

МЕББМ ҚАЗАҚСТАН-
РЕСЕЙ
МЕДИЦИНАЛЫҚ
УНИВЕРСИТЕТІ



НУО КАЗАХСТАНСКО-
РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

СӨЖ

Тақырыбы: **“Ауыз қуысының вирусты аурулары және оны емдеу.”**

Орындаған: Картымов И.Б.

Топ: 501 «Б»

Факультет: Стоматология

Кафедра: Стоматология және БЖХ

Алматы – 2016 ж.

Жоспар:

- I. Кіріспе;
- II. Негізгі бөлім;
 1. Вирустық аурулар: жедел және созылмалы герпес, белдеме теміреткі, аусыл, вирустық сүйелдер.
 2. Емі. Қолданылатын заманауи препараттар.
- III. Қорытынды;
- IV. Пайдаланылған әдебиеттер.

ВИРУСТЫҚ АУРУЛАР


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

ҚАРАПАЙЫМ ГЕРПЕС

❖ *Қарапайым (әдетті) герпес синонимы көпіршікті теміреткі (простой герпес-пузырковый лишай – herpes simplex) немесе кәдімгі ұшық* – герпес вирусы туындататын жұқпалы ауру.

Антигендік қасиетіне байланысты бұл вирусты негізгі екі типке (1 және 2) бөледі. Бірінші типтегі вирустар ауыздың кілегей қабығын, теріні, ал екінші типтегі вирустар жыныс ағзаларының кілегей қабығын жарақаттайды. Қарапайым ұшық вирусы ДНК-дан тұрады және тікенекті қабат клеткаларының ядросында жасырын өмір сүреді, ыңғайлы жағдайда көбеюге ұшырап, қайталамалы ауру туындатады.

❖ Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұйғаруынша (1985) жер беті тұрғындарының 90%-на аталмыш вирус жұққан, ал 20-30% жағдайда ауру белгілері білінеді.

- 
- ❖ Инфекцияның алғаш рет жұғуы 1-3 жас арасында байқалады. Себебі, бұл кезде баланың қанында анадан алған антидене (пассивті иммунитет) жойылады немесе саны азаяды да, организм вирустық инфекцияны оңай жұқтырады. Көп жағдайда балаға біріншілік герпестік инфекцияның жұғуы аса көп байқалмайды, ал кейбір жағдайда біріншілік герпестік ауру дамиды.
- ❖ Біріншілік герпестен сауыққаннан кейін инфекция жасырын түрге ауысып, әртүрлі зиянды ықпалдардың әсерінен (дененің суыққа шалдығуы, тұмау, жүйкелік күйзелістер, витаминдер тапшылығы) жиі қайталануы мүмкін.

❖ Қарапайым герпес вирусы адамға ауру немесе вирустасушы адамнан тікелей жанасу және ауа-тамшылары арқылы жұғады (герпестік вирус вирустасушылардың сілекейінен де бөлініп алынған).

❖ Ауыз ішінде герпестік инфекция екі түрде көрініс табады:

- ауыздың жедел герпестік қабынуы немесе біріншілік;
- ауыздың қайталамалы герпестік қабынуы немесе созылмалы қайталамалы герпес.



