

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Медицина факультеті

Стоматология кафедрасы

**ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПӘНІ
БОЙЫНША ЛЕКЦИЯ САБАҚТАРЫНЫҢ МӘТІНІ**

Дәріс №12

Жүйелі аурулар және зат алмасу ауруларында ауыз қуысы кілегей қабығының зақымдануы. Клиникасы, диагностикасы, емі. Дәрігер стоматологтың әрекеті.

Қан жүйесі аурулары көбіне ауыз қуысы шырышты қабығындаағы өзгерістермен бірге жүреді (Ашмарин Ю.Я., 1972ж). Бқл кезде науқастың қан жүйесі ауруының бірінші клиникалық симптомы болып табылады. Сол себептен дәрігер-стоматолог осы қан жүйесі ауруларымен бірінші кездесетін болғандықтан, ауру жүйесін, клиникалық белгілерін, диагностикасын ажырату диагностикасын, емдік шараларын және қажетті дәрігер-мамандарға нұсқаумен немесе емдік кеңестерге жіберуі тиіс.

Лейкоз – қан түзілу органының қатерлі аурулары, қантүзу органдарында белсенді жасуша гиперплазиясымен, жасуша бөліну кезіндегі (пролиферация) үрдіс жетіліп пісу (дифференциация) үрдісінен басым түседі. Қан түзілу патологиялық ошағы әртүрлі органдарда, соның ішінде ауыз қуысы шырышты қабығында түзіледі. Лейкоз ауру кезінде жасуша өзінің қалыпты морфологиялық құрылысы мен физиологиялық қызметін жоғалтып жаңа бластомды қасиетке ие болады.

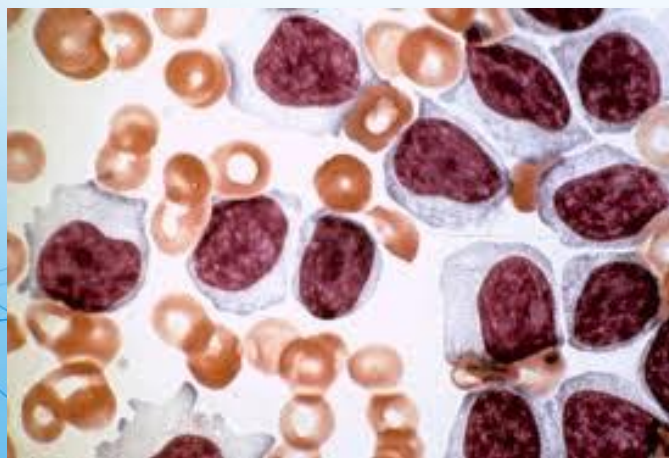
Жасушаның трофикалық және пластикалық бұзылуының (анаплазия) дәрежесіне байланысты қан түзілу ауруы (қанның ісік тәріізді жасушасы) және өту ағымы бойынша жедел және созылмаалы түрлерге бөліінеді.

Л.Т.Калугина (1962ж.) анықтамсы бойынша лейкоз ауруының тек ауыз қуысы шырышты қабығында орнааласуында диагноз қою қиынға соқытады.

Жедел лейкоз – лейкоциттер жетілуі ертеректе тоқтап, ауыз қуысы шырышты қабығы зақымдалуы – 90,9% науқаста кездеседі.

Жедел лейкоз кезіндегі жалпы симптомдарға көңіл аударса: әлсіздік, тез шаршауы, субфебрилдік температура, ішектік, жатырлық, мұрындық қанағуы және т.б.

Жедел және созылмалы лейкоздар



Қарап тесергенде: тері бетінің бозғылттығы, аауыз қуысы шырышты қабығының жеңіл жараланып, тез қанауы, қызыл иекте қанқұйылу, ұртта, тістер тіістесу сызығында, таңдайда, тілдерде қанның ұйып қалғандығы анықталады. Геморрагия және гематома ошақтары ауыз қуысы шырышты қабығы мен тері беттерінде бірдеу кездеседі. Жедел лейкоздың алғашқы симптомдарының бірі – бұл қызыл иектің қабынуы. Қызыл иек борпылдақ болып, қанап, беті жараланады. Қызыл иектің гиперплазиясы мен инфильтрациясы лейкоздық жасушаларымен қапталып, тіс сауыт беті борпылдақ, қанаағыш, кей жерлері жаралы тіндермен жабылып, науқасқа таағам қабылдау мен сөйлеуге мұрша бермейді. Көбіне әсіресе тістерді жұлғанда тілдердің жараланып некрозға ұшырауы анықталады.

