

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Медицина факультеті

Стоматология кафедрасы

ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПӘНІ
БОЙЫНША ЛЕКЦИЯ САБАҚТАРЫНЫҢ МӘТІНІ

№11 дәріс

Аллергиялық жағдайлар. Созылмалы рецидивті афтозды стоматит, көп түрлі талшықты эритема. Этиологиясы, патогенезі клиникасы, диагностикасы, дифференциалды диагностикасы, емі.

Аллергия организмнің өз тіндерінің жарақаттануына әкеп соғатын өзгерген иммундық реакциясы. Қалыпты иммундық реакция организмнің антигендік заттардан, аллергендік қасиеті пайда болатын (организмге енгенде) гаптендерден қорғап, оларды организмнен аластайды.

Аллергиялық аурулар деп сыртқы ортадан енген аллергендерге қарсы иммундық реакциядан тііндердің жарақаттануынан туатын ауруларды айтады.

Аллергендер – аллергиялық реакция тудыратын белокты заттар немесе сондай қасиетке ие бола алатын жай құрылымды заттар (хром, никель т.б.). организмнің белогымен қосыла отырып, олар аллергенді қасиеті бар күрделі антиген құрайды.



Аллергиялық реакцияның дамуын үш кезеңге бөледі:

- ❖ иммунологиялық кезең: антигенге қарсы иммундық жүйеде өзгерістер болып, антиденелер құрылады және осы аллерген организмге қайта түссе, онымен қосылады;
- ❖ патохимиялық кезең: аллергеннің антиденелермен қосылуынан (немесе сенсibilизацияланған лимфоциттермен қосылуынан) биологиялық белсенді заттар (биологиялық белсенді заттар / гистамин, серотонин, баяу жауап беретін субстанция, простогландиндер, лимфокиндер) бөліінеді.
- ❖ патофизиологиялық кезең: қабындырғыш медиаторлардың әсерінен тіндері жарақаттанған ағзалар ауруларының клиникалық белгілерінің білінуі.

Тіндердің аллергиялық жарақаттануын 4 түрге бөледі:

- реакинді тип (I тип);
- цитотоксикалық тип (II тип);
- иммундық жинақпен жарақаттану (III тип);
- баяу дамыған аллергиялық реакция (IV тип);

Реагинді типті аллергиялық реакция. Организмге антигендер алғаш енген кезде реагиндер пайда болады және олар толықша жасушаларға, базофильдерге орналасады. Бұл сенсбилизациялану кезеңіі. Антигендер екінші рет енгенде реагиндердің-антиденелердің қосылуынан қабындырушы медиаторлар бөлінеді. Бұлардың бір бөлііі қорғаныс қызметін атқарады, ал организм күшімен бейтараптандырылмаған қалған бөлігі аллергиялық реакция тудырады. Олардың әсерінен ұсақ қан тамырларының өзгергіштігі жоғарылап, жалқықтану, домбығу, сарысулы (серозды) қабыну дамиды.

Квинке домбығуы, герпестік аурулар осы типпен дамиды.

II тип кезінде тіндердің жасушаларында лизис (ыдырау) жүреді. Организмнің өз жасушаларында аллергендік қасиет пайда болады. Пайда болған антиденелер (антитела) жасуша антигенімен қосылып, олардың өзін жарақаттайды. Екінші жағынан жарақаттану комплименттің күшеюінен (комплименттердің белсенді бөліктері жасушаларды жарақаттайды) антиденелер жабысқан жасушалардың фагоцитозға ұшырауынан болуы мүмкін. Бұл типті реакция кезінде бөлінетін медиаторлар басқаша, бұлар комплименттердің белсенді ферменттері, антиденелі жасушаларды фагоциттерден бөлінген ферменттер.

III типті аллергиялық реакция кезінде тііндер иммундық жинақпен (комплекс антиген-антитела) жарақаттанады. Сырттан келген антигендерге қарсы “Щ” және “М” иммуноглобиндер типті антиденелер пайда болады. Иммундық жиынтық жергілікті тіндерде немесе айналып жүрген қанда пайда болады. Бұл реакцияның патохимиялық кезеңінде комплиментпен иммундық жинақты фагоцитоздан шыққан ферменттер күшейеді, кининдер бөлінеді. Кининдер капиллярлардың өткізгіштіігін жоғарылатады, кеңірдек жазық етінің жиырылуын күшейтеді. Бұл кезде гистаминмен серотониннің онша маңызы болмайды.

III типтік реакциямен дамитын көбінесе тағамдар немесе дәрі-дәрмектер тудыратын және аутоаллергиялық аурулар.

Анафилаксиялық шокта осы тип негізінде дамуы мүмкін.