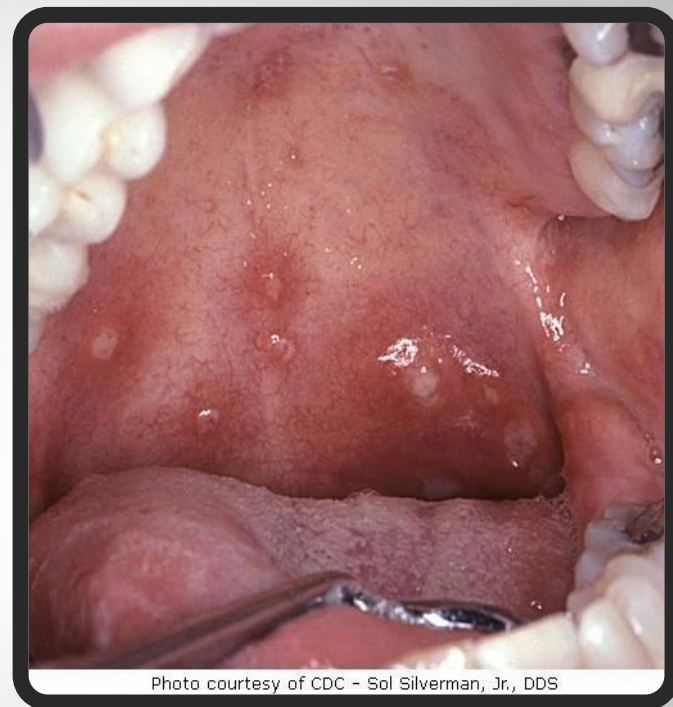
АУЫЗДЫҢ ЖЕДЕЛ ГЕРПЕСТІК ҚАБЫНУЫ

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

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

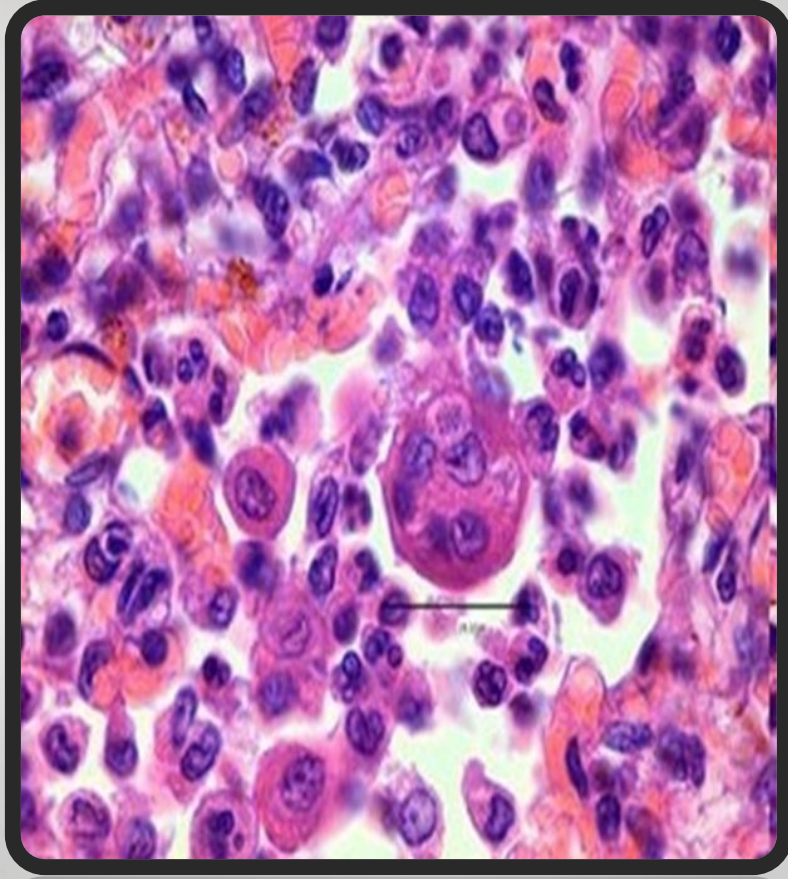
❖ Продрамалдық кезеңде ауыз кілегей қабығында жайыла қызарған ошақтар пайда болып, ісіну, домбығу байқалады, балаларда сонымен қатар қызыл иектің катаралды қабынуы орын алады, кейде қызылиек жиегі эрозияланып кетуі де мүмкін. Ересек балалар мен үлкен адамдар ауыз ішінің ысып, күйіп, сыздап ауыратынына,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

❖ Бірнеше сағаттан кейін бөрткендер жарылып, орнында диаметрі 1-5 мм домалақ, сопақ пішінді беті ақшыл-сұр түсті өліетті қақпен немесе сары-сұр фибринді қақпен жабылған эрозиялар пайда болады (сурет-1). Көптеген көпіршіктердің бірігіп барып жарылуынан пайда болған эрозиялар белгілі пішінсіз полигоналды (көпбұрышты) болып келеді. Көпіршік бөрткендер көбіне таңдайда, тілдің үстінде, ұшында, қызылиекте, ұртта, ерін кілегей қабығында орналасады. Бөрткендер шыға бастасымен дене қызуы төмендей бастайды, кейде олар бірнеше рет қайталап шығуы мүмкін.



Сурет-1.

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



Cypem-2

САРАПТАМАЛЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

- ❖ Аурудың алғашқы күндерінде және қайталану кезінде көпіршік бөрткендер сұйығынан герпес вирусын бөліп алуға болады, ал қанда вирусқа қарсы антидене титры аурудың кезеңіне сай жоғарылай бастайды.
- ❖ Ауыздың жедел герпестік қабынуын нақтылау үшін иммунофлюоресценциялық әдістерді, антигенмен терішілік сынамаларды, серологиялық реакцияларды қолдануға болады.
- ❖ Аурудың сараптамалы диагностикасы көптүрлі жалқықты эритемамен, дәрілер әсерінен дамыған қабынулармен, басқа вирустық аурулармен (белдеме теміреткі, аусыл), буллезді дерматоздармен, ауыз-қызылиектің өліеттеніп – жаралана қабынуымен (Венсан гингивостоматиті) жүргізіледі.

СОЗЫЛМАЛЫ ҚАЙТАЛАМА ГЕРПЕС

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



Сурет-3

Қайталамалы ұшық теріні жиі жарақаттайды. Ерін герпесі (лабиальный герпес) кезінде бөрткендер еріндер жиегімен қатар әртүрлі аймақтағы тері бетіне (қолдар мен аяқтардың, белдің) шығады (сурет-3). Бұл кезде бөрткендер белгілі бір аймақта орын тебуі мүмкін немесе бір жерден екінші жерге көше отырып орналасуы мүмкін. Қайталамалы ұшық кезінде бөрткендер көздің конъюнктивасы мен көз алмасының мүйізді қабығына да шығуы мүмкін.

❖ Қайталамалы герпеске тән классикалық бөрткендер қызарған және домбыққан негізде топтаса орналасқан диаметрі 2-5 мм ұсақ көпіршік бөрткендер. Алғашқы күндері көпіршік бөрткендердің ішіндегі сұйық мөлдір болады және біртіндеп күңгірттеніп қоюланады. Бірнеше сағаттан немесе 1-2 тәуліктен соң бөрткендер жарылып, әртүрлі көлемді эрозиялы ошақтарға айналады.

❖ Кейде ұсақ көпіршік бөрткендер бір-бірімен қосылып, көпкамералы (көпқуысты) жазық күлбіреуік бөрткен құрылады және жарылған кезде біраз көлемді көпбұрышты эрозиялы ошақ пайда болады.

