

Ахмет Ясауи университеті  
Стоматология факультеті  
Терапиялық стоматология  
кафедрасы

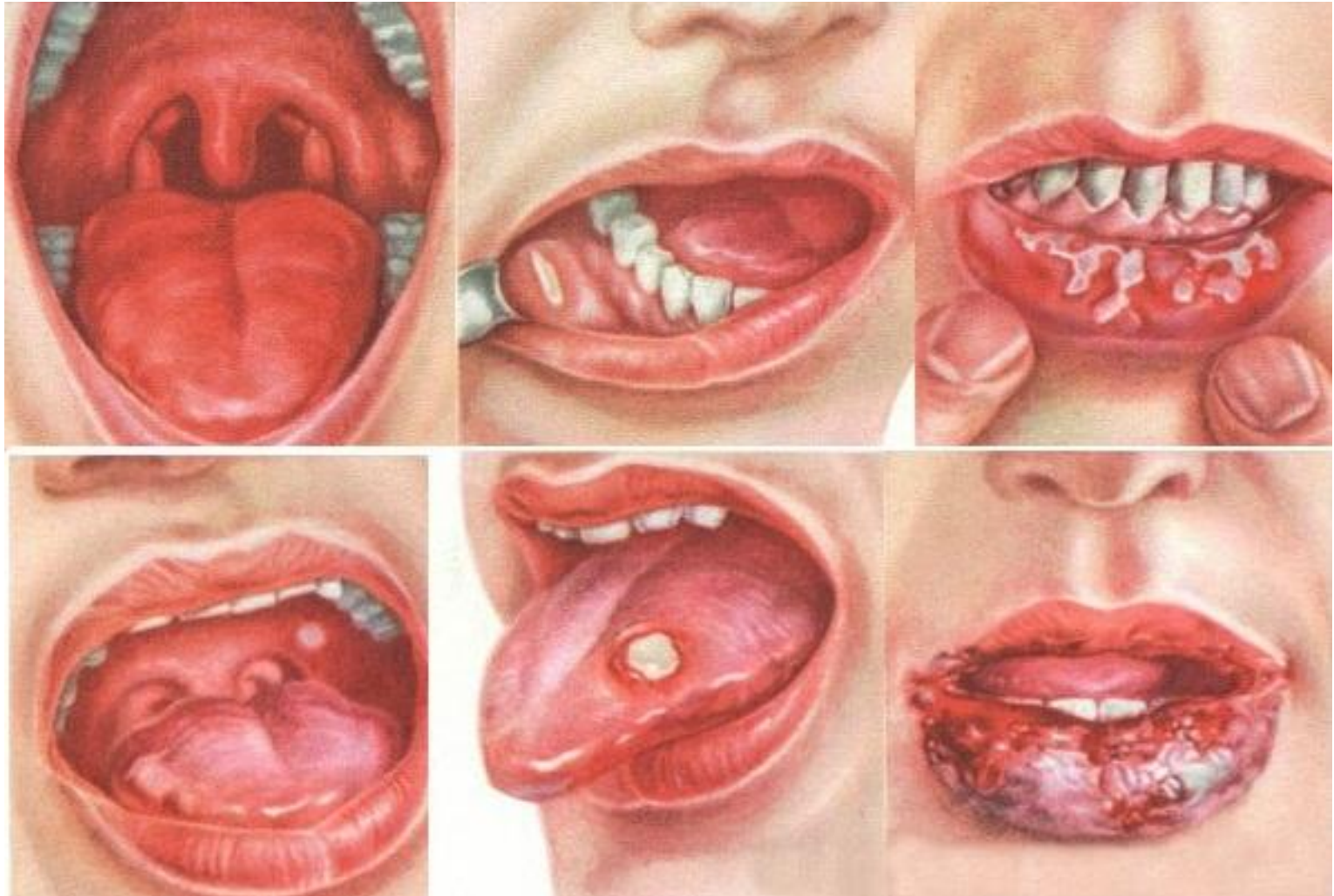
# Жедел ұшықты стоматит

Қабылдаған: Қожамбекова Э

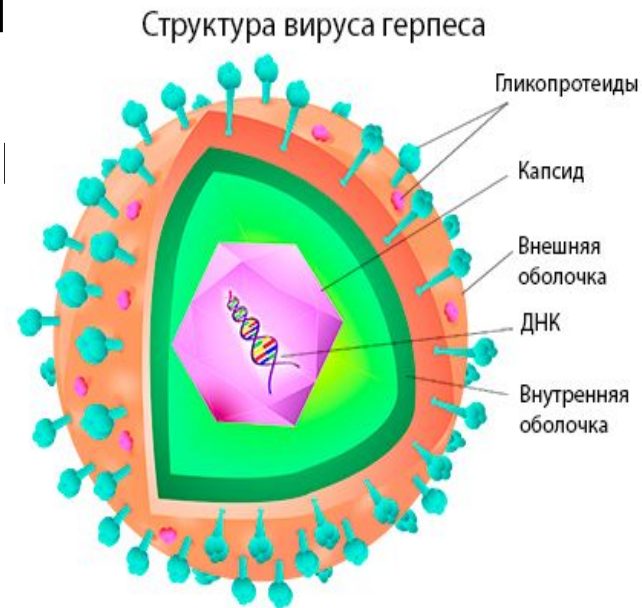
Орындаған: Зейкін Ә

Тобы: СТК-528

- Жедел ұшықты стоматит- эндогендік герпес вирусы туындататын және жиі кездесетін жұқпалы ауру. .

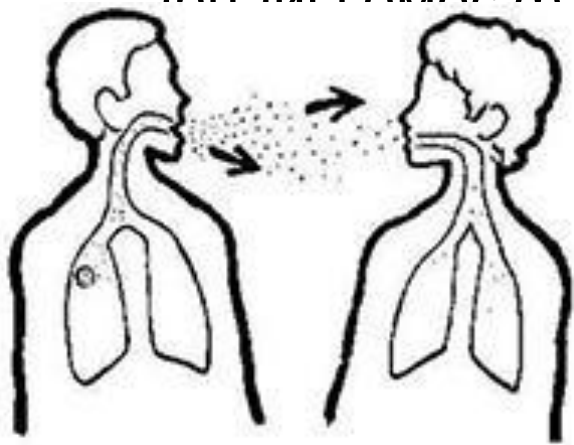


- Антигендік қасиетіне байланысты бұл вирусты негізгі екі топқа (1 және 2) бөледі. Бірінші типтегі вирустар ауыздың кілегейлі қабығын, теріні, ал екінші типтегі вирустар жыныс ағзаларының кілегейлі қабығын жарақаттайды. Қарапайым ұшық вирусы РНҚ (рибонуклеин қышқылы) және ДНҚ (дезоксирибонуклеин қышқылы)-дан тұрады және жабынды эпителийдің тікенекті қабат жасушаларының ядросында жасырын өмір сүріп, ыңғайлы жағдайда көбеюге ұшырайды және қайталамалы ауру туындатады.



- Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (1985) ұйғаруынша жер беті тұрғындарының 90%-на аталмыш вирус жұққан, ал 20-30%-да ауру белгілері білінеді.
- Инфекцияның алғаш рет жұғуы 1-3 жас арасында байқалады. Себебі бұл кезде баланың қанында анадан алған антидене жойылады немесе саны азаяды да, организм вирустық инфекцияны оңай жұқтырады. Көп жағдайда балаға біріншілік герпестік инфекцияның жұғуы аса көп біліне бермейді, ал кейбір жағдайда біріншілік герпестік ауру дамиды. Жас баланың алғашқы айларында ауру өте ауыр түрде дамиды және көптеген кілегей қабықты ағзаларды жарақаттайды. Сирек жағдайда біріншілік герпеспен ертеректе вирусқа қатынасы болмаған үлкен адам да ауруы мүмкін. Біріншілік герпестен сауыққаннан кейін инфекция жасырын түрге ауысып, әртүрлі зиянды ықпалдардың әсерінен (дененің суыққа шалдығуы, тумау, жүйкелік күйзелістер, витаминдер тапшылығы) жиі қайталуы мүмкін