IV типтің реакциялардың патогенезінде сенсбилизацияланған лимфоциттердің (Т-популяциясы) маңызы бар. Олар антиденелер қызметін атқырыды, және аллергеннің әсерінен көбейеді. Реакция 24-48 сағаттан кейін дамиды және аллергенмен лимфоциттер қосылып бласты трансформацияға, пролиферацияға ұшырайды (шамадан тыс көбейеді), бұл кезде көп мөлшерде лимфокиндер бөлінеді. Лимфокиндер әсерінен макрофагтар мен түрлі-ядролы лейкоциттер кемотоксиске ұшырайды, фагоцитоздау қасиеті күшейеді.

Лимфокиндердің екінші тобы лимфоциттермен бірге жасушаларға цитотоксикалық әсер етеді. Аллерген мен лимфоциттер қосылған ошақта продуктивті қабыну дамиды. Жасушаларды жарақаттаушы қызметті фагоцитоз әсерінен және жасушалар бұзылуы кезінде бөлінетін лизосомалды ферменттер де атқарады. Бұл тип жұқпалы – аллергиялық аурулар патогенезінде белгілі орын алады.

Аллергиялық реакциялардың типтері антигеннің қасиеті мен организмнің реактивтігімен тығыз байланысты және кейде олар жеке кездеспей, бірнешеуі қатар дамуы мүмкін.

Анафилактикалық шок.

Анафилактикалық шок немесе естен тану өте ауыр аллергиялық ауру, оны тудыратын емдік мақсатта қолданылған вакициналар, емдік сарысу, дәрі-дәрмектер (көбііне бұлшық ет ішіне, кілегей қабыққа немесе қан тамырлары арқылы жіберілетін). Ауру тез және реакиндік типте дамиды. Аллерген организмге түскеннен кейін бірден немесе 5-10 тминуттан кейін дамиды. Реакция тез дамыса аурудың өте ауыр түріі баайқалады, аурудың қан қысымы бірден төмендеп, жүрек жұмысы нашарлап, талықсиды (коллапс), есінен танып, денесі құрысады және кенеттен қайтыс болуы мүмкін.

Ауру өте ауыр болмаса алғашында сырқат адамды мазасыздық билейді, денесі қызғандай болады, тері беттері қызарып, қан қысымы төмендеп, есі кіресілі-шығасылы болады. Кейінірек терісі бозарып, өңі сұрланады, суық тер қысып, еріксіз зәрі мен нәжісі бөлінуі мүмкін. Ауруды әлсіздік, енжарлық билейді, кейде керісінше есінеп мазасызданып кетуі мүмкін. Құлағы шулап, кеуде ішін шаншып ауыру, ентігу және жөтел мазалайды, басы айналып құсуы мүмкін. Кейде тері бетіне бөртпелер шығып, Квинке домбығуы болуы мүмкін.

Аурудың беті қайтқан кезде дене мұздап, селкілдейді, әлсіздік пайда болады, дене қызуы көтеріледі. Анафилаксиялық шокты жедел дамығын жүрек қызметінің жеткіліксіздігінен (острая сердечная недостаточность), миокард инфарктінен, талма ауруынан ажырату керек.

Емдеу шаралары. Аллерген енуін тоқтату, қан қысымын көтеру, асфиксияны (тұншығуды) тоқтату, жүрек жұмысын жақсарту.

Егер аллергиялық дәрі көк тамырға жіберілсе, инъекция жасалған жерден жоғары жіп бұрау салады (жгут), егер ет ішіне, кілегейлі қабық ішіне жіберілсе, дәрі құйылған ошақтың төңірегіне 0,3-0,5мл адреналинді (0,1% ер-сі) сіңіреді. Ауруды жатқызып, кеудесін ашып, аяқтарын қымтап жабады, таза ауа келуін қаамтамасыз етеді.

Тері астына преднизолоннан (30-50 мг), кофеин немесе кордиаминнен егу жасайды. Қан қысымы қалыптаса бастаса, антигистаминдік дәрілер енгізіледі (1% димедрол, 2,5% пипольфен ер-лері). Тұншығу белгілері болса көк тамырға эуфиллиннің 2,4% ер-сін 10 мл глюкозаға (40% ер-сі 10 мл) қосып егеді.

Дене құрысып немесе естімесе және есіру белгілері болса седуксен, дроперидол (1-2 мл) жібереді. Керек болса оттегімен демалдырып, жасанды демалдыру жүргізеді. Аяқтарын жылытып, ыстық шай беріп, жедел жәрдем көмегін шақырады.

Ангioneвроздық Квинке домбығуы.

Тез дамидын аллергиялық ауруларға жатады. Ауруды тудырушы аллергендер: дәрілер, иіс-қоңыс, косметикалық заттар, (иіс су, кремдер, далаптар), суықтың әсері. Домбығу бірнеше минут немесе бірнеше сағат ішінде дамиды, кейде тез жоғалып кетеді, кейде баяу бірнеше күнде жойылады.

