarşı anticisimlər əhalinin bütün qruplarında aşkar edilir. Onların aşkarlanma tezliyi öyrənilən papulyasiyadan və müayinə olunanların sosial-iqtisadi statusundan asılı olaraq xəstənin yaşı ilə bərabər artır, cinsi partnyorların sayı ilə korrelyasiya edir.

Kolleclərin tələbələri arasında II tip SHV-ə qarşı anticisimlər müayinə olunanların 4%-də, universitet tələbələri arasında 9%-də, dəri-zöhrəvi klinikalarının xəstələri arasında 26%-də, homoseksualistlər və lesbiyanlar arasında -46%-də , fahişələr arasında-70-80%-də aşkar edilir.

II tip SHV-ə qarşı anticisimlər ağ irqlə müqayisədə çox vaxt neqroid irqində aşkar edilir. Həyatı boyunca cinsi partnyorların sayının eyni olmasına baxmayaraq, qadınlar kişilərə nisbətən daha çox yoluxurlar.

Seroepidemioloji müayinələr seropozitivlik və genital herpeslə xəstələnmənin səviyyəsi arasında xeyli fərqlərin olduğunu göstərmişdir. Belə ki, o, ABŞ-da 100000 nəfərə görə 200 xəstəlik hadisəsi təşkil etmişdir.

Amerika tədqiqatçılarının məlumatına əsasən ABŞ-da 30 milyona yaxın şəxs genital herpesdən əziyyət çəkir və hər il xəstəliyin daha 500 000 hadisəsi qeydə alınır. Hesab edilir ki, inkişaf etmiş ölkələrdə yaşlı əhəlinin 10-20%-i genital herpesə yoluxa bilər.

Çoxsaylı müayinələr göstərir ki, genital herpeslə xəstələnmənin səviyyəsi yaş artdıqca yüksəlir : genital herpeslə tək-tək xəstələnmə halları 0-14 yaşda olan xəstələr qrupunda aşkar edilir, genital herpeslə ən yüksək xəstələnmə 20-29 yaş qrupunda qeydə alınır, ikinci yüksəliş səviyyəsi 35-40 yaşlarda nəzərə çarpır.

Müasir dövrdə genital herpeslə xəstələnmə səviyyəsinin artmasının səbəbləri və törədicinin yayılmasının əsas yoluxma amilləri kifayət qədər ətraflı öyrənilmişdir.

Onlara aiddir:

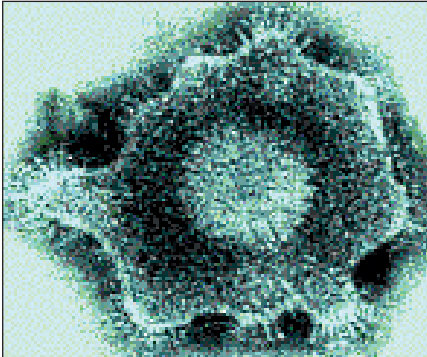
- cinsi partnyorların sayının çox olması, təhlükəsiz seks prinsiplərinə etinasız münasibət, cinsi həyata erkən vaxtlarda başlanması, homoseksual əlaqələrin sayının artması;
- genital herpesin simptomuz gedişi, virusun ötürülməsi üzərində nəzarətin aparılmaması;
- genital herpeslə xəstələnmənin qeydiyyata alınmaması və epidemioloji vəziyyətin təhlilinin aparılmaması;
- müxtəlif ixtisasdan olan mütəxəssislər arasında qeydə alınan xəstələrin müalicə taktikasının aparılmasına inteqrasiyalı yanaşmanın olmaması;
- diaqnostika standartlarının, psixososial reabilitasiya, məsləhət, profilaktika sisteminin olmaması və s.

Yoluxma yolları. Xəstəliyin səbəbi əksər hallarda II tip SHV sayılır, lakin 20% hallarda genital herpes I tip SHV ilə törədilir. Xəstəlik, əsasən seksual təmaslar zamanı genital herpesli xəstədən və ya SHV daşıyıcısından ötürülür. Təmas genital, oral-genital, oral-anal ola bilər. Yoluxma həm xəstəlikdə infeksiya mənbəyi olan cinsi partnyorda herpes infeksiyasının klinik simptomatikası olduqda, həm də olmadıqda, lakin virus ifraz edildiyi dövrdə (bu epidemioloji baxımdan mühüm əhəmiyyət kəsb edir) baş verə bilər.

Partnyorlardan birinin yoluxduğu cütlüklərdə ikinci partnyorun yoluxma ehtimalı il ərzində 10 % təşkil edir. Əksər hallarda yoluxma infeksiyalaşmış partnyorda genital herpesin kəskin residivi klinik olaraq nəzərə çarpmadıqda baş verir.

SHV sperma ilə ifraz edilə bilər, süni mayalandırma zamanı qadınların yoluxması halları məlumdur. Oral-genital təmasların böyük epidemioloji əhəmiyyətə malik olduğunu qeyd etmək lazımdır, belə ki sidik-cinsiyyət sistemindən I tip SHV aşkarlanma tezliyinin yüksək olmasını bununla əlaqələndirirlər.

Etiologiya. Genital herpes 70-90% hallarda II tip Sadə Herpes Virusları (Herpes Simplex Virus II), 10-30% hallarda isə I tip Sadə Herpes Virusları tərəfindən törədilir. Hər iki tip DNT tərkibli dermatoneytrop viruslara aiddir. Bu virusların xarakterik morfoloqiyası vardır. Sferik virion nüvədən (nukleoid), kapsiddən, su-



Şəkil 1

perkapsid qişasından və virion qişasından ibarətdir. Nukleoidə virus genomu daxildir. Virusun genomu molekul kütləsi 92-102 meqadalton olan xətti ikisaplı DNT-dən ibarətdir. Nukleoid diametri 120-150 nm ölçülü kapsidin içərisində yerləşmiş və tərkibində lipid olan qişa ilə əhatə olunmuşdur (Şəkil 1).

Kapsid ikosaedrik formaya malikdir və qismən içi boş 162 kapsomerdən təşkil olunmuşdur. Kapsid virionun nüvəsini əhatə etmişdir ki, o da zülalla örtülmüş DNT-dən ibarətdir. Kapsid kubşəkilli simmetriya tipinə malikdir və 12 bucaqlıdır (ikosaedr).

Kapsomerlər - uzununa kəsikdə penta- və heksaqonal içi boş törəmələrdir.

Tipik virionlar 4 əsas komponentdən ibarətdir:

- * mərkəzi hissədə yerləşmiş nukleoid
- * nukleoidi əhatə edən kapsid və kapsomerlər
- * superkapsid qişa
- * bu strukturları bürüyən virion qişası

Virionun qişası müxtəlif formalara malikdir. Bəzən onlar kapsidin heksaqonal proyeksiyasını təkrar edir. Kapsid proyeksiyada orta diametri 160 nm olan heksaqonal formaya malikdir. Hər səthi bərabərtərəfli üçbucaqdır. 15 elementdən 160 nm intervalla yerləşmiş kapsomerlərdən ibarətdir. Hər kapsomer prizmaşəkillidir. Virionun kapsidi 162 kapsomerdən ibarətdir, iki tipli, 5:3:2 simmetriyada yerləşmiş, ikosaedrin zirvəsini formalaşdıran pentamerli kapsomerli və mərkəzdə kanalı olan heksamer kapsomerlərə malikdir.

Patogenezi. Əsas həlqələr bunlardır:

- vegetativ sinir sisteminin sensor qanqliyalarının infeksiyalaşması və onlarda ömrünün sonuna qədər SHV-nin persistensiyası
- immunsəlahiyyətli hüceyrələrin zədələnməsi –bu, xəstəliyin residivləri üçün şərait yaradaraq ikincili immundefisitə səbəb olur.
- epitel və sinir hüceyrələrinə qarşı SHV-nin tropizmi, bu herpes infeksiyasının klinik əlamətlərinin polimorfizmini şərtləndirir.

Sensor qanqlıyaların yoluxması herpes infeksiyasının patogene-zində əsas mərhələlərdən biri sayılır. Cinsiyyət orqanlarının herpesi zamanı onurğanın lyumbosakral şöbəsinin hissiyyat qanqlıyaları mühüm rol oynayır ki, onlar virusun cinsi yolla ötürülməsində rezervuar kimi iştirak edir.

Residivlər zamanı SHV-nin mərkəzədoğru istiqamətdə yayılması residivlər zamanı baş verən zədələnmə ocaqlarının anatomik fiksasiyasını təyin edir. Müəyyən şəraitlərdə SHV xəstənin T- və

B- limfositlərində artıb-çoxalır ki, bu da hüceyrələrin zədələnməsinə və irsi mexanizmlərin dəyişilməsinə gətirib çıxarır.

Virus adsorbsiyasından sonra hədəf -hüceyrənin səthində onun “soyundurulması” baş verir, DNT hüceyrənin daxilinə keçir ki, o da nuklein turşularının və “qız” virusların proteinlərinin ifrazını artırır. Yenicə formalaşmış virionlar hüceyrəni tərk edərək ətraf toxumaları zədələyir.

Hüceyrədən kənarında virus elə də uzun müddət (4 saat ərzində) qalmır. SHV-nin virionlarının mövcud olma müddəti orta hesabla 3 sutka təşkil edir. Inkubasiya dövrü 1 gündən 10 günə qədər dəyişir. Virus hədəf hüceyrənin nüvəsində çoxalır, nüvə membranında tumurcuqlanma yolu ilə yetišir.

Hüceyrənin yoluxmasından sonra yeni virus zülallarının sintezi 2 saatdan sonra başlanır, onların maksimal sayı isə 8 saatdan sonra artır. Infeksiyon virionlar 10 saatdan sonra əmələ gəlir və ən yüksək titrlərə 15 saatdan sonra çatır. “Qız” virus hissəciklərinin birinci nəslə ətraf mühitə (hüceyrəarası sahələr, qan, limfa və digər bioloji mühitlər) təqribən 18 saatdan sonra daxil olur.

Bu, klinik təcrübədə nəzarət olunmayan proseslər zamanı, məsələn, su çiçəyində, kəmərləyici herpes, İİV-infeksiyasının generalizə zamanı çox yaxşı müşahidə olunur. Herpes səpgisinin elementləri dəridə və ya selikli qişalarda mərhələlərlə, dalğavari şəkildə təzahür edir.

Genital herpes virus infeksiyasının residivləşməsinin ikinci mexanizmi virusun daima reproduksiyası və sakral qanqlıyalardan xaric olunmasıdır. Virus hissəciklərinin miqdarı müəyyən həddən çox artıqda tezliklə infeksiyanın klinik forması inkişaf edir.

Klinika

Klinik təcrübədə ayırd edilir:

- ilk (birincili) klinik epizod ;
- residivləşən genital herpes.

Qadınlarda genital herpesin birinci epizodunun və ya residivinin klinik əlamətləri daha kəskin nəzərə çarpır.

İlk klinik epizod

Birincili infeksiya o zaman baş verir ki, insan ilk dəfə SHV ilə yoluxmuş və ya ona qarşı anticisimləri yoxdur. Xəstəlik klinik simptomlarla təzahür edə bilər və ya simptomuz keçə bilər. Herpes infeksiyasının inkubasiya dövrü orta hesabla 7 gün təşkil edir. Birincili infeksiyanın klinik əlamətləri 18-22 gün ərzində qalır (birinci həftə ərzində simptomatika artmaqla bərabər). Xəstəlik virusun uzun müddət xaric edilməsi, genital və ekstragenital zədələnmələrlə, yerli və ümumi intoksikasiya simptomları ilə səciyyələnir (Şəkil 2).

Yerli simptomlara herpes qovucuqların, qaşınma, ağrı, dizuriya, vaginal ifrazatlar, sidik sistemi orqanlarının dərisinin və selikli qişalarının zədələnməsi, qasıq limfadenopatiyası aiddir.



Şəkil 2

Herpes qovucuqları xarakterik politsiklik kələ-kötür formada dır. Sonradan səthi, bozumtul ərplə örtülmüş 2-4 mm ölçüdə əvvəlki qovucuqların sayına müvafiq xoralar və ya hamar dibi və kənarları olan parlaq qırmızı haşiyə ilə əhatə olunmuş bütöv eroziya əmələ gəlir. Xora elementləri dərin deyildir, qanamırlar, ikincili infeksiya qoşulduqda irinli eksudatın yaranması nəzərə çarpır. Xora və eroziv elementlər çapıq əmələ gətirmədən reqressiya edirlər. Birincili infeksiya üçün bilateral səpgilər səciyyəvidir.

Genital herpesin xarakterik lokalizasiyası vardır: kişilərdə- cinsiyyət üzvündə, xayada, qasıqda, aralıqda; qadınlarda – kiçik və böyük cinsiyyət dodaqlarında (Şəkil 3, 4), vulvada, klitorda, uşaqlıq yolunda, uşaqlıq boynunda, qasıqda, aralıqda. Xarici cinsiyyət orqanlarından başqa uşaqlığın selikli qişasının, uşaqlıq borularının, yumurtalıqların, uretranın və sidik kisəsinin zədələnməsi də mümkündür. Ekstargenital zədələnmələrə üzdə, bədəndə, sağırlarda, budun daxili səthində olan herpes səpgiləri aiddir. Xəstələrin 20%-də əsnəyin selikli qişası və gözün strukturu zədələnir. Ümumi intoksikasiya simptomlarına qızdırma, baş ağrısı, ürəkbulanma, halsizlik, mialgiya, yuxunun pozulması aiddir ki, olar da 60%-dən artıq hal-



Şəkil 3



Şəkil 4

larda müşahidə olunur və kişilərə nisbətən çox vaxt qadınlarda rast gəlinir. Onlar xəstəliyin 2-14 –cü günü qoşula bilər.

İlk epizodun simptomatikası çox vaxt xəstəliyin 2-3-cü həftə-sində inkişaf edir. Virusla zədələnmiş epitelin simptomuz soyulması növbəti 2 həftə ərzində müşahidə olunur. Bəzən hospitalizasiya tələb edən ağırlaşmalar –büzdüm radikulopatiyası, ağır aseptik meningit, ensefalit və ya disseminasiyalı infeksiya baş verir.

Residivləşən genital herpes

Residivləşən infeksiya eyni vaxtda genital herpesin simptom-ları və virusun reaktivləşən tipinə qarşı anticimləri olan xəstələrdə aşkar edilir. Onların yarısında genital herpesin residivi əvvəldə keçirilmiş birincili epizoddan sonra ilk 6 ay ərzində baş verir. Residivləşən herpes uzun və davamlı gedişi ilə səciyyəlidir. Prosesin daima kəskinləşməsi müxtəlif mənşəli xarici təsirlərdən və ya orqanizmin müdafiə qüvvələrinin zəifləməsindən sonra baş verir. Residivlərin tezliyi və remissiyaların davam etmə müddəti olduqca dəyişkəndir: 2-3 ildə 1 dəfədən hər ay baş verən ağırlaş-malara qədər. Residivlər zamanı klinik əlamətlərin ağırlıq dərəcəsi və davam etmə müddəti genital herpesin birincili forması ilə müqayisədə daha az nəzərə çarpır. Adətən residivin davam etmə müddəti 7-10 gün təşkil edir. II tip SHV-lə yoluxma zamanı yaranan residiv-lər I tip SHV-ə nisbətən daha erkən vaxtlarda tez-tez baş verir.

Genital herpesin residivləşməsinə şərait yaradan amillər:

- immunoloji reaktivliyin azalması
- orqanizmin həddən artıq soyuması və günvurma
- ağır interkurrent xəstəliklər
- iqlimin kəskin dəyişməsi
- tibbi manipulyasiyalar (abortlar, uşaqlıqdaxili kontraseptiv-lərin yeridilməsi, histeroskopiya və s.)

Residivləşən genital herpes zamanı klinik mənzərə onun kəskin gedişini xatırladır. Ekssudativ proseslər birincili kəskin infeksiyaya nisbətən residivlər zamanı adətən zəif nəzərə çarpır. Sağalma daha uzun müddət sürür.

Xəstələrin əksəriyyətində genital herpesin residivi 12-36 saat davam edən xarakterik prodromal dövrdən sonra baş verir, bu zaman xəstələrdə qaşınma, göynəmə və ya həmin yerdə ağrı qeyd olunur ki, orada sonralar herpes qovucuqları əmələ gəlir.

Bəzən bel nahiyəsinə, aşağı ətraflara irradiasiya etməklə nevrалgiya ağrıları əmələ gələ bilər. Sonralar emfimotoz fonda

2-3 mm ölçüsündə ayrı-ayrı və ya qruplaşmış vezikulyoz elementlər şəklində səpgilər meydana çıxır ki, onların həmin yerdə geriyə inkişaf etmə meyli olur. Sonralar vezikullar polisiklik sərhədləri olan eroziyalar yaratmaqla partlayırlar.

Kişilərdə residivləşən genital herpesin ən səciyyəvi əlaməti residivləşən balanopostit sayılır ki, o da xəstələrin təqribən yarısında aşkar edilir. Qadınlarla daha çox herpes vulvovaginiti, servisit rast gəlir, onların klinik gedişində bəzən zədələnmiş nahiyənin ödeminin qoşulması öz təsirini göstərir. Bəzən cinsiyyət dodaqlarının klinik əlamətləri əmələ gələn eroziv səpgilər üzərində üstünlük təşkil edir. Qasıq limfadenopatiyası yalnız geniş herpes səpgilərində müşahidə edilir.

Residivləşən genital herpes ilə xəstə qadınlarda və kişilərdə residivlərin tezliyi oxşardır, lakin onların təzahürləri fərqlidir. Kişilərdə residivlər uzun müddət davam edir və bir qayda olaraq zədələnmə ocaqlarının sayının çox olması ilə səciyyələnir.

Qadınlarda klinik simptomatika kişilərə nisbətən daha qabarıq nəzərə çarpır. Qadınlarla müqayisədə kişilər genital herpesin residivləri seksual fəallıqla provakasiya olunmasını daha çox dərk edirlər. Residivləşən genital herpes xəstələrin normal cinsi həyatını pozaraq bəzən sinir-psixi pozuntuların yaranmasına səbəb olur.

Klinik olaraq genital herpes *manifest (tipik), atipik, abortiv və subklinik (azsimptomlu)* formalarda keçə bilər.

Manifest forma zədələnmə ocağında herpes elementlərinin tipik şəkildə inkişaf etməsi (eritema-vezikula-eroziv xoralı elementlər-qartmaqların əmələ gəlməsi) və qaşınma, göynəmə, ağrı kimi yerli subyektiv hissiyyatlarla səciyyələnir. Genital herpesin residivi üçün elementlərin unilateral yerləşməsi xarakterikdir. Zədələnmə ocaqları məhdud, az hallarda yayılmış xarakter daşıyır və dərinin və ya selikli qişaların eyni sahəsində lokalizasiya edir. Adətən xəstəliyin başlanğıcında göynəmə, qaşınma və cinsiyyət orqanları nahiyəsində ağrı nəzərə çarpır.

Zədələnmiş nahiyə şişkin olur, sonra hiperemiyalı sahədə 2-3 mm ölçüdə xırda qovucuqlar qrupu əmələ gəlir. Qovucuqların şəffaf möhtəviyyatı sonradan tutqunlaşır, irinli olur. bir neçə gün ərzində qovucuqlar partlayır və nazik qartmaqlar əmələ gəlir ki, onlar da zədələnmə ocaqları epitelləşdikcə qabığı soyulur, keçmiş səpgilərin yerində ikincili piqmentasiya qalır.

Residivləşən genital herpesin tez-tez kəskinləşməsi bəzən xəstələrin ümumi vəziyyətinin pisləşməsi ilə müşayiət olunur, virusemiya ilə əlaqədar intoksikasiya simptomları (baş ağrısı, titrətmə, halsızlıq, subfebril temperatur) əmələ gəlir, qasıq limfa düyünləri böyüyə bilər və ağrılı ola bilər.

Genital herpesin manifest formasının aşkarlanma tezliyi 20% təşkil edir. Residivləşən genital herpesin **atipik formaları** diaqnoz qoyulmasını xeyli ağırlaşdırır və aşağıdakılarla bağlı ola bilər :

- zədələnmə ocağında herpes elementlərinin inkişaf tsiklinin dəyişməsi ilə
- ocağın qeyri-adi yerləşməsi və qonşu toxumaların anatomik xüsusiyyətləri ilə

Residivləşən genital herpesin atipik formalarında ocaqda iltihab prosesinin inkişaf mərhələlərindən biri (eritema, qovucuqların yaranması) və ya iltihab komponentlərindən biri (ödem, hemorragiya, nekroz) üstünlük təşkil edir. Klinik əlamətlərin intensivliyinə görə atipik formalar manifestləşmə ilə yanaşı kəskin (bullyoz, xoralı-nekrotik) və ya subklinik (mikroçatlar) keçə bilər. “Atipik

genital herpes” diaqnozu elə nadir hallar üçün keçərlidir ki, bu zaman cinsiyyət orqanlarının İV-infeksiyasının spesifik əlamətləri yanaşı gedən yerli infeksiyon xəstəliklərin (çox vaxt kandidozun) simptomatikası altında gizlənir. Belə hallarda əvvəlcə xəstəni yanaşı gedən xəstəlikdən müalicə etmək və yalnız bundan sonra laborator olaraq kəskin və ya residivləşən prosesin ilkin etiologiyasını dəqiqləşdirmək lazımdır.

Xəstəliyin tipik mənzərəsindən fərqli olaraq (bu zaman həmin orqanların selikli qişalarında vezikulyoz-eroziv elementlərlə bərabər zədələnmə ocaqları olur) qadınlarda “genital herpesin atipik forması” diaqnozu ginekoloqlar tərəfindən daxili cinsiyyət orqanlarının xroniki iltihabı prosesini (kolpit, vulvovaginit, endoservisit və s.) ifadə etmək üçün –xəstəliyin herpes mənşəli olması laborator üsulla təsdiqləndikdə qoyulur.

Genital herpesin atipik əlamətlərinin aşkarlanma tezliyi 60%-ə yaxındır.

Abortiv forma əvvəllər virusələhinə müalicə və vaksın terapiyası alan xəstələrdə rast gəlinir. Abortiv gediş zamanı zədələnmə ocağında manifest forma üçün səciyyəvi olan bəzi mərhələlər silinir və qaşınan ləkə və ya papula şəklində təzahür edə bilər ki, o da 1-3 sutka ərzində sağalır. Genital herpesin abortiv formalarına eritematoz, papulyoz və pruriqo-nevroloji formalar aid edilir ki, bu zaman vezikulyoz elementlər olmur.

Abortiv herpes infeksiyası 2 halda əmələ gəlir:

- herpes virusu ilə yoluxmaya həssas olmasına baxmayaraq hüceyrələr qeyri-permissiv ola bilər, yəni çox vaxt naməlum səbəblər üzündən onlarda yalnız virus genomları ekspressiya etməyə qadirdir;
- permissiv və qeyri-permissiv hüceyrələrin defekt (onlarda virus genomlarının tam dəsti yoxdur) herpes virusu ilə yoluxması.

Bundan başqa, herpes virusunun bioloji yolunun müxtəlif mərhələlərində hüceyrədə iltihab prosesinin yaranmasına mane olan dəyişikliklər baş verir. Məsələn, artıq yapışma, yəni virion zülalının (antireseptorun) sahibin hüceyrələrinin hüceyrə səthinin elementləri ilə (reseptorları) spesifik birləşməsi mərhələsində antireseptorları kodlaşdıran genlərin mutasiyası nəticəsində herpes virusu hüceyrənin reseptorları ilə qarşılıqlı əlaqəyə girmək qabiliyyətini itirir. Antireseptorlar qlükoproteinlər hesab olunurlar, virusun bütün səthi boyunca yayılmışlar, bu zaman mürəkkəb bir virus olan sadə herpes virusunun bir neçə növ antireseptor molekulları vardır.

Residivləşən genital herpesin **subklinik forması** əsasən cinsi yolla yayılan hər hansı xəstəliyi olan xəstələrin cinsi partnyorlarının virusoloji müayinəsi, yaxud da fertilliyi pozulmuş ər-arvad cütliyünün müayinəsi zamanı aşkar edilir. Bu formanın simptomları cüzi nəzərə çarpır və ya tamamilə olmur.

Simptomsuz virusdaşıyıcılıq I tip SHV ilə müqayisədə daha çox II tip SHV ilə əlaqədardır. Xəstəliyin kəskin ifadə olunan tipləri ilə müqayisədə bu formada virus hissəciklərinin sayının xeyli çox olmasına baxmayaraq, bu forma mühüm epidemioloji əhəmiyyət daşıyır, belə ki, məhz genital herpesin subklinik forması ilə xəstələr öz cinsi partnyorlarının və uşaqların (genital herpesin symptomsuz forması ilə xəstə hamilə qadınlar) yoluxmasında infeksiya mənbəyi sayırlar. Müasir metodlarla aparılan laborator müayinələr -symptomsuz residivləşən genital herpes zamanı mütləq həyata keçirilməlidir.

Genital herpesin subklinik formalarının aşkarlanma tezliyi residivləşən genital herpesin ümumi çəkisinin 20%-ni təşkil edir.