❖ Еріндер жиегіндегі және терідегі бөрткендердің сұйығы 3-4 күннен кейін кеуіп бортпылдақтау сары түсті қабықшаға айналады. Қабықшалар кейде қызыл-қоңыр түсті (қан араласуы нәтижесінде) немесе сары-жасыл түсті (іріңді жалқық пайда болса) болуы мүмкін.

❖ Бөрткендердің саны көп болған жағдайда аймақтық лимфа түйіндері ұлғаюы мүмкін. Біртіндеп эрозиялы ошақтар жазылып, қабықшалар түседі де 7-10 тәулікте науқас сауыға бастайды.

❖ Қайталамалы герпес кезінде әдеттегі көпіршік бөрткендермен қатар атипиялық бөрткендер де орын алады. Қалыңдаған тері аймағында дақты-папулезді бөрткенде шығуы мүмкін (аурудың abortivті түрі). Ал теріасты майлы қабат жақсы дамыған аймақтарда (еріндер, екі ұрт аймақтары) аурудың домбыққан түрі байқалады. Бұл кезде бөрткендер шыққан аймақ қатты домбығып қызаруы нәтижесінде бет пішіні қатты бұзылады және көпіршік бөрткендерді анықтау қиынға соғады.

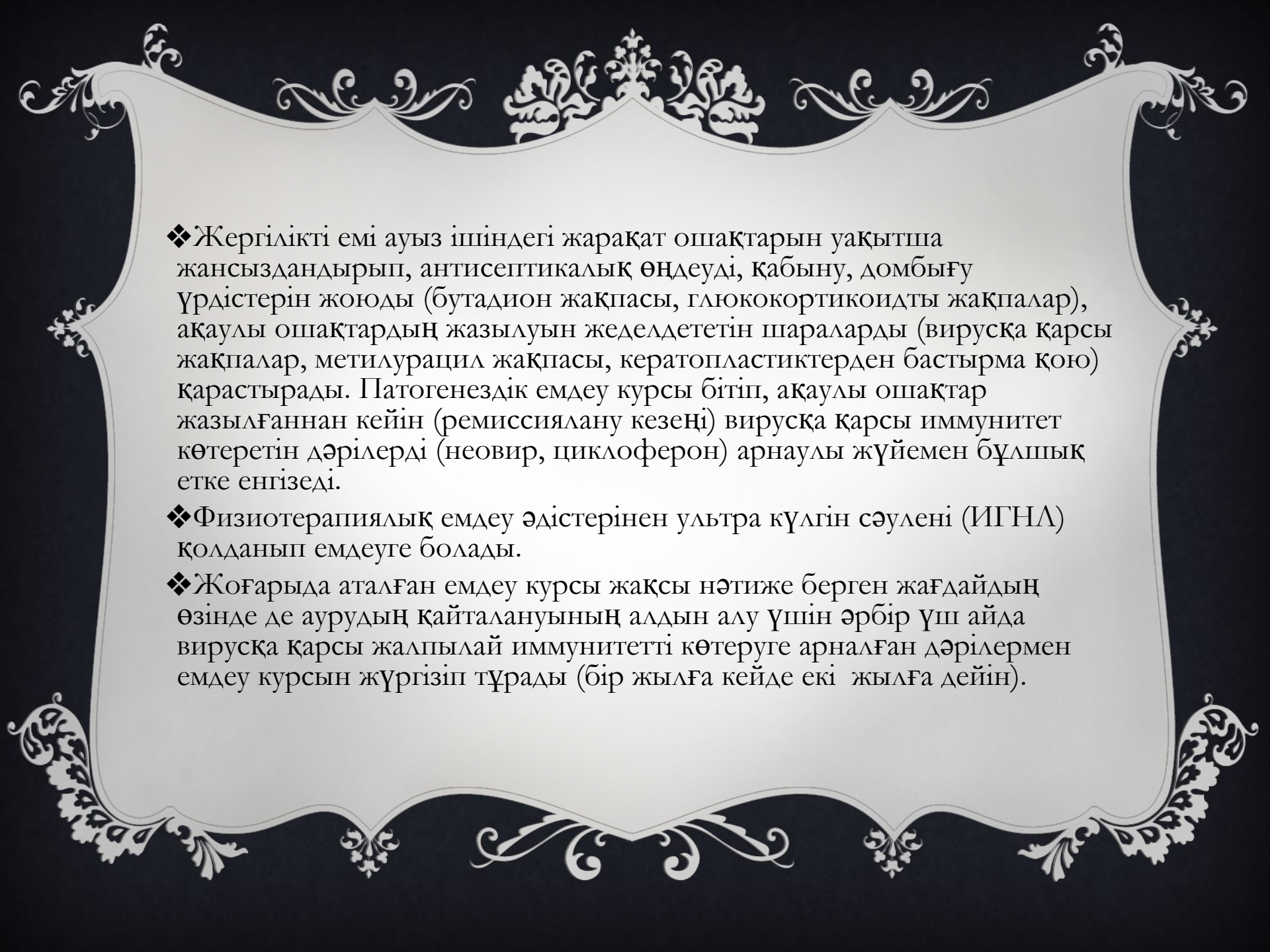
❖ Ауыз ішінде созылмалы қайталамалы герпес кезінде бөрткендер мүйізгектенетін эпителиймен жабылған аймақтарға (қатты таңдай, бекіген қызылиек, тілдің үсті).