Ауру кенеттен басталады. Ерінде, бет аймақтарында, дененің әр бөлігінде қышу, ыңғайсыздық білінеді, соңынан домбығу басталады. Домбығу әсерінен тері мен ет қабаттары қалыңдайды. Квинке домбығуы ерінде, қабақта, ұртта, маңдайда және тілде жиі орналасады, кейде жұмсақ таңдай, бадамша бездерінде, тыныс жолдарында да болуы мүмкін. Олардың ішінде кеңірдекте орналасқан домбығу өте қатерлі. Кейде Квинке домбығуы белгілі себепсіз өз бетімен қайталана беруі мүмкін (рецидивирующий отек Квинке). Бұл көбінесе ауыздың, беттің қатты және жұмсақ тіндерінде созыдмалы қабыну ошағы болған кездерде байқалады.

Ерінде, бет аймағында орналасқан Квинке домбығуын Мелькерсон-Розенталь синдромынан, лимфостаздан, периостың қабынуынан ажырата білу керек.



Ангioneвроздық Квинке домбығуы

Емдеу. Аллергеннің енуін тоқтату; антигистаминдік дәрілер беру; кальций глюконатынан, С витаминінен көк тамырға егу. Кеңірдек домбығуы кезінде анафилаксиялық шок кезіндегідей жедел жәрдем көрсету керек; оған болмаса трахеотомия (кеңірдекті тесу) операциясын жасау керек. Домбығу қайталамас үшін организмдегі қабыну ошақтарын анықтап, оларды жоюдың үлкен маңызы бар.

Дәрілік аллергия



Дәрілерден туған аллергия.

Бұл ауру ауызда баяу дамиды аллергиялық реакция түрінде (көбінесе дәрілерді ауыз арқылы қабылдаған кезде) ауыз тіндерін әртүрлі деңгейде жарақаттайды.

Қабынудың ауырлығына қарай ауыздың дәріден қабынуының 4 түрін ажыратады:

- катаралды қабынуы
- катаралды-геморрагиялық қабынуы
- күлдірей-эрозиялана қабынуы
- өліеттене-жаралана қабынуы

Қабыну ошағының орналасу ерекшелігіне қарай еріннің, тілдің, таңдайдың қабынуы деп бөлінеді. Ауыздың катаралды, катаралды-геморрагиялық қабынуы (катаральный, катарально-геморрагический стоматит, хейлит, глоссит). Бұл ауру ауыздың дәріден қабынуының жеңіл түрі. Бұл кезде ауыздың қабыну ошағы бар бөліктері ысып, күйіп, ашып ауыра бастайды және ыстық, тұзды, ащы тағам қабылдағанда ауыруы күшейе түседі. Көріп тексергенде: ауыздың кілегейлі қабығы ашық қызыл от жалыны немесе батып бара жатқан күн сүүлесі түстес, беті құрғақ, бірақ тегіс, бүтіндігі бұзылмаған, домбыққан. Кейбір жерлерде ноқат көлемді қан құйылу ошағы (петехий) байқалады. Тіл үсті қатты қызарып, эпителий қабаты түлеп, бүртіктері семе бастайды.

Бұл ауруды “В”; “С” витаминдерінің жетіспеуі кезінде болатын өзгерістерден, ауыз кандидозынан, әртүрлі инфекциялық қабынулардан ажырата білу керек.

Ауыздың созылмалы және қайталамалы афтоздық қабынуы.

Ауыздың созылмалы және қайталамалы афтоздық қабынуы (хронический рецидивирующий афтозный стоматит) – ауыздың кілегейлі қабығының созылмалы қабынуынан афталар пайда болатын, ауық-ауық қайталанып қозып тұратын ауру.

Ауррудың себебі мен салдары дәрірек анықталмаған. Бііраз ғалымдар сырқатты аллергиялық ауру қатарына жатқызады. Аурудың салдарында айқасқан иммундық реакция белгілі орын алуы мүмкін. Ауызда және ішекте бір типтес микробтар бар, оларға қарсы құрылатын антителалар да бір типтес. Осы антителалар қателесіп бактериялар антигенінің құрылымына ұқсас эпителий клеткаларына шабуыл жасап, оларды жойып жіберуі мүмкін. Сондықтан асқазан-ішек аурулары кезінде аталған ауру жиірек кездеседі, кейде ауыздың қайталамалы герпестік қабынуымен қатар жарақаттауы мүмкін.

Аурудың клиникалық белгілері. Ауыздың кілегейлі қабығына шығатын бөртпелер негізінде афталар болып табылады. Олар кілегейлі қабықтың терең фибринозды ошықты қабынуынан (Артюс феноменіі типтес), жабыңды эпителийдің және астындағы дәнекер ткань қабатының әртүрлі қалыңдықта некроздануынан туған ұсаақ эрозиялар немесе ойық жаралар.