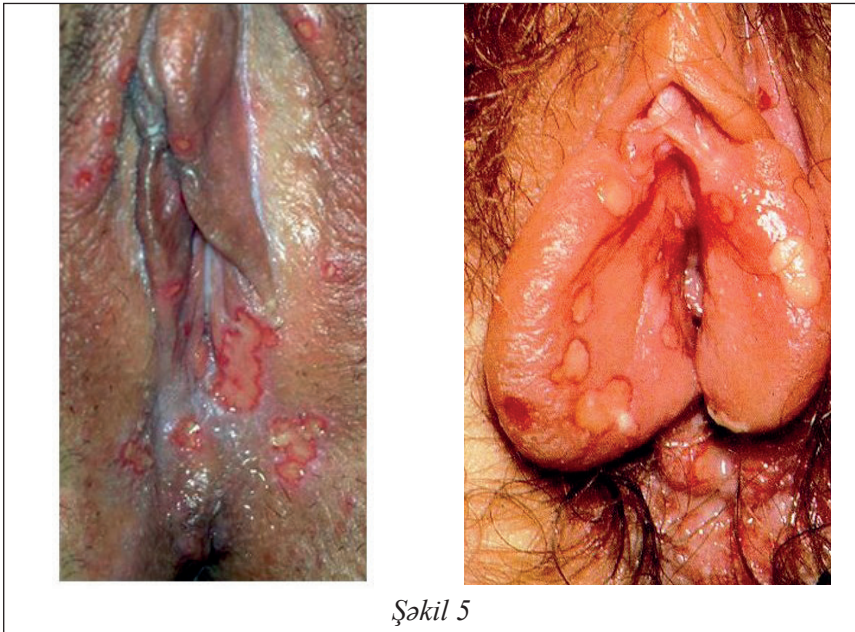
B. QADINLARDA GENİTAL HERPES

Qadınlarda kiçik çanaq orqanlarının xəstəliklərinin strukturunda SHV-nin etioloji rolu sübut edilmişdir.

Bununla belə, ümumi qəbul edilmiş müayinə metodları heç

də həmişə törədiciyi xəstəliyin kəskin mərhələsində aşkar etməyə imkan vermir və bəzən xəstəlik xroniki gediş alır, qadınlar isə virus infeksiyasının daşıyıcısına çevrilirlər. SHV-nin spesifik lokalizasiyası xronik iltihab proseslərinə (endometritə, salpinqooforitə, servisitə, vulvovaginitə) gətirib çıxarır, hamiləlik dövründə isə ciftin, dölün zədələnməsinə və vaxtından əvvəl düşüklərə səbəb olur. uşaqlıq boynunun xərçəngi zamanı SHV-nin etiopatogenetik rolu aşkar edilmişdir.

Qadınlarda bir qayda olaraq, uşaqlıq yolunun girişi, sidik kanalının dəliyi və ya cinsiyyət dodaqları zədələnilir, lakin eyni zamanda aralığın, perianal sahənin, budun və sağrının ekstragenital zədələnmələri də qeyd edilə bilər ki, bu zaman qadınların 70-90%-də servisit aşkar edilir. Uşaqlıq boynunun xarici görünüşü adətən dəyişməmişdir, halbuki bəzən onun səthi hiperemiyalı, kövşək eroziyalı və irinli ekssudatla örtülmüş ola bilər (Şəkil 3, 4, 5).



Klinik əlamətlərin xüsusiyyətlərinə görə kiçik çanaq orqanlarının herpes zədələnmələrini aşağıdakı qruplara bölmək məqsədəuyğundur:

- urogenital yolun aşağı şöbəsinin, anal nahiyənin və düz bağırsağın ampulasının herpesi
- cinsiyyət yolunun yuxarı şöbəsinin herpesi

Urogenital yolun aşağı şöbəsinin, anal nahiyənin və düz bağırsağın ampulasının herpesi 2 klinik formada təzahür edir:

- ocaqlı –selikli qışaların sadə herpesi üçün tipik olan vezikul-yoz-eroziv elementlərin yaranması ilə səciyyələnir.
- diffuz- bu zaman patoloji proses qeyri-spesifik iltihab tipi üzrə inkişaf edir.

Cinsiyyət yolunun yuxarı şöbəsinin herpesi qeyri-spesifik iltihab simptomları ilə təzahür edir. Daxili cinsiyyət orqanlarının herpes zədələnmələrinin klinik əlamətləri qeyri-virus etiologiyalı iltihab prosesləri ilə müqayisədə spesifik xüsusiyyətlərə malik deyildir. Daxili cinsiyyət orqanlarının zədələnmələrinin həqiqi tezliyini müəyyən etmək olduqca çətindir, belə ki, 25-40%-də, bəzi məlumatlara əsasən 60-80% xəstələrdə xəstəlik simptomuz keçir. Güman etmək olar ki, bu patologiya diaqnostikaya nisbətən daha çox təsadüf edilir.

Daxili cinsiyyət orqanlarının subklinik forması üçün xəstələrdə şikayətlərin olmaması səciyyəvidir, bəzən uşaqlıqdan dövrü şəkildə azacıq selikli ifrazatların gəlməsi haqqında məlumatlar verilir. Ginekoloji baxış zamanı iltihab simptomları, adətən aşkar edilmir. Uşaqlıq boynunun kanalından, uşaqlıq yolundan və uretradan götürülmüş ifrazatın yaxmasının dinamik laborator müayinəsi zamanı leykositlərin sayının dövrü olaraq artması nəzərə çarpır ki, bu da iltihab prosesinin olmasından xəbər verir.

Genital herpes infeksiyasının müxtəlif formaları arasında simptomuz herpes də aşkar edilir. Müasir dövrdə məhz bu

“simp-tomsuz” genital herpes anlayışının açıqlanması müzakirə mövzusunə çevrilmişdir. Simptomsuz herpes- çox vaxt aşkar edilməyən simp-tomsuz infeksiyadır. Daxili cinsiyyət orqanlarının herpesinin simptomsuz forması xəstələrin cinsiyyət orqanlarında hər hansı şikayət-lərin, iltihab prosesini təsdiqləyən obyektiv klinik məlumatların olmaması ilə səciyyələnir. Daxili cinsiyyət orqanlarının herpesinin simptomsuz forması residivləşən genital herpesdən əziyyət çəkən qadınların 20-40%-də aşkar edilir. Bunu residivləşən herpesin bu forması ilə xəstə qadınlarda hamiləliyin planlaşdırılması zamanı nəzərə almaq lazımdır (hamiləlik dövründə SHV-infeksiyasının ağırlaşmalarının inkişaf etməsi ehtimalı olduğu üçün)

Residivləşən genital herpesin ağırlaşmalarına infeksiyon prosesə sinir sisteminin də cəlb edilməsini də aid etmək lazımdır ki, bu da SHV-nin neyrotropizmi ilə əlaqədardır. Qeyd etmək lazımdır ki, residivləşən genital herpes zamanı ağrı sindromu xüsusi yer tutur. Bəzi hallarda ağrı sindromu kəskin qarın simptomatikasına bənzəyə bilər. Bu çanağın sinir kələfinin spesifik herpes nevralgiası ilə əlaqədardır.

SHV uşaqlıq boynunun kanserogenezində rol oynaması faktı şübhə doğurmur. Uşaqlıq boynu herpesi tipik və atipik olmaqla iki yerə ayrılır. Tipik variantda səpgilər vezikulyar mərhələni keçir və aydın nəzərə çarpan çoxsaylı, xırda, dəqiq sərhədləri olan dairəvi eroziyalar əmələ gəlir.

Urogenital herpes infeksiyası ilk dəfə aşağıdakı patologiyalar şəklində təzahür edə bilər:

- hamiləlik zamanı (çoxsululuq, hamiləliyin vaxtından əvvəl pozulması təhlükəsi, vaxtından əvvəl doğuşlar)
- döldə letal nəticələnməyən və ya letal nəticələnen bətdaxili infeksiyalar, spontan abort, ölü doğuşlar
- yenidoğulmuşlarda anadangəlmə herpes, vaxtından əvvəl doğuşlar, doğulduqda bədən çəkisinin aşağı olması

Dölün SHV ilə bətdaxili yoluxması baş verə bilər:

- transplacentar, transservikal, infeksiyalaşmış doğuş yolundan və cinsiyyət orqanlarından qalxan yolla
- transovarial-küçük çanaq boşluğundan uşaqlıq boruları vasitəsilə

Yenidoğulmuşun yoluxması baş verə bilər:

- doğuş prosesində, dölün doğuş yollarından keçməsi zamanı,
- doğuşdan sonra (aerogen, virusla yoluxmuş tibb heyəti, alətlərlə təmas zamanı, sanitariya-epidemiya rejimi pozulduqda, süd vasitəsilə)

Qeyd etmək lazımdır ki, uşaqların böyük əksəriyyəti (70%)

II tip SHV ilə anamnezində genital herpesin əlamətləri olmayan qadınlardan və doğuş zamanı yoluxurlar.

Hamiləliyin gedişinə və dölün vəziyyətinə herpes infeksiyasının təsiri iki başlıca mexanizmlə şərtlənmişdir:

1. Ciftin, dölətrafi suların və qişaların, həmçinin dölün özünün infeksiyaya yoluxması mümkündür. Bu ciftin, qişaların zədələnməsinə, embrionun və dölün toxumalarında teratogen dəyişikliklərə, lokal və ya generalizə olunmuş dəyişikliklərin inkişaf etməsinə, həmçinin dölün latent infeksiyasına səbəb ola bilər.
2. Hamilə qadında herpes infeksiyasının təsiri qızdırmanın inkişaf etməsi, fetoplacentar sistemin infeksiyasının, homeostazın, hormonal tarazlığın pozulması ilə təzahür edə bilər. Bu səbəblər erkən və gecikmiş düşüklərə, hamiləliyin inkişafının ləngiməsinə, vaxtından əvvəl doğuşlara, antenatal hipotrofiyaya, hipoksiyalara, eybəcərliklərə və dölün ölümünə, yenidoğulmuşlarda infeksiyanın anadangəlmə formalarının inkişaf etməsinə gətirib çıxara bilər.

Klinik əlamətlərin rəngarəngliyi hamilə qadında infeksiyanın uzun müddət davam etməsi və manifest forması, virusun xüsusiyyətləri və virulentliyi, cift baryerinin və həm ananın, həm də dölün müdafiə qüvvələrinin vəziyyəti ilə şərtlənmişdir.

Beləliklə, herpes infeksiyası olan hamilə qadınlarda anadangəlmə bətdaxili infeksiyanın inkişaf etməsinin qarşısını alan və ya azaldan diaqnostik, profilaktik və müalicə tədbirlərinin kompleks həyata keçirilməlidir ki, bu da ana və uşaqların sağlamlığının qorunması və profilaktikasının effektiv sisteminin yaradılmasında mütləq şərt olmalıdır.

C. KİŞİLƏRDƏ GENİTAL HERPES



Çoxsaylı tədqiqatlar işlərinin məlumatlarına əsasən kiçik çanaq orqanlarının xroniki iltihabi xəstəliklərindən əziyyət çəkən kişilərdə sidik-cinsiyyət sisteminin 50-60% hallarda SHV aşkar etmək mümkündür. Genital herpes infeksiyasından əziyyət çəkən kişilərdə erkən vaxtlarda cinsi yetişkənlik, seksual həyata erkən başlama, partnyorlarını tez-tez dəyişməsi, cinsi inversiyaların olması, həm-çinin təhlükəsiz seksə

etinasız münasibət göstərməklə bərabər təsadüfi cinsi əlaqələrin tezliyinin yüksək olması səciyyəvidir. Kişilərdə genital herpeslə xəstələnməyə və onun yayılmasına əhəmiyyətli təsir göstərən amillərdən biri də cinsi partnyorların sayıdır.

Kiřilərdə genital herpes infeksiyası zamanı cinsiyyət üzvünün başının, pülüyün, uretranın, aralığın, qasığın zədələnməsi müşahidə olunur (Şəkil 6-9).



Şəkil 6



Şəkil 7



Şəkil 8



Şəkil 9

Xəstələrin klinik müayinəsi zamanı toplanılan anamnezdə aşağıdakılara fikir vermək lazımdır :

- pasientin seksual davranışının öyrənilməsinə (cinsi təmaslar, cinsi partnyorların sayı, partnyorun sonuncu dəfə dəyişdirilməsi, prezervativlərdən istifadə edib-etməməsi, anamnezdə transmissiv-seksual infeksiyaların olması)
- cinsi təmasa girmənin vaxtı ilə müxtəlif klinik simptomların yaranması arasında olan əlaqənin təyin edilməsinə (inkubasiya müddətinin davamlılığını müəyyən etmək üçün)
- xəstələrin özlərinin klinik əlamətləri aşkar etməsinə və onun yaranma səbəblərini qiymətləndirməsinə

Genital herpesin xüsusiyyətlərindən biri də onun çoxocaqlı olmasıdır. Patoloji prosesə bəzən sidikçıxarıcı kanalın aşağı şöbəsi, anusun və düz bağırsağın selikli qişası qoşulur ki, bu da ikincili-xarici cinsiyyət orqanlarının herpesinin yaranmasının ardınca baş verə bilər və məhdud zədələnmə şəklində sürə bilər.

Kişilərdə kiçik çanaq orqanlarının herpes zədələnmələrini klinik əlamətlərin xüsusiyyətinə görə urogenital yolun aşağı şöbəsinin, anal nahiyənin, düz bağırsaq ampulasının və cinsiyyət yolunun yuxarı şöbəsinin herpesi ayırd olunur.

Uretranın herpesi SHV tərəfindən törədilir və uzun sürən torpid uretritlərin və residivləşən sistitlərin, həmçinin xroniki prostatitlərin ağırlaşmasının tez-tez rast gəlmə səbəblərindəndir.

Subyektiv olaraq uretranın herpesi göynəmə şəklində ağrılar, istilik hissiyatı, sakitlik zamanı və sidik ifraz etdikdə uretra boyunca meydana çıxan hiperesteziyalar, sidik ifrazının əvvəlində meydana çıxan kəsici ağrılarla təzahür edir. İnkubasiya dövrü naməlum olaraq qalır, bir neçə ay, az hallarda həftə və ya gün təşkil edir. Uretranın herpesi yarımkəskin və ya dövrü remissiyalar və residivlərlə birlikdə süst gedişə malikdir.

Herpes ocaqları damarların yerli genişlənməsi fonunda (ocaqlı forma) xırda politsiklik kənarları olan tək-tək və ya birləşmiş eroziyalarla və ya selikli qişanın kəskin nəzərə çarpan ocaqlı hiperemiyası (diffuz forma) ilə təzahür edir. Çox vaxt prosesə uretranın ön və orta 1/3 hissəsi cəlb olunur.

Uretroskopiya zamanı uretranın selikli qişasında, adətən yumşaq infiltrat (az hallarda keçid)-qırmızı rəngdə olan selikli qişanın fraqmentləri ilə birlikdə, çox iri və itib keçən xırda büküşlərlə bərabər müşahidə olunur.

Uretroskopiyanın aparılması herpesin xarici əlamətləri söndükdə, uretrada şikayətlər saxlandıqda, xəstədə naməlum etiologiyalı xroniki residivləşən uretrit olduqda, digər urogenital infeksiyalar əvvəlcədən istisna edildikdə həyata keçirilə bilər. Uretroskopiya əks göstərişlər uretritin kəskinləşməsi və cinsiyyət üzvünün başı nahiyəsində, qayıqabənzər çuxurda və pülüyün daxili səthində herpes səpgilərinin olması aiddir.

Sidik kisəsinin herpesi. Herpes sistitinin aparıcı simptomları – sidik ifrazının sonunda meydana çıxan ağrılar, dizurik əlamətlər və hematuriya sayılır. Xəstələrdə sidik ifrazının pozulması nəzərə çarpır: şırnağın tezliyi, xarakteri, sidiyin miqdarı dəyişir.

Sistoskopiya zamanı kataral iltihab, tək-tək eroziyalar müşahidə olunur. Herpes sistiti, bir qayda olaraq, ikincilidir, herpes uretritinə və ya prostatitinə kəskinləşməsi zamanı ağırlaşma kimi inkişaf edir.

Anal nahiyənin və düz bağırsağın herpesi həm heteroseksual kişilərdə, həm də homoseksualistlərdə təsadüf edilir. Anal nahiyəsi birincili və ikincili zədələnmə bilər.

Düz bağırsağ sfinkterinin və ampulasının selikli qişasının zədələnməsi zamanı (herpes proktatiti) xəstələri qaşınma, göynəmə hissi və zədələnmə ocağında ağrı narahat edir, fiksə olunmuş lo-

kalizasiyalı, defekasiya zamanı qanayan səthi çatlar şəklində xırda eroziyalar əmələ gəlir.

Səpgilərin yaranması siqmayabənzər bağırsağ nahiyəsində kəskin kəsici ağrılarla, meteorizm və tenezmlərlə müşayiət edilə bilər ki, bu da çanaq sinir kələfinin qıcıqlanmasının simptomlarından sayılır.

Retroskopiya zamanı kataral iltihab, bəzən eroziyalar müəyyən olunur. Herpes proktiti diaqnozunu yalnız xəstənin virusoloji müayinəsinin nəticələrinə əsasən qoymaq mümkündür.

Cinsiyət yolunun yuxarı şöbəsinin herpesi qeyri-spesifik iltihab prosesinin simptomları ilə təzahür edir. Daxili cinsiyət orqanlarının herpesinin subklinik formasında xəstədə şikayətlər olmur; klinik müayinə zamanı iltihab simptomları aşkar edilmir.

Prostat vəzin herpesi çox vaxt infeksiyanın qalxan (uretrogen) yoluxma yolu müşahidə edilir, ənən (urogen) yoluxma yolu isə az hallarda sistitlər zamanı virusların infeksiyalaşmış sidikdən prostat vəzin çıxarıcı axacaqları vasitəsilə daxil olması zamanı rast gəlinir.

Prostatitlərin klinik gedişində funksional pozuntular, reproduktiv dəyişikliklər, ağrı (xarici cinsiyət orqanlarına, aralığa, belə ir-radiasiya etməklə) və dizuriya simptomu meydana çıxır.

Əksər hallarda xroniki prostatitlərin kəskinləşməsindən əvvəl cinsiyət orqanları nahiyəsində herpes səpgilərinin yaranması nəzərə çarpır.

Bəzən residivləşən genital herpesli xəstələrdə prostatit subklinik keçir: belə xəstələrdə prostatit diaqnozu prostat vəzin şirəsində leykositozun yaranması və lesitin dənələrinin sayının azalmasının əsasında qoyulur.

Herpes prostatiti herpes infeksiyasının məhdud forması şəklində mövcud ola bilər. Bu halda residivləşən genital herpesin simptomları olmaya bilər, SHV uretranın ifrazatında aşkar edilmir.

Etioloji diaqnoz prostat vəzin şirəsində SHV-nin aşkar edilməsinə əsaslanmışdır, bu zaman prostat vəzin şirəsində və sidiyin üçüncü porsiyasında patogen flora olmur.

D. DİAQNOZ VƏ MÜALİCƏ

Differensial diaqnoz streptokokk və qarışıq impetiqo, kəmərləyici dəmrov, birincili sifiloma, sifilitik papulalar, eroziv xorali balanopostit, qoturluq düyüncükləri, xoralar, follikulitlər, cinsiyyət orqanları nahiyəsində furunkul, uşaq ekzeması, ağırlaşmış pi-odermiya, fiksə olunmuş eritema (cinsiyyət orqanları), çoxformalı ekksudativ eritema, yumşaq şankr, qasıq qranuleması, Keyro eritroplaziyası, Behçet xəstəliyi, Kron xəstəliyi, təmas dermatiti kimi xəstəliklərlə aparıla bilər.

Diaqnoz. Düzgün diaqnoz qoymağa xarici cinsiyyət orqanlarında herpes səpgilərinin olması və laborator müayinə metodları kömək edir. Tipik hallarda, məsələn xarakterik klinik əlamətlərlə keçən manifest formada diaqnoz herpes infeksiyasının klinik əlamətlərinin əsasında qoyula bilər.

Herpes infeksiyasının laborator diaqnostikası ZPR metodu ilə klinik materialda SHV-I və II DNT-nin və İFA metodu ilə İgG və M sinfi anticisimlərinin səviyyəsinin təyin edilməsinə əsaslanmışdır. İstifadə olunan iki metodun nəticələri üst-üstə düşdükdə cavab müsbət qiymətləndirilir.

Tsank sınağı- təzə qovuquğun möhtəviyyatında (Gimza üsulu ilə boyadıqda) nəhəng çoxnüvəli keratinositlər aşkar edilir (xəstələrin 75%-də müsbətdir). Qovuquqların möhtəviyyatında monoklonal anticisimlər vasitəsilə SHV antigenlərinin təyin olunması.

Histopatologiya. epidermis hüceyrələrinin ballon edici və retikulyar degenerasiyası, akantoliz, epidermdaxili qovuquqların, hüceyrədaxili virus əlavələri (Tsank hüceyrələri) ilə birgə nəhəng

çoxnüvəli keratinositlərin olması. Dermada damar divarlarının neytrofillərlə infiltrasiyası, perivaskulyar infiltratlar (limfositlər, neytrofillər).

Müalicə . Genital herpeslərin müalicəsində əsas məqsəd :

1. klinik simptomların ləğvi
2. residivlərin azaldılması və xəstənin həyat keyfiyyətinin normallaşması
3. mümkün ağırlaşmalar barədə xəbərdarlıq
4. cinsi partnyorun və yenidə doğulmuşun yoluxma riskinin azaldılması

Müalicədə ümumi qeydlər:

Müalicədə əsas istiqamət yüksək spesifikliyə malik virus əleyhinə preparatlardır- SHV-nun replikasiyasını blokada edən *asiklik nukleozidlər*.

Lakin xəstəliyin gedişində heç bir preparat birmənalı effektə sahib deyil.

Spesifik müalicəyə xəstəliyin ilk simptomları təzahür edən kimi başlamaq lazımdır.

Asiklik nukleozidlərin qəbulu xəstəliyin gedişini qısaldır və klinik simptomları azaldır. Lakin heç bir preparat virusun eradikasiyasını təmin etmir və gələcəkdə mümkün ola biləcək residivləri hər zaman ləğv etmir.

Qeyd ! *Yenidə doğulmuşların disseminə olunmuş herpes infeksiyası hospitalizasiyaya göstərişdir.*

Müalicə sxemi:

Genital herpesin ilk klinik epizodunda:

- asiklovir 200 mq, peroral, sutkada 5 dəfə, 7-10 gün ərzində
- asiklovir 400 mq, peroral, sutkada 3 dəfə, 7-10 gün ərzində

Valasiklovir 500 mq, peroral, sutkada 2 dəfə, 7-10 gün ərzində
famsiklovir 250 mq, peroral, sutkada 3 dəfə, 7-10 gün ərzində

Genital herpesin residivinin müalicəsi:

- asiklovir 200 mq, peroral, sutkada 5 dəfə, 5 gün ərzində
- asiklovir 400 mq, peroral, sutkada 3 gün, 5 gün ərzində
- asiklovir 800 mq, peroral, sutkada 3 dəfə, 2 gün ərzində
- valasiklovir 500 mq, peroral, sutkada 2 dəfə, 5 gün ərzində
- valasiklovir 1,0 qr, peroral, sutkada 2 dəfə, 1 gün ərzində
- famsiklovir 125 mq, peroral, sutkada 2 dəfə, 5 gün ərzində
- famsiklovir 1,0 qr, peroral, sutkada 2 dəfə, 1 gün ərzində

Supressiv terapiya:

- asiklovir 400 mq, sutkada 2 dəfə, peroral
- valasiklovir 500 mq, sutkada 1 dəfə, peroral
- famsiklovir 250 mq, sutkada 2 dəfə, peroral

Supressiv terapiyanın müddəti fərdidir. Yaxşıliğa doğru davamlı nəticə əldə olunduqda supressiv terapiyanı dayandırmaq olar.

Profilaktika. Residivləşən genital herpesin supressiv terapiya metodikası: *asiklovir 400 mq* dozada gündə iki dəfə bir il ərzində (ildə 6 və daha çox residiv olduqda) . bir ildən sonra gələcək müalicə taktikasının aparılması məqsədilə residivlərin baş vermə tezliyini qiymətləndirirlər.

Herpes infeksiyasının aktiv immunoterapiyası spesifik *Vita-herpovak* və *Herpovaks* herpes vaksinlərinin vasitəsilə aparılır. Vaksinlər yalnız xəstəliyin residivlərinin profilaktikası məqsədilə remissiya dövründə tətbiq olunur. Polivalent herpes vaksini dəri daxili 0,2 ml dozada əvvəlcə 2-3 gündən bir (5 inyeksiya), sonra isə 6 aydan bir –revaksinasiya (5 inyeksiya), vaksinasıya sikli ərzində - 10 inyeksiya təyin olunur.