- Қарапайым герпес вирусы науқастан немесе вирустасымалдаушы адаммен тікелей жанасу және ауа-тамшылары арқылы жұғады (герпестік вирус вирустасымалдаушылардың сілекейінен де бөлініп алынған).
- Вирусты инфекция вирусты бөліктердің адсорбциясынан және вирустың клеткаға енуінен басталады.
- Вирус гематогенді және неврогенді жолмен таралады.
- Ең маңыздысы лимфа түйіндері және ретикулоэндотелиальді жүйе элементтері болып табылады.
- Басты рольді қорғаныс иммунитетінің арнайы және арнайы емес факторлары алады.



# Жіктелуі:

Науқас адамның жалпы жағдайына және кілегей қабықтың жарақатқа ұшырау аймағына байланысты аурудың үш дәрежесін

- жеңіл,
- орташа,
- ауыр

Патогенезіне байланысты 5 кезеңін –

- Инкубациялық,
- продромальдық немесе катаральдық,
- даму шыңы немесе бөрткендер шығу кезеңі,
- бетінің қайтуы,
- сауығу кезеңдерін ажыратады.

# Клиникалық көрінісі.

Инкубациялық кезеңі 1-4 күнге созылады. Бұл кезең герпестік вирус жұққаннан кейін басталады және олар жақын орналасқан лимфа түйіндеріне жетіп, көбейе бастайды. Сондықтан осы және продромальдық кезеңде аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды және ауырады. Ауру жедел басталады, ауырлығына байланысты дене қызуы  $37-41^{\circ}$  C көтеріледі, жалпылай уыттану белгілері - әлсіздік, организмнің салғырттық, дімкәстік, бас ауруы, бұлшық еттерінің сыздауы, лоқсу және құсу, іші өтуі байқалады. Бала тынышсызданып, ұйқысы қашады, тері түсі бозғылтанады, тамақ қабылдаудан, емшек емуден бас тартады.





- Продрамальдық кезеңде -ауыз кілегей қабығында жайылған қызару ошақтары пайда болып, ісіну, домбығу , балаларда сонымен қатар қызылиектің катаральды қабынуы байқалады, кейде қызылиек жиегі эрозияланып кетуі де мүмкін. Ересек балалармен үлкен адамдар ауыз ішінің ысып, күйіп, сыздап ауыратынына, қышуына, сілекейдің көп бөлінуіне шағымданады. Кілегей қабақта ішінде мөлдір сұйық бар ұсақ көпіршік бөрткендер шыға бастайды және топтаса орналасқандықтан сандары да әртүрлі болады. Бірнеше сағаттан кейін бөрткендер жарылып, орнында диаметрі 1-5 мм домалақ, сопақ пішінді беті ақшыл-сұр өліетті қақпен немесе сары-сұр фибринді қақпен жабылған эрозиялар пайда болады. Көптеген көпіршіктердің бірігіп барып жарылуынан пайда болған эрозиялар белгілі пішінсіз полигональды (көпбұрышты) болып келеді.



- Көпіршік бөрткендер көбіне таңдайда, тілдің үстінде, қызылиекте, ұртта, ерінде орналасады. Ауыр жағдайда ерін, ерін жиектері мен жақын орналасқан тері аймақтары да жарақаттанады. Бөртпелер шыға бастасымен дене қызуы төмендей бастайды, кейде олар бірнеше рет қайталана шығып отыруы мүмкін. Осыған байланысты дене қызуының көтерілуі де қайталанады және бөртпелерді әртүрлі даму сатысында байқауға болады.
- Пайда болған эрозия ошақтары 5-7 күнде жазыла бастайды және емдеу шаралары дұрыс жүргізілген жағдайда жазылуы жеделдейді.
- Продрамальды 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 жетіге созылады.