Ауру екі түрде кездеседі: 1) қайталамалы афтоздық қабыну, 2) қайталамалы терең тыртықтана жазылатын афталар.

Аурудың бірінші түрінде ауызда ені 0,5-1 см қызыл түсті домалақ немесе сопақ дақтар пайда болады, күшті ауыру сезімін тудырады (шаншып, ысып, күйіп, қызып, ашып ауыру). Домбығу әсерінен дақты ошақ көтеріңкі орналасады. Біраз уақыттан кейін (бірнеше сағат немесе 1-2 сәткеден кейін) дақ бетінде эрозия пайда болып, өлі еттену әсерінен беті ақшыл-сары түсі өлі етті-фибринді қақпен жабылады, ауыру сезімі қатты күшейе түседі. Афта төңірегінде жіңішке гиперемиялық жолақ орналасады. Ткандердің некроздануының күшеюіне байланысты афта астында клеткалар шоғыры қалыңдай бастап, кілегейлі қабық бетінен аздап көтеріле бастайды. Екі-төрт күн өткен соң афта беті өлі ткандерден тазарып, тағы 2-3 күннен кейін афта жазылып кетеді, орнында аз уақыт қан іркіілу әсерінен қызыл-қошқыл дақ сақталады. Жақын орналасқан лимфа түйіндері ұлғайып (бездеріі шошып), сипағанда ауыратын болады.

Кейде болашақ афта орнында қызыл дақ емес, ақ түсті анемиялық дақ болуы мүмкін. Ауру кезінде бірлі-екілі афталар шығады, кейде көбірек (5-6) шығуы мүмкін. Афтоздық бөртпелер ауық-ауық қайталап шығып отырады (айына 1-2 рет, 2-3 айда немесе 5-6 айда бір рет). Бөртпелер көбіне ерінде, ұртта, тілде, ауыспалы қатпарда орналасады. Афталар шығуы кезінде организмнің жалпы жағдайы өзгермейді. Кейде аздап дене қызуы көтерілуі мүмкін ($37-37,5^{\circ}\text{C}$). Ауруға қорытынды диагноз қою үшін афталарды герпестік эрозиялардан (қайталамалы герпес кезінде), мерездік папулалардан, зақымдану эрозиясынан ажырата білу керек. Қайталамалы тыртықтанатын терең афталар. Ауру кезінде кілегейлі қабық бетінде аздаған қатайыңқы ошақ (түйін) пайда болып, беті эрозияланып, біраз уақыттан кейін терең жараға айналады. Кейде 6-7 күннен кейін афтоздық бөртпелердің астындағы ткандерде аумақты инфильтрат ошағы пайда болып, өлі еттену жайыла тереңдеп, жұқа афта терең және аумақты ойық жараға айналады.

Жараның жиегі қалың және жұмыр, берде тегіс, бірде су шайған өзен жағасы сияқты жырым-жырым болып келеді, беті өлііетті-фибринді қақпен жабылады, түбі қаттылау болып, күшті ауру сезімін тудырады. Жара жазылған кезде орнында жұмсақ және жұқа ақ түстіі (лейкоплакия ошағына ұқсас) тыртық пайда болады. Тілде, таңдай имектерінде, езуде орналасқан афталар жазылған кезде түрлі деформациялық өзгерістер тудырады. Езуде орналасқан афтаалар ауыздың кішіреюіне (микростомаға) әкеліп соғады. Көпшілік жағдайда жарақат ошағында орналасқан сілекей бездерінің төңірегінде көлемді клеткалық инфильтрат орналасады. Сондықтан бұл ауруды Сеттон “қайталамалы некрозданушы периаденит” деп атаған. Ауру созылмалы түрде дамиды, терең афталардың дамуы мен жазылуы 1-2 жетіден 2 айға дейін. Ауыздың қайталамалы афтоздық қабынуы кезіінде шығатын афталарды зақымдану және герпестік эрозиялардан, мерездік папулалардан ажырата білу керек. Тыртықтанушы афталарды Венсан стоматитінен, беріштенген шанкрдан, туберкулез, рак және зақымдану жараларынан, гуммоздық жарадан ажырата білу керек.

Ауруды емдеу. Емдеу шараларының жоспарын құрып алудың алдында сырқат адамды жан-жақты тексеруден (клиникалық, иммунологиялық) өткізу керек. Анықталған жүйелер мен ағзалар ауруынан табылған инфекция ошағына байлаанысты жүйелі және дәйекті патогенездік емдеу шараларын жүргізу керек.