Ədəbiyyat

1. F.R.Mahmudov, I.F.Barinsky. Herpes. Bakı: Victory, 2013 – 344.
2. Кожные болезни. Диагностика и лечение. Томас П.Хэбиф; пер с англ. под общ. ред. акад. РАМН, проф А.А.Кубановой. М., МЕДпресс-информ, 2006, 672 с, ил. Простой генитальный герпес 184-187
3. Т.Фицпатрик, Р.Джонсон, К.Вулф, М.Палано, Д.Сюрмонд. Дерматология. Атлас-справочник. //1088с, 612 илл. Перевод английского. Практика. Москва. (МакГроу- Хилл –« Практика» 1999). Герпес половых органов 918-925
4. Европейское руководство по лечению дерматологически заболеваний //под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти; пер с англ. 2-е изд.-М: МЕДпресс-информ 2009-736 с. Генитальный герпес 139-143
5. John SC English, FRCP ,An Atlas of Diagnosis and Management GENERAL DERMATOLOGY //Atlas Medical Publishing Ltd 2007, 142 .Herpes zoster 120
6. Thomas P.Habif.James G.H. Dinulos. Skin disease diagnosis and treatment. //Fourth edition 2018 .652 .Genital herpes simplex 190-196
7. Neena Khanna Illustrated Synopsis of Dermatology and Sexually Transmitted Diseases //Fourth Edition, 2011 .427 Herpes genitalis 311-314
8. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Учебник Кожные и венерические Болезни. //Учебник. Генитальный герпес, с. 495-500
9. STI Treatment Pocket European Guidelines 2018 39. Herpes.6

BAKTERIAL VAGİNOZ (QARDNERELLYOZ)

Törədici - keçmişdə *Haemophilus ginalis* və *Corynebacterium vaginale* kimi tanınan *Gardnerella vaginalis* ilk dəfə S. Leopold (1953) tərəfindən qeyri-qonokok uretriti olan kişilərdə aşkar edilmişdir (şəkil 1). 1954-cü ildə H.L.Gardner və C.D. Duke *Haemophilus* qrupuna aid olan, vaginitlərin yeni törədicisini aşkar etdiklərini bildirmişlər.



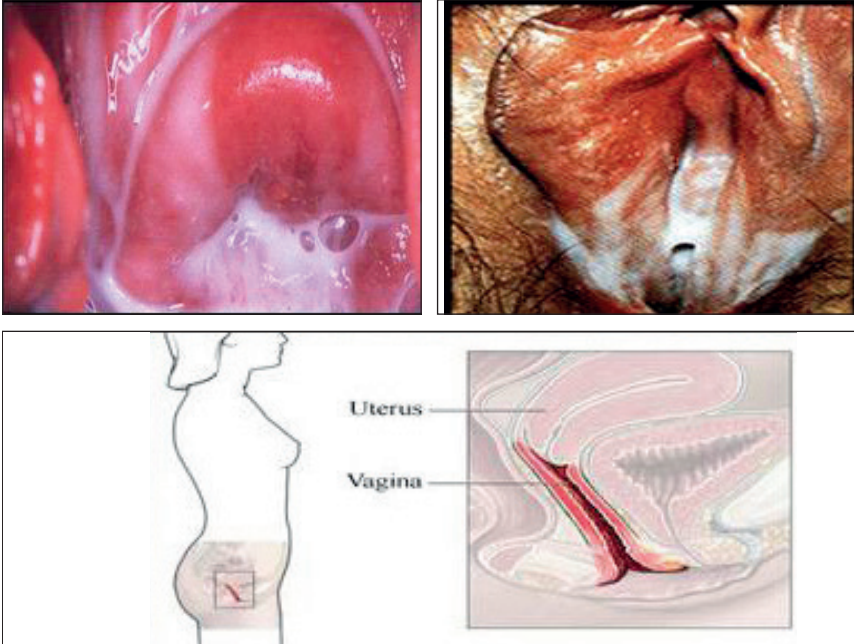
Şəkil 1

Etiologiya. *Gardnerella vaginalis* (*G.vaginalis*) - yalnız CO₂ atmosferində selektiv mühitlərdə böyüyən, qramlabil kiçik (0,2-0,3 mkm) kapsulsuz, hərəkətsiz çubuqlardır. Fakultativ anaerob ştammlar təsvir edilmişdir. *G.vaginalis* amin turşuları və sirkə turşusu istehsal edir, lakin bir çox ştammlarının fermentasiyasının son məhsulu süd və qarışqa turşularıdır. Flagelladan məhrumdur, spora əmələ gətirmir, mikroskopik müayinə zamanı tək-tək (bəzən isə cüt-cüt, uc-uca olmaqla) şəkildə görünür.

G.vaginalis daha çox qadınların və az hallarda kişilərin sidik cinsiyyət üzvlərinin iltihabında rast gəlinir. *G.vaginalis* cinsiyyət orqanlarında daşıyıcılığı ilə cinsi həyatın xarakteri arasında düz mütənasib asılılıq var. *G.vaginalis* sağlam bakirələrdə tapılmır, vaginit simptomları olan qadınlarda nadir rast gəlinir və veneroloji klinikaların xəstələrində tez-tez aşkar edilir .

*G.vaginalis*in patogen olması, infeksiyanın cinsi yolla ötürülməsi indiki zamanda şübhə doğurmur. Bu, könüllülərin *G.vaginalis*in təmiz kultura ilə yoluxdurulması təcrübələri ilə sübut edilmişdir . Törədicinin virulentliyinin çox olmaması, onun yoluxuculuğunu azaldır. Bir qayda olaraq, vaginitin klinik simptomları olmayan qadınlarda *G.vaginalis*in miqdarı selikli qişalarda aşağı olur, necəki vaginit xəstələrində 1qr selikdə 10^8 koloniya əmələ gətirən vahid olur.

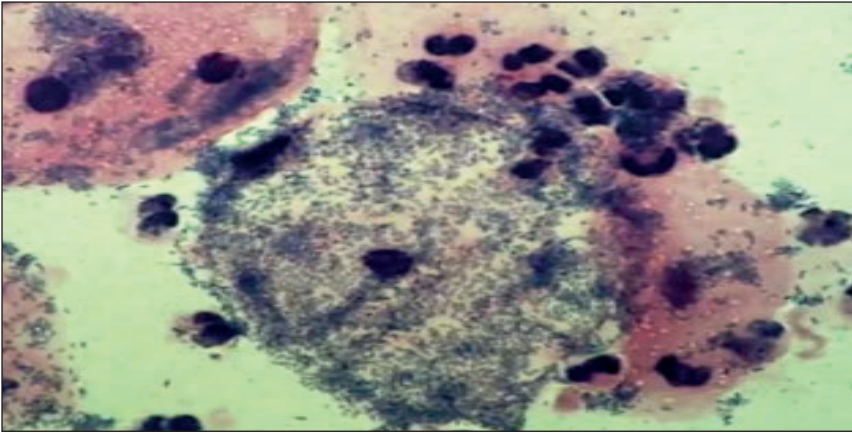
Klinika. *Qadınlarda* yoluxmanın əsas simptomu qeyri-spesifik (bakterial) vaginitdir (şəkil 2). Məlumdur ki, vagi-



Şəkil 2

nal axıntıda bir neçə leykosit var, epitelial hüceyrələr isə üstündür, yəni iltihabı cavab mülayimdir. Bu baxımdan, bir sıra xarici müəlliflər.

G.vaginalisin törətdiyi vaginanın zədələnmələrində “vaginoz” terminini istifadə edirlər. Vaginal axıntının sitoloji müayinəsinə çox miqdarda kokobasilyar flora xarakterikdir, hansı ki, epitel hüceyrələrinin bir hissəsini əhatə edərək onları dənəvari göstərir, kənarları isə tamamilə G.Vag. kütləsi ilə maskalanmışdır. Bu “açar” hüceyrələr vaginal gardnerellyozun mikroskopik diaqnostikasını üçün əsasdır (şəkil 3).



Şəkil 3

Demək olar ki, həmişə G.Vag. ilə yanaşı anaerob bakteriyaların müxtəlif növləri, əsasən Bakteroidlərin normal laktobasilyar floranın yerini tutan qram mənfi növləri tapılır. Anaeroblar “vaginoz” olan qadınlarda floranın əhəmiyyətli bir hissəsini təşkil edir, halbuki sağlam insanlardakı payı vaginanın ümumi florasının 1%-dən artıq olmur.

Aparılan elektron-mikroskopik tədqiqatlarda göstərildiyi kimi, G.vaginalis epitel hüceyrələrinə aktiv şəkildə zərər verir, onların polinüklearlarla fagositozu tamamlanmır və bu sahib hüceyrələri-

nin autolizinə gətirib çıxarır. *G.vaginalis* və anaeroblar arasındakı əlaqəni belə təsvir edirlər: anaeroblar tərəfindən istehsal olunmuş aminlər vaginal sekresiyanın pH səviyyəsini *G.Vaginalisin* çoxala biləcəyi həddə qaldırır, *G.vaginalis* isə öz növbəsində anaeroblar üçün lazım olan amin turşularını və məhv olmuş epitel təşkil edir.

Bakterial vaginit klinik cəhətdən orta və ya az miqdarda homogen yapışqanlı ağ və ya boz rəngli, xoşagəlməz qoxulu, divarları eyni səviyədə əhatə edən axıntı ifrazı ilə özünü göstərir. Nadir hallarda köpüklü axıntı olur. Axıntının reaksiya 4.5 və ya daha böyükdür. Axıntıya 10%-li KOH əlavə edildikdə, bir qayda olaraq, çürük balıq qoxusu - anaerob bakteriyaların məhsulu olan kadaverin və digər aminlərin qoxusu gəlir. Xəstələr beyazlığının olması barədə, bəzən də qaşıntı və ya yanğı hissindən şikayət edirlər.

Çox hallarda qardnerellyoz asimptomatıkdir. Vaginit zamanı patogenlər yalnız vaginada deyil, həmçinin uretrada və uşaqlıq boynu kanalında tapılır, bu da ləng gedişli uretrit və servisit əlamətləri ilə özünü göstərir.

30-50% hallarda *G.vaginalis* infeksiyası digər urogenital infeksiyalarla yanaşı olur: qonoreya, xlamidiya, ureoplazma, trixomoniaz və s. Ancaq bakterial vaginitin özü də bəzən vaginada bakteriya konsentrasiyasının artması ilə bağlı bir sıra ağırlaşmalar verə bilər, hansı ki, xorioamnionit və puerperal yoluxucu patologiyaların müxtəlif növlərinin inkişafına, həmçinin doğuşdan sonrakı endometrit və bakteriemiyaya səbəb olur .

Kişilərdə - bakterial vaginiti olan qadınların cinsi tərəfdaşlarında tez-tez *G.vaginalis* tapılır. Onlar yalnız uretrit simptomları olan şəxslərdə deyil, eyni zamanda zahirən sağlam kişilərdə də tapılır. *G.vaginalisin* xaric olduğu uretrit, az simptomlu gedişə malikdir və adətən özbaşına sağalır. Buna baxmayaraq, belə uretrit zamanı, bəzən prostatit, kuperit və epididimit kimi ağırlaşmalar yaranır. Hələki bu ağırlaşmaların birbaşa *G.vaginalis* ilə və ya yanaşı gedən digər infeksiya agentləri ilə əlaqəli olduğu müəyyən edilməmişdir.

Anaerob bakteriyaların rolu kifayət qədər öyrənilməmişdir: bəzi xəstələrdə sidik axarında *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* və başqalarına aid olan bakteriya növləri aşkar edilmişdir, lakin kişilərdə uretritin patogenezinə onların əhəmiyyəti bilinmir.

Bakterial uretritin patogenezi daha çox araşdırmalara ehtiyac duyur. Sağlam kişilərin uretrasının selikli qişası bir çox zəif və ya şərti- patogen mikroorqanizmlərə, o cümlədən *G.vaginalis*ə davamlıdır. Yəqin ki, patoloji prosesin baş verməsini keçmişdə keçirilmiş, selikli qişanın normal müdafiə mexanizmlərini pozan uretra iltihabı, selikli qişaya çox miqdarda törədici daxil olmasını təmin edən, infeksiya mənbəyi ilə uzunmüddətli və təkrari cinsi əlaqənin olması təmin edir.

Diaqnoz. Qardnerella diaqnozunu qoymaq üçün uretranın selikli qişasının doğranmış nativ və ya rəngli preparatlarına mikroskopda baxırlar, bu da vaginozlu qadınlarda aşkar edilən xarakterik “açar” hüceyrələri aşkar etməyə imkan verir (şəkil 3). Kultural tədqiqat metodları praktiki məqsədlər üçün istifadə edilmir.

Müalicə. *G.vaginalis*in metranidozola yüksək həssaslığına baxmayaraq, kişilərdə uretritin müalicəsində tertasiklin və ya eritromisini hər dəfə 500mq gündə 4 dəfə 7 gün ərzində təyin edirlər. Uzanmış və xronik vəziyyətlərdə, bununla yanaşı qeyri-spesifik immunoterapiya və uretranın dezinfeksiyaedici məhlullarla yuyulması, ağırlaşmalar olduqda isə müvafiq simptomatik müalicə təyin olunur.

G.vaginalis ilə törədilmiş vaginitli xəstələrin müalicəsi üçün 7 gün ərzində gündə 0,5 q 2 dəfə metronidazol (trixopol) daxilə qəbul etmək məsləhət görülür. Ampisilin və amoksisilin daha az effektivdir, daha az təsir edənlər tetrasiklin preparatlarıdır, hansı ki, *G.vaginalis*in bir çox ştammları davamlıdır.

Ədəbiyyat

1. Гинекология. Национальное руководство/ В. И. Кулаков, Г. М. Савельева, И. Б. Манухин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1072 с.
2. Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин // Клинические рекомендации / Под ред. В. Н. Прилепской и соавт. М., 2013. 50 с.
3. Sherrard J., donders G., White d. European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal discharge // Int. J. STd AIdS. 2011. N 22. P. 421–429.
4. Радзинский В. Е., Хамошина М. Б., Календжян А. С. и др. Эффективная коррекция нарушений биоценоза влагалища вне и во время беременности: почему это важно и что нового? // Доктор.Ру. (Гинекология). 2010. No 7 (58). Ч. 1. С. 20–26.
5. Workowski K., Berman S. Sexually Transmitted diseases Treatment Guidelines, 2010 // MMWR. 2010. Vol. 59 (RR12). P. 1–110. URL: <http://www.cdc.gov/mmwr>.
6. Рахматулина М.Р. Опыт применения 5-нитроимидазолов в терапии бактериального вагиноза // Российский вестник акушера-гинеколога 2015. No 6. С. 92—97.
7. Рахматулина М.Р. Диагностические и терапевтические аспекты ведения пациенток с бактериальным вагинозом // Гинекология. 2012. Т. 14. No 4. С. 27—32.
8. Рахматулина М.Р., Плахова К.И. Бактериальный вагиноз, ассоциированный с *Atopobium vaginae* // Акушерство и гинекология. 2012. No 3. С. 88—92.
9. Thulkar J., Kriplani A., Agarwal N. A comparative study of oral single dose of metronidazole, tinidazole, secnidazole and ornidazole in bacterial vaginosis. Indian J Pharmacol 2012 Mar; 44 (2): 243—5.
10. Lamont R.F., Nhan-Chang C.L., Sobel J.d. et al. Treatment of abnormal vaginal flora in early pregnancy with clindamycin for the prevention of spontaneous preterm birth: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2011; 205: 177–90.
11. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и уrogenитальными инфекциями: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. М.: Дело-вой экспресс, 2012. 112 с.
12. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Учебник Кожные И Венерические Болезни.// Учебник. М.:ГЭОТАР-МЕДИА,2007.---544С.: ИЛ. Бактериальный вагиноз 491- 493

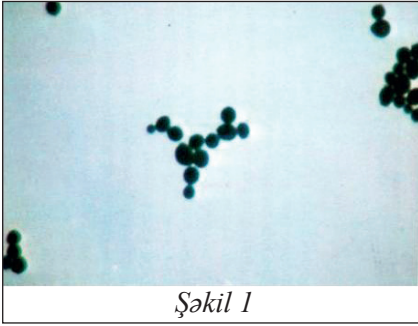
UROGENITAL KANDIDOZ (SİDİK-CİNSİYYƏT ORQANLARININ KANDIDOZU)

Sinonium: kandidomikoz, moniliaz, oidiomikoz və s.

Etiologiya və yoluxma yolları. *Urogenital kandidoz* – Candida cinsindən olan göbələklərlə sidik-cinsiyyət orqanlarının zədələnməsidir.

Etiologiya. *C.albicans* daha çox, nisbətən az hallarda isə *C.tropicalis*, *C.krusei* xəstəliyə səbəb olur. *C.albicans* kandidoz törədiciləri arasında çox rast gəlinən növ olmaqla yanaşı, həm də daha kəskin təzahür edən patogen xüsusiyyətlərə malikdir. Kandidoz sepsis, ağciyər, böyrək, mədə-bağırsaq traktı və digər orqanların zədələnməsinə səbəb olan dərin sistem xəstəlikdir. Törədici daha çox endogen yolla daxil olur, ekzogen zədələnmədə mümkündür. Dərin sistem kandidozun əlamətlərindən biri sidik-cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi ola bilər. Zöhrəvi klinikalarda müalicə olunan klinik formalar səthi zədələnmələrə aiddir, adətən cinsiyyət orqanlarının zədələnməsi ilə məhdudlaşır.

Sidik-cinsiyyət orqanlarının zədələnməsini *Candida* cinsindən olan göbələklərdən başqa aspergillyoz, koksidiomikoz, rubromikoz kimi göbələklər də törədir. Bunlardan yalnız *Candida* cinsi yolla keçə bilər, amma bu əsas yoluxma yolu sayılmır.



Şəkil 1

Candida cinsi göbələklər təbiətdə geniş yayılmışlar, məişət əşyalarının üzərində, əsasən şəkərlə zəngin meyvə və tərəvəzlərin üzərində olur. Buna görə, onlar insanın dərisinə və selikli qişalarına, həmçinin ağız boşluğunun, burun, mədə-bağırsağ traktının və cinsiyyət orqan-

larının selikli qişasına asanlıqla çökür.

Candida cinsi göbələklər insanın sidik-cinsiyyət üzvlərinin selikli qişasında saprofit olaraq yaşayır və sağlam insanda uretradan götürülən nümunədə, sidiyin əkilməsi zamanı aşkar olunurlar (şəkil 1). Candida cinsli göbələklər 3-6 mkm ölçüsündə, müxtəlif formalarda olan (kürəvi, oval, uzunsov) hüceyrələrdir. Tumurcuqlanmaq xüsusiyyətinə malikdir, tumurcuqlar bir-birinin ardınca düzülür və psevdomitseli əmələ gətirir.

Patogenezi. Müəyyən şəraitdə saprofit Candida cinsi göbələklər patogen xüsusiyyətlər qazana bilirlər. Belə hallarda sağlam selikli qişada olan tək-tək az sayda göbək elementləri (blastosporlar) tumurcuqlanma yolu ilə çoxsaylı sapvari formalar (psevdomitselilər) əmələ gətirməklə sürətlə çoxalırlar. Nəzərə çarpan filamentasiya, kəskin sapvari formanın əmələ gəlməsi göbələyin parazitaktivliyinin olduğunu göstərir. Patogen xüsusiyyətləri qazanan göbək hüceyrələri selikli qişaların epitel hüceyrələrinə və ilk növbədə qlikogenlə zəngin olan hüceyrələrə yapışır. Daha sonra göbələklər epitel hüceyrələrə daxil olur və onların sitoplazma və nüvəsində parazitlik etməklə sahib hüceyrəni məhv edir.

Selikli qişada yaranan zədələnmə ocaqlarında göbələklər endotoksin, bir sıra proteolitik, lipolitik fermentlər ifraz edir. Bir sıra klinik simptomlar, əsasən vaginal kandidozda selikli qişanın epitel hüceyrələrində olan karbohidratların parçalanması zamanı əmələ

gələn sirkə, qarışqa və piroüzüm turşusunun burada yerləşən sinir uclarını qıcıqlandırması nəticəsində yaranan intensiv qaşınma bununla izah olunur .

Candida cinsi göbələklərin patogen xüsusiyyətlərinə, invaziv-liyinə və aqressivliyinə səbəb olan faktorlara anadangəlmə və qazanılmış immundefisit vəziyyətlər, ümumi infeksiya və intoksikasiya, endokrinopatiya (əsasən şəkərli diabet), ekzogen (kortikosteroid hormonlar, antibiotiklər) və endogen təsir nəticəsində insanın selikli qişalarının normal mikroflorasının və daxili mühitinin pozulması aiddir. Candida cinsi göbələklərin patogenliyi həmçinin toxumaların yerli rezistentliyini zəiflədən, çox hallarda isə selikli qişanın qoruyucu mexanizmlərinin pozulmasına səbəb olan, yerli travma (kimyəvi, mexaniki, termik), maserasiya, sidik-cinsiyyət üzvlərinin keçirilmiş və yanaşı gedən xəstəlikləri nəticəsində epitelin vəzlərində seliyan əmələ gəlməsi və antimikrob sekretin ifraz olunmasının pozulması kimi faktorlarla şərtlənir .

Cinsi üzvlərin kandidozu olan xəstələrin əksəriyyətində normal selikli qişaların dayanıqlığını pozan yerli faktorlardır (məs., kişilərdə əsasən digər sidik-cinsiyyət infeksiyaları, qadınlarda hamiləlik). Mikotik infeksiya ikincili olaraq epitelin baryer funksiyasını zəiflədir, belə ki, Candida cinsi göbələklərin epitel hüceyrələrdə fiksasiyası epitelin normal müdafiə funksiyalarını təmin edən epitel hüceyrələrin sekretor İgA sintezini pozur.

Epidemiologiya. Urogenital kandidozun epidemiologiyası dəyişkəndir. Qadınlarda sidik-cinsiyyət orqanlarının kandidozunun səbəbi əsasən endogen faktorlardır. Xəstəlik öncədən genital orqanların saprofit mühitində yaşayan göbələklər tərəfindən gəndərilir. Bunun əksinə kişilərdə əsas rol ekzogen faktorlar oynayır, çünki ifrazatdakı *C.albicans* ştammları çox yüksək patogenliyə malik olur. Kişi cinsiyyət üzvündə kandidoz, kandidoz vaginiti olan qadınlarla cinsi kontaktdan sonra əmələ gəlir və "genital oidiomikoz" kimi adlandırılır.

Klinika

Qadın cinsiyyət orqanında kandidozun klinik şəkli



Qadınlarda sidik-cin-
siyyət traktının zədələnməsi
özünü vulvovaginit şəklin-də
biruzə verir (şəkil 2). Daha
az hal-larda isə uretrit, sis-
tit, servisit, nadir hallarda isə
izolə olunmuş vulvit olur. Va-
ginitin kəskin, yarımkəskin
və xroni-ki formaları vardır.
Vaginal kandidozda proses
uşaqlıq boynuna yayılır.

Vaginit- candida cinsi göbələklər tərəfindən törədilən, kəskin qaşınma və pis qoxulu ifrazat ilə nəticələnən prosesdir. Uşaqlıq yolunun büküşlərində kəsmiyəbənzər kütlə və ya yaş pampıqla asanlıqla təmizlənə bilən ağ rəngli örtük görünür. Bu örtük və kəsmiyəbənzər kütlə çoxlu miqdarda psevdomitseli, epitel hüceyrələri, az miqdarda leykosit və fibrindən təşkil olunmuşdur. Kəskin və yarımkəskin fazada uşaqlıq yolu davamlı hiperemiyalı, ödemləşmiş və quru olur. Xroniki vaginit ödemli uşaqlıq yolu, hiperemiya, ağ rəngli, xamayabənzər kütlə ilə xarakterizə olunur. Uşaqlıq yolunun Ph-ı 4.5 olur. Bakterial flora ilə qarışıq infeksiyada xoşagəlməz qoxusu olan kəsmiyəbənzər kütlə şəklində ifrazat olur.

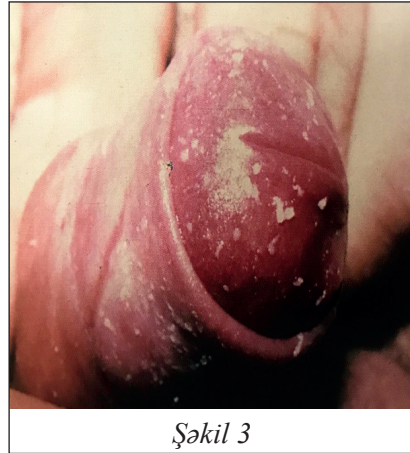
Kandidoz vulvit. Əsasən vaginitlə biryerdə rast gəlinir və bu zaman vulva nahiyəsinin dəri və selikli qişası prosesə cəlb olunur. Xəstələri intensiv qaşınma, cinsiyyət orqanında yanma hissi narahat edir. Kəskin və yarımkəskin kataral membranoz vulvit zamanı

böyük cinsiyyət dodaqlarında davamlı hiperemiya, kiçik cinsiyyət dodaqlarında isə ödem və quruluq müşahidə olunur. Bəzən vezikula və eroziyalar müşahidə olunur. Uşaqlıq yolu büküslərində selikli qişadan asan ayrılma bilən ağ rəngli kütlə olur. Xroniki kataral vulvit zamanı lixenizasiya, davamlı hiperemiya və infiltrat bəzən ekskoriyasiya, eroziya və çatlar olur.

Kandidoz uretrit, servisit, sistit bəzi hallarda izolə olunmuş rast gəlinir: qadınlarda kandidoz vulvovaqinit əsasən endokrinopatiyalar, digər ümumi dəyişikliklər, şəkərli diabet, dizbakteriozla yanaşı gedir. Bunların kliniki xarakteristikası analoji qeyri-spesifik zədələnmələrə oxşayır, lakin endoskopiya selikli qişada süd yarasını xatırladan ağımtıl xırda pərdəciklər, ifrazatda isə içində göbələk elementləri olan ağ yumuru kütlələr aşkar olunur.