Көбіне некрозданған аймақ бадамша безінде, ретромоллярлық аймақта, және басқа да ауыз қуысы шырышты қабығы аймақтарында кездеседі. Жедел лейкоз кезіндегі некроздық үрдіс көрші жатқан аймақты зақымдайды, соңынан үлкен ойық жара болып, бұрыс жиекті беті сұр некрозданған қақпен жабылған.

Ауыз қуысындағы некроздық өзгерістері кезінде науқастар тағам қабылдағанда, жұтынғанда бірден қатты ауыруына және іріңді жағымсыз иіс ауыз қуысынан шығып тұруына, басының айналып, басы ауыратынына шағымданады. Жаралы-некротанған өзгерістер дамуының алғашқы кезінде гиперсаливация болып, кейіннен сілекей бөлінуі төмендейді, бұл сілекей безіндегі дистрофиялық үрдістің болуын анықтайды. Жаралы-өліеттенген үрдісте тілде өзгеріске ұшырайды: көлемде үлкейіп, ісінеді, беті қара-бура қақпен жабылып, сол зақымдалған аймақта жаралы ақаулар пайда болады. А.Л.Постников (1966) анықтауы кезінде, антибиотик дәрілерін жедел лейкоз ауруын емдеу кезінде ұзақ қолданса жаралы-өліеттенген және шырышты қабық кандидоздық қабынуын тудырған, бұдан басқа қайталамалы ауыздың афтоздық қабынуына соқтырған. Ауыз қуысы шырышты қабығындағы жаралы-өліеттенген өзгерістердің пайда болу себептері әлі күнге дейін анықталмаған.

Жедел лейкоз кезінде лимфатүйіндері 0,5-1 см-ге дейін үлкеюі мүмкін, сипап тексергенде жұмсақ, ауырмайды. Қызыл иекте инфильтрация түзілуі әсерінен қызыл иек деформацияға ұшырап, көбіне гипертрофиялық гингивит ретінде диагноз қойылады. Лейкемиялық инфильтраттар жаралануы мүмкін, көбіне соның әсерінен қансырауға әкеп соқтырады. Ю.А.Ашмарин 1972ж. гипертрофиялық қызыл иек қабынуының төрт түрін анықтап, жалпы клиникалық симптом ретінде жедел лейкоз ауыруында гипертрофиялық гингивит ретінде анықтаған және бірінші қызыл иегі ісініп ауырсынған, тағам шайнағанда қатты ауру сезімі пайда болып, қызыл иек емізікшелері үлкейіп, тіс сауытына қарай өсіп, бетін толығымен жауып қатты қанаған. Аурудың бұл түрі ұзақ мерзімде тұрып, гематолог пен стоматолог көмегімен емдегенде аз нәтиже берген.

Гистологиялық тексеру кезінде ауыз қуысы шырышты қабығының некрозды ошағын анықтаған - әр түрлі тереңдіктегі эпителий жабындысының барлық қабатын меншіктіі шырышты қабығын және шырышты қабық асты қабаттарын зақымдаған. Некроз ошағын қоршап жатқан тіндер лимфалық, плазмалық, ретикулярлық және баасқа жасушалар мен инфильтрацияланған. Кейбіір шырышты қабық беттеріндегі жасушалық инфильтраттар дәнекер тінді алмастырып тұруы мүмкін, қантамырларлардың толығуы, сонымен қоса мүйек тініндегі тісаралық резорбция анықталады.

Жедел лейкоз ауруын гипертрофиялық гингивиттен, жаралы-өліеттенген Венсан стоматитінен, С гиповитаминозынан, ауыр металл тұздарымен улануынан және т.б. аурулардан ажырата білу керек. Диагноз қоюда қанның құрылысын тексеру аанық көрсеткіш береді.

Жедел лейкоз ауруын емдеуде цитостатиктерді (б-меркаптопурин, метотрексат, циклофосфан және т.б.), кортикостероидтарды – перднизолон, триамницалон, дексаметазон, кең спектрлі антибиотиктерді қолданады. Жергілікті ем ретінде: ауыз қуысын үнемі антисептиктермен және жансыздандыру дәрілерімен өңдеп отырады. Ю.Л.Попова науқастарға тағам қабылдар алдында ауыз қуысын 0,5-1% сутек асқын тотығы немесе 0,5% хлорамин ерітінділерімен өңдеп, кейін 10 минут көлемінде 1% новокаин ерітіндісін 2,5% гексаметилентетрамин ерітіндісімен ауыз ваннасын жасауды тағайындаған.