Белгілі бір бактериялық аллергияға сезімталдық анықталса арнаулы схемамен осы аллергиямен десенсибилизациялап емдеу қажет. Бірақ, қаатерлі ісік, екіқабаттылық, бүйрек, бауыр, өкпе туберкулезі, ревматизм (активті фазасы) аурулаары кезінде қолдануға болмайды. Аллергияға сенсибилизациялануды жою үшін гаммаглобулин, гистаглобулин (2 мл тері астына, үш күнде бір рет, барлығы 10 инъекция) және натрий тиосульфатын (10% ерітіндісі күніне 10 мл көк тамырға 10 күн құяды) пайдалануға болады. Продигозан, пирогенал, лизоциммен емдеу де жақсы нәтижелер береді. Қарапайым герпес вирусына қарсы антителалар титры жоғарылайды, интерферонның концентрациясы көтеріліп, лейкоциттер көбейіп, олардың фагоцитоздау қасиеті күшейеді.

Нерв жүйесін қалыптастыра емдеудің де маңызы зор. Ол үшін шүйгіншөп тамырының тұнбалары, кіші транквилизаторлар, магний сульфаты (25% ерітіндісі 5 мл-ден көктамырға құю керек, новокаин (0,25% ерітіндісін ас қасықпен күніне үш рет ас қабылдағаннан кейін 30 минуттаан соң ішу керек) тағайындалады.

Терең афталар кезінде преднизолон беруге болады, күніне 15-20 мг екі жеті шамасында.

Соңғы жылдары левамизолмен (декарис) емдеу жақсы нәтиже беріп жүр. Дәріні жетісіне 2 рет 150 мл-наан қабылдау керек. Кейде 50 мг-нан күніне 3 рет қабылдауға болады. Емдеу курсы 4-6 жетіден 5-6 айға дейін. Міндетті түрде аурудың жалпы жағдайын, қанның құрамын бақылап отыру керек. Арнаулы диета сақтаған жөн (ашы, тұзды, қатты тағамдар, ішімдіктер қабылдамау керек, шылым тартпау керек).

Жергілікті емдеу жарақат ошағындағы ауру сезімін басу, өлі ткандерден ажырату, қабынуды тоқтату, жараның жазылуын жылдамдату шараларынан тұрады. Аурудың патогенезінде аллергиялық компоненттің басымдылығын ескере отырып жарақат ошағын әрбір төрт сағатта төмендегідей қоспалармен өндеген жөн: трасилол 5000ЕД, гепарин 300-500 ЕД, гидрокартизон 2,5, новокаиннің 2% ерітіндісі 1 мл. Оның алдында жарақат ошағын уақытша жансыздандырып, өлі еттенген ткандерден тазалап алу керек.

Жаралардың жазылуын тездету үшін цитраль, галаскарбин, “Триметазол аэрозолі”, “каланхой”, “календула”, “пропоцеум” жақпалары қолданылады.

Диагнозы дұрыс қойылып, емдеу шаралары кешіктірілмей жүргізілсе аурудың прогнозы жақсы.

Аурудың қайта қозуының алдын алу:

Жалпы организмді суықтыру (сенсбилизациялау ошағын жою), ауызды дұрыс күту, ауық-ауық жалпы емдеу курстарын жүргізу.

Бехчет синдромы немесе Турен үлкен афтозы.

Бұл аурудың клиникалық белгілеріне алғаш сипаттама берген түрік дәрігері Бехчет (1937ж), кейінірек толықтырған Турен (1941ж). Ауру созылмалы – қайтааламалы ауруға жатады және теріні, кқздің, ауыздың кілегейлі қабықтарын сыртқы жыныс мүшелерін жарақаттайды. Ауру 20-30 жастағы әйелдер мен ер адамдар арасында кездеседі. Және жоғарыда аталған жерлерде афталы-жаралы бөртпелер шығады. Көз айнасында өте күрделі өзгерістер болады (жарықтан қорқу, ирит, иридоциклит, шыны тәрізді денеге, көз шарасының түбіне қан құйылу) және жиі қайталанудан көз көрмей қалуы мүмкін.

Тері бетінде түйінді эритема, көпіршік және күлдіреуік, іріндік сияқты бөртпелер шығады. Ауру жұмсақ ткандермен буындардың жарақаттануынан, тромбоз және тромбофлебит сияқты сырқаттармен асқынады. Афтоздық бөртпелер жайыла шығуы мүмкін (жұтқыншақ, кеңірдек, өңеш, асқазан және ішек кілегейлі қабықтарына). Ішкі ағзалар мен нерв жүйесінде де өзгерістер болады және кейде қатерлі жағдайларға әкеп соғады.

Ауру өте ауыр, күрделі симптоматикалық және патогенездік емдеу шараларын қажет етеді (антигистаминдік дәрілер, улануды жоятын дәрілер және цитостатиктер – колхицин қолданылады).

Сондықтан емдеу кезінде басқа маман-дәрігерлердің (терапевт, ревматолог, иммунолог, окулист) ақыл-кеңесін алу керек және ауруханада жүргізу керек.