Kişilərdə cinsiyyət orqanının kandidozunun klinik şəkli.

Cinsiyyət orqanının səthi kandidozunu “Balanitis oidiomyceticea” adı altında T.Bendek (1952) təsvir etmişdi (şəkil 3). Balanitikişilərdə tez (çox) rast gəlinən cinsiyyət orqanlarının kandidozudur. Əsasən cinsi mənşəlidir.



Şəkil 3

Kandidozlu xəstə qadınla cinsi kontakdan sonra 42% kişilərdə kandidoz balanit inkişaf edir. Bu eroziv, membranoz və eritemapustulyoz formada gedə bilər. Bundan başqa, cinsiyyət orqanında balanitlə bərabər, ya da onsuz eritematoz-skvamoz, ekzemaabənzər səpgilər, bud-xayalıq, qasıq, perianal nahiyədə intertrinqnoz dəyişikliklər rats gəlinir.

Cinsiyyət orqanının başında yüngül ödem və dərinin infiltrasiyası qeyd olunur. Buynuz qat maserasiyaya uğrayır, ağımtıl-boz ərpələ örtülür, bunun qopardılmasından sonra qırmızı eroziv səth aşkar olunur. Cinsiyyət orqanının başında xırda səthi eroziyalar, pülük kisəsinin daxili hissəsində ağımtıl psevdomembranoz ərp yerləşir. Pülük kisəsi infiltrativləşir və pis dartılır. Zədələnmə əsasən yüngül-vari qaşınma və göynəmə ilə müşahidə olunur. Kandidoz balanitin səthi formalarına rast gəlinir, bu zaman pülük kisəsində qırıntıya bənzər ağ kütlələrə və xırda papula və mikroeroziyalar rast gəlinir. Balanopostitin xroniki gedişatında pülük kisəsinin kənarında əmələ gələn çatlar və onların sonrakı çapıqlaşması nəticəsində kənar uretranın daralması nəticəsində dayanıqlı fimoz əmələ gəlir. Nadir hallarda cinsiyyət orqanının qanqrenalaşması, limfangit, limfadenit, vegetasiyaların əmələ gəlməsi, kandidaqranulema və digərləri rast gəlinir.

Kandidoz uretrit çox nadir rast gəlinir. Bu cinsi yoluxmanın nəticəsi ola bilər, yenən uroinfeksiya, disbakterioz. Klinik gedişatı uretranın digər qeyri-spesifik iltihabına bənzər olub, tipik uretros-kopik şəkillə fərqlənib; diffuz və ayrılmış ağımtıl-boz ərp, hansıki qopartdıqdan sonra uretranın selikli qişasının ödemi və kəskin hipe-remiyası aşkar olunur. Kandidoz uretriti olan xəstələrdə həmçinin prostatit, epididimit, sistit təsvir olunmuşdu hansıki patoqnomonik əhəmiyyət daşımır, bunların gedişatı digər qeyri-spesifik iltihabi proseslərə bənzəyir. Bu ağırlaşmaların əmələ gəlməsində ikincili infeksiyanın rolu var.

Diaqnoz. Cinsiyyət orqanlarının klinik kandidoz diaqnozu, xəstəliyin gedişatının və klinik şəklinin xüsusiyyətlərinə əsaslanmışdır, konfrontasiyanın nəticələri, birdəfəlik mikroskopiya zamanı patoloji material preparatlarından Candida cinsindən olan göbələk aşkar olunaraq təsdiqlənməlidir (şəkil 4).

Zədələnmiş selikli qişalarda və eksudatda ağ ərpləri və kəsmiyəbənzər qırıntıları və zədələnmiş dəri nahiyəsində kəpəklər-dən istifadə edirlər. Kandidozun digər laborator müayinə metodları məhdud xarakter daşıyır.



Şəkil 4

Müalicə. Sidik cinsiyyət orqanlarının kandidozu müasir preparatlarla müqayisə olunacaq dərəcədə asan sağalır (əgər onun əmələ gəlməsində ekzogen yoluxma və yerli qoruma faktorlarının pozulması durursa). Əgər patogenezdə korreksiyaya çətin təbə olan xəstəliklər (immunçatışmazlıqlar, autoimmun xəstəliklər, endokrinopatiyalar və s.) durursa, terapiyaya qarşı bütünlüklə rezistent ola bilər.

Yerli terapiya üçün polien antibiotiklər (nistatin, levorin) və ya imidazol preparatları mikonazol, klotrimazol məsləhət görülür.

Kandidoz vaqinitdə nistatin vaginal şamlar şəklində, tərkibində 250 000 və 500 000 TV olan, gündə 2 dəfə 7-14 gün müddətində təyin edilir; levorin vaginal şamlar şəklində 250 000 TV; vaginal tabletlər kanestenom (100 mq) uşaqlıq yoluna sutkada 1 dəfə 7 gün müddətində təyin olunur. Vulvitdə, balanopostitdə, büküşlərin kandidozunda həmin preparatları məlhəm, krem, məhlul şəklində təyin edirlər. "Mikozolon" məlhəminin tərkibinə iltihabəleyhinə kortikosteroid və mikonazol daxildir.

Qeyri-cinsi orqanlardan auto və reinfeksiyanı nəzərə alaraq, əsasən də anal nahiyədə kandidozun ekstragenital ocaqları aşkar olunmalı və sanasiya edilməlidir.

Ədəbiyyat

1. Thomas P. Habif, James G.H. Dinulos. Skin disease diagnosis and treatment // Fourth edition 2018 .652. Candidiasis 241-249
2. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Учебник Кожные и венерические Болезни //Учебник. М.:ГЭОТАР-МЕДИА,2007.---544С.: ИЛ. Урогенитальный кандидоз 489-491
3. Anthony Hall .Atlas of Male Genital Dermatology // Springer Nature Switzerland AG 2019 198. Candidiasis. 75-77
4. Neena Khanna Illustrated Synopsis of Dermatology and Sexually Transmitted Diseases // Fourth Edition, 2011. 427. Candidal genital infection 319-320
5. Nooshin K. Brinster, Vincent Liu, A. Hafeez Diwan, Phillip H. McKee; Dermatopathology // Elsevier Saunders 2010- 612 p. Candida 242-243
6. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний // под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти; пер с англ.- 2-е изд.- М: МЕДпресс-информ 2009-736 с. Кандидоз 194-198
7. Centers for disease control and prevention . Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 June 5, 2015 /140.75

UROGENİTAL UREAPLAZMOZ

Ureaplasma urealyticum prokariotlar aiddir, Mollicutes (mollis - yumşaq, cutes - dəri) sinfi, T – Mycoplasmatales sırası, Mycoplasmataceae ailəsi, Ur. urealyticum cinsidir.

T - ştammları ilk dəfə qeyri-qonokoklu uretritli xəstədə M. Shepard (1954) aşkar etmişdir. O, onların morfologiyasının fərqi və kultural xüsusiyyətlərini təsvir etmişdir. Ur. urealyticum adını M. Shepard 1974-cü ildə mikoplazmaların T-ştammlarının ureaz aktivliyini aşkar etdiyi zaman vermişdir.

İncə strukturun xüsusiyyətləri və reproduksiya rejimi kifayət qədər araşdırılmamışdır. Eyni zamanda törədicinin ultrastruktur xüsusiyyətlərini bilmədən, mikroorqanizmin zədə ocağının hüceyrə-ləri ilə qarşılıqlı əlaqəsini, persistə sahələrinin formalaşmasını, törədicinin dərman terapiyası nəticəsində dəyişməsi kimi mühüm patogenetik əlaqələri qiymətləndirmək mümkün deyil.

Sidik-cinsiyyət yollarını zədələyən, patogen mikoplazmaların digər bir nümayəndəsi olan M.hominis hamiləlik patologiyalarında mühüm rol oynayır. Doğuş sonrası qızdırma olan 50% qadınlarda bu agentə qarşı anticisimlərin miqdarının artması müşahidə edilmişdir. M.hominis septik abort olunmuş qadınlardan qanından ayırd edilmişdir.

U. urealyticum və M. hominisin mikrobioloji müayinəsi üçün material uretranın selikli qişasından götürülmüş qaşındır. Qaşın-tı 2-3 sm dərinlikdə aparılır. Material götürüldükdən dərhal sonra bulyonda yerləşdirilməli və Ur.urealyticum 24 saat ərzində 37°C-də, M.hominis 2 sutkadan 4 sutkaya qədər termostatda inkubasiya edil-məlidir. Işıq optik mikroskopunda preparatə tədqiq etdikdə ko-loni-yaların ölçüsü 20- 200 mkm arasında dəyişir, daha az hallarda isə 300 mkm çatır. Ureaplazmaların bərk qidalı mühitlərdə çoxal-masına işıq-optik mikroskopun aşağı böyütmə dərəcəsinə (50) baxılır. Bəzi hallarda, koloniyalar nisbətən böyük olduqda, səthi dənəli olur və qı-rışmış görünür.

Çox hallarda, kiçik halqavari koloniyalar (20-100 mkm) müşahidə edilir ki, bu da törədicinin çoxalma xüsusiyyətləri ilə əlaqəlidir.

Ur. urealyticum manqan-sulfat tərkibli mühitlərdə çoxaldıqda qəhvəyi və ya tünd-qəhvəyi rəngə boyanır. M.hominis koloniyaları morfoloji olaraq fərqlənir və rəngsiz qalırlar.

Koloniyaların ultranazik kəsikləri, ayrı-ayrı hüceyrələrin to-poqrafiyası haqqında, koloniyaların forması və orada hüceyrələ-rin yerləşməsinin xarakteri haqqında fikir yürütməyə imkan yara-dır. Elektroqrammda hüceyrələrə halqavari struktur əmələ gətirir. Halqanın daxili hissəsinə yaxın və hüceyrələrin daha sıx toplandığı yerlərdə mikroorqanizmlərin lizisi görünür, periferik hissədə isə dəqiq struktur var. Işıq-optik səviyyədə qeyd olunmayan ayrı-ayrı mikrokoloniyalar aqarın qalınlığında yetimmiş 2-4 sırada yerləşmiş hüceyrələrdir. Hüceyrələrin əsas hissəsi dartınmış formaya malik-dir və atmalar əmələ gətirməklə çoxalır.

Ur. urealyticumun ana hüceyrələrinin elektron-mikroskopik şəklində , mikroorqanizmin filamentli, ovoid və ya poliqonal for-malı, periferiyada üçqatlı membranla əhatə olunmuş quruluş görü-nür. Hüceyrənin diametri 200 ilə 400 nm arasındadır. Prokariotlar

üçün xarakter olan quruluşa malikdir. Sitoplazma yüksək elektron sıxlığı-na və çox sayda ribosom və poliribosomlara malikdir. Tək-tək hüceyrələrdə bakterial nukleoidlərə xas olan, DNT yerləşən, elek-tron-sıx filamentlər aşkar edilir. Qız hüceyrələrin sitoplazması yüksək elektron sıxlığına malikdir.

Hüceyrədən hüceyrəyə keçən, sapvari strukturlar, dartınma-ların əmələ gəldiyi zonalarda aşkar edilir.

Hüddud membranı strukturuna görə qram neqativ bakteriya-ların hüceyrə divarı ilə oxşardır, lakin qalınlığı nisbətən çoxdur. O, osmiofob qatlar ayrılmış, hər birinin qalınlığı 6nm olan iki osmiofil qatdan ibarətdir.

Membranın daxili səthində homogen, elektro-sıx kütlə adsorb-siya olunur, bunun hesabına qalınlığı 8 nm-ə qədər artır. Xarici sət-hin üzərində homogen kütlədən başqa çoxsaylı sapvari, mukopoli-saxarid təbiətli strukturlar var.

Ur. urealyticumun reproduksiyası tumurcuqlanma və ya atma-ların əmələ gəlməsi ilə gedir. Ana hüceyrələrdə nadir hallarda qız hüceyrələrə fragmentasiya müşahidə olunur.

Çoxalma membranın qız hüceyrələr nahiyəsindən əmələ gələn və diametri təxminən 150 nm olan hissələrin əmələ gəlmə-silə başlayır. Ana hüceyrədə (reproduktiv fərd) eyni anda bir neçə çoxalma qabarcığı əmələ gələ bilər. Diametri 100 nm-dən az olan qız hüceyrələrə çox nadir rast gəlinir. Bölünmə zamanı ana hü-ceyrə ilə qız hüceyrə arasında membrandan ibarət, gedərək nazik-ləşən əlaqə-ləndirici qat olur və iki hüceyrə tam ayrıldıqdan sonra ana hüceyrə-nin dublikatı olan yeni hüceyrə əmələ gəlir. Çoxalma əsasən böyük ana hüceyrələrdə baş verir. Bu zaman yeni əmələ gələn hüceyrələrin ölçüsü qız hüceyrələrin ölçüsünü aşaraq 350 nm-ə qədər artır.

Ur. urealyticum-un ətrafındakı qatı qidalandırıcı mühitində hü-ceyrələri bir-birinə bağlayan filamentar hissələrə rast gəlinir. Fila-

mentar hissəciklər mukoid maddə ilə birlikdə kapsulabənzər örtük əmələ gətirir.

Və nəhayət, filamentar hissəciklərin qram mənfi bakteriyalara oxşar morfoloji xüsusiyyətləri vardır.

U. urealyticuma elektron mikroskopda baxış zamanı onun qatı qidalı mühitində koloniya içərisində üçükvarı hüceyrələrə rast gəlinmişdir. Ur. urealyticum və M.hominis hüceyrələri möhkəm hüceyrə divarına və çoxsaylı ribosom və poliribosomlarla zəngin sitoplazmaya malikdir. Tək-tək hüceyrələrdə DNT quruluşlu tipik bakterial nukleoid tapılır.

Qeyd etmək lazımdır ki, uregenital patologiyaların klinik simptomatikası xarakterik klinik kriteriyalara malik deyil. Ur.urealyticum əsasən qonokoklarla asossasiya olunmuş şəkildə rast gəlinir.

Ureaplazmozun klinik əlamətləri

Ureaplazma səbəb olmuş sidik-cinsiyyət orqanlarının xəstəliklərinin klinik şəkli bir çox halda qonokokk infeksiyasını xatırladır. Axrınıcdan (və ya qonokokk infeksiyasından) iltihabın az kəskin olması ilə, böyük tezlikli ağırlaşma ilə qonoreya əleyhinə preparatlara qarşı dözümlülüklə fərqlənir.

“Ureaplazmadaşıyıcılıq” və ureaplazmoz fikirlərini fərqləndirmək lazımdı. Ureaplazmadaşıyıcılığı praktiki olaraq bütün sağlam şəxslərdə müşahidə olunur, anamnezində sidik cinsiyyət sisteminə heç bir iltihabi xəstəliyi olmayan, həmçinin müayinə zamanı, generativ funksiyanı tam qoruyub saxlamış, ağırlaşmamış mama həkiminin anamnezi ,sağlam nəslə(övladı)olan bütün sağlam şəxslərdə müşahidə olunur. Sidik-cinsiyyət traktında müayinə zamanı heç bir patoloji dətiyyəşiklik müşahidə olunmur, uretranın, uşaqlıq yolunun, uşaqlıq boynunun, düz bağırsağın yaxmalarında adi çöp florası ilə birkidə leykositlərin normal miqdarı müşahidə olunur. Ureaplazmalar əsasən uşaqlıq yolundan əkilir.

Ureaplazma ilə xəstələnmə zamanı (yoluxma zamanı) sidik cinsiyyət sisteminin müxtəlif dərəcəli və ağırlıqda iltihabi prosesləri müşahidə olunur (subkliniki və ya manifestəbənzər gedişli, generativ funksiya pozula bilər, keçmişdə və ya müəyinə zamanı ağırlaşmış ginekoloji mama həkiminin anamnezi). Ureaplazma infeksiyasının kliniki şəklinin xroniki və torpid gedişli qonoreyadan fərqləndirmək üçün əsas məqsəd etioloji diaqnoz (yəni törədici-nin aşkar olunması) qoyulmasıdır.

Qadınlarda infeksiya çox zaman gizli keçir və cinsi partn-yorun qeyri qonokokk uretrit dərəcəli müəyinəsi zamanı aşkar olunur. Xəstəliyin uzun müddətli gedişatı zamanı uşaqlıq boynu, uretra, uşaqlıq boruları, düz bağırsağ zədələnir və perihepatit əlamətləri yaranır. Xəstəliyin disseminə olunmuş formasının yaranmasına səbəb hamiləlik əleyhinə hormonal preparatların qəbulu, hamiləlik zamanı (3-cü trimestr) və yanaşı gedən infeksiyalardır.

Topik diaqnozun dəqiqləşdirilməsi və rəşional müalicə metodun seçmək üçün biz aşağıdakı müvvəqəti iş sxemini istifadə üçün təklif

1. Törədiciyə görə

- a) *Ur.urealyticum* səbəb olan xəstəlik
- b) qarışıq infeksiyalar

2. Xəstəliyin müddətinə görə: yeni (təzə) və xroniki

3. Gedişatına görə: kəskin, yarı kəskin, torpid

4. Kliniki əlamətlərinə görə

- a) kişilərin qeyri qonokokk uretriti
- b) qadınlarda sidik cinsiyyət sisteminin aşağı hissəsinin zədələnməsi.
- c) qadınlarda kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri

5. Ağırılığına görə

- a) yüngül (qadınların sidik-cinsiyyət sisteminin aşağı hissəsinin qeyri-qonokokk uretriti və zədələnməsi)
- b) orta ağırlıqlı (qadınların kiçik çanaq orqanlarının xroniki və yarımkəskin iltihabi xəstəlikləri, epididimit, vezikulit, kişilərdə prostatit)
- c) ağır (septisemiya, doğuşdan sonra, abortdan sonra, kiçik çanaq orqanlarının əməliyyatdan sonrakı vəziyyəti proqresivləşən febril gedişatla).

Təzə urogenital ureaplazmoza 2 ay qədər olan xəstəlik müddəti aid edilir, xroniki isə xəstəlik müddəti 2 aydan çox olanda aid edilir.

Qadınlarda xəstəliyin kəskin və yarımkəskin gedişatı, küt ağrıların, sidik ifrazatı zamanı göynəmə və yanma hissəsinin dizuriya və qıcıqlanmanın olması ilə xarakterizə olunur. Baxış zamanı toxumalar ödemli, solğun hiperemiyalı, arxa tağında toplanan və uşaqlıq boynunu örtən çoxlu miqdarda yarı şəffaf kleysterəbənzər axıntı qeyd olunur.

Uretradan, uşaqlıq yolundan və uşaqlıq boynu kanalından götürülən yaxmada çoxlu miqdarda leykosit və çubuq florası aşkar olunur. Torpid gedişli infeksiya simptomuz xarakter daşıyır, lakin yaxmalarda az nəzərə çarpan leykositoz aşkarlanır, hansiki bu vəziyyət urea- və mikoplazma daşıyıcılıqdan diferensasiya eləməyə imkan yaradır. Xroniki proses çoxocaqlığı və uzun müddətli gedişatı ilə xarakterizə olunur.

Orta ağırlıqlı gedişatı olan ureoplazmada qadınlarda uşaqlıq borularının, yumurtalıqların, parametrixaların zədələnməsi: kəskin nəzərə çarpan ödem, boruların hiperemiyası və parametrixası, selikalti və əzələ qışalarının limfositlərlə və polimorf nüvəli leykositlərlə hüceyrə infiltrasiyası xəstəliyin başlanğıcında

müşahidə olunur. Gec (gecikmiş) olaraq qranulyasiya inkişaf edir və parametriyada piy mənşəli (pererojdeniya yenitörəmə) ocaq əmələ gəlir. İnfeksiya nəzərəçarpan leykositozla və EÇS yüksəlməsi, parametriyadan, uşaqlıq borularından, uşaqlıqdan, uşaqlıq yolundan mikoplazma və ureaplazmanın ifrazatı ilə müşahidə olunur.

Ağır formalar mikroorqanizmin qan axınına, plasentaya, dölət-rafı qatlara keçməsi və spontan və septik abortlarla, doğuşdan sonrakı zökəmlə ümumi ağır gedişatla xarakterizə olunur.

Qarıxıq infeksiyalarda hansıki biosenozun tərkibində müxtəlif virulentli törədicilər əmələ gəlir, sidik cinsiyyət sistemi orqanlarının zədələnməsi manifest və çox ocaqlı olması, proses daha davamlı və ağırlaşmalarla müşahidə olunur. Miko-, ureaplazma və xlamidiyoz müayinəsində aşağıdakı qrup qadınlar cəlb olunur:

- * Qeyri-qonokokk infeksiyası ilə kişilərin yoluxmasına səbəb olan mənbələr
- * Postqonoreya və posttrixomonada ağırlaşmaları olanlar
- * Cinsiyyət orqanlarının iltihabı olanlar: uretrit, servisit, uşaqlıq boynun eroziyası, endometrit, adneksit və s.
- * Ginekoloji patologiyası olanlar: sosuzluq, hamiləliyin inkişafdan qalması, doğuşdan sonrakı iltihabi proseslər.
- * Pozğun həyat tərzini keçirənlər.

Kişilərdə ureaplazma, mikoplazma və xlamidiya uretritinin fərqləndirici kliniki xüsusiyyətlərinin aşkar olunması qeyd olunmuşdur.

Qarıxıq urogenital infeksiyaların və ureaplazmanın terapiya prinsipləri.

Ur. urealyticum bioloji xüsusiyyətlərini nəzərə almaq lazımdır. Bu törədicilər nəinki zədələnmə ocağında epitelial hüceyrələrə tropizmə malikdirlər, həmçinin epitelinin membran məhdudiyətli nahiyələrindən keçərək dərman terapiyası za-

manı törədicilərin dərmanlara qarşı dözümlüyü və müalicənin uğursuzluğuna səbəb olurlar. Nəzərə alaraq xəstəliyin latent və asimptom vəziyyətə keçməsi tətbiq edilən etitrop və patogenetik vasitələrdən irəli gəlir.

Ur. urealyticum pensilinə və onun törəmələri olan sefalosporinlərə həssas olmadıqları üçün xlamidiya-mikoplazma infeksiyalarının rasionallı müalicə metodunun seçilməsi bu nöqtəyi nəzərdə vacibdir. Eritromisin ureaplazmanın boyuməsini ləngidir, lakin M.hominisə təsir etmir, eyni vaxta linkomisin M.homonisin böyüməsini ləngidir, lakin ureoplazmaya təsir etmir. Hər hansı zəif gedişli infeksiya kompleks terapevtik vasitələrə immunomodulyatorların (taktivin, timalin, timogen, timaktin, leykinferon, dekaris, diafenilsulfon (dapson, avlosulfon)), antibiotiklərin və kandidozun qarşısını alan polien antibiotiklərin qoşulması nəzərə alınır.

Qardnerelyoz-xlamidiya infeksiyasının birlikdə olduqda ilk öncə qardnerelyozun müalicəsi aparılır, sonra xlamidiozun. Uşaqlıq yolunun qardnerelyozu aşkar olunduqda müayinə aparılır. Qız uşaqlarından material uşaqlıq yolunun girəcəyinin selikli qişasından, bəzi hallarda uşaqlıq yolunun arxa hissəsindən zond yeridilmə üsulu ilə götürülür (vaginokopiya zamanı).

Diaqnoz

Diaqnozun qoyulmasında laborator tədqiqat üçün klinik-materiallar

- qadınlarda: uretra, vagina, servikal kanaldan alınan yaxmalar; sidinin birinci porsiyası (molekulyar bioloji tədqiqat üçün)
- kişilərdə: uretradan yaxma, sidinin birinci porsiyası (molekulyar-bioloji tədqiqat üçün)

Diaqnozun qoyulmasında aşağıdakı laborator tədqiqat üsullərindən biri istifadə edilə bilər:

- molekulyar-bioloji üsul: bu üsul Ur. Urealyticumun spesifik DNT fraqmentinin aşkarlanmasına əsaslanır.
- test-sistemin tətbiqi ilə kultural tədqiqat üsulu: sidik cövhərinin və argininin hidrolizinə əsaslanan bu üsulun köməyi ilə mikolazmaların identifikasiyasını və kəmiyyətini, antibiotiklərə həssaslığını qiymətləndirmək olur.
- İFA (immunferment analiz), DİF (düz immunfluoresensiya) Ureaplasma Urealyticum törədicisinə qarşı anticisimlərin aşkarlanması.

Differensial diaqnoz. Spesifik klinik əlamətləri olmadığına görə digər urogenital xəstəliklərlə (qonoreya, trixomoniaz, kandidoz, bakterial vaginoz vəs.) differensial diaqnostikası aparılır.

Müalicə

- Doksisiklin-monohidrat 100mq, peroral gündə 2 dəfə, 10 gün olmaqla.
- Cozamisın 500 mq, peroral gündə 3 dəfə, 10 gün olmaqla

Xüsusi hallar:

- hamilələrdə: Cozamisın 500 mq, peroral gündə 3 dəfə, 10 gün olmaqla
- uşaqların müalicəsi (≥ 45 kq olmaqla) Jozamisın 50 mq/kq, doza gün ərzində 3 hissəyə ayrılmaqla peroral qəbul olunur, 10 gün olmaqla.

