

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина  
университеті

Хирургиялық және балалар стоматология кафедрасы

# Балаларда инфекциялық және соматикалық аурулар кезінде ауыз қуысы кілегей қабығының өзгеруі

Мамандығы: **5В130200** Стоматология

Пәні: Балалар жасындағы стоматология

Курс: 5

Лектор: м.ғ.к. Жолдасова Н.Ж.

**АІЖ аурулары** балаларда көбінесе ауыз қуысындағы өзгерістермен жүреді. Ол ауыз қуысы кілегей қабығы мен АІЖ қызметтерінің бірлігімен байланысты. АІЖ аурулары балаларда ауыз қуысы кілегей қабығында ісінудің дамуымен, тілдің арқасында жабындының болуымен, созылмалы катаральды гингивиттің цианозды түстенуімен сипатталады. Геморрагиялық қанталаған тромбоцитопения салдарынан бөртпелер болуы мүмкін. Балаларда ауыздан жағымсыз иіс пайда болады.

Созылмалы атониялық колит – рецидивтері ауыз қуысындағы афталар. Гепатохолецистит – тіл емізікшелерінің атрофиясымен десквамативті глосситтің ауық-ауық көрінуі.

Дизентериямен ауыратын балаларда катаральды және афтозды стоматит, десквамативті глоссит байқалады, стоматиттер аурудың басталуынан 2-3 тәулігінде, ал глоссит 7-14 тәулігінде дамиды. Әлсіреген балаларда қосымша ауыз қуысы кілегей қабығының кандидозы дамуы мүмкін.

Созылмалы энтероколит – РР және В2 витаминдері жетіспеушілігінің көрінісімен глоссит, афтозды стоматит және ауыздықтар, көбінесе десквамативті глоссит және қатпарлы тіл.

Созылмалы гастрит – ауыз қуысындағы өзгерістер аурудың түріне және ұзақтығына байланысты. Тіл емізікшелерінің атрофиясымен және тегістелуімен десквамативті глоссит байқалады. Функциональды және нақтылығы, тілдің дәмді рецепциясы төмендейді.

Дисбактериоз – ауыз қуысында псевдомембранозды кандидоз. Балаларда микробты ассоциацияның ферменттерінің белсенділігі жоғарылайды.

Емдеу: АІЖ ауруларының катаральды стоматиті, гингивиті немесе глосситі үшін арнайы жергілікті ем жүргізбейді. Ауыз қуысы жеке гигиенасы, рациональды гигиена, антисептиктер, қабынуға қарсы заттарды ауыз шаю ретінде қолдану, В тобы витаминдерін ішу. Негізгі ауруды емдеу.

Бауыр ауруы: бауырдың қабынуының жедел түрі оның инфекциянды зақымдарында дамиды. Сары аурудың үдеу кезеңінде ауыз қуысы кілегей қабығында, тілде гиперемиясы, құрғақтығы, ісінуі, эпителий десквациясы байқалады. Кілегей қабыққа сарғыш түспен боялу тән. Тілдің арқасында жабынды пайда болады, тіл ісінген, цианоздалған, жіп тәрізді емізікшелердің атрофиясы және эпителийдің ошақты десквациясы. Кілегей қабық гиперемияланған, кіші сілекей безі шығару өзектерінің ақырғы бөлімдерінің гиперплазиясы. Стенонов өзектері сағасында қабыну көріністері, жұмсақ таңдайда және ерінде телеангиоэктазия, тіл емізікшелерінің атрофиялық бұзылысы. Тілдің күйдіргі сезімі және ауырсынуы болады.



**Жүрек-қан тамыр жүйесі аурулары.** Балаларда гипоксиямен қан тамыр-жүрек аурулары декомпенсация белгісімен ауыз қуысы кілегей қабығында ісінудің дамуымен және тіндердің көгеруімен жүреді. Қан айналымның жеткіліксіздігінде некрозға дейін болатын дистрофиялық үрдістер болуы мүмкін, әсіресе ауыз қуысы кілегей қабығының жарақаттанған жерлерінде. Жаралар өте ауырсынады, баяу жазылады.

Емдеу: екіншілік зақымдануды болдырмау.

**Қан жүйесі аурулары:** Қан жүйесі ауруларының науқас балаларда ауыз қуысы кілегей қабығының түрлі өзгерістері байқалады. Ол қан, тері және кілегейасты негіз тінінің дамуының бір түрлері екендігімен түсіндіріледі. Қан түзілу және қан ауруларының көбісі ауыз қуысында көрінеді. Лейкоцитарлы формуланың бұзылысымен байланысты ауруларда ауыз қуысы кілегей қабығы зақымдануының көрінісі нақтамалауға жақсы белгісі болуы мүмкін.