СИНДРОМ БЕХЧЕТА



Көп түрлі жалқықты эритема



Көптүрлі жалқықты эритема. Бұл ауру тері мен қуысты ағзалардың кілегейлі қабықтарының жедел немесе созылмалы қабынып, көптүрлі бөрткендердің шығуынан дамиды сырқат. Ауру кезінде тері мен кілегейлі қабық бетіне дақты, құрғақ, жалқықты бөртпелер шығады. Алғаш басталғанда ауру жедел дамиды, кейінірек созылмалы өайталамалы сырқатқа айналады. Ауру кезінде таза тері беті, ауыздың кілегейлі қағы мен тері беті (25-60% жағдайда), кейде барлық кілегейлі қабатты ағзалар мен тері жарақаттануы мүмкін. Ауру жас адамдар мен орта жастағы адамдар арасында, оның ішінде ерлер арасында жиі кездеседі. Аурудың анық себебі мен салдары анықталмаған, көптеген ғалымдар оны аутоаллергиялық аурулар қатарына жатқызады.

Ауру екі түрде кездеседі:

А) токсико-аллергиялық

Б) инфекциялы-аллергиялық болып.

Инфекциялы-аллергиялық немесе нағыз жалқықты эритема кезінде бактериялық аллергендерге аллергиялық реакция оң болып келеді. Организмдегі кез-келген инфекциялық ошақ сенсбилизациялану көзі болып табылады. Аурудың қозуына себепкер факторлар – дененің суыққа шалдығуы, тыныс жолдарының ақаулары және жүйкенің жұқаруы.

Токсико-аллергиялық түрі әртүрлі дәрілердің әсерінен туындайды және көбіне сульфаниламидтер, антипирин, амидопирин, йод, антибиотиктер, барбитураттар себепкер болады.

Аурудың клиникалық белгілері.

Көптүрлі жалқықты эритеманың инфекциялы-аллергиялық түрі жұқпалы аурулар тәрізді жедел басталады, жедел немесе созылмалы дамиды, күз және көктем айларында қайта қозып отырады. Сырқат адамның дене қызуы $38-39^{\circ}\text{C}$ дейін көтеріледі, басы ауырып, бойында дімкәстік пайда болады, буындары сырқырап, бұлшық еттері сыздайды. Осыдан бір-екі күн өткен соң бері бетінде, ауыздың кілегейлі қабығында, еріндерінде әртүрлі бөртпелер шығады. Осыдан 2-5 күннен кейін аурудың жалпы белгілері басылады, кейде ұзағырақ (2-3 жетіге) созылуы да мүмкін. Көптүрлі жалқықты эритема кезінде теріде ісіңкі тінде орналасқан шектеулі қызыл түсті дақтар немесе жазық қызғылт түсті түйіншектер (папулалар) шығады және олар тері бетінен көтеріңкі орналасады. Дақ тәріздес бөртпелер-түйіншектер тез арада 2-3 тиынның көлеміндей болып үлкейеді. Олардың орталары ойықталып, көкшіл түске бойлады, ал ждиектері қызыл-қызғылт түстерін сақтайды.

Кейде түйіншектің, болмасы дақтың ортасында ішінде сарысулы немесе қанды жалқығы бар торсылдақ бөрткендер пайда болады. Кейінірек ішіндегі жалқығы кепкен соң қызыл-қыңыр түсті қабықшаға айналады. Айтылған белгілері бар бөрткендерді “кокарда” тәріздес бөртпелер деп атайды. Олар көбіне қолдың және білектің сырт шығады және оларға аздап қышу, ысып күйген тәрізді тән болады. Кейде ешқандай ауру белгісі мазаламауы да мүмкін. Ауыз қуысы жарақаттанған кезде кілегейлі қабығы қатты ісініп және қызарып кетеді де, 1-2 күннен кейін жарақат ошағында көпіршік немесе күлдіреуік бөртпелер шығады тез жарылып үлкейеді кішілі эрозияларға айналады. Олардың көбірек шығатын аймақтары қызыл еріндердің, екі ұрт, тіл, жұмсақ таңдай, жұтқыншақ кілегейлі қабықтарының беттері.

Ұсақ-ұсақ эрозиялар бірігіп кейде кең көлемді жарақат ошағына айналады. Эрозиялар беті сары-сұр қақпен жабылады және оны алуға әрекет жасағанда тез қанайды.

Кейбір эрозиялардың жиегінде күлдіреуіктер жарылғаннан кейінгі алғашқы күндері жырым-жырым эпителий қалдықтары сақталады (олар күлдіреуіктің эпителий қабығы). Никольский симптомы теріс. Кейбір сырқаттардың ауыздарында кілегей қабық беті аздап қызаруы мүмкін немесе бірден-саран ғана бөрткендер шығып, ауру сезімі аздап қана мазалауы мүмкін. Қызыл ерін жиегіндегі эрозиялар ауыз ашқан сайын қанап, ауыз ашуды қиындатады, одан бөліінген қан кейін кеуіп қара-қоңыр түсті қаққа айналады, немесе екіншілік инфекцияның әсерінен қоңыр-сұр түске боялады. Жарақат ошағының үлкенг болуынан, бетінен сұйықтың және сілекейдің бөлінуінен, ауыру сезімінің өте жоғары болуынан сөйлеу, ас қабылдау қиындайды. Сырқат адам арықтап, қатты әлсірейді. Ауызды күтпеу, бұзылған тістердің болуы ауруды одан әрі асқындырады. Аурудың беті 3-6 жетіден кейін қайта бастайды.