Ədəbiyyat:

1. Sloan B., Scheinfeld N. The use and safety of doxycycline hyclate and other Second generation tetracyclines. Expert opinion on drug safety 2008 Sep; 7 (5): 5717.
2. Waites K. B., Crabb d. M., duffy L. B. Comparative in vitro susceptibilities of human mycoplasmas and ureaplasmas to a new investigational ketolide, CEM- 101. Antimicrobial agents and chemotherapy 2009 May; 53 (5): 2139—41.
3. Guangyong Ye, Zhou Jiang, Min Wang, Jiamin Huang, Guochen Jin. The Resistance Analysis of Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis in Female Reproductive Tract Specimens Shiming Lu Cell Biochem Biophys Doi
4. Zhou Jiang, Min Wang, Jiamin Huang, Guochen Jin, Shiming Lu. detection and the antibiotic susceptibility analysis of mycoplasma and chlamydia in urogenital tract infections of 327 cases patients with tubal infertility. Zhonghua Shi Yan He Lin Chuang Bing du Xue Za Zhi 2011 Jun; 25 (3): 201—4.
5. Sonia Caracciolo, Carlo Bonfanti, Nino Manca, Maria Antonia de Frances-co. Incidence and antibiotic susceptibility of Mycoplasma hominis and Urea- plasma urealyticum isolated in Brescia, Italy, over 7 years. J Infect Chemother DOI 10.1007/s10156-012-0527-z.
6. Lysenko O. V., Kuznechenkova T. V., Iglikov V. A., deryabina V. P. Prevalence of urogenital inflammatory diseases associated with genital mycoplasmas. treatment efficacy. Vest dermatol Venerol 2010; 83—88.



7. Leli C., Mencacci A., Bombaci J.C., d'Alo F., Farinelli S., Vitali M. et al. Prevalence and antimicrobial susceptibility of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in a population of Italian and immigrant outpatients. *Infez Med* 2012; 20: 82—87.
8. Zhu C., Liu J., Ling Y., dong C., Wu T., Yu X. et al. Prevalence and antimicrobial susceptibility of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in Chinese women with genital infectious diseases. *Indian J dermatol Venereol Leprol* 2012; 78: 406—407.
9. Farkas B., Ostorhazi E., Ponyai K., Toth B., Adlan E., Parducz L. et al. [Frequency and antibiotic resistance of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in genital samples of sexually active individuals]. *Orv Hetil* 2011, 152: 1698—1702.
10. Krausse R., Schubert S. In-vitro activities of tetracyclines, macrolides, fluoroquinolones and clindamycin against *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma ssp.* isolated in Germany over 20 years. *Clin Microbiol Infect* 2010, 16: 1649—1655.
11. Kilic d., Basar M.M., Kaygusuz S., Yilmaz E., Basar H., Batislam E. Prevalence and treatment of *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, and *Mycoplasma hominis* in patients with non-gonococcal urethritis. *Jpn J Infect dis* 2004, 57: 17—20.
12. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями (РОДВК). М., 2012.
13. Кубанова А. А., Рахматулина М. Р. Урогенитальные инфекционные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами. Клинические рекомендации. *Вестн дерматол венерол* 2009; 3: 78—84.

14. Рахматулина М.Р. Урогенитальные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами (*Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*) *Consilium medicum* 2012; 2: 22—25.
15. Eunha Koh, Sunjoo Kim, In-Suk Kim, Kook-Young Maeng, Soon-Ae Lee. Antimicrobial Susceptibilities of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in Pregnant Women *Korean J Clin Microbiol* Vol. 12, No. 4, December, 2009.
16. Seong Jin Choi, M. d., Soon deok Park, M. S., In Ho Jang, M. S., Young Uh, M.d., Anna Lee, M.d The Prevalence of Vaginal Microorganisms in Pregnant Women with Preterm Labor and Preterm Birth *Ann Lab Med.* 2012 May; 32(3): 194—200. Published online 2012 April 18. doi: 10.3343/alm.2012.32.3.194 PMID: PMC3339299.
17. Mehmet Refik Bayraktar, Ibrahim Halil Ozerol, Nilay Gucluer, Onder Celik. Prevalence and antibiotic susceptibility of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in pregnant women *International Journal of Infectious diseases* (2010) 14, e90—e95.
18. Рахматулина М.Р., Касаткина И.С. Современные представления о роли генитальных микоплазм в развитии патологических процессов урогенитальной системы, методах их диагностики и лечения у детей. *Вестн дерматол венерол* 2011; 1: 15—23. 736

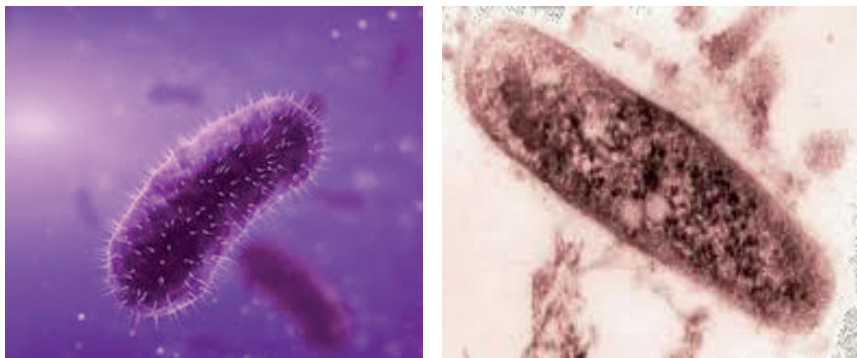
DONOVANOZ

Donovanoz- cinsiyyət orqanlarının və perianal nahiyənin tədri-cən progressivləşən xroniki bakterial infeksiyasıdır. Əsas təzahürü toxumaların dağılması ilə müşayiət olunan xora və vegetasiyadır.

Bir neçə sinonimi var: qasıq qranuloması, zöhrəvi qranuloma, cinsi orqanların xoralı qranuloması, sklerozlaşan qranuloma, beşin-ci zöhrəvi xəstəlik.

Epidemiologiya. Tropik və subtropik iqlim qurşağında yerləşən ərazilərdə: Afrikada, Şimali Avstraliyada, Qvineyada, Cənubi Vyetnamda, Tailandda, Birmada, Cənubi və Mərkəzi Amerikada, Hindistanda, İndoneziyada daha çox rast gəlinir. Daha çox yaşlı insanlarda rast gəlinir və cinsi yolla yayılır. Məişət yolu ilə yoluxması çox nadir hallarda rast gəlinir.

Etiologiya. Xəstəliyin törədicisi (*Colymatobacterium granulomatis*) 1905-ci ildə Mədrəs şəhərində irlandiyalı həkim Donovan tərəfindən ağız boşluğunun zədəli nahiyəsindən və cinsiyyət üzvlərindən götürülmüş ekssudatda aşkarlanmışdır. Bu bakteriyalar polimorf olub, ucları hamarlaşmış çöp və ya ovoid şəkildədirlər.



Şəkil 1

Qram mənfi bakteriyalardandır və kapsula əmələ gətirirlər. Törədiciləri makrofaqların və çoxnüvəli leykositlərin daxilində görmək mümkündür (şəkil 1). Preparatlar Romanovski-Gimza üsulu ilə rənglənilir.

Klinika. Donovanozun inkubasiya dövrü makroorqanizmin reaktivliyindən və mikroorqanizmin virulentliyindən asılıdır və bir neçə gündən 3 aya qədər və daha çox müddəti əhatə edə bilər.

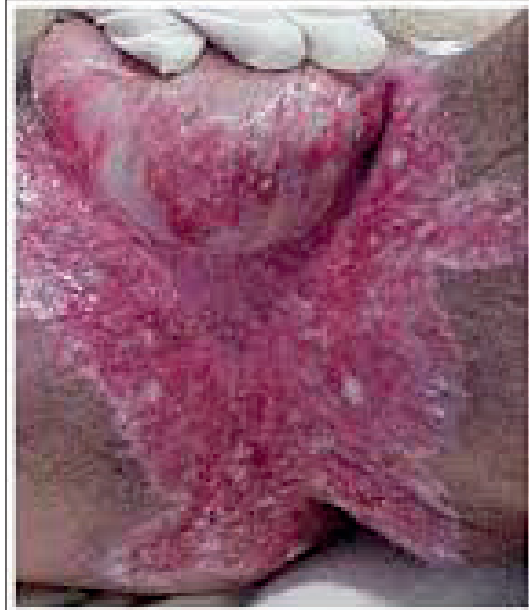


Şəkil 2

Xəstəliyin ilkin elementi papula-pustula, papula-vezikula, elementlərin ölçüsü 1-4 sm civarında olur. Bu ilkin elementlər əsasən kişilərdə penisin başında, pülükdə (şəkil 2); qadınlarda isə kiçik cinsiyyət dodaqlarında, uşaqlıq boynunda,

aralıqda, anus ətrafında lokalizə olunur. Bəzi hallarda isə üzdə, əllərdə, gövdə nahiyəsində də rast gəlmək olar. Bu ilkin elementlər müddət keçdikcə xoralaşır. Eyni vaxtda bir və bir neçə xora əmələ gələ bilər.

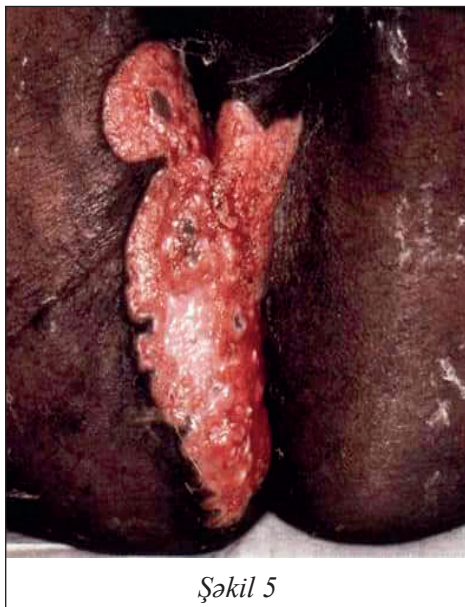
Xoraların konsistensiyası yumşaqdır, al-qırmızı rəngdə olur, ağrı vermir. Xora dibində xırda dənələr görünür, nazik qartmaqla örtülür, pis iyli ekssudat ifraz olunur, kənarları kələ-kötür olur, dəri səthindən bir qədər qabarıq və bu xoralar tədricən böyüyürlər. Autoinokulyasiya hesabına xəstəliyin patoloji elementləri dəri örtüyünün digər nahiyələrində də (üz, əl) baş verə bilər.



Şəkil 3



Şəkil 4



Şəkil 5

Kişilərdə penisin başından başlamış donovanoz, onun gövdəsinə, qasıq nahiyəsinə, xayaya, aralığa və s. (şəkil 2, 3), qadınlarda klitordan başlamış tədricən cinsiyyət dodaqlarına, vaginaya, uşaqlıq boynuna, qasıq-bud nahiyəsinə, düz bağırsağa keçib böyük fəsadlara səbəb ola bilər (şəkil 4, 5). Donovanoz zamanı cinsi üzvlər nahiyəsində və dəri örtüyünün başqa sahələrində xeyli miqdarda zədələnmə ocaqlarının olmasına bax-

mayaraq xəstənin ümumi vəziyyəti bir o qədər də dəyişmir. Limfa düyünləri iltihaba cəlb olunmur.

Diaqnoz. Diaqnozun təsdiqi üçün xora kənarından götürülmüş yaxmada Donovan cisimciklərinin aşkarlanması mütləqdir. Yaxma Romanovski-Gimza üsulu ilə boyanır.

Differensial diaqnoz. Xəstəliyin differensial diaqnozu birincili sifiloma, ikincili və üçüncülü sifilis, yumşaq şankr, qasıq limfoqranuloması, dəri və selikli qişaların xərçəngi, dəri vərəmi, anogenital dəri amebiazı kimi xəstəliklərlə aparılır.

Müalicə. Donovanozun müalicəsində əsas vasitələr antibiotiklər və sulfanilamid preparatlarıdır ki, bunlar da 3-4 həftə boyunca təyin olunur. Müalicə başlandıqdan bir neçə gün sonra Do-

novan cisimcikləri itir, 10-20 gün sonra isə xora çarıqlaşır. Eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, müalicəni sonacan aparmayan əksər xəstələrdə donovanozun residivinə rast gəlmək olar. Antibiotiklər və sulfanilamidlər həm sistem şəklində, həm də yerli istifadə olunur. Yerli istifadə əsasən dezinfeksiya xarakteri daşıyır. Bunlardan başqa biostimulyatorlar və vitamin preparatları da təyin olunur. Bəzi hallarda (deformasiyalarda, obliterasiya yaradan çarıqlarda, dəri köçürülməsi lazım gəldikdə) cərrahi müdaxiləyə ehtiyac yaranır.

Proqnoz. Vaxtında diaqnoz qoyub antibiotiklərlə müalicə etdikdə proqnoz yaxşıdır. Uzun müddət müalicəsiz qalmış, ağırlaşmalar vermiş donovanozun müalicəsində proqnoz ciddidir.

Ədəbiyyat:

1. Т.Фицпатрик, Р.Джонсон, К.Вулф, М.Палано, Д. Сюрмонд. Дерматология. Атлас-справочник.// 1088с, 612 илл. Перевод с английского. Практика. Москва. [Мак-Гроу- Хилл —« Практика» 1999]Донованоз 902-903
2. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology //2017.927 Donovanosis 781-783
3. Neena Khanna Illustrated Synopsis of Dermatology and Sexually Transmitted Diseases// Fourth Edition, 2011. 427Donovanosis309-310
4. Jean L.Bolognia,Joseph L.Jorizzo,Julie V.Schaffer.2012 elsevier limited all rights reserved. Donovanosis 1387-1389

5. STI Treatment Pocket European Guidelines 2018 39 donovanosi.5
6. 2016 European guideline on donovanosis Author: Nigel O'Farrell MD FRCP Ealing Hospital, London, Uk.1-6
7. Ahmed N, Pillay A, Archary M, Bobat R. Donovanosis causing lymphadenitis, mastoiditis, and meningitis in a child. *Lancet* 2015; 385: 2644
8. Sethi S, Sarkar R, Garg V, Agarwal S. Squamous cell carcinoma complicating donovanosis not a thing of the past. *Int J STD AIDS* 2014;25: 894-7
9. Centers for disease control and prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 June 5, 2015 /140.32

UROGENİTAL MİKOPLAZMOZ

Urogenital mikoplazmoz - cinsi yolla yayılan bakterial infeksiyadır.

Mikoplazmozlar (ureaplazmozlar) əhali arasında geniş yayılmışdır. Onlar cinsi əlaqələr zamanı ötürülür, ona görə də bir çox mütəxəssislər onları cinsi yola yayılan infeksiyalara aid edirlər.

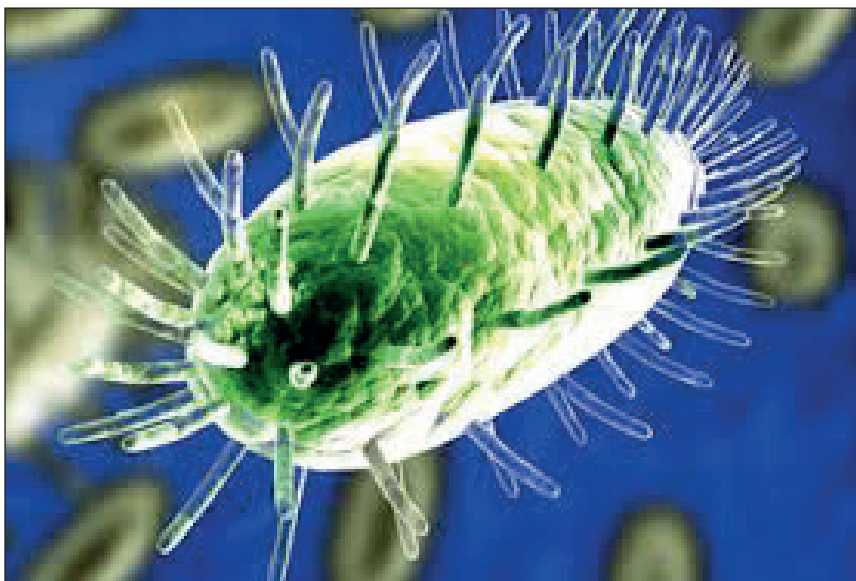
Etiologiya

İnsanın mikoplazmalarla törədilən xəstəliklərini insanın mikoplazmozları qrupunda birləşdirirlər. Müasir təsnifata əsasən (N.Romano və əməkdaşları, 1984), mikoplazmalar Mycoplasmataceae ailəsinə aiddirlər. Bu ailə 2 cinsə bölünür: Mycoplasma cinsinə 100 növ daxildir və Ureaplasma (urea- sidik, plasma - istənilən forma alan), buraya hələlik 3 növ daxildir. Ureaplazmaların əsas taksonomik əlaməti onların sidik cövhərini hidrolizə uğratmaq qabiliyyətidir.

Müəyyən edilmişdir ki, insan təqribən 14 növ mikoplazmaların təbii sahibidir. 4 növ (Mycoplasma pneumoniae, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum) həqiqi mənada insan üçün patogen sayılır.

Son illərin müayinələrinə əsasən *M.fermentans* və *M.penetrans* QİÇS-in inkişafında iştirak edirlər. *M.pneumoniae* - respirator infeksiyanın törədicisidir, *M.hominis*, *M.genitalium*, *U.urealyticum* - urogenital yolun infeksiyalarının törədicisidir.

Urogenital mikoplazmaların (*M.hominis*, *M.genitalium*, *U.urealyticum*) geniş yayılması və onların praktik sağlam şəxslərdə tez-tez aşkar edilməsi urogenital yolun xəstəliklərinin etiologiyasında və patogenezində bu mikroorqanizmlərin rolunu aydınlaşdırmaqda çətinlik törədir (sxem 1).



Sxem 1

Bu problemə dair tədqiqatçıların fikirləri bir-birinə ziddir.

Bəzi müəlliflər mikoplazmaları konkret nozoloji formaların: uretritin, prostatitin, Doğuşdan sonrakı endometritin, pielonefritin, hamiləlik patologiyasının və dölün patologiyasının, artrit, sepsisin inkişafında rol oynayan həqiqi patogenlərə aid edirlər.

Digər tədqiqatçılar hesab edirlər ki, mikoplazmalar urogenital yolun kommensialları olub müəyyən şəraitlərdə sidik-cin-

siyyət orqanlarının infeksiyon-iltihabi proseslərini (çox vaxt digər patogen və ya şərti-patogen mikroorqanizmlərlə) törətməyə qadirdirlər.

Mikoplazmaların və ureaplazmaların fərqləndirici xüsusiyyətləri bunlardır: hüceyrəsiz mühitdə böyümələri; onlar adətən “qayğanaq-nimru” şəklində koloniyalar əmələ gətirir; həyat qabiliyyətli ən kiçik formaların ölçüsü 200-300 nm-ə qədərdir; çox vaxt dairəvidir, bəzən *M.pneumoniae* və ya *M.genitalium* kimi olurlar, yəni butulka və ya armud formasındadırlar; hüceyrə divarı yoxdur, lakin üçqatlı membran vardır; DNT və RNT vardır; onların böyüməsi geniş təsir spektrinə malik antibiotiklərlə daf olunur, lakin penisillinə və rifampisinə qarşı davamlıdırlar (bu, hüceyrə divarının olmaması ilə bağlıdır); digər antibiotiklərə qarşı davamlılıq inkişaf edə bilər; onların böyüməsi anticisimlər tərəfindən daf olunur (xüsusilə komplement iştirak etdikdə); spesifik sahibə qarşı meylliyi; bəziləri - immunstimulyatorlar, digərləri isə immunsupressorlardır; respirator və genital yolun xəstəliklərini, həmçinin mastitlər (heyvanlarda) törədirlər, hüceyrə kulturalarını yoluxdururlar.

Ureaplazmalar “o mikroorqanizmlərə aiddirlər ki, onlar aşkar edildikdə xəstəliyi axtarmaq lazımdır”. *U.urealyticum* insanın bəzi xəstəliklərinin, məsələn, Reyter sindromu, prostatit, sidik kisəsinin və böyrəklərin daşları, kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri, artrit və sonsuzluğun inkişafında etioloji amili kimi iştirak edir. *U.urealyticum* həmçinin hamiləliyin bəzi ağırlaşmalarını, məsələn, xorioamnionit, vaxtından əvvəl doğuşları törədə bilər, həmçinin perinatal xəstələnmə və ölümə səbəb ola bilər. Bir sıra hallarda *U.urealyticum*-un etioloji rolunu sübut etmək çətindir, çünki bu mikroorqanizmlər çox vaxt normal mikrofloranın tərkibinə daxil olur və heç bir xəstəlik törətmir.

Patogenez

Urogenital mikoplazmozların patogenezinin mexanizmi tam aydın deyildir. Yalnız mikoplazmaların hüceyrələrlə qarşılıqlı əlaqəsi haqqında ayrı-ayrı məlumatlar vardır.

Ureaplazmaların və həssas hüceyrələrin qarşılıqlı əlaqəsinin mexanizmi bu mikroorqanizmlərin membranda persistensiyası ilə şərtlənə bilər, lakin onların membran parazitləri olması, yoxsa sitoplazmaya daxil olması hələ müəyyən edilməmişdir. Bu bakteriyaların həyat fəaliyyətinin məhsulları orqanizmin hüceyrələri üçün toksik ola bilər və hüceyrə divarına zədələyici təsir edə bilər. Peroksidazanın aktivliyi nəticəsində yağların oksidləşməsi də həmçinin hüceyrə divarının zədələnməsinə gətirib çıxara bilər. Sidik cövhərinin ureaplazmalar tərəfindən parçalanması nəticəsində əmələ gələn ammoniakın qatılığı da mikroorqanizm üçün toksik ola bilər. Mikoplazmalar sahibin hüceyrələrinin bəzi komponentlərini, məsələn xolesterini və yağ turşularını utilizasiya edir. Mikoplazmaların yapışması mexanizmi tam aydın deyildir. Əgər mikoplazma uretranın epitelisinə yapışırsa, belə əlaqə çox sıxdır və sidik axınının təsiri altında parçalanmır. Lakin mikoplazmalar və sahibin hüceyrələri arasında birbaşa sıx yapışma mövcud deyildir - bunu elektron mikroskopiyasının vasitəsilə təyin edirlər.

Epidemiologiya

Urogenital mikoplazmoz əhalinin müxtəlif qrupları arasında kifayət qədər geniş yayılmışdır. Cinsi fəallığı yüksək olan, fahişə qadınlarda, homoseksualistlər, bəzi zöhrəvi xəstəliklərdə (məsələn, sifilis və trixomoniaz) şəxslərdə o, tez-tez və ən vacibi odur ki, hamiləlik zamanı aşkar edilir.

Urogenital mikoplazma infeksiyası ilə yoluxma əsasən cinsi yolla baş verir. Qadınların, xüsusilə də qızların dolayı yolla yoluxması mümkündür. Genital yolun yuxarı şöələrinin mikoplazmalarla infeksiyalaşması spermatozoonlar - mikoplazmaların da-

şıyıcıları ilə həyata keçirilə bilər. Dölün bətdaxili yoluxması və yenidoğulmuşların mikoplazmalarla infeksiyalaşmış ananın doğuş yollarından keçərkən yoluxması müəyyən edilmişdir.

Klinik mənzərə

Mikoplazma infeksiyasının klinik mənzərəsinin patoqnomik simptomları yoxdur. Qeyri-qonokok uretritinin, prostatitin, orxiepididimitin, doğuşdansonrakı endometritin, özbaşına abortun, vaxtından əvvəl doğuşların, abortdansonrakı və doğuşdansonrakı qızdırmaların, böyüklərdə artrit, yenidoğulmuşlarda sepsisin və meningitin klinik simptomları təsvir olunmuşdur ki, müayinə zamanı monokulturalarda *M.hominis*, *M.genitalium*, *U.urealyticum* aşkar edilmişdir.

Qeyri-qonokokk ureriti (QQU) və prostatit. QQU-nin inkişafında *M.hominis*-in etioloji rolu mübahisə mövzuna çevrilmişdir. QQU zamanı *M.hominis*-in aşkarlanma tezliyi 13-37% arasında dəyişir. Göstərilmişdir ki, xronik abakterial prostatiti olan 10% şəxslərdə *M.hominis* aşkar edilir.



Qeyri-qonokokk və ya qeyri spesifik uretrit - kişilərdə ureaplazma infeksiyası nəticəsində yaranan ən geniş yayılmış xəstəlikdir. Ureaplazmalar QQU törədirlər ki, onun üçün residivləşən gediş xarakterdir. İnkubasiya müddəti 3-5 həftə davam edir. Yoluxma cinsi yolla baş verir. Cinsi partnyorları müayi-nə etdikdə onların 87%-də xəstəlik torpid, bəzən isə simptomsuz sürür.

Ureaplazma prostatitlərinin inkişaf etməsi ureaplazma infeksiyasının ən çox rast gəlinən patologiyasıdır. Prostat vəzin şirəsində ureaplazmaların 10^3 - 10^4 KƏV/ml miqdarda olması prostatitin inkişafında onların etioloji rol oynadığını göstərir.