Созылмалы лейкоздар:

Жедел лейкоз ауруына қарағанда ұзақ өтімді мерзіммен және қолайлығымен өтеді. Созылмалы лейкоз кезінде ауыз қуысы шырышты қабығы, жедел түріне қарағанда аз зақымдалады. Ю.Н.Попованың анықтауы бойынша 128 науқастың созылмалы лейкоз кезінде 42%-нда ауыз қуысында зақымдалу анықталған, оның ішінде 14 науқаста некроздық үрдіс, геморрагия – 27 науқаста, аралас өзгеріс – 13 науқаста анықталған.

Созылмалы лейкоз ауруын қантүзілу органының зақымдануына байланысты миелопролиферативтік (миелолейкоз) және лимфопролиферативті (лимфолейкоз) болып екіге бөлінеді. Созылмалы миелолейкоз екі кезеңде жүреді: қатерсіз біірнеше жылдарға созылады, екіншісі қатерлі (терминалдық) 3-6 айға дейін созылады. Бірінші кезең айқындалмаған клиникалық симптомдарсыз өтіп, кейіннен нейтрофильдік лейкоцитоз анықталады. Екінші кезеңде және бірінші кезеңде қанның бласты кризисі байқалады (миелобластар, гемицитобластар), қанның құрамында лейкоциттер көбейіп кетеді.

Лейкоз ауруының үдеуіне байланысты анемия дамиды және тромбоцитопения геморрагиямен қатар жүреді. Созылмалы лимфолейкоз әдетте орта жастағы және қарттарда кездеседі, қатерсіз ісікті көп уақыт ктііп, қан құрамында лейкоциттер (лимфоциттер көп болады) көбейіп кетеді. Лейкоздық лимфоцитарлық инфильтраттар сүйек миында, лимфа түйіндерде, қарабауыр мен бауырдаа кездеседі. Созылмаалы лейкоздың бастапқы кезеңі науқасқа белгісіз өтеді. Бір ғана шағымы лимфотүйіндерінің үлкейіп кеткені болуы мүмкін. Созылмалы қабынудың өршуі кезінде ауыз қуысы шырышты қабық бетінде жаралы некроздық зақымдалу және ісікті өсінді болады. Ауыз қуысы шырышты қабығының арнайы зақымдалу инфильтрат және түйіндер ретінде 3,22% ауруларда созылмалы лимфолейкозбен кездеседі. Түзілген түйін мен түйіншектер қамыр тәрізді консистенцияда болады, қозғалмалы, көкшіл түстіі, шырышты қабық бетінен шығып тұрады. Қабыну үрдісі шырышты қабық бетінде өздігінен немесе іргелес жатқан тері беттеріне таралуы мүмкін. Бұл кезде таңдай, тіл, бадамша бездері өздігінше зақымдалаады.

Гистологиялық тексеру кезінде шырышты қабық асты ісіінген, қанның толуы, лимфоидты жасушалармен инфильтрацияланады. Ауыз қуысы шырышты қабықтың өліеттенуі байқалады

Агранулоцитоз – нейтрофилдық гранулоциттердің шеткі қан жүйесінде азаюы немесе болмайтын ауру. Пайда болу механизміне миелоулану және иммундық жүйе кіреді. Миелотоксикалық агранулоцитоз миында гранулоциттердің өсу кезеңі алдында иондаушы радиация, химиялық қосылыстардың цитостатикалық қасиетінің әсерінен (бензол, ісікке қарсы дәрілер) дамиды. Иммундық агранулоцитоз антилейкоцитарлық антидененің әсерінен гранулоциттердің жылдам жойылуы. Дәрілік заттардан агранулоцитозды амидопирин, бутадион, фенацетин, анальгин, барбамил, сульфаниламидтар, стрептомицин, цитостатиктер және т.б. дәрілер туғызуы мүмкін. Агранулоцитоз ауруының бірінші клиникалық симптомдары ауыз қуысында кездесетіндіктен, науқастар бірінші дәрігер стоматологқа келеді.

Иммундық медикаментті агранулоцитоздың басталуы жедел болады, ауру дене температурасының қызуы, жұтыну кезінде ауруға, ауыз қуысынан жағымсыз иіс шығып, әсіресе бадамша безінен, ауыз қуысы шырышты қабығының аймақтарында өліеттену ошағы байқалады. Жаралы-өліеттенген үрдіс жұтқыншаққа таралуы мүмкін және кандидозбен қатар жүреді, лимфа түйіндері үлкейген.