Көптүрлі жалқықты эритема ауық-ауық қозатын созылмалы ауруға жатады және қозу көбінесе көктем мен күз айларында байқалады. Кей жағдайларда ауру толассыз біірнеше жылға созылуы мүмкін.

Аурудың таксико-аллергиялық түрінің клиникалық белгілері жоғарада айтылғандай, бірақ бөртпелер қайта-қайта және барлық жағдайларда ауыз қуысы жарақаттанады. Егер жарақат ошағы тұрақталған болса, белгілі жерге бөртпелер қайта-қайта шығуы мүмкін. Бұл кезде ауыздың кілегй қабығы жиіі жарақаттанады және ол дәрі-дәрмектер әсерінен туындайды. Кейде күлдіреуіік бөртпелер қызарып ісінбеген тері немесе кілегейліі қабық беттеріне шыға беруі мүмкін, олар жарылғаннан кнйін пайда болған эрозия беттері ұзақ уақыт жазылмайды. Аурудың қозуы жалғыз байланысты емес, көбінесе себепкер факторлармен тығыз байланысты. Аурудың ұзаққа созылуы, ауырлығы және қайта қозып тұруы сырқат адамның иммундық қызметімен тығыз байланысты.

Аурудың патологиялық гистологиясы.

Көп түрлі жалқақты эритема кезінде дәнекер тін қабатының бөрікті бөлігінде іс домбығу байқалады, қан тамырлар төңірегінде домалақ клеткалар шоғыры орналасқан. Торсылдақ немесе күлдіреуік бөрткендер шыққан болса, эпителий қабаты астындаа серозды жалқыққа толы қуыстары бар, жалқық ішінде нейтрофильдер мен эритроциттер кездеседі. Бөрткендердің бетін жапқан эпителий некрозданған.

Стивенс-Джонсон синдромы (кілегейлі қабық-тері-көз синдромы немесе Баадер дерматостоматиті)- аурудың ең ауыр түрі. Аурудың жалпы жағдайы өзгереді және өте ауыр болады. Бұл кезде көптеген күлдіреуік бөрткендер ауыз қуысында, жұтқыншақта, тері бетінде, танауда көптеп шығады. Олардың жарылуынан үлкен көлемді эрозиялар пайда болып, ас қабылдауға, сөйлеуге көптеп кедергі жасайды. Ауру адамның дене қызуы көтеріледі ($40-41^{\circ}\text{C}$ дейін), буындары сырқырап, бұлшық еттері шаншып ауырады, тыныс жолдарының, өкпенің, жүрек етінің, ми мен ми қабының қабынулары сияқты асқынулар да болуы мүмкін. Жыныс мүшелерінің жарақаттануы да жиі орын алады.

Аурудың диагнозын анықтау. Ол үшін аурудың екі түрін бір-бірінен ажырата білу керек. Сол сияқты күлдіреуік (пузырчатка), буллезді пемфигоидтан (күлдіреуік тәріздес аурудан), ауыздың герпестік жедел қабынуынан, екіншілік мерезден де ажыратып алған жөн. Аурудың токсико-аллергиялық түрі көбінесе дәрі-дәрмектер және басқа инфекциялық емес аллергиялардан туындайды. Сондықтан аурудың себебін, даму ерекшелігін дұрыс анықтау қажет және себепкер дәріні қабылдауды тоқтату, десенсибилизациялап емдеу аурудың тезірек бетінін қайтуына жағдай туғызады.

Күлдіреуік ауруынан өзінің жедел дамуымен, дұрыс емдеу жүргізсе бетінің тез қайтуымен ерекшеленеді және эрозия бетінен, күлдіреуіктер табанынан алынған жақпа таңбаларды цитологиялық зерттеулер нәтижелері де көп көмек береді.

Тцанк клеткалары табылмайды. Буллезді пемфигоидтан ерекшелігі аурудың жедел дамуы, жалпы белгілерінің болуы, жас таңдамайтындығы, ауық-ауық қозып отыруында.

Ауыздың жедел герпестік қабынуының ерекшелігі, күлдіреуік бөрткендердің шығуы, эрозиялардың аса ірі болуы, тері бетінде және басқа кілегейлі қабықты ағзаларды жарақаттауы, ауық-ауық қозғыштығы, жақпа-таңбаларда көп ядролы клеткалардың болмауында.