Çox vaxt homoseksualist kişilərin düz bağırsağında ureaplazmaların kolonizasiyası aşkar olunur. Belə fikir vardır ki, *U.urealyticum* proktitin yaranmasının etioloji amil kimi iştirak edə bilər.

Müəyyən edilmişdir ki, *M.genitalium* kəskin QQU-nin törədicilərindən biri sayılır, xronik və ya residivləşən QQU-nin inkişafında onun birbaşa rol oynaması sübut olunmuşdur, lakin xronik abakterial prostatitin inkişafında *M.genitalium*-un iştirak etməsinə dair məlumatlar yoxdur.

Kişilərdə sonsuzluq

Urogenital yolun mikoplazma infeksiyasının kişilərdə sonsuzluğun yaratmasına dair məlumatlar olduqca ziddiyyətlidir. Bəzi tədqiqatçıların məlumatlarına əsasən belə əlaqə vardır, digərlərinə görə isə yoxdur. Qadınlarda ikincili sonsuzluq iltihab proseslərinin nəticəsində inkişaf edə bilər ki, bu da onlarda həm ovogenezin pozulmasına, həm də yumurta hüceyrənin hərəkətinin ləngiməsinə gətirib çıxarır.

Kişilərdə ureaplazmalarla törədilən sonsuzluq təkcə iltihab prosesləri ilə deyil (bir qayda olaraq, prostatitlə), həm də ureaplazmaların bilavasitə spermatogeneza, həmçinin spermatozoidlərin hərəkətliliyinə təsir etməsi ilə bağlı ola bilər.

Sonsuzluğun inkişafında (xüsusilə də kişilərdə) *M.genitalium*ün iştirak etməsi inkar olunmur. *M.genitalium* hüceyrələrdə kəskin adsorbsiya etmək qabiliyyətinə malikdir və spermatozoidin başına və ya orta hissəsinə yapışaraq onun aktivliyini dəyişdirə bilər.

Diaqnoz

Mikoplazmaların identifikasiyası üçün ümumi qəbul edilən metod kultural müayinə metodu sayılır ki, onlar da daima təkmilləşdirilir. Rənglənmiş preparatların birbaşa mikroskopiyası zamanı mikoplazma infeksiyalarının diaqnostikası mikoplazmaların bütün ailəsində dəqiq morfoloji xassələrin olmaması, onlarda kəskin polimorfizmin olması, həmçinin ölçülərinin kiçik olması ilə əlaqədar mümkün deyildir.

Urogenital mikoplazmozların identifikasiyası üçün müxtəlif laborator diaqnostika metodlarından istifadə olunur:

- bakterioloji (kultural) metod;
- seroloji metodlar;
- mikoplazmaların antigenlərinin İFR və ya İFA metodu ilə təyin edilməsi;
- aktivləşmiş hissəciklər metodu;
- gen zondları metodu;
- zəncirvari polimeraza reaksiyası metodu.

Bakterioloji metod

Bakterioloji diaqnostika metodu (rəngli reaksiya), ureaplazmaların böyüməsi üçün vacib olan sidik cövhərinin parçalanmasına, pH-ın dəyişilməsinə və nəticədə indikator əlavə olunduqda mühitin rənginin dəyişilməsinə əsaslanmışdır. Genital mikoplazmalar həm duru, həm də bərk qidalı mühitlərdə becərilir. Bakterioloji diaqnos-

tika zamanı, bir qayda olaraq birinci və ikinci variantdan istifadə olunur.

Klinik materialın duru qidalı mühitlərə əkilməsi ureaza (*U.urealyticum* üçün) və arginaza (*M.hominis* üçün) fermentinin təyin edilməsində ilkin test kimi istifadə olunur. Ureazanın təsiri altında sidik cövhərinin ammoniyaya qədər parçalanması baş verir ki, bu da duru qidalı mühitin qələviləşməsinə və indikatorun rənginin 18-24 saat ərzində dəyişməsinə gətirib çıxarır. *M.hominis* tərəfindən hasil edilən arginaza fermenti arginin amin turşusunu parçalayır ki, bu da mühitin pH-nın yüksəlməsi ilə müşayiət olunur.

Son illər xüsusi test-sistemlər meydana çıxmışdır, onlardan istifadə edərək bir mərhələdə duru qidalı mühitdə tək bu və ya digər mikoplazma törədicisinin olub-olmamasını deyil, həm də müayinə olunan klinik materialda onun qatılığını təyin etmək olar («Sanofi Pasteur» Fransa firmasının istehsalı olan «Mycoplasma DUO» test-sistemi; «bio Merieux» istehsalı olan «Mycoplasma IST» test-sistemi).

«Sanofi Pasteur» Fransa firmasının istehsalı olan «Mycoplasma DUO» test-sistemi *U.urealyticum* və *M.hominis*-i becərmək, identifikasiya və differensiasiya etməyə imkan verir.

O, mikrometod olub iki mikroorqanizmlərin eyni vaxtda aşkar edilməsi ilə yanaşı, onların miqdarını təyin etməyə imkan verir. Test-sistem tamamilə komplektasiya olunmuş və laminar, soyucudu və termostat olan bütün laboratoriyalarda tətbiq oluna bilər. Dəstin tərkibinə mikroplattlar daxildir, onların yuvacıqlarında müayinə zamanı dehidratasiya olunmuş substratların nümunələri, böyümə amilləri və metodu həyata keçirməyə imkan verən (kultivasiya, identifikasiya, titrləmə) selektiv antibiotiklər; nümunələrin (qaşıntılar, sidik, eyakulyat) yığılması, daşınması və saxlanması üçün daşınma zamanı işlədilən mühit olan flakonlar saxlanır və həll olunur. Diaqnostikanın nəticələri mühitləri yoxaldırdıqdan və ma-

terialı termostatda 37°C-də inkubasiya etdikdən 24 və 48 saat sonra müşahidə olunur.

Mikoplazmaların analoji becərilməsi, identifikasiyası və titrlənməsi prinsipi “bio Merieux” istehsalı olan “Mycoplasma IST” test-sistemində istifadə olunur. Həmin testdən istifadə etdikdə *U. urealyticum* və *M. hominis*-in aşkar olunması və identifikasiyası ilə eyni vaxtda bu mikoplazmaların antibiotiklərə qarşı həssaslığını təyin etmək olar.

Mikrobioloji analiz zamanı uretranın selikli qişasından, uşaqlıq yolunun tağlarından, uşaqlıq boynunun kanalından, periuretral sahədən nümunələr götürülür. Mikoplazmaları aşkar etmək üçün sidik nümunələrini səhər birinci və orta porsiyalardan götürmək məsləhətdir. Prostatitə şübhə olduqda əkmək üçün prostat vəzin şirəsini əldə etmək lazımdır.

Naməlum etiologiyalı kişi sonsuzluğu zamanı spermanı mikrobioloji yolla müayinə etmək məqsədəuyğundur. Həmçinin laparoskopiya, amniosentez zamanı biosubstratları, həmçinin aborta uğramış və ölü doğulmuş döllərin toxumalarını mikrobioloji müayinədən keçirmək lazımdır.

Seroloji reaksiyalar

Seroloji reaksiyalardan (KBR, QDHAR, İFA) əhali qruplarının kütləvi müayinələri zamanı istifadə edilməsi tövsiyə olunur. Lakin mikoplazmaların və ureaplazmaların seroloji diaqnostikası bu törədicilərin serotiplərinin böyük miqdarda olması, həmçinin sidik-cinsiyyət yollarının mikoplazmalarla zədələnməsi zamanı immunoloji dəyişikliklərin kifayət qədər öyrənilməməsi ilə əlaqədar olduqca çətindir. Hazırda hamı üçün münasib diaqnostikumlardan biri “MikoqomoSkrin (G+M)” sayılır ki, bu zaman İFA metodu ilə *M. hominis*ə qarşı IgM və IgG anticisimləri aşkar edirlər. Xəstəliyin dinamikasında anticisimlərin titrinin 4 dəfə artması *M. hominis* ilə törədilən infeksiyon prosesin olmasını sübut edir.

Mikoplazmaların antigenlərinin İFR və ya İFA metodu ilə təyin olunması

Mikoplazmaların və ureaplazmaların antigenlərinin qan zərdbəndində və digər substratlarda aşkar edilməsi metodları – aqreqat-hemaqqlütinasiya reaksiyası (AHAR), İFA, İFR işlənib hazırlanmışdır. Bu metodları həyata keçirmək üçün törədicinin müxtəlif serotiplərinə qarşı standart antizərdablar dəstinin olması vacibdir. İFR-in qoyulması üçün flüoroxrom ilə konyuqasiya olunmuş spesifik antizərdabdan istifadə olunur. Standart diaqnostikumların arasında U.urealyticum antigenlərinin düz immünflüoessensiya metodu ilə aşkar olunması üçün işlədilən “UreaSlayd” test-sistemini və M.hominis-i aşkar etmək üçün analogi “MikoSlayd” test-sistemini (Rusiya istehsalı) göstərmək olar. Müayinə olunan mikropreparatlarda mikoplazmalar epitel hüceyrələrin səthində, spermanın nümunələrində -spermatozoidlərdə, həmçinin sərbəst şəkildə polimorf strukturlar (dənələr, qranulalar, kokk bakteriyaları və s.) şəklində görünür, parlaq-yaşıl işıqlanmaya malikdir. Qeyri-spesifik bakterial mikroflora narıncı və qırmızı-qonur rəngə boyanır.

Yaxmanın keyfiyyəti az miqdarda selik, eritrositlər olduqda hüceyrələrin və hüceyrə elementlərinin olması ilə müəyyən olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, mikoplazmaların antigenlərinin İFR vasitəsilə aşkar edilməsi yalnız infeksiyanın olmasına qarşı keyfiyyət reaksiyası kimi tətbiq olunur və törədicinin etioloji baxımdan əhəmiyyətli miqdarını təyin etməyə imkan vermir.

Aktivləşmiş hissəciklər metodu

Aktivləşmiş hissəciklər metodu (“Roxatest” diaqnostikumu) yaxmalarda U.urealyticum və M.hominis-i aşkar etmək məqsədilə istifadə olunur. Xəstənin urogenital yolundan götürülmüş müayinə materialı əşya şüşəsinin üzərinə köçürülür, qurudulur və şüşəya-

zanla yaxmanın ətrafındakı sahə işarələnir, oraya normal dovşan zərdabı qoyulur (əvvəlcədən bufer məhlulunda durulmuş). Öyrənilən materialın inkubasiyasını (otaq həratətində 10 dəq. və ya termostatda 37°C-də 5 dəq). İnkubasiya zamanı əşya şüşəsini bir neçə dəfə səliqə ilə silkələyirlər. Sonra üzərinə “Roxatest” diaqnostikumunu qoyur və məhlulları qarışdırır, əşya şüşəsini 2 dəqiqə ərzində ehtiyatla silkələyirlər. Prosedurların sonunda reaksiyanın nəticələri qeyd olunur.

Gen zondları metodu

Gen zondlarının tətbiqinə əsaslanmış yeni diaqnostik metod işlənib hazırlanmışdır. 3 sinif zondlar təsvir olunmuşdur: pRNT fraqmentlərindən ibarət zondlar; DNT-nin klonlaşdırılmış fraqmentlərindən ibarət zondlar (müəyyən növlər və hətta ştamplar üçün spesifik ardıcılıqlardan ibarət olan); plazmidlərdən və ya mikoplazmaların viruslarından quraşdırılmış zondlar.

Zəncirvari polimeraza reaksiyası

Mikoplazmaların aşkar edilməsi üçün ZPR metodu (zəncirvari polimeraza reaksiyası) işlənib hazırlanmışdır ki, o da DNT-diaqnostika metodlarına aiddir və öyrənilən mikroorqanizmlərin və ya virusların genlərində nukleotidlərin ardıcılıqlarının tanınmasına əsaslanmışdır. Bu metodda uretradan, uşaqlıq yolunun divarlarından və servikal kanaldan götürülmüş qaşıntılar müayinə olunur.

Urogenital yolun mikoplazmozlarını aşkar etmək üçün ən münasib metod bakterioloji və ZPR metodu, həmçinin “Mycoplasma DUO” test-sistemi hesab edilir. Həmçinin seroloji diaqnostika metodları (QDHAR və AHAR) da effektiv sayılır - xüsusilə də QQU və cinsiyyət yolunun aşağı şöbəsinin iltihabi prosesləri zamanı. Metodlar kompleksindən istifadə etmək tövsiyə olunur, belə ki, bu, nəticələrin dürüstlüyünü artırır.

Müalicə

Mikoplazmozların müalicəsi üçün dərman vasitələrinin seçilməsi törədicinin biologiyasının xüsusiyyətləri ilə təyin olunur. Onlar bütün preparatlara qarşı davamlıdır. onların təsiri hüceyrə divarının zülallarının biosintezi ilə bağlıdır, membran və sitoplazmatik zülalları sintez edən ingibitorlara qarşı həssasdırlar. Onların əksəriyyəti tetrasiklin sırası antibiotiklərə, bir çox makrolidlərə, linkozamidlərə, göbələkəleyhinə və protozoyəleyhinə preparatlara qarşı həssasdırlar. Lakin bəzi preparatlar mikoplazmaların müxtəlif növlərinə qarşı müxtəlif aktivliyə malikdir, ona görə də ştamların antibiotiklərə həssaslığına dair məlumat tələb olunur. Bu, xüsusilə mikoplazmaların cinsiyyət yolunda yerləşən növlərinə aiddir. Mikoplazma infeksiyalarının əksəriyyəti müvafiq antibiotiklərlə müalicə edilə bilərlər. İmmunçatışmazlıq ilə xəstələrdə müalicə zamanı çətinliklər yaranı bilər.

Mikoplazma infeksiyası zamanı etiotrop terapiyanın təyin olunmasının meyarları:

- Sidik-cinsiyyət və digər orqanların infeksiyon-iltihabi proseslərinin klinik əlamətləri;
- kompleks mikrobioloji müayinələrin nəticələri - buraya patogen və şərti-patogen mikroorqanizmlərin aşkarlanmasına görə aparılan müayinələr daxildir (kəmiyyətə miqdarı təyin edilməklə);
- aparılacaq operativ və ya invaziv manipulyasiyaların (doğuşlar, abort, uşaqlıqdaxili kontraseptivlərin yeridilməsi) risk dərəcəsi;
- yalnız mikoplazma infeksiyası ilə əlaqədar yaranan sonsuzluq;
- hamilə qadınlarda: mama-ginekoloq anamnezi və hazırkı hamiləliyin gedişi.

Seçim preparatlarına aiddir:

- Tetrasiklin (*doksisiklin* - 1-ci qəbul 0,2 q, sonra 0,1 q olmaqla sutkada 2 dəfə 7-10 gün ərzində; *minosiklin* - 1-ci qəbul 0,2 q, sonra 0,1 q olmaqla sutkada 2 dəfə 7-10 gün ərzində);
- Azalidlər (*azitromitsin* - 1-ci qəbul 0,5 q, sonra 0,25 q olmaqla sutkada 1 dəfə, kurs ərzində 1,5 q).

Alternativ preparatlara aiddir:

- makrolidlər (*eritromitsin* - 0,5 q olmaqla sutkada 4 dəfə 7-10 gün ərzində; *midkamisin* - 0,4 q olmaqla sutkada 3 dəfə 5-7 gün ərzində; *klaritromitsin* - 0,25 q olmaqla sutkada 2 dəfə 5-7 gün ərzində; *roksitromitsin* - 0,15 q olmaqla sutkada 2 dəfə 7-10 gün ərzində);
- ftorxinolonlar (*pefloksasin* - 0,6 q olmaqla sutkada 1 dəfə 5-7 gün ərzində; *ofloksasin* - 0,4 q olmaqla sutkada 1 dəfə 5-7 gün ərzində; *lomefloksasin* - 0,6 q olmaqla sutkada 1 dəfə 5-7 gün ərzində).

Qeyd: *M.hominis* makrolidlərə qarşı həssasdır. Bir qayda olaraq, *U.urealyticum* makrolid antibiotiklərə, tetrasiklinlərə və ftorxinolonlara qarşı həssasdır. Eyni zamanda ureaplazma infeksiyanın müalicəsi üçün aminoqlikozidlərin və linkozamidlərin tətbiq olunması adətən səmərəsiz olur.

Mikoplazmoz ilə xəstələrə müalicə təyin olunduqda cinsi partnyorları müayinə etmək, törədicini aşkar etdikdə isə müalicə aparmaq tövsiyə olunur.

Mikoplazma infeksiyası ilə xəstələrin kontrol müayinəsi antimikrob terapiya kursunun başa çatmasından 2-3 həftə sonra həyata keçirilir.

Profilaktika

Bu qrup infeksiyalar üçün tətbiq olunan profilaktika tədbirləri cinsi yolla yayılan digər infeksiyalarda olduğu kimidir. Mikoplazmozların aşkarlanmasına görə planlı tibbi müayinələrə «yüksək risk» qruplarında başlamaq lazımdır ki, onlara mütəxəssislərin əksəriyyəti fahişə qadınları, homoseksualistləri və ən başlıcası urogenital yolun naməlum etiologiyalı xronik iltihabi xəstəliklərindən əziyyət çəkən reproduktiv yaşlı bütün qadınları, həmçinin ağırlaşmış mamalıq anamnezi və hazırkı hamiləliyi qeyri-qənaətbəxş gedişə malik olan hamilə qadınları aid edirlər.

Hamiləliyin müxtəlif mərhələlərində hamilə qadınların məqsədyönlü müayinəsi böyük profilaktik əhəmiyyət daşıyır. Onlarda urogenital mikoplazmoz aşkar edildikdə hamilə qadının və onun həyat yoldaşının sanasiyası yolu ilə bətdaxili mikoplazma infeksiyasının inkişaf etməsinin qarşısını almaq olar. Uroloji xəstələr arasında yüksək risk qruplarını ayırd etmək lazımdır. Onların sırasına ilk növbədə böyrəklərin transplantasiyasına ehtiyacı olan şəxsləri aid edirlər. Urogenital mikoplazmozların vaxtında aşkar edilməsi və müalicəsi qalxan uroloji infeksiyaların profilaktikası zamanı çox vacibdir.

Ədəbiyyat

1. Guangyong Ye, Zhou Jiang, Min Wang, Jiamin Huang, Guochen Jin. The Resistance Analysis of Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis in Female Reproductive Tract Specimens Shiming Lu Cell Biochem Biophys DOI 10.1007/s12013-013-9691-8.

2. Zhou Jiang, Min Wang, Jiamin Huang, Guochen Jin, Shiming Lu. detection and the antibiotic susceptibility analysis of mycoplasma and chlamydia in urogenital tract infections of 327 cases patients with tubal infertility. *Zhonghua Shi Yan He Lin Chuang Bing du Xue Za Zhi* 2011 Jun; 25 (3): 201—4.
3. Lysenko O. V., Kuznechenkova T. V., Iglikov V. A., deryabina V. P. Prevalence of urogenital inflammatory diseases associated with genital mycoplasmas. treatment efficacy. *Vest dermatol Venerol* 2010; 83—88.
4. Leli C., Mencacci A., Bombaci J.C., d’Alo F., Farinelli S., Vitali M. et al. Prevalence and antimicrobial susceptibility of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in a population of Italian and immigrant outpatients. *Infez Med* 2012; 20: 82—87.
5. Zhu C., Liu J., Ling Y., dong C., Wu T., Yu X. et al. Prevalence and antimicrobial susceptibility of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in Chinese women with genital infectious diseases. *Indian J dermatol Venereol Leprol* 2012; 78: 406—407.
6. Farkas B., Ostorhazi E., Ponyai K., Toth B., Adlan E., Parducz L. et al. [Frequency and antibiotic resistance of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in genital samples of sexually active individuals]. *Orv Hetil* 2011, 152: 1698—1702.
7. Krausse R., Schubert S. In-vitro activities of tetracyclines, macrolides, fluoroquinolones and clindamycin against *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma ssp.* isolated in Germany over 20 years. *Clin Microbiol Infect* 2010, 16: 1649—1655.

8. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями (РОДВК). М., 2012.
9. Рахматулина М.Р. Урогенитальные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами (*Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*) *Consilium medicum* 2012; 2: 22—25.
10. Seong Jin Choi, M. d., Soon deok Park, M. S., In Ho Jang, M. S., Young Uh, M.d., Anna Lee, M.d The Prevalence of Vaginal Microorganisms in Pregnant Women with Preterm Labor and Preterm Birth *Ann Lab Med.* 2012 May; 32(3): 194—200. Published online 2012 April 18. doi: 10.3343/alm.2012.32.3.194 PMID: PMC3339299.
11. Mehmet Refik Bayraktar, Ibrahim Halil Ozerol, Nilay Gucluer, Onder Celik. Prevalence and antibiotic susceptibility of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in pregnant women *International Journal of Infectious diseases* (2010) 14, e90—e95.
12. Рахматулина М.Р., Касаткина И.С. Современные представления о роли генитальных микоплазм в развитии патологических процессов урогенитальной системы, методах их диагностики и лечения у детей. *Вестн дерматол венерол* 2011; 1: 15—23.
13. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология . Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. // -5-е изд., перераб. и доп.-М.: Деловой экспресс, 2016.-768 с.721-729

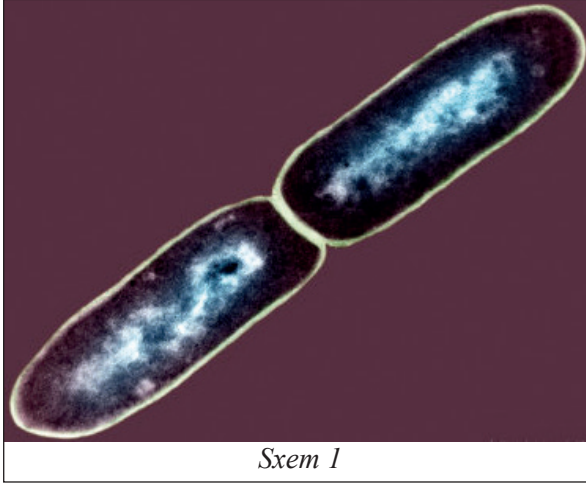
YUMŞAQ ŞANKR (ULCUS MOLLE)

Şankroid, zöhrəvi xora kimi də tanınan yumşaq şankr demək olar ki, yalnız cinsi yolla xəstə şəxslərdən sağlam şəxslərə yoluxur və törədicinin daxil olduğu nahiyədə ağırlı xoranın, regional irinli limfadenitin yaranması ilə xarakterizə olunur.

Qədim tarixi mənbələrdən məlumdur ki, yumşaq şankr insanlar arasında uzun əsrlərdən bəri müşahidə olunur. Lakin XV əsrin axırlarında sifilisin pandemiyası ilə əlaqədar olaraq yumşaq şankra fikir verilmiş, onu sifilisdən fərqləndirmək, ayırmaq məsələsi alimləri narahat etmişdir. Yalnız xəstəliklərin törədiciləri kəşf olunanndan sonra onlar ayrı-ayrı xəstəliklər kimi oyrənilmişdir.

Bütün zöhrəvi xəstəliklərdə olduğu kimi yumşaq şankrın yayılmasında sosial- iqtisadi amillər : işsizlik, əxlaqsizlik, fahişəlik və s. böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bir sıra xarici ölkələrdə , xüsusilə Afrika və Cənubi Amerikada daha çox, ABŞ, İngiltərə, Fransada, bir sıra Asiya ölkələrində də rast gəlinir. Kişilərdə qadınlarla müqayisədə daha çox rast gəlinir (10:1 nisbətində).

Etiologiya. Yumşaq şankrın törədicisi *Heamophilus ducreyi*dir. H.ducreyi 1890-ci ildə Dükreyi və Unna tərəfindən təsvir edilmiş 0,2-2 mkm ölçülü, ovoid formalı, hərəkətsiz , qram mənfi, fakültativ anaerob, çöpvari bakteriyadır, mikroskop altında paralel zəncirlər (“dəmiryol xətləri”) qruplar halında, yaxud cüt-cüt yerləşirlər (sxem 1).