САРАПТАМАЛЫ ДИАГНОСТИКАСЫ, ДИАГНОЗДЫ НАҚТЫЛАУ

- ❖ Қайталамалы герпесті (ауыздың қайталама герпесті қабынуын белдеме теміреткіден, екіншілік мерезден, ауыздың қайталама афталы қабынуынан телшешектен) ажырата білу керек.
- ❖ Аурудың диагнозын нақтылау үшін экспресс - әдіс немесе жарықтанатын антиденелер (флюоресцирующих антител МФА) қолданады. Бұл кезде спецификалық жарықтануды кілегей қабықтағы немесе терідегі жарақат ошағынан алынған қырмада анықтауға болады.
- ❖ Қарапайым герпес вирусы антигеніне құрылған антиденелерді (JgM, JgY) серологиялық зерттеулердің көмегімен анықтауға болады. Антиденелер титрінің 4 рет немесе одан да артық жоғарылауы біріншілік герпестік инфекцияға тән.
- ❖ Вирустар әсерінен өзгерген эпителий клеткаларын анықтау үшін цитологиялық әдіс қолданылады. Жабынды эпителийдің тікенекті қабатында баллонды дегенерациялану нәтижесінде клеткашпiлік қоспасы (включения) бар көпядролы алып клеткалар пайда болады және олар аурудың алғашқы бірінші күндерінде анықталады. Сонымен қатар дүние жүзінде қарапайым герпесті молекулярлық деңгейде анықтау үшін коммерциялық ДНК-сүңгі (ДНК-зонд) құрастырылған.

ЕМІ

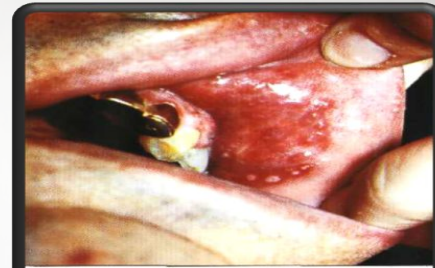
❖ Ауруды жалпылай емдеу патогенездік этиотроптық емдеуді қарастырады. Ол үшін десенсибилизациялаушы (супрастин, тавегил, пипольпен, зиртек), гипосенсибилизациялаушы (натрий тиосульфаты, кальций глюконаты) дәрілер, ал жаралы-инфилтративті түрінде кортикостероидты препараттарды (преднизолон, дексаметазон) арнаулы схемамен тағайындайды. Жалпылай иммунитетті көтеру үшін витаминдер жиынтығын (Гинтон, Геримакс, Витрум), Прадент, Иммунал, натрий нуклеинаты, иммунорм, жергілікті иммунитетті жоғарылату үшін имудон, трахсикан тағайындайды. Аурудың экссудативті түрінде аскорутин, «С» витаминінің жоғары мөлшерін (200-300 мг) тағайындаған да тиімді.

- 
- ❖ Жергілікті емі ауыз ішіндегі жарақат ошақтарын уақытша жансыздандырып, антисептикалық өңдеуді, қабыну, домбығу үрдістерін жоюды (бутадион жақпасы, глюкокортикоидты жақпалар), ақаулы ошақтардың жазылуын жеделдететін шараларды (вирусқа қарсы жақпалар, метилурацил жақпасы, кератопластиктерден бастырма қою) қарастырады. Патогенездік емдеу курсы бітіп, ақаулы ошақтар жазылғаннан кейін (ремиссиялану кезеңі) вирусқа қарсы иммунитет көтеретін дәрілерді (неовир, циклоферон) арнаулы жүйемен бұлшық етке енгізеді.
 - ❖ Физиотерапиялық емдеу әдістерінен ультра күлгін сәулені (ИГНА) қолданып емдеуге болады.
 - ❖ Жоғарыда аталған емдеу курсы жақсы нәтиже берген жағдайдың өзінде де аурудың қайталануының алдын алу үшін әрбір үш айда вирусқа қарсы жалпылай иммунитетті көтеруге арналған дәрілермен емдеу курсы жүргізіп тұрады (бір жылға кейде екі жылға дейін).

БЕЛДЕМЕ ТЕМІРЕТКІ

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

а)