Гистологиялық тексеру кезінде некроз ошағы шырышты қабық бетінен, сүйек және бұлшық ет тереңдігіне енуі мүмкін. Некроздар ареактивтік мінездемемен жүреді, себебі жаасушалық үрдіс әлсізденіп, гранулоциттер болмайды. Сүйек миын пунктат жасағанда жасушалық элементтері аз, жетілген нейтрофилдер болмайды, лимфоциттер көп. Жак асты лимфа түйіндерде гиперемия ошағы және қан құйылу кездеседі, кейде некрозға ұшырайды. Агранулоцитоз ауруын жаралы-өліеттенген Венсан стоматитінен ажырату керек және басқада қан ауруларынан ажырата білу керек.

Агранулоцитоз ауруына диагнозды анамнез жинаудан, клиникалық сипатынан, сүйек миынан және шеткілік қан тексеруден анықтау арқылы диагноз қояды.

Жалпы емін терапевт пен гематолог емдеуінен және қан құюдан, этиологиялық факторларды жоюдан тұрады.



Анемия – қанның көлемінде эритроциттер мен гемоглабиннің төмендеуімен мінезделеді. Қазіргі кезде анемияның көптеген түрлерін ажыратады, стоматологияда ауыз қуысы шырышты қабығында көп кездесетін түрлеріне тоқталамыз.

Теміржетіспеушілік гипохромдық анемия – ертеректегі хлороз көбіне жас қыздарда жыныстық жетілу кезінде кездеседі. Кейініректегі хлороз көбіне прецлемактериялық кезеңдегі үлкен әйел кісілерде кездеседі. Науқастарда кіреукесінің кәдімгі жылтырлығы бұзылып, тістердің жоғары қажалуы анықталады, ауыз қуысында құрғақтық, тағам қабылдағанда қиналуы, тілі және еріннің ауруына, тағам қабылдағанда ауру сезімінің күшеюіне, дәм сезудің бұзылуына шағымданады. Науқастар тағамға бор, тіс ұнтағын, шикі жармаларды қолданады.



Организімнің жүйелі аурулар кезіндегі тілдің сыртқы пішіні.

Ревматизм - баяу дамидын десквамативтік глоссит реактивтік қабынусыз және субъективті белгілерсіз өтеді.

Ревматоидты артрит - миграциялық десквамативтік глоссит қабынуының асқынуы кезінде тілде қызып ауру сезімі пайда болады. Уақыт өте (ауыр түрінде) жіп тәрізді емізікшелер атрофияға ұшырып, толығымен жойылып кетуі мүмкін.

Жүйелі склеродермия - тілдің шырышты қабығы мен бұлшық еті зақымдалады. Қабыну үрдісі кезінде тіл ісінген, алқзыл түсті ақшыл дақтары бар. Ісіну кезеңіне өту кезінде тіл қатты тығыз болады, кейіннен атрофияға ұшырап, тіл беті жұқармайды, беті ақ қақпен жабылған, тіл деформацияға ұшырайды, көлемінде кішірейіп, қимылы шектеледі. Біркелкі емес бұлшық еттердің атрофиясы әсерінен тіл бір жаққа қарай қисаяды. Бір мезгілде тіл үзеңгісі қысқарып, сөйлеу және тағам қабылдау кезінде қимылы шектеліп қалады.

Жедел гастрит - тілдің беті сұр қалың қақпен жабылған, барлық бетін жауып жатады, тек жаны мен тіл ұшы зақымдалмайды, ісінген беті шырышпен жабылған. Тілдің құрғақтығы байқалады, ауызында қышқыл, ащы дәм сезіледі.

Созылмалы гастрит - тілдің бетінің кей жерлері ақ-сұр қақпен, кейде қара қақпен жабылған.

12 елі ішек пен асқазан ойық жарасы - тілінде қызу сезімі кешке қарай күшейіп, тіл түбі мен ұшы шаншып ауырады. тіл жұмсақ, ісінген ақ-сұр немесе ақшыл қақпен, бетін қырғанда қиын алынатын қақпен жабылған, кейде бетінде жабысқақ шырышпен жабылады. Бөлек саңырау құлақты емізікшелерінің кейбірінің гипертрофиясы.

Гиперацидтік гастрит - тілдің шырышты қабығы көкшіл цианозды, ісінген, беті тығыз қақпен жабылған. Тілдің қызыуы мен ауруы тағам қабылдағанда ауырады.

Диабет - тіл беті құрғақ, емізікшелері десквамацияға ұшыраған. Жансыздану әсері анықталады.

Коклюш - тіл ұшының айқандалған гиперемиясы үшбұрыш түрінде (тифоздық үшбұрыш) анықталады. Тіл ақ-қызыл түсті.

B₁ гиповитаминозы - тілдің саңырауқұлақты емізікшесінің гиперплазиясы.



Назарларыңызга рахмет!!!