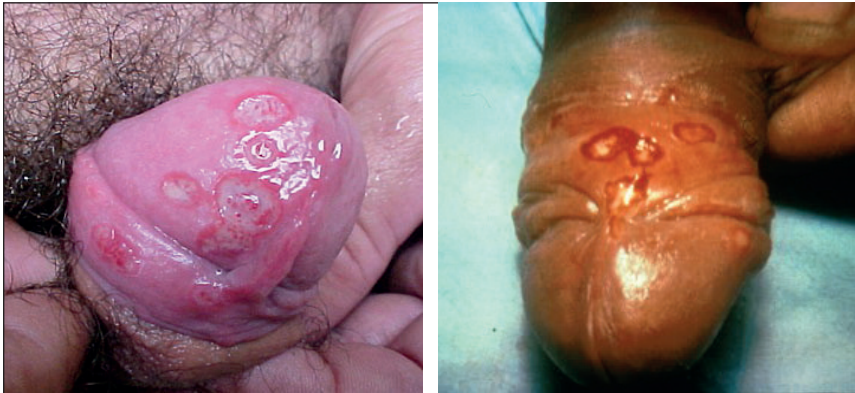


Sxem 1

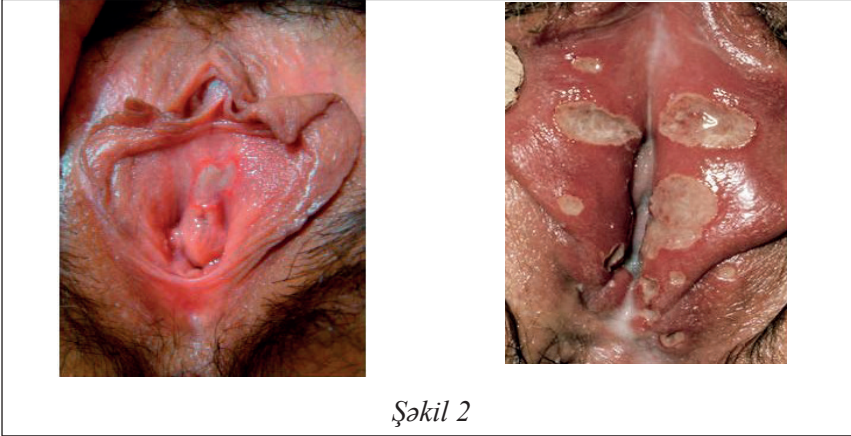
Spor və kapsul əmələ gətirmir. Bərk konsistensiyalı qanlı qidalı mühitlərdə streptokokkların koloniyalarını xatırladan kiçik bozumtul-sarı rəngli parlaq koloniyalar formalaşdırır, maye qidalı mühitlərdə bulanıqlıq

əmələ gətirmir. Bu bakteriyaların inkişafı üçün X amil (eritrositlərdə hematin və hemin tərkibinə daxil olan termostabil tetrapirrol) tələb olduğu halda, V amilin (nikotinamid adenin nukleotid (NAD) və ya nikotinamid adenin nukleotid fosfat (NADF)) varlığına ehtiyac yoxdur.

Klinikası. Yumşaq şankrın kliniki əlamətləri əsasən cinsiyyət üzvləri nahiyəsində : pülüyün daxili səthində, onun kənarlarında, penisin tac çuxurunda (şəkil 1), böyük və kiçik cinsi dodaqlarda,



Şəkil 1



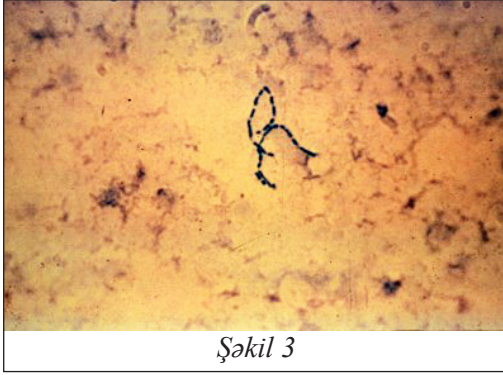
Şəkil 2

klitorda, qasıq nahiyəsində və s. olur (şəkil 2). Bundan başqa klinik əlamətlər budun daxili səthində, aralıqda, anus ətrafında, vaginanın divarlarında, servikal kanalda və s. nahiyələrdə də baş verə bilər (Şəkil 2).

Xəstəliyin gizli dövrü mübahisəlidir, kişilər üçün xəstəliyin gizli dövrü 2-3 gün (2-3 həftəyə qədər uzana bilər) , qadınlar üçün isə 2-3 həftədən 3-5 aya qədər çəkir.

Gizli dövrdən sonra infeksiyanın dəriyə daxil olduğu yerdə tezliklə düyünə çevrilən qırmızı şişkinlik əmələ gəlir. Həmin düyüncük çox keçmədən irinciyə çevrilir. 2-3 günə irincik dəşilir, yerində xırda xora əmələ gəlir. Həmin xora tezliklə həm ətrafa, həm də dərinə doğru böyüyür. Müxtəlif formaya malik xoranın kənarları dəri səthindən bir qədər qabarmış, dibi kələ-kötür, irinli ifrazatla örtülü olur. Xoranın ətrafı iltihablı qırmızı haşiyə ilə əhatə olunur (şəkil 1, 2).

Xoranın konsistensiyası yumşaqdır. Ona görə də xəstəlik yumşaq şankr adlanır. Əmələ gəlmiş xoralar böyüyüb 20 qepiklik ölçüsünə qədər çata bilər. 3-4 həftə belə qaldıqdan sonra yumşaq şankrın xoraları öz-özünə təmizlənir, quruyur, qartmaqlardan azad olur. Çapıqlaşma ilə qurtarır, xoraların yerində münasib çapıq qalır.



Şəkil 3

pılır (Şəkil 3).

Patohistoloji olaraq örtük epitelı arasında irinli ekssudat müşahidə olunur, akantoz əmələ gəlir, sonralar nekroz üstünlük təşkil edir. Xoranın infiltratı leykositlərdən, fibrindən ibarət olur.

Zədələnmiş hüceyrələrdə streptobasillər ta-

Yumşaq şankrın atipik formaları da vardır:

Qabaran yumşaq şankr (*ulcus molla elevata*). Belə formalı yumşaq şankrda xora ətraf sağlam dərinin səthindən xeyli qabarıq, həddindən artıq qranulyasiya verir.

Serpingioz yumşaq şankr (*ulcus molle serpinginosum*). Klinik gedişi çox davam edir, bir tərəfdən sağalır, digər tərəfdən isə xeyli uzanır və yayılır.

Qanqrenoz və fagedenik yumşaq şankr. Adi yumşaq şankr bəzən ətrafa və dərinə doğru artır, qanqreana verir, dərin yara kanalları əmələ gətirir, xəstəlik çox ağır gedir, hətta penisin amputasiyası ilə nəticələnmə bilər.

Follikulyar yumşaq şankr. Streptobasillərin kişilərdə penisin tac çuxurunun, pülük kisəsinin, qadınlarda isə cinsi dodaqların vəzilərinin girəcəyinə və tük kisəciklərinə dolması nəticəsində əmələ gəlir, zədələnmələrin ortasında xora kiçik follikulitlər əmələ gəlir.

Yumşaq şankr limfanqoitlə müşahidə olunur. Bakteriyaların limfa yollarına düşməsi nəticəsində limfa damarları şişir, böyüyür, kişilərdə penisin gövdəsində, qadınlarda isə böyük cinsiyyət dodaqlarının kənarı boyunca qaytan kimi əllənir. Bəzən çox şişmiş limfa yolları boyunca xırda düyünlər əmələ gəlir, ağrıyır, deşilir, xoraya

çevrilir. Uzunmüddət yeriməkdən, fiziki işdən, lazım olmayan yerli müalicədən streptobasillərin ətraf limfa düyünlərinə düşməsi nəticəsində bubon əmələ gəlir. Bu zaman bir və ya bir neçə qasıq limfa düyünü zədələnir, şişir, böyüyür, irinləyir, deşilib xoraya çevrilir.

Differensial diaqnoz sadə herpes, bərk şankr, zöhrəvi limfoq-ranulomatoz və s. ilə aparılır.

Diaqnoz. Mikrobioloji diaqnostika şankr möhtəviyyatından hazırlanmış yaxmalarda xarakter morfolojiyaya malik kiçik, qram mənfi-çöplərin mikroskopik aşkar edilməsinə əsaslanır. Patoloji materialı müvafiq qidalı mühitlərə inokulyasiya etməklə törədicinin kulturasını almaq və onu identifikasiya etmək mümkündür. Həmçinin haemophilus ducreyinin identifikasiyasında ZPR də istifadə olunur.

Müalicə və profilaktika. Təsadüfi cinsi əlaqələrdən çəkinmək və cinsi əlaqə zamanı qoruyuculardan istifadə etmək lazımdır. Müalicə prosesinə isə bütün cinsi partnyorlar cəlb olunmalıdır. Müalicə sxemi aşağıdakı kimi aparılır:

Eritromisin 500mq gündə 4 dəfə, 10 gün müddətində.

Amoksisillin 500mq gündə 3 dəfə, 5 gün ərzində.

Seftriakson 250 mq əzələ daxili birdəfəlik doza.

Ədəbiyyat

1. Кожные болезни: Диагностика и лечение // Томас П. Хэбиф; пер с англ.; Под общ ред акад. РАМН, проф А.А. Кубановой. – М.: МЕДпрессинформ, 2006 – 672 с, ил. Шанкроид 178-179
2. Thomas P .Habif.James G.H. Dinulos. Skin disease diagnosis and treatment. //Fourth edition 2018 .652. Chancroid 183-184
3. FITZPATRICK'S .COLOR ATLAS AND SYNOPSIS OF CLINICAL DERMATOLOGY //2017.927.Chancroid 779-781
4. Neena Khanna Illustrated Synopsis of Dermatology and Sexually Transmitted Diseases// Fourth Edition, 2011 .427 .Chancroid 307-309
5. Jean L.Bolognia,Joseph L.Jorizzo,Julie V.Schaffer.2012 elsevier limited all rights reserved//Chancroid 1383-1386

6. Department of dermatology and venerology. Basics of dermatology, sexually transmitted diseases and andrology for undergraduate students. Professors of dermatology venerology and andrology department faculty of medicine ain shams university .2012 //Chancroid 100-101
7. STI Treatment Pocket European Guidelines 2018 39. chancroid 4
8. 2017 European guideline for the management of chancroid .Stephan Lautenschlager¹ , Michael Kemp² , Jens Jørgen Christensen³ , Marti Vall Mayans⁴ and Harald Moi⁵ /1-6
9. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted treatment guidelines. MMWR Recomm Rep 2015; 64: 26–27.
10. O'Farrell N and Lazaro N. UK National Guideline for the management of Chancroid. Int J STD AIDS 2014; 25: 975–983
11. Hassan I, Anwar P, Rather S, et al. Pattern of sexually transmitted infections in a Muslim majority region of North India. Indian J Sex Transm Dis 2015; 36: 30–34
12. Foué'ré S, Lassau F, Rousseau C, et al. First case of chancroid in 14 years at the largest STI clinic in Paris, France. Int J STD AIDS 2016; 27: 805–807.
13. Barnes P and Chauhan M. Chancroid – desperate patient makes own diagnosis. Int J STD AIDS 2014; 25: 768–770.
14. Gonzalez-Beiras C, Marks M, Chen CY, et al. Epidemiology of Haemophilus ducreyi infections. Emerg Infect Dis 2016; 22: 1–8.
15. Public Health Agency of Canada. Canadian guidelines on sexually transmitted infections. Chancroid, http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/disease-control/s5_sexually_transmitted_and_bloodborne_pathogens.pdf, 2016 (accessed 27 November 2016)
16. Mitja O, Lukehart SA, Pokowas G, et al. Haemophilus ducreyi as a cause of skin ulcers in children from a yaws endemic area of Papua New Guinea: a prospective cohort study. Lancet Glob Health 2014; 2: e235–e241.
17. Marks M, Chi KH, Vahi V, et al. Haemophilus ducreyi associated with skin ulcers among children, Solomon Islands. Emerg Infect Dis 2014; 20: 1705–1707
18. Glatz M, Juricevic N, Altwegg M, et al. A multicenter prospective trial to assess a new real-time polymerase chain reaction for detection of Treponema pallidum, herpes simplex-1/2 and Haemophilus ducreyi in genital, anal and oropharyngeal ulcers. Clin Microbiol Infect 2014; 20: O1020–O1027.
19. World Health Organisation. Sexually transmitted and other reproductive tract infections. Integrating STI/RTI care for reproductive health. A guide to essential practice, pp. 109–113, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43116/1/9241592656.pdf> (2005, accessed 27 November 2016).
20. Centers for disease control and prevention . Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 June 5, 2015 /140.26

ZÖHRƏVİ LİMFOQRANULOMA

Zöhrəvi limfoqranuloma (*qasıq limfoqranuloması, Dyuran-Nikola-Favra xəstəliyi, tropik bubon, IV zöhrəvi xəstəlik* və s.)- cinsi yolla ötürülən xroniki yoluxucu xəstəlikdir (şəkil 1).

Epidemiologiya.

Xəstəlik tropik və subtropik iqlim qurşaqlarında yerləşən ölkələrdə-Cənubi Amerika, Afrika, Cənub-şərqi Asiyada geniş yayılıb. Xəstəlik cinsi yolla ötürülür, lakin nadir də olsa, sıx bez təması və tualet əşyaları vasitəsilə də yoluxma qeydə alınıb.



Şəkil 1

Törədici insan orqanizminə dərinin epidermisində və selikli qişaların epitelində olan mikrotravmalardan keçir.

Etiologiya. Xəstəlik ilk dəfə 1913-cü ildə J.Dyuran, J.Nikola və M.Favre tərəfindən qeydə alınmışdır. Xəstəliyin Chlamidia trachomatis adlı mikroorqanizmin L1-L3 serotipləri tərəfindən törə-

dilir. Zöhrəvi limfoqranulomatozun törədiciyəri epitel hüceyrələri icərisində törəyib artan xüsusi mikroblardır. Ölçüləri təxminən 430-485nm arasında dəyişir ki, bu da ən böyük ölçülü viruslardan daha iridir. Bir sıra sulfanilamid preparatlarına, tetraskilinlərə qarşı çox həssasdırlar. Törədiciyərin daxilində hər iki nuklein turşusu (RNT, DNT) vardır.

Klinika. Xəstəliyin inkubasiya dövrü bir neçə gündən 3-4 aya qədərdir. Lakin əksər halda 1-2 həftə davam edir. Giriş qapısından daxil olmuş mikroorqanizm limfatik yollara daxil olur və trombo-limfangit, perilimfangit və perilimfadenit törədir.

Zöhrəvi limfoqranulomatozun klinik gedişində 3 mərhələ ayırd olunur:



Şəkil 2

I mərhələ - törədiciyələr daxil olduğu yerdə birincili əlamətlər -limfoqranulomatoz şankrı əmələ gəlir (şəkil 2).

Spesifik birincili şankr bir və ya bir neçə qovuqucuqdan başlanır. Çox keçmədən qovuqucuqların yerində eroziya, səthi xora əmələ gəlir. Xo-

ralar adətən dairəvidir, kənarları hamar, ətrafında heç bir infiltrat olmur. Belə xoralar sağalmağa meyllidir. Tezliklə sağalır, yerində hamar çarıq qoyur. Bəzən xora çoxlu miqdarda olur. Bəzi hallarda xəstəliyin ilkin təzahürü balanit olur. Zədələnmə ocağında ayrı-ayrı papulalar, çat, follikulit və s. ağırlaşmalar ola bilər. Sidik kanalında baş vermiş ilkin zöhrəvi limfoqranulomatoz uretradan axıntı verir.

II mərhələ - ilkin limfaqranulomatoz şankrından bir neçə gün və ya bir neçə həftə sonra (nadir hallarda bir neçə ay sonra) xəstəliyin əsas klinik forması -qasıq limfa düyünlərinin zədələnməsi baş verir (şəkil 3).

İkinci mərhələ adətən nasazlıq əlamətləri ilə (baş

ağrısı, titrətmə-qızdırma, yorğunluq, iştahsızlıq, oynaqalarda ağrı və s.) başlayır. Tədricən bud və çanaq dibi limfa düyünləri iltihab prosesinə cəlb olunur. Qeyri-cinsi yolla yoluxma zamanı çənəaltı, boyun, ənsə və s. limfa düyünləri də zədələnilir.

Zədələnməmiş limfa düyünləri iltihablaşır, böyüyür, bir-birləri ilə birləşir. Dəridə səthi kələ-kötür zədələnmə ocağı əmələ gəlir. Birləşmə nəticəsində onlar hərəkətdən məhrum olurlar, üzərindəki dəri tünd qırmızı rəng alır. İlk vaxtlar qasıq limfa düyünləri ağrılı olur, sonralar isə yalnız əl vurarkən ağrıyır. Limfa düyünlərdən birinin üzərindəki dəri nazikləşir və deşilir, əmələ gəlmiş yara kanalından xeyli irin axır. Bu əlamət xəstəlik üçün səciyyəvidir.

Zədələnmə ocağının digər limfa düyünləri də prosesə cəlb olunur və nəticədə yara kanalları ilə əlaqəli çoxabsesli irinli boşluq əmələ gəlir. Xəstəliyin müalicəsinə erkən başlandıqda çapıqsız sağalma baş verir.

III mərhələ. Xəstəliyin xroniki gedişində qasıq və anorektal limfa düyünlərinin zədələnməsi nəticəsində 1-2 ildən sonra həmin yerlərdə limfa dövrənin ciddi pozulması baş verir, xəstəliyin üçüncü dövrü baş verir. Qasıq və kiçik çanaq nahiyəsinə, dəri al-

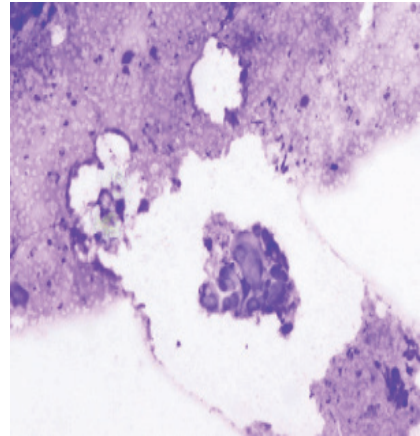
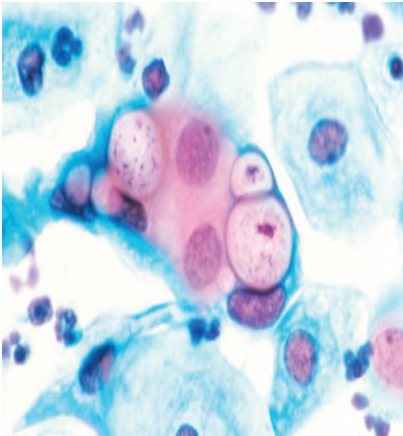


Şəkil 3

tında, cinsiyyət üzvləri nahiyəsində -böyük və kiçik cinsi dodaqlarda, klitorda, penisdə, pülük və xayada aktiv iltihab nəticəsində limfa sistemində durğunluq, birləşdirici toxumaların artması, yara kanalları, abseslər, xoralar yaranır ki, bu da həmin nahiyələri eybəcərləşdirir.

Differensial diaqnoz. Zöhrəvi limfaqranulomatozun differensial diaqnozu yumşaq şankr, sifilis, donovanoz kimi xəstəliklərlə aparılır.

Diaqnoz. Diaqnozun qoyulması epidemioloji məlumatlar, klinik əlamətlər, Chl. trachomatis testləri vasitəsilə aparılır. Bubon möhtəviyyatını, eləcə də irini McCoy hüceyrə kulturasında kultivasiya etməklə törədicinin kulturasını almaq, onu morfoloji və seroloji identifikasiya etmək mümkündür. Qan zərdabında törədici əleyhinə anticisimləri xəstəliyin 2-4-cü həftəsindən sonra komplimentin birləşmə reaksiyası vasitəsilə təyin etmək olar. Bu dövrdə Frey sınağı müsbət olur. Bundan başqa, patoloji ocaqdan götürülmüş materialdan hazırlanan Romanovski-Gimza üsulu ilə boyanmış yaxmada



Şəkil 4

törədiciyin tapılması diaqnozun təsdiqlənməsində böyük əhəmiyyət daşıyır (şəkil 4).

Müalicə və profilaktika. Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi, törədici tetrasiklinlərə və sulfanilamid qrupundan olan preparatlara qarşı çox həssasdır.

Müalicədə birinci seçim preparat doksisiklidir. 100 mq dozadan sutkada 2 dəfə olmaqla 3-4 həftə müddətində təyin olunur.

Bundan başqa tetrasiklin, eritromisin də müalicədə effekt verən preparatlar daxilindədir.

Gündə 2-6 qram və 5-15 gün müddətində təyin olunmuş sulfanilamid preparatları da qənaətbəxş effekt verə bilər.

Bəzi hallarda , xüsusilə destruktiv hallarda cərrahi müdaxiləyə ehtiyac yaranır.

Xəstəliyin profilaktikası digər zöhrəvi xəstəliklərlə oxşar aparılır.

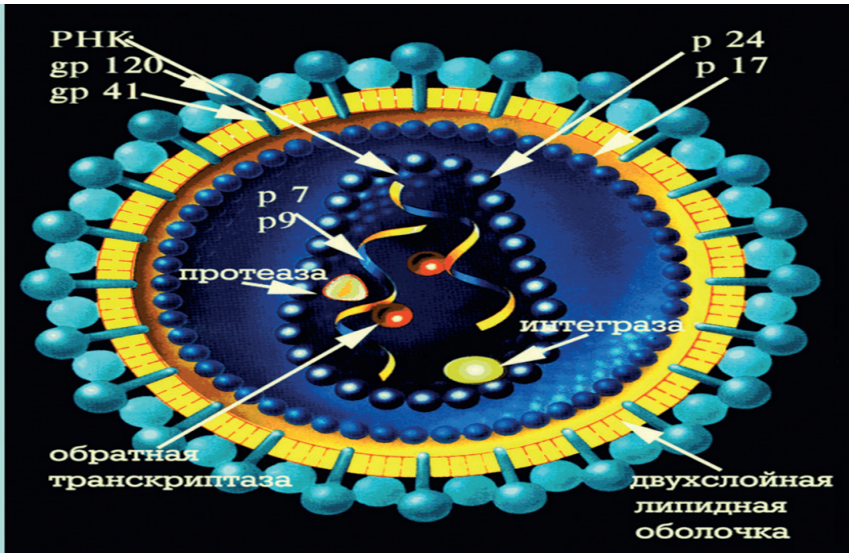
Ədəbiyyat

1. Т.Фицпатрик, Р.Джонсон, К.Вулф, М.Палано, Д. Сюрмонд. Дерматология. Атлас-справочник. 1088с, 612 илл. Перевод с английского. Практика.// Москва. (Мак-Гроу-Хилл –« Практика» 1999) Венерическая лимфогранулема 904-906
2. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology// 2017. 927 Lymphogranuloma venereum 778-779
3. Neena Khanna Illustrated Synopsis of Dermatology and Sexually Transmitted Diseases// Fourth Edition, 2011 .427 .Lymphogranuloma venereum310-311
4. Jean L.Bologna,Joseph L.Jorizzo,Julie V.Schaffer.2012 elsevier limited all rights reserved .Lymphogranuloma venereum 1386-1387
5. STI Treatment Pocket European Guidelines 2018 /39. Lymphogranuloma venereum 13
6. Centers for disease control and prevention . Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 June 5, 2015 /140.33

İİV infeksiyası - (HIV) - (B20–B24)

İnsanın immunçatışmazlığı virusunun törətdiyi xəstəlik

A. İİV infeksiyası və QİÇS



1. Əsas anlayışlar:

- » İİV (HIV) - insanın immunçatışmazlığı virusu;
- » İİV infeksiyası (HIV infection) - İİV-in törətdiyi xəstəlik (insanın immunçatışmazlığı virusu ilə yoluxma nəticəsində inkişaf edən və immun sisteminin getdikcə artan zədələnməsi ilə səciyyələnən infeksiyon xəstəlikdir);

» **QİÇS (AİDS)** - qazanılmış immunçatışmazlığı sindromu (İİV infeksiyasının son mərhələsində insanın immun sisteminin dərin zədələnməsi nəticəsində yaranan və ağır, müalicə olunmayan ikincili xəstəliklərlə (opportunistik infeksiyalar, bədxassəli şişlər və s.) səciyyələnən xəstəlikdir).

2. İİV/QİÇS-in kəşfi və tədqiqi tarixi

- 5 iyun 1981–ci il tarixində ABŞ-ın Xəstəliklərə Nəzarət Mərkəzinin (CDC) bülletenində dərc edilmiş “Pnevmosist pnevmo-niya. Los-Anjeles” adlı məqalədə D.Frensis və b. ilk dəfə xəstəliyin əlaməti haqqında məlumat vermişdilər;
- 1982-ci ilin əvvəlində CDC hesabatında M.Qotlib və başqaları tərəfindən xəstəliyə “Acquired Immunodeficiency Syndrome (AİDS)”, yəni “Qazanılmış immunçatışmazlığı sindromu (QİÇS)” adı verilmişdir;
- 1983-cü ildə L.Montagnier, F.Barre-Sinoussi və başqaları (Fransa) ilk dəfə QİÇS-li xəstədən alınmış virus haqqında məlumat vermişdilər;
- 1986-cı ildə – viruslara “Human Immunodeficiency Virus (HİV)” adı verilmiş, viruslar müvafiq olaraq HİV-1 və HİV-2, törədilən xəstəlik isə HİV-infeksiya adlandırılmışdır.

3. İİV/QİÇS-lə mübarizə tarixi:

- 1987-ci il QİÇS-in müalicəsi üçün ilk antiretrovirus (ARV) preparat tətbiq edilmişdir;
- 1988-ci il BMT tərəfindən 1 dekabr tarixi Ümümdünya QİÇS-lə mübarizə günü kimi elan olunmuşdur;
- 1995-ci il yüksək aktivli antiretrovirus terapiya (YAART) tətbiq olunmağa başlamışdır;
- 1996-cı il BMT-nin QİÇS üzrə Birləşmiş Proqramı – UNAİDS təşkil olunmuşdur;
- 2001-ci il BMT-nin Baş Assambleyası tərəfindən QİÇS-lə mübarizə üzrə Qətnamə qəbul edilmişdir;

- 2006-cı il - BMT-nin Baş Assambleyası tərəfindən İİV/QİÇS-lə bağlı profilaktika, müalicə, qulluq və dəstək ilə universal təminat Proqramı qəbul edilmişdir.
- 2011-cı il BMT-nin Baş Assambleyası tərəfindən İİV/QİÇS-lə bağlı yeni siyasi deklarasiya qəbul edilmişdir.