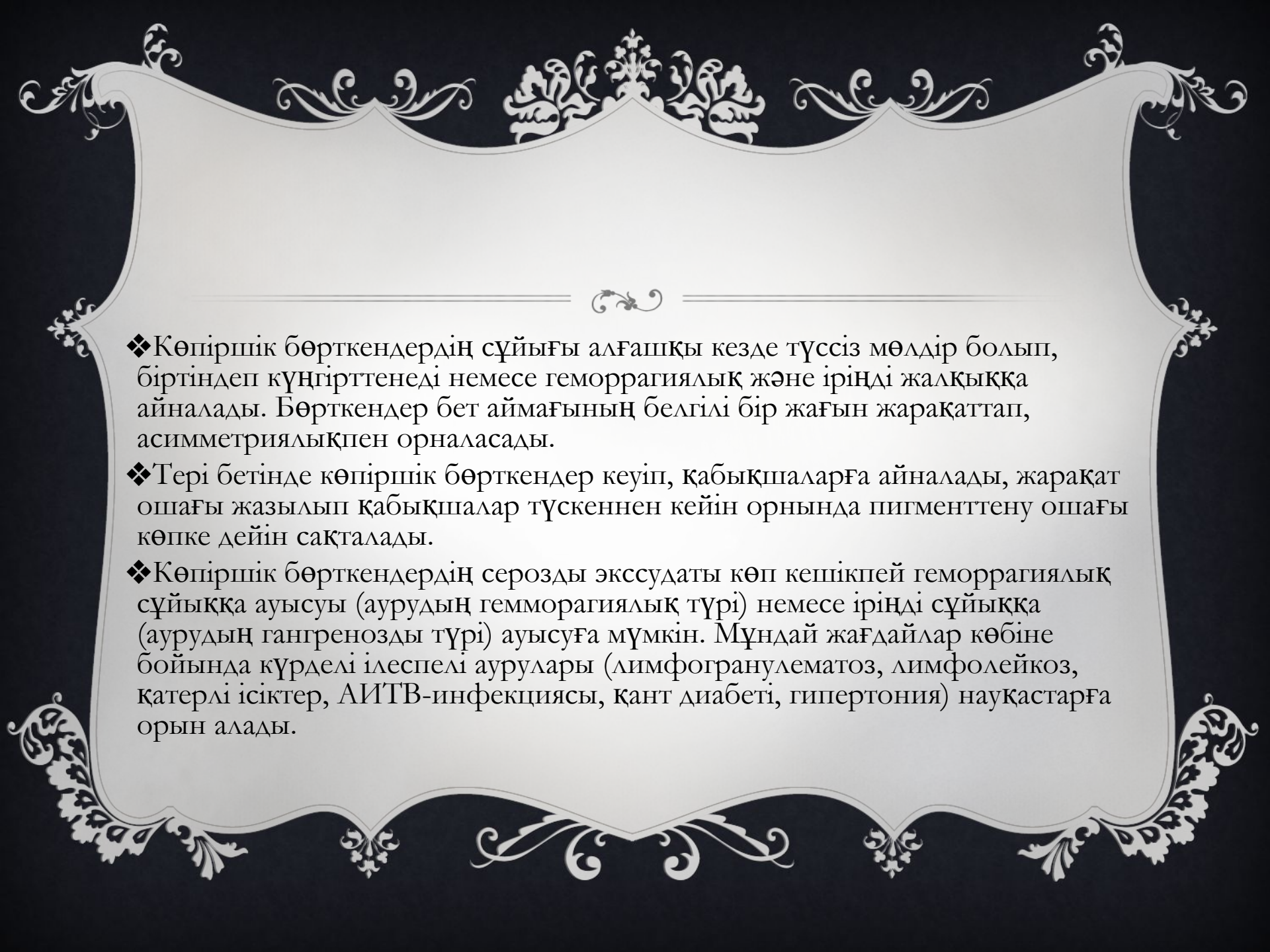


б)



Сурет-4. Белдеме теміреткі
а) ұрттың кілегейлі қабығындағы тармактанып орналасқан көпіршіктер
б) еріннің қызыл жиегі мен иек терісіндегі көпіршіктер, беттері қабыршақтармен жабылған эрозиялы ошақтар.

❖ Аурудың инкубациялық кезеңі 7-8 тәулікке созылады да, жедел ағыммен басталады және жарақаттанған нерв тармақтары бойымен таралатын ұстамалықатты ауыру сезімі, ысып-күю, жарақаттанған нервтену аймағындағы парестезиялық белгілер қатты мазалайды. Науқастың жалпы жағдайы өзгеруі негізінде (бастың ауруы, әлсіздік асқа тәбеттің болмауы, ұйқының қашуы, дене қызуының $37-39^{\circ}\text{C}$ аралығында көтерілуі) жарақаттанған нервпеннервтену аймағында қатты қызарып, ісінген тері мен кілегей қабық бетінде топтаса тұзулер құра орналасқан көпіршік бөрткендер пайда болады (сурет а). Бет-жақ сүйегі аймағында көбінесе үшті және бет нервтері тармақтары жарақаттанады. Ауыз кілегей қабығы жарақаттанған кезде бөрткендер үштік нервтің екінші және үшінші тармақтары бойында орналасады (сурет 4). Бөрткендер көбінесе жабынды эпителий ішінде дамиды, оңай жарылып, әртүрлі көлемді және пішінді, бір-бірімен қосылуға дайын эрозиялы ошақтарға айналады және беттері сары-сұр түсті өліетті-фибринді қақпен жабылады, қатты ауырып мазалайды.

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

❖ Белдеме герпестің ағымы үштік нервтің қабынуымен, нервалгиясымен үштік және бет нервтерінің жартылай салдануымен, гиперестезиялық, парастезиялық белгілерімен есту қабілетінің төмендеуімен, ми және ми қабығының қабынуымен (менингит және менингоэнцефалит) асқынуы мүмкін және неврологиялық өзгерістер ұзаққа созылуы мүмкін.

❖ Ауру кез-келген жастағы адамдарда кездеседі және оның дамуына әртүрлі жағдайларда (жұқпалы аурулар, күйзелістер, суыққа шалдығу, созылмалы шаршау) иммунитеттің төмендеуі жүйткіл болады. Аурудың ұзақтығы 2-4 аптаға созылады.

❖ Белдеме теміреткімен бір рет ауырған адамда аурудың қайталану кезеңдері болмайды. Егер қайталанған болса, науқастың иммунитет жетіспеушілік себептерін анықтау үшін, толық тексеру керек.