Екіншілік мерез кезінде эрозияға айналған түйіншіктер (папулулар) дөңгелек пішінді, жиектеріі жіңішке қызыл жолақпен қоршалған, қоршаған ткандерден көтеріңкі орналасады, ауру сезімі онша көп болмайды. Эрозиялар бетінен бөлінген жалқықта бозғылт спирохеталар көптеп табылады және серологиялық реакциялар оң болады.

Күлдіреуік бөрткендер ауыз ішінде қызыл жалпақ теміреткі, қызыл жегі және Дюринг дерматиті кезінде де шығуы мүмкін.

Ауруды емдеу. Көптүрлі жалқықты эритемамен ауырған адамды емдеу белгілі бір жүйелілік, жинақтылық қағидасын керек етеді және ауру адамды жан-жақты тексеру қажет. Мұның өзі оның бойындағы созылмалы инфекция көздерін, оның ішінде бет-жақ сүйек аймағында орналасқан ошақтарын анықтау, емдеу барысында оларды толық жойып, ауру организмді толық сауықтыру үшін қажет.

Аурудың токсико-аллергиялық түрін емдеу кезіндегі негізгі мақсаттар қабынуды тоқтату, ауру сезімін басу, жаралардың жазылуына жағдай туғызу. Ауру жеңілдеу болса, жалпылай емдеу үшін қабынуға және сенсibiliзациялауға қарсы дәрілерді (димедрол, супрастин, тавегил, натрий салицилаты, кальций глюконаты), витаминдер жиынтығын таағайындайды. Егер ауру ауырлау болып, асқыну қаупі болса, натрий тиосульфатын (30% ерітіндісін 10 мл көк тамырға құяды, барлығы 8-10 инъекция), күкірт қышқылды магний (25% ерітіндісін 54 мл бұлшық ет ішіне немесе көк тамырға құяды, барлығы 8-10 инъекция), кортикостероидтық дәрілерді (преднизолон триамцинолын, декаметазон) береді. Глюкокортикоидтық дәрілерді 5-7 күн қабылдағаннан кейін, әрбіір 2-3 күн өткен соң сөткелік мөлшерін бір таблеткаға азайтып отырып, емдеу курсы аяқтайды.

Екіншілік инфекциямен асқыну қаупі болса (дене қызуы түспей, ауыздағы жара беті іріңді қақпен жабылса), антибиотиктер және сульфаниламидтік дәрілерді тағайындау керек.

Иммундық жүйенің қызметін дұрыстайтын дәрілер, оның ішінде левамизол (декарис) аурудың бетін тез қайтарады. Ол үшін 150 мг-нан 2 күн қатарынан түнге қарай беру керек (емдеу курсы 5-8 аптадай).

Аурудың ауыр түрінде сырқат адамды ауруханада емдеу керек.

Стивенсон-Джонсон синдромы кезінде кортикостероидтармен үлкенірек мөлшерден бастап емдеу керек (преднизолонды сөткесіне 60-80 мг беру керек). Сонымен қатар, организмнің улануын тоқтататын дәрілерді (гемодез, реополиглюкин, глюкоза ерітіндісі “С” витаминімен, физиологиялық ерітінді) пайдалану керек. Бактериялық аллергияны төмендету үшін антистафилакокктік гамма-глобулинді ет ішіне 25 ЕД күніне бір рет инъекция жасайды (емдеу курсы 3-7 күн).

Жергілікті емдеу әдісі симптоматикалық емдеу қағидасы негізінде жүргізіледі. Ауру сезімін басу үшін аппликациялық әдіспен анестетиктер, антигистаминдік дәрілер ерітінділерін қолданады. Ауызды жақсылап антисептиктер ерітінділерімен жуып, сүртіп өңдейді, өлі тіндер қабатын алу үшін протеолиздеуші ферменттерді пайдаланады. Қызыл еріндегі кепкен қақтарды сутегінің асқын тотығының ерітіндісімен, антибиотикті немесе глюкокортикоидты жақпалар көмегімен жұмсартып тазалайды.

Тазаланған эрозиялар беттеріне қабынуды, микробтар әсерін тоқтататын жақпалар жағады (гиоксизон, 0,025% синафлан, белодерм, оксикорт, дермазолон жақпалары). Оларға жараның жазылуын тездететін дәрілерді (кератопластиктер, солкосерил, метилурацил, апилак жақпаларын) қосуға болады.

Көздер жарақаттанған жағдайда 0,5% гидрокортизон жақпасын, 0,1% дексаметазон ерітіндісін пайдаланады.

Мұрын қуысы мен жұтқыншақтың кілегейлі қабықтары қабынса, глюкокортикоидты жақпалар жағады немесе антисептиктер ерітінділерімен, сілтілі-майлы ерітінділермен ингаляция