# Диагностикасы

- Аурудың алғашқы кезеңінде сілекейдің рН реакциясы қышқылдау (рН-6,4-6,8) болып, сауыға бастағанда бейтараптана бастайды немесе әлсіз сілтілік ортаға ауысады. Лизоцимнің мөлшері төмендеп, интерферон жойылады. Гистологиялық зерттеулер нәтижесі герпестік көпіршік бөрткендердің тікенекті қабат ішінде спонгиоздану, баллонды және вакуольді дегенерациялану, акантолиздену үрдісінің нәтижесінде дамидынынын дәлелдеген. Осыған байланысты аурудың алғашқы 2-3 күнінде жарақат ошағынан алынған жақтаптаңбада көп ядролы алып жасушалар анықталады. Бұл жасушаларға бояулық және өлшемдік (диаметрі 30-120 мкм) көптүрлілік (полиморфизм) тән. Жасушалардың ортасында бірнеше ядролардан (2-3 тен оншақтыға дейін) тұратын конгломерат орын алады, ал ядрошықтар (нуклеолы) анықталмайды

- 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 теріішілік сынамаларды, серологиялық реакцияларды қолдануға болады.
- Аурудың салыстырмалы диагностикасы - көптүрлі жалқықты эритемамен, дәрілер әсерінен дамыған қабынулармен, басқа вирустық аурулармен (белдеме теміреткі, аусыл), буллезді дерматоздармен, ауыз-қызылиектің өліеттеніп – жаралана қабынуымен (Венсан гингивостоматиті) жүргізіледі.

# Емі.

- Жедел ұшықты стоматитті емдеу оның ауырлығына байланысты жүргізіледі. Емдеу жоспары этиотроптық, патогенездік, симптоматикалық, жалпылай және жергілікті шаралардан тұрады.



# Жалпы емі

- Вирусқа қарсы дәрілерді (таңдай білу керек) алғашқы күндері тағайындайды: бонафтон 0,1г 3-4 рет 5 күн қабылдаған соң 1-2 күн үзіліс жасап, қайта қабылдайды (емдеу ұзақтығы 2-3 курс); ацикловир (зовиракс, виролекс) 0,2 г күніне 5 рет 5-10 күн қабылдайды. Балаларға дәрінің жарты мөлшерін береді. Неовир – бұлшық етке әрбір 48 сағаттан кейін енгізеді. Емдеу курсы 7-10 инъекциядан тұрады. Циклоферон-арнулы схемамен бұлшық етке енгізеді, емдеу курсы 10 инъекциядан тұрады. Неовир мен циклоферонды 12 жастан кейін қолдануға болады. ДНК (дезоксирибонуклеиназа) 10-25 мг натрий хлоридінің изотониялық ертіндісіне ерітіп күнара бұлшық етке енгізеді, емдеу курсы 6-10 инъекциядан тұрады.
- Ауыру сезімін азайтып, ыстықты басатын дәрілер: парацетамол, панадол, амидопирин, аспирин, ибупрофен (науқастың жасына сәйкес) тағайындайды.
- Гистаминге қарсы дәрілер: супрастин, фенкарол, тавегил, антигистамин, алсет, ломилан, траксил, диазолин, димедрол, зиртек тағайындаған тиімді.
- Витаминдерді жекелей немесе жиынтық түрінде: аскорутин 0,05г- күніне 3-4 рет, аскорбин қышқылы 0,05г күніне 2-3 рет; поливит, дуовит, триовит, олиговит, джунгли, альфавит, альфагин, супрадин және б., тағайындайды. Организмнің реактивтілігін көтеру үшін – 150 мг тәулігіне 2-3 рет 7-9 күн лизоцим, фузобактериялармен асқыну қаупі болған жағдайда метронидазол тағайындайды. Сілтілі минералды суды, шайды көбірек ішіп, жаралы ошақтарды аса тітіркендірмейтін жұмсақ тағамдар қабылдау туралы ақыл-кеңес беріледі.