❖ Аурудың алғашқы күндері ауыз кілегей қабығындағы эрозиялы ошақтардан алынған жағынды-таңбада көпядролы алып клеткалар анықталады (вирус туындатқан баллонды дегенерациялану нәтижесінде пайда болған).

ЕМІ

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

❖3) антигистаминдік дәрілер: супрастин, тавегил, фенкорол, пипольфен, бір таблеткадан күніне 2-3 рет, емдеу курсы 10-14 тәулік; зиртек, бір таблеткадан күніне 1 рет, емдеу курсы 7 тәулік.

❖4) витаминді заттар: витамин В12 (цианокобаламин) 200-500 мкг күнде немесе күнара бұлшық етке енгізіледі, емдеу курсы 2 апта; витамин В1 (тиамин бромиді) – 2,5-5% бір мл ертіндісі бұлшық етке енгізіледі, емдеу курсы 10-30 инъекциядан тұрады; витамин В6 (пиридоксин хлориді) 5% екі мл ертіндісі бұлшық етке енгізіледі, емдеу курсы 20-25 инъекциядан тұрады.

❖Сонымен қатар басқа витаминдер жиынтығымен де емдеу курсын (поливит, ундевит,) жүргізуге болады. 5) Эрозиялы-жаралы ошақтардың жазылуын жеделдететін белокты анаболизаторлар (метилурацил, метацил, пентоксил), биогендік ынталандырушылар да (апилак, алой, женьшень-мыңжылдық тунбалары) тағайындауға болады.

❖Жергілікті емі жарақат ошағын уақытша жансыздандыруды, ауыз ішін толық антисептикалық өңдеуді, қабынуға қарсы, вирусқа қарсы, эпителиндіруші дәрілерден туратын дәрілерден бастырма (апликация) қою сияқтыкешенді шараларды қарастырады.

ВИРУСТЫ СҮЙЕЛДЕР

- ◎ *Вирусты сүйелдер- көлемі 1мм-ден 1см-ге дейін жететін вирус құрамдас қатерсіз түзілістер. Қоздырғышы: папиллома вирусы. Ауыз қуысы шырышты қабатында вирусты сүйелдердің екі түрі кездеседі: жалпақ, өткірұшты.*



ПАПИЛЛОМАВИРУС

- © Вирион қабықшасы болмайды диаметрі 50-55 нм. Капсид 72 капсомерден тұрады. Геном ДНҚ. Вирусты инфекция науқаспен жанасқанда жұғады. Инфекцияның ену жолы ағзаның микротравмасы.



ВИРУСТЫ СҮЙЕЛДЕРДІҢ КЛИНИКАСЫ

- ◎ *Жалпақ сүйел- тығыз папула(түйіншек) тәрізді шырышты қабаттан аз мөлшерде шығыңқы орналасады. Шекарасы анық, дөңгелек пішінді.*
- ◎ *Өткірұшты сүйел- өткірұшты емізікшеге ұқсас ашық-қызыл түсті. Элементтер бір-бірімен қосылып вегетация түзеді. Локализациясы: ауыз қуысының алдыңғы бөлігі, ауыз бұрышы, тілдің алдыңғы бөлігінің бүйір беті. Сирек кызылшекте , еріннің қызыл жиегінде, ауыз бұрышының сыртында кездеседі. Шырышты қабаттың вирусты сүйелдері қол терісінің сүйелдерімен бірге кездеседі.*

EMI

❖ *Жергілікті 3% оксолин, 0,5% бонафтон, 0,5% флоренал, 0,5% теброфен т.б. Вирусқа қарсы препараттармен күніне 3-4 рет өңдеу. Ауыз қуысы санациясы, ауыз қуысы гигиенасы.*



ГЕРПАНГИНА

- © *Герпангина- А, В Коксаки вирусымен шақырылатын жедел инфекциялық ауру. Ауыз қуысы мен жұтқыншақтың серозды қабынуын туындатады. Коксаки А ол энтеровирусқа жатады. Мектепке дейінгі кіші мектеп жасындағы балаларда жиі кездеседі. Ерте жаста герпангина ауыр түрде өтеді.*