4. İİV infeksiyasının törədicisi

İİV infeksiyasının törədicisi insanın immunçatışmazlığı virusu:

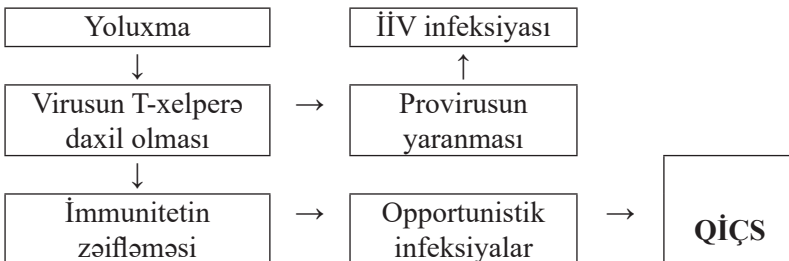
- limfotrop virus olaraq Retroviridae (lat. retro-geriyə) fəsiləsinin Lentivirus (lat. lenti-ləng) cinsinə aiddir;
- unikal genom quruluşuna və əkstranskriptaza fermentinə malikdir;
- əkstranskriptaza fermentinin təsiri ilə virus RNT-si DNT-yə çevrilir;
- virusun DNT-surəti hüceyrənin genomuna daxil olur (inteqrasiya edir).

5. İİV-in hədəf hüceyrələri

Əsas hüceyrələr: CD4+T limfositlər (helper/induktorlar).

Əlavə hüceyrələr: makrofaqlar; monositlər; dendrit hüceyrələri; B-limfositlər; təbii killerlər; sütün hüceyrələri; mərkəzi sinir sisteminin hüceyrələri (mikroqliya hüceyrələri, astrositlər, kapillyar endotel hüceyrələri).

6. İİV infeksiyasının patogenezinin etaplari



7. İİV infeksiyanın epidemioloji xüsusiyyətləri

İnfeksiya mənbəyi:

Xəstəliyin hər bir mərhələsində olan İİV-ə yoluxmuş insan İİV tərkibli bioloji mayelər: qan; sperma; uşaqliq boynunun ifrazatı; ana südü; onurğa beyin mayesi.

8. İİV-ə yoluxma yolları

Cinsi: İİV-ə yoluxmuş insanla homo- və heteroseksual kontakt-da olduqda, xüsusən təsadüfi qorunmamış cinsi kontaktlar nəticəsində.

Parenteral:

- İİV tərkibli qan və onun preparatların köçürülməsi nəticəsində;
- İİV-ə yoluxmuş donorun orqanların transplantasiyası zamanı;
- İİV-lə çirklənmiş tibbi ləvazimatdan və məhlullardan istifadə etməklə, o cümlədən inyeksion narkotiklərin istifadəsi nəticəsində;
- İİV-lə çirklənmiş gigiyenik, kosmetoloji, bərbər və digər məişət ləvazimatlarının istifadəsi nəticəsində.

Perinatal:

İİV-ə yoluxmuş anadan uşağa hamiləlik dövründə, doğuş zamanı və ana südü ilə qidalanma nəticəsində.

9. İİV-in ötürülmə ehtimalı (ÜST):

	Yoluxma yolu	Yoluxma ehtimalı (%)
1	Qan köçürmə	92,5
2	Anadan uşağa	15 - 30
3	Narkotiklərin yeridilməsi üçün ümumi iynələrdən və şprislərdən istifadə	0,8

4	Anal cinsi kontakt: passiv partnyor	0,5
5	İynənin dəriyə batması	0,3
6	Selikli qışalarla kontakt	0,1
7	Vaginal cinsi kontakt: qadımlar	0,15 – 1,01
8	Anal cinsi kontaktı: aktiv partnyor	0,065
9	Vaginal cinsi kontakt: kişilər	0,01 - 0,15
10	Oral cinsi kontaktı: passiv partnyor	0,01
11	Oral cinsi kontaktı: aktiv partnyor	0,005

10. İİV-in ətraf mühitdə davamlığı:

- İİV bütün məlum olan dezinfektantlara həssasdır;
- ionlaşdırıcı şüalanmanın bütün növləri və ultrabənövşəyi şüalanma İİV üçün məhvədicidir;
- İİV 56°C istilikdə 30 dəqiqə müddətində məhv olur;
- plazmanın 25°C istilikdə qurudulması zamanı virus 7 gündən sonra məhv olur, 30°C istilikdə 3 gündən sonra, 55°C istilikdə - 5 saatdan sonra;
- maye tərkibində 23- 27°C istilikdə 15 dəqiqə müddətində İİV-in fəallığı saxlanılır, 36°C istilikdə - 11 gün;
- dondurulmuş qan və zərəbada virusun fəallığı uzun illər saxlanılır;
- dondurulmuş sperma tərkibində virusun fəallığı bir neçə ay saxlanılır.

B. İİV infeksiyasının KLİNİKASI

İİV infeksiyası ləng gedişli virus infeksiyaları qrupuna aiddir. Çoxsaylı kliniki təzahürlərlə xarakterizə olunur, aydın patoqnomik əlamətləri yoxdur. İxtisasından asılı olmayaraq, hər bir həkimin İİV infeksiyasının ayrı-ayrı mərhələlərinin kliniki əlamətlərini bilməsi vacibdir. İİV infeksiyasının ilkin diaqnozu laborator üsullarla təsdiq edildikdən sonra kliniki təsnifata uyğun olaraq xəstəliyin mərhələsi dəqiqləşdirilir

1. İİV infeksiyası mərhələsinin təyin edilməsi məqsədilə nə etməli:

- anamnezin ətraflı toplanması;
- xəstəyə baxışın diqqət və xırdalıqlarla aparılması;
- xüsusi laborator müayinələrinin aparılması (CD4 limfositlərinin sayı və virus yükünün təyin edilməsi);
- ikincili xəstəliklərin aşkar edilməsi (opportunist infeksiyaları aşkar etmək üçün laborator müayinələrinin aparılması);
- sahələr üzrə mütəxəssislərin baxışları (ftiziatr, narkoloq, dermatoveneroloq, onkoloq, oftalmoloq, stomatoloq, ginekoloq və başqaları).

Hazırda dünyada İİV infeksiyasının qəbul edilmiş bir neçə klinik təsnifatı mövcuddur. İİV infeksiyasının mərhələlərinin təsnifatı, CDC üzrə (Xəstəliklərə nəzarət Mərkəzi, ABŞ) ilk dəfə 1986-cı ildə təklif edilib, 1993-cü ildə yenidən işlənilib. Təsnifat kliniki əlamətlərə və immunoloji müayinələrə əsaslanır.

Hazırda insanın immunçatışmazlığı virusu tərəfindən törədilən xəstəlik (İİV) aşağıdakı təsnifatından istifadə olunur.

XBT-nin 10-cu baxışı

(B20–B24)	İnsanın immunçatışmazlığı virusu tərəfindən törədilən xəstəlik (İİV)
B20	İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən, infeksiya və parazitar xəstəliklər kimi təzahür edən xəstəlik
B21	İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən, infeksiya və bədxassəli yenitörəmə kimi təzahür edən xəstəlik
B22	İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən və başqa dəqiqləşdirilməmiş xəstəliklər kimi təzahür edən xəstəliklər
B23	İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən və digər hallar kimi təzahür edən xəstəlik
B24	İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən dəqiqləşdirilməmiş xəstəlik

Azərbaycan Respublikasında ÜST-ın (Ümümdünya Səhiyyə Təşkilatının) təsnifatı tətbiq olunur. İİV infeksiyasının klinik mərhələlərinin təsnifatı, (ÜST) üzrə 1993-cü ildə təqdim edilmiş və 2006-cı ildə yenidən baxılmışdır.

**2. Təsnifat yalnız klinik əlamətlərə əsaslanır,
4 mərhələdən ibarətdir.**

*** I klinik mərhələ**

- Simptomsuz gedişat
- Persistə edən generalizə olunmuş limfadenopatiya

*** II klinik mərhələ**

- Seboreyali dermatit
- Anqulyar xeylit

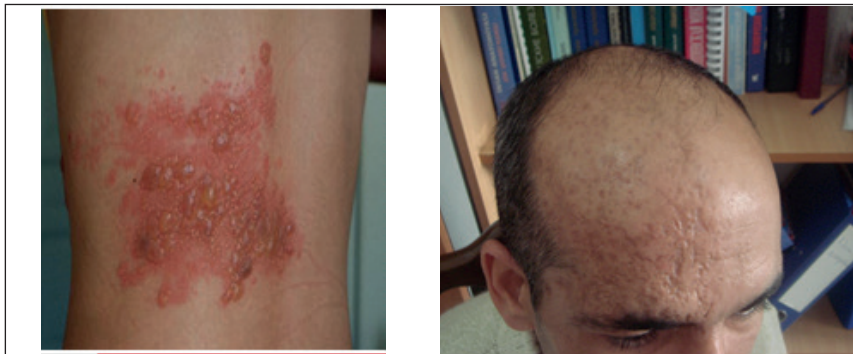


Trombositopenik purpura



Anqulyar xeylit

- Residivləşən aftoz stomatit (axır 6 ay ərzində 2 dəfə və daha artıq)
- Kəmərləyici herpes (1 dermatom hüdudunda səpgilər)
- Tənəffüs yollarının residivləşən infeksiyaları (2 və daha artıq sinusit, orta otit, bronxit, faringit ya traxeit hadisəsi axır 6 ay ərzində)
- Onixomikozlar
- Papulyoz qaşınan səpki



II mərhələ - kəmərləyici herpes



II mərhələ - onixomikoz

*** III klinik mərhələ**

- Ağız boşluğunun tüklü leykoplakiyası
- İzah olunmayan 1 aydan artıq çəkən xroniki diareya
- Etiologiyası aydın olmayan hərarət (1 aydan artıq çəkən)
- Residivləşən kandidozlu stomatit (axır 6 ay ərzində 2 dəfə və daha artıq)
- Ağır bakterial infeksiyalar (məs., pnevmoniya, plevranın empiyeması, piomiozitet, sümük və oynaqların infeksiyaları, meningit, bakteriemiya).
- Kəskin xorali-nekrotik stomatit, gingivit, peridontit



Ağız boşluğunun kandidozu



Dərinin kandidozu-qaşınan dermatit

III mərhələ - kandidoz



III mərhələ - Ağız boşluğunun tüklü leykoplakiyası

*** IV klinik mərhələ**

- Ağ ciyər vərəmi
- Ağ ciyərdən kanar vərəm
- Bədən çəkisinin izah olunmayan azalması (6 ay ərzində 10% artıq)
- İİV infeksiya ilə əlaqədar kaxeksiya sindromu
- Pnevmosist pnevmoniya
- Qayıdan ağır bakterial pnevmoniyalar (ildə 2 və daha artıq)
- Qida borusu, traxeya, bronxların və ağ ciyərlərin kandidozu
- Sitomeqaloviruslu retinit (\pm kolit)
- Sadə Herpes virusu törədən infeksiyalar: daxili üzvlərin zədələnməsi ilə və ya dəri və selikli qişalarən xroniki xorası (1 aydan artıq);
- Proqressləşən multifokal leykoensefalopatiya



IV mərhələ - Kaposi sarkoması



IV mərhələ - Kaposi sarkoması

*Kapoşi sarkoması**Dodağın karsinoması*

IV mərhələ

*** IV-cü klinik mərhələ**

- Toksoplazmoz
- Kriptokok meningiti
- Kriptosporidioz
- İİV ensefalopatiya
- Limfoma
- Kapoşi sarkoması və İİV infeksiyası ilə əlaqədar şişlər
- Atipik mikobakteriya (M.Avium - intracellulare mikobakteriya kompleksi) törədən disseminə olunmuş infeksiya
- İİV infeksiyası ilə bağlı kardiomiopatiya
- İİV infeksiyası ilə bağlı nefropatiya

3. İİV infeksiyasının inkişafı və klinik təsnifatının mərhələləri

İİV infeksiya öz inkişafında aşağıdakı mərhələləri keçir:

- yoluxma;
- kəskin retrovirus sindromu;
- latent faza (asimptomatik dövr);
- QİÇS-lə bağlı simptomokompleks;
- ikincili xəstəliklər dövrü (QİÇS);
- ölüm.

ÜST-nin təsnifatına görə:

- İİV infeksiyasının kəskin mərhələsinə simptomuz gedişat və kəskin retrovirus sindromu aiddir;
- I, II və III klinik mərhələlərinə QİÇS-lə bağlı simptomokomp-leks aiddir;
- IV kliniki mərhələyə QİÇS aiddir.

Kəskin İİV infeksiyasının gedişatı (ÜST, 2006-cı il):

- Simptomuz gedişat
- İİV -infeksiyasının kəskin fazası (kəskin retrovirus sindromu)

İİV infeksiyasının **kəskin fazası** (kəskin retrovirus sindromu)

İİV infeksiyasının başlanğıc mərhələsində müşahidə edilən klinik vəziyyət kəskin retrovirus sindromu adlanır. İİV-ə yoluxmuş şəxslərin 40-90%-də müşahidə olunur. Kəskin retrovirus sindromu klinikasında tez-tez rast gəlinən simptomlar: hərərət, səpgilər, limfadenopatiya, faringit, artralgiya, mialgiya, baş ağrıları, arıqlama, diareya, nadir hallarda serozlu meningit. Risk qrupuna mənsub olan şəxslərdə mononukleozə bənzər simptomlar, serozlu meningit, virus infeksiyaları mövcud olan hallarda kəskin retrovirus sindromunu güman etmək olar.

Əlamətlərin dövr çərçivələri.

Əksər hallarda simptomlar yoluxmadan 2-4 həftə sonra aşkar olunur. Simptomlar sürətlə inkişaf edir. Adətən 10-20 gün, orta hesabla 14 gün davam edir. Ağır və daha uzun müddətli gedişat İİV infeksiyasının gələcəkdə sürətlə inkişafını proqnozlaşdırır.

İİV infeksiyasının **latent fazası** (I, II və III klinik mərhələlər)

İİV-ə yoluxma ilə xəstəliyin ilkin təzahürlərinin meydana çıxması arasında gizli (latent) dövr 10 ilə yaxın sürür. Böyüklərin təxminən 10%-da ilk 2 il ərzində xəstəlik QİÇS mərhələsinə keçir.

Böyüklərin 5-10%-da CD4 hüceyrələrin sayı dəyişilməz olaraq qalır, xəstəliyin simptomları hətta 10 il keçdikdən sonra da müşahidə olunmur. Yüksək virus yükü xəstəliyin sürətli inkişafı deməkdir.

4. İİV infeksiyasının mərhələləri

Birinci mərhələ

İİV infeksiyasının kəskin fazasından sonrakı mərhələdir, gedişatı müxtəlif ola bilər:

- simptomuz gedişat;
- persistə edən generalizə olunmuş limfadenopatiya (PGL) – 2 və daha artıq nahiyədə (qasıq nahiyəsindən başqa) böyümüş limfa düyünlərinin 3 aydan artıq persistə etdikdə müəyyən-ləşir.

II və III mərhələlər (QİÇS-lə bağlı kompleks)

Bura ayrı-ayrı simptomlar və infeksiyon xəstəliklər aiddir: tez yorulma, gecə tərləmələri, iştahsızlıq, arıqlama, subfebril hərarət, xroniki diareya, ağız boşluğunun kandidozu, sadə və kəmərvəri herpes, limfadenopatiya, periferik polineyropatiya, anemiya, trom-bositopeniya və s. Başlanğıcda nisbətən yüngül, sonralar isə ağır və uzunsürən gedişatla səciyələndir.

III mərhələ

Kandidoz (candida) cinsli maya göbələkləri tərəfindən törə-dilən infeksiyadır. Əksər hallarda kandidoz *C.albicans* tərəfindən törədilir. Dəri və selikli qişaların kandidozu immundefisit təzahürü hesab olunur. Əksər hallarda, qida borusunun və ağız boşluğunun kandido-zu başqa opportunist infeksiyaların önündə gedir. Normal immunoloji status zamanı ağız boşluğunun kandidozu səbəbi al-koqolizm, qlukokortikoidlərin qəbulu və s. ola bilər.

Ağızın tüklü leykoplakiyası ağıza virusla (Epşteyn-Bar viru-su) yoluxur. Dil üzrə ağ lezyonlar kimi görünür və ləkələrin bir çoxu tünd görünüş verir. Bu virus zəifləmiş bir immun sistemdən qaynaqlanır, ona görə də HİV-də bu qədər çox rast gəlinir. Ağızın leykoplakiya lezyonları üçün heç bir müalicə yoxdur. Problemin təmizlənməsi ümumi HİV müalicə planına əsaslanır.

IV mərhələ (QİÇS mərhələsi)

Bu mərhələdə immunitetin zəifləməsi ikincili infeksiyalar və şiş xəstəliklərin əmələ gəlməsinə imkan yaradır. Xəstənin həyatı üçün təhlükəli opportunist infeksiyalar (vərəm, pnevmosist pnevmo-niya, toksoplazmoz), neoplastik proseslər (Kapoşi sarkoması, limfo-malar, uşaqlığın invaziv xərçəngi) və sinir sisteminin zədələnmələri (İİV-ensefalopatiya, polineyropatiya), üzülmə sindromu meydana gəlir.

İmmunodefisitli şəxslərdə əmələ gələn ikincili xəstəliklər opportunist xəstəliklər adlanır (ingilis sözü “opportunity” – fürsət). İİV-ə yoluxmuş şəxslərdə QİÇS-in diaqnostikası ikincili xəstəliklərin diaqnostikasına əsaslanır. Onlar QİÇS-indikator xəstəliklər hesab edilir.

İİV-lə bağlı ikincili infeksiyalar və xəstəliklər

<i>Bakterial infeksiyalar</i>	<i>Göbələk infeksiyaları</i>	<i>Virus infeksiyaları</i>	<i>İbtidailər törədən infeksiyalar</i>	<i>Başqa xəstəliklər</i>
Vərəm	Kandidozlu ezofaqit	Sadə herpes virusu törədən infeksiyalar	Toksoplazmoz	Kapoşi sarkoması
Tənəfüs yollarının infeksiyası	Kriptokokkoz	Kəməriəyici herpes	Kriptosporidiaz	Qeyri-xoçkin limfomalar
Bağırsaq infeksiyaları	Histoplazmoz	Sitomeqalovirus infeksiyası	Mikrosporidiaz	Uşaqlığın xərçəngi
Atipik mikobakteriyalar törədən infeksiyalar	Pnevmosist pnevmoniya	İnsanın 8 tipli herpes virusu törədən infeksiyalar	İzosporiaz	Vakuolyar mielopatiya
Bartonellyoz	Koksidiomikoz	PML	Leyşmanioz	

IV mərhələ

Kapoşi sarkoması, yəni dəri xərçəngini əmələ gətirə bilər. Qan damarları və limfa düyünləri boyunca qaranlıq dəri lezyonları meydana gətirir və qırmızı, qəhvəyi və ya mor rəngli ola bilər. Bu və-

ziyyət tez-tez T4 hüceyrə sayının az olduğu və immun sisteminin zəif olduğu zaman HİV-in sonrakı mərhələlərində baş verir.

Nəticə

İİV infeksiyası ləng, çoxillər gizli simptomsuz gedişata malikdir. İnfeksiyanın hər hansı mərhələsində, hətta xəstəliyin əlamətlərinin olmaması dövründə, yoluxmuş şəxs virusu ətrafdakılara yolux-durmaq iqtidarındadır.

Etiotrop müalicənin mövcudluğuna baxmayaraq, İİV infeksiyası hələ ki sağalmaz xəstəlikdir

C. İİV infeksiyasının DİAQNOSTİKASI

İİV infeksiyasının diaqnozu epidemioloji məlumatlarının, klinik müşahidələrinin nəticələrinin və laborator müayinələrinin kompleks şəklində qiymətləndirilməsi yolu ilə müəyyən edilir.

İİV infeksiyasının laborator diaqnostikası

3 əsas istiqamət üzrə aparılır:

- » *etioloji diaqnostika* – orqanizmdə İİV-in spesifik markerlərinin (İİV-in antigenlərini, onlara qarşı anticisimlərini və virusun genetik materialını) aşkar olunması ilə virusa yoluxma faktının təsdiqi;
- » *nozoloji diaqnostika* – immunçatışmazlığı əlamətlərinin, ilk növbədə CD4 hüceyrələrinin miqdarının azalmasının təyini;
- » *əlavə diaqnostika* – İİV infeksiyasına xas olan ağırlaşmalarının, məs. ikincili infeksiyaların və şişlərin aşkar olunması.

İİV infeksiyanın etioloji (spesifik) diaqnostikası

İİV infeksiyanın spesifik diaqnostika üsulları:

- » seroloji üsullar – qanda İİV antigenlərin və onlara qarşı anticisimlərin təyini;
- » molekulyar-genetik üsullar – qanda və digər bioloji mayelərdə və toxumalarda İİV genomunun təyini.

İV infeksiyası diaqnostikasının mərhələləri

- * Zərdabın ilkin skrining müayinəsi:
 - » immunferment analizi – İFA (Enzime-linked immunosorbent assay - ELİSA). Bir test-sistem ilə aparılır;
 - » zərdabın referent (təsdiqedic) müayinəsi: İFA. 2-3 test-sistem ilə aparılır (3-4 nəsl test-sistemlər istifadə olunur - p24Ag + HIVAb).
- * Zərdabın ekspert müayinəsi:
 - » immunobloting üsulu (İB);
 - » Polimeraz zəncirvari reaksiya (PCR).

D. İV/QİÇS qarşı MÜBARİZƏ TƏDBİRLƏRİ

İV/QİÇS epidemiyasına qarşı zəruri mübarizə tədbirləri:

- donor qanının təhlükəsizliyinin təminatı, tibbi və s. məsələlərdə universal təhlükəsizlik tədbirlərinin tətbiqi;
- hamilə qadınların İV-ə müayinə ilə əhatə olunmasının genişləndirilməsi;
- anadan uşağa İV-in ötürülməsinin ARV-profilaktikasının aparılması;
- risk qruplarının (İNİ, Sİ, KSK, məhbuslar, miqrantlar, CYYİ olan xəstələr və b.) İV-ə müayinəyə cəlb olunmasının genişləndirilməsi;
- İV-ə yoluxmuş və ehtiyacı olan bütün insanlara İV/QİÇS-lə bağlı diaqnostika, profilaktika, müalicə, qulluq və dəstəyin göstərilməsinin təminatı;
- zərərin azaldılması proqramlarının tətbiqi (şprislərin və iynələrin dəyişdirilməsi, prezervativlərin paylanması, əvəzedici opioid terapiyanın tətbiqi və s.);
- İV infeksiyası üzrə epidemioloji nəzarət sisteminin təkmilləşdirilməsi;
- ümumi əhali və riskli davranışlı qruplar arasında sanitar-marifləndirmə işinin genişləndirilməsi.

Müalicə

İİV-lə yaşayan insanların müalicəsi iki istigamətdə aparılır:

- * Etiotrop müalicə - antiretrovirus terapiyası (ART)
- * Opportunist infeksiyaların profilaktikası və müalicəsi

Ədəbiyyat

1. ВИЧ 2014/15 www.hivbuch.de Под редакцией Кристиана Хоффмана (Christian Hoffmann) и Юргена К. Рокштро (Jürgen K. Rockstroh)
2. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции - Джон Бартлетт - Практическое руководство Источник: <https://www.booksmad.com/infekcionnye-bolezni/303-klinicheskie-aspekty-vich-infekcii-dzhon-bartlett.html>
3. İİV/QİÇS-İ XƏSTƏLƏRDƏ OPPORTUNİSTİK İNFEKSİYALARIN PROFİLAKTİKA, DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL (2015)
4. BÖYÜKLƏR VƏ YENİYETMƏLƏRDƏ İİV/QİÇS-İN MÜAYİNƏ VƏ ANTİRETROVİRUS TERAPİYASI ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL (2013)

MÜNDƏRİCAT

1	Cinsi yolla yoluxan infeksiyalar (CYYİ).....	6
2	Sifilis	7
3	Qonokokk infeksiyası	73
4	Urogenital trixomoniaz/ Sidik-cinsiyyət orqanlarının trixomoniazı	105
5	Xlamidiya infeksiyası	125
6	Anogenital ziyillər.....	151
7	Genital herpes.....	157
8	Bakterial vaginoz	183
9	Sidik-cinsiyyət orqanlarının kandidozu	189
10	Ureaplasma spp., Mycoplasma genit. tərəfindən törədilən sidik-cinsiyyət orqanlarının infeksiyası.....	197
11	Qasıq granuloması (donovanoz).....	209
12	Yumşaq şankr (şankroid).....	231
13	Zöhrəvi limfogranuloma	237
14	HİV/AİDS.....	243

VENEROLOGİYA

“Dəri-zöhrəvi xəstəliklər-II”

Dərslük

Format: 64x90 1/32; Həcmi: ç.v. 8,125; Tiraj: 200 əd.