# Жергілікті емі

- Ауыру сезімін басу – анестетиктер ерітінділерін (1% тирмекаин, 1-2% пиромекаин, 1-2% лидокаин ертінділері) жарақат ошағына бастырма қою немесе аэрозольдық препараттарды («10%Лидокаин»-эрозоль, «Лидестин» және «Xylostesin» аэрозольдарын) қолданып уақытша жансыздандыру.
- Антисептиктер және ферменттермен өңдеу (өңдеуді әрбір 3-4 сағат сайын жүргізген жөн). Антисептиктерден 0,25-0,5% сутегінің асқын тотығын, 0,25% хлорамин, 0,5% этоний, 0,1% госсипол, хлоргексидиннің 0,06% ертінділерін, ферменттерден дезоксирибонуклеазаның 0,2%, лизоамидазаның 1%, трипсин, химотрипсиннің 1% ертінділерін қолданған тиімді.
- Алғашқы күндері (3-4 күн ұдайы) тазаланған және өңделген жарақат ошақтарына вирусқа қарсы дәрілермен (ертінділермен және жақпамайлармен) аппликация қойған жақсы нәтиже береді. Олар - 1% бонафтон, 5% ацикловир, 0,5% флореналь, 3% госсипол, 2-5% алпизарин, 3% мегасин, 1-5% хелепин немесе хедилеспин, 50% интерферон жақпамайлары.
- Қабынуға қарсы жақпамайлар мен гельдерді де (бутадион жақпамайы, мундизаль гелі, пиралвекс, гепарин, 0,025% синафлан жақпамайлары) пайдалануға болады.
- Эрозия ошақтарының тез жазылуын қамтамасыз ететін дәрілік заттарды – А витаминнің майлы ерітіндісі, 0,2% тезан линименті, итмұрын және шырғанақ майлары, картолин, актовегин және солкосерил жақпамайлары немесе гельдері, дентальды адгезивті пастаны, «Ливиан», «Спедиан», «Олазоль», «Гипозоль» сияқты аэрозольдық препараттарды қолдануға болады.
- Ерін жиектеріндегі, тері бетіндегі бөрткендерді 1-2% бриллиант жасылының спирттегі ерітіндісімен, фукарцинмен, вирусқа қарсы жақпамайлармен өңдейді.



# Қорытынды

- Аурудың диагнозы дер кезінде анықталып, емдеу шаралары дұрыс жүргізілсе, науқас аурудың ауырлығына қарай 2-3 аптанық ішінде сауығып кетеді. Ал емі дұрыс жүргізілмеген жағдайда ауру созылмалы қайталамалы түрге ауысады. Ескерте кететін жай, ауыздың жедел герпестік қабынуымен сырқаттанған мектепке дейінгі, мектеп жасындағы балалар толық сауыққанға дейін ұжымнан оқшауландырылады және төрт аптаға дейін организмге жүктеме түсіретін шаралардан босатылуы тиіс.
- Аурудың алдын алу үшін сырқат адамды оңашаландырған жөн. Тұрмыста қажетті заттарын (сүртінетін сүлгілер, ыдыс-аяқтар) арнаулы өңдеуден өткізіп, өзі жеке пайдаланған жөн.
- **СОНЫМЕН ҚАТАР АУЫЗ ҚУЫСЫ ГИГИЕНАСЫН ДҰРЫС САҚТАП, ЖЫЛЫНА КЕМ ДЕГЕНДЕ 2 РЕТ СТОМАТОЛОГҚА КӨРІНУДІ ҰМЫТПАҢЫЗДАР!**

НАЗАРЛАРЫҢЫЗГА РАХМЕТ!