СИМПТОМДАРЫ

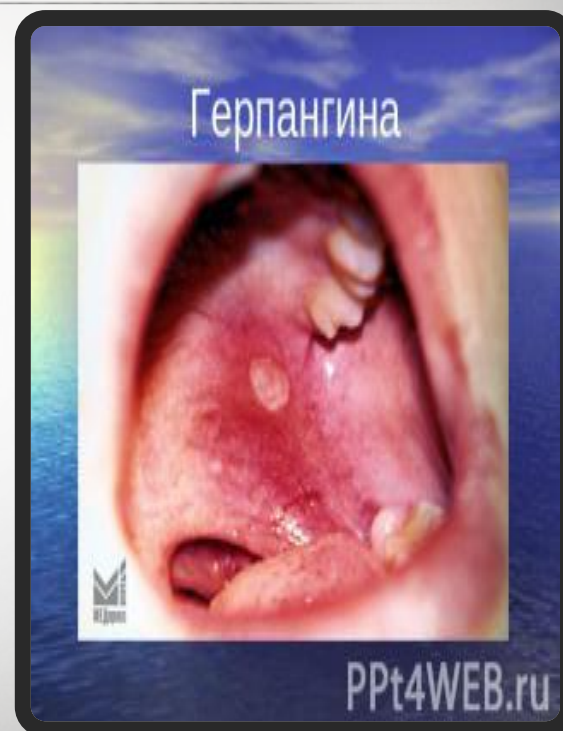
- ◎ Ауру температураның күрт жоғарылауынан басталады жалпы жағдай нашарлайды, тамақтан бас тартады, басы ауырып, жүрегі айныйды, диарея, жұтынғанда ауру сезімі пайда болады. Оған бұлшықет ауыруы, іштегі ауру сезімі қосылады. Ерте жаста (судороги) болады. Ауыз жұтқыншақ шырышты қабаты қабынады, ісінеді, майда нүкте тәрізді қызыл түсті папулезді бөртпемен жабылады. Бірнеше сағаттың ішінде папулалар везикулага айналады. Іші мөлдір сұйықтыққа толған, көлемі 1-8мм болады. Элементтер саны 20 га жуық. Везикулалар жарылып жараға айналады беті фибринді қақпен жабылады. Фибринозды қақ іріңге ұқсас боп кетеді бірақ жанындағы тінмен бірігіп кеткен, алынбайды. Ауырады, ашиды, тағам қабылдау қиындайды, лимфа түйіндері ауырады. Аурудың ұзақтығы 6 күн, артынан жазыла бастайды. Бір рет ауырған науқас вирус тасымалдаушы және инфекцияның ошағы болып қалады.

© *Коксаки вирусы ауа тамшылы, фекальды-оральды жолмен жұғады. Жаз мезгілінде ауру жиілей түседі. Мұрын жұтқыншаққа енген вирус ішекке лимфа түйіндеріне өтіп сол жерде көбейеді. Үшінші күні қанға өтіп, қан арқылы нерв, бұлшықет тініне оңай таралады.*



ДИАГНОСТИКА

- ❖ Локализациясына қарап болжама диагноз қойылады. Жұтқыншақтың артқы қабырғасы, жұмсақ таңдай, миндалина. Нақты диагноз қою үшін көпіршік ішіндегі сұйықтығын тексереміз, қандағы антиденені анықтау, иммуноферментті анализ, комплемент байланыстыру реакциясы, тікелей емес гемагглютинация реакциясы



ЕМІ

- ◎ *Науқасты оқшаулау, сұйық тағам қабылдау.
Науқасты госпитализациялау.
Симптоматикалық ем: жергілікті емге антисептиктер ауру сезіміне қарсы ем, 10% натрий тетрабораттың глицериндегі ерітіндісі, 5% димексидтегі марборан, кастеллан сұйықтығы, метилен көгі, шалфей, 2% лидокаин. Антигистаминді препараттар: супрастин, диазолин, кальций глюконат. Жалпы әлсіздікті болдырмау үшін: стероидты емес қабынуға қарсы препараттар (ибупрофен, нимесулид)*



ВЕЗИКУЛЯРЛЫ СТОМАТИТ

- *Везикулярлы стоматит- зоонозды жедел вирусты инфекция, ауыздың шырышты қабатын, қылызиек, жұтқыншақты зақымдайды. Синдромы-бөртпелер(сып). Қоздырғышы- энтеровирус. Инкубациялық кезең 5-6 күн. Бөртпелер ауыз қуысында сонымен қатар алақан мен табанда пайда болады. Қоздырғышы вирус болғандықтан баланы оқшаулау керек. Инфекцияны таратушы жәндіктер болып табылады. Жаз айларында жиі кездеседі.*