Лейкоздарда клиникалық ауыз қуысында – қанталау, геморрагиялар. Қанталаған жерлерде некроздың қансыраған ошақтары, қызылиекте және тіл ұшында жараланулар қалыптасады. Ауру дамуында некроз ошақтары үлкейеді, қызылиек гипертрофияланады, жараланады. Ауыздан жағымсыз иіс пайда болады.



Тістер қозғалады, тіл ісінеде, күрең жабындымен жабылады, ұшында және тістерге тиетін жерлерде жаралар пайда болады. Жедел лейкоздар үшін – ауыз қуысы кілегей қабығында геморрагиялық синдром ретінде өзгерістер, лейкемиялық инфильтраттар және жаралы – некрозды зақымданулар тән.

Емдеу: ауыз қуысы жеке гигиенасы, стационар жағдайында сауықтыру, симптоматикалық.

Балалардың инфекциянды аурулары (қызылша, қызамық, дифтерия, жел шешек, инфекциянды мононуклеоз және т.б.) ауыз қуысы кілегей қабығының көбінесе арнайы емес сипатты өзгерістермен жүреді, ол айқын нақтамалық мәнді.

Баспа, қызылша, дифтерияның клиникалық көріністері ауыз қуысында скарлатина көріністермен ұқсас, ол ажырату нақтамасында қосымша зерттеу жүргізуді талап етеді.

Қызылшаның қоздырғышы — РНК-құрамды парамикровирустар тобынан филтрлеуші вирус.

Қызамықтың қоздырғышы — А тобының гемолитикалық стрептококкы.

Дифтерияның қоздырғышы — Лефлер таяқшалары.

Жел шешектің қоздырғышы — филтрлеуші вирус.

Дифтерия таңдай бадамша безінің, жұтқыншақ кілегей қабығының және тыныс алу жоғары жолдарының зақымдануымен жүреді, үрдіс қызылиекке таралуы мүмкін. 1-5 жастағы балалар ауырады. Клиникалық дифтерия жедел пайда болады, баланың жалпы жағдайы нашарлайды, дене қызуы  $38^{\circ}\text{C}$ -ке жоғарылайды. Тамақта ауырсыну пайда болуымен жұтыну бұзылады, жұмсақ таңдайдың күрт ісінуі және гиперемиясы, таңдай тіндері мен бадамша безінің ісінуі мен гиперемиясы пайда болады. 1-2 тәуліктен соң жұтқыншақ ақшыл-сұр жабындымен жабылады, оны алғанда зақымдалған ошақта қансырау пайда болады. Пленкалар фибриннен, лейкоциттерден, эпителийден құралады және тот басқан немесе лай-сұр түсті болады. Мұндай өзгерістер қызыл иек жиектерінде де болады. Ауыздағы бөртпелер жақасты және мойын лимфа түйіндерінің лимфаденитінің дамуымен жүреді.

Рпло Дифтереияны қан ауруларындағы, скарлатинадағы және баспадағы ұқсас белгілермен ажыратады. Жел шешекте инкубациялық кезең 2-5 апта, 1 жастан 8 жасқа дейінгі балалар ауырады. Ауру әлсіздікпен, терідегі бөртпелермен, дене қызғыны 30\*С дейін көтерілуімен жүреді. Жел шешекте ауыз қуысы көпіршектер және түрлі-түсті бөртпелер, ауырсынатын, эрозиялар пайда болады, ауырсынатын эрозиялар тағам қабылдауы қиындатады.

Инфекционды моноклеозда (Филатов ауруы) инкубациялық кезең 1-2 аптаға созылады. Балада кенеттен жалпы жағдайы төмендейді, дене қызғыны көтеріледі, лимфа түйіндері (жақасты, мойын, желке) үлкейеді, баспа пайда болады. Талақ және бауыр көлемі үлкейеді. Ауыз қуысы шырышты қабығы ісінеді, түрі гиперемияланған, афта, эрозия және геморрагия бөртеп кетеді. Ауру 7-10 күн жалғасып, лейкоцитоз (20-25x10<sup>9</sup>), лимфоцитоз (60-70%), моноцитозбен, СОЭ жеделдетуімен жүреді. Инфекционды моноклеозды баспамен, дифтериядан ажыратады.

**НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ!**