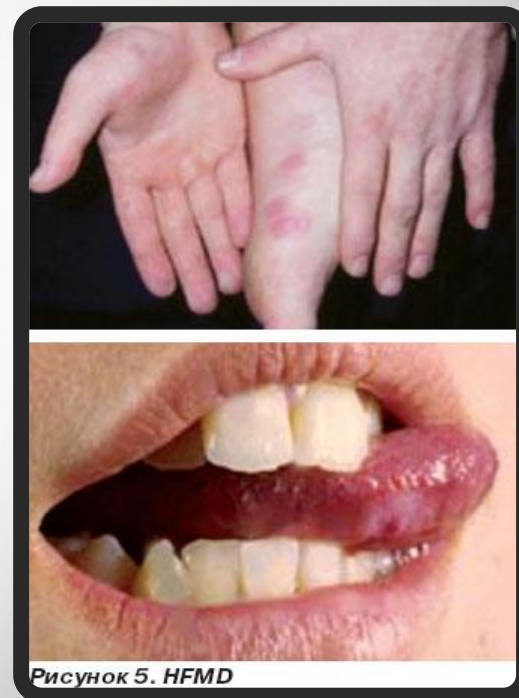


Рисунок 5. HFMD

Рисунок 2. HFMD

СИНДРОМДАРЫ

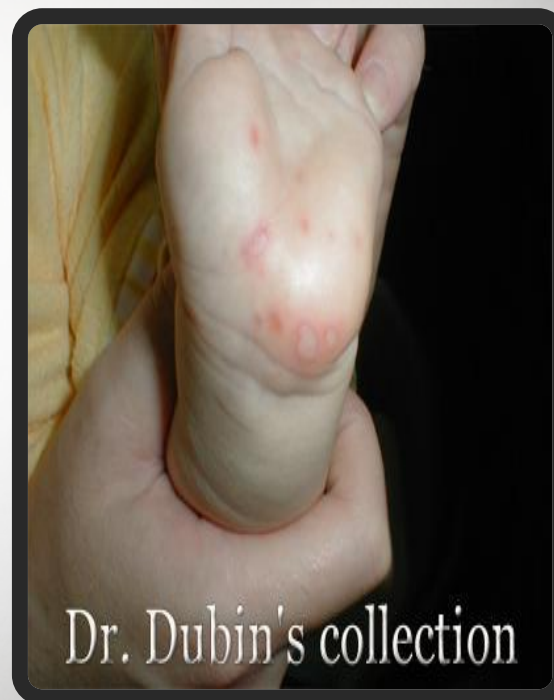
- ❖ *Везикулярлы стоматитті басқа аурулардан ажырату қиындық тугызбайды, өйткені синдромы-бөрткендер бетте алақан мен табанда орналасады. Балада тұрақты қышу мен ауру сезісі бірге жүреді. Асқынуы: Менингит, энцефалит, парез.*



СИМПТОМДАРЫ

- ❖ *Жоғары температура(40°C дейін), шаршау, терлеу, бұлышықеттегі ауру сезімі, әлсіздік, бас ауру, көздегі ауру сезімі, тамақтың ауыруы, лимфа түйіндер ұлғайған, іші сұйықтыққа толған көпіршіктердің болуы, олар ауырады. Локализациясы: қызылиек, жұтқыншақ, таңдай, ұртта.*

Конъюнктивит (20%) пайда болады. Тұмау (20%) пайда болады. Жиі симптомсыз өтуі де байқалады.



Dr. Dubin's collection

ДИАГНОСТИКА

- ◎ *Стоматологқа, инфекционистқа қаралу;*
- ◎ *Серологиялық тексеру;*
- ◎ *Вирусологиялық тексеру;*
- ◎ *Салыстырмалы диагностиканы: ауыз қуысындағы вирусты көпіршіктерден, герпестік ангинадан, герпестік стоматиттен ажыратамыз.*



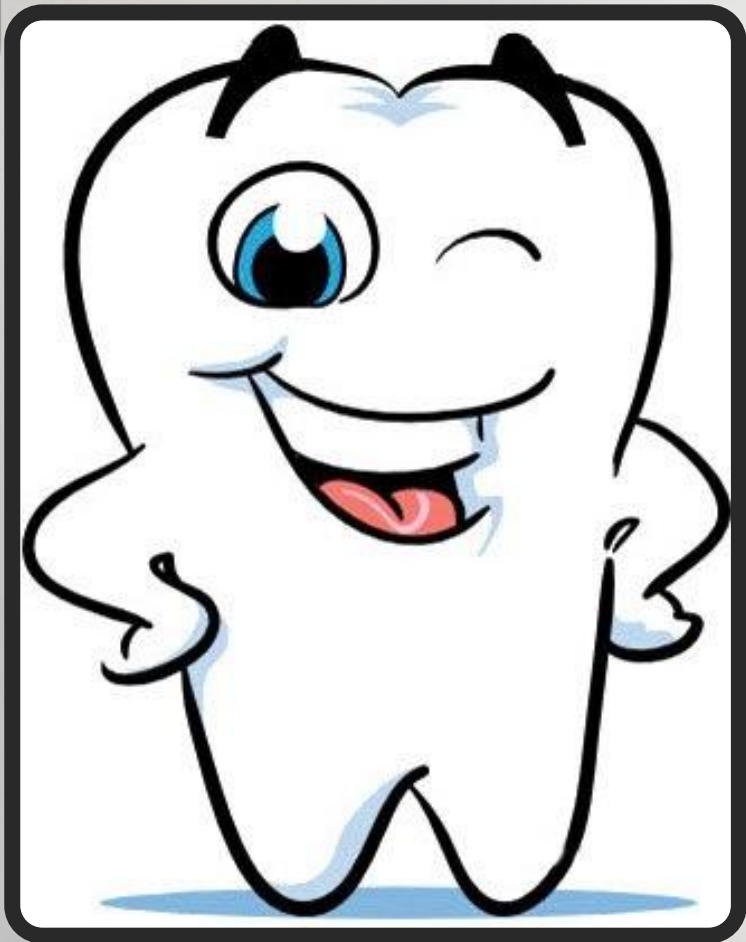
ЕМІ

- ◎ *Симптоматикалық ем тағайындаймыз:*
- ◎ *постельный режим;*
- ◎ *Сұйық тағам қабылдау;*
- ◎ *Температура түсіретін препараттар;*
- ◎ *Ауыз қуысын өңдеу;*
- ◎ *Вирусқа қарсы терапия;*



Пайдаланылган әдебиеттер:

1. Под редакцией проф.Г.М.Барера.Терапевтическая стоматология “Заболевания слизистой оболочки полости рта”,стр 69-71. Москва 2010.
2. Курякина Н.В Терапевтическая стоматология детского возраста.Москва 2001.стр 543-549.
3. Персин А.С.. “Стоматология детского возраста”. Учебник М – 2006
4. В.И.Куцевляк “Детская терапевтическая стоматология”.
 - Под ред. Г.М.Берера “Терапевтическая стоматология.
 - Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта” 2005г.
 - <http://luga-help.do.am/load/71-1-0-728>
 - <http://meddostup.ru/sovremennye-preparaty-dlya-lecheniya-gerpesa/>
 - <http://doctor.kz/health/news/2010/06/22/9443>



**Назар
аударғанңызға
рахмет!!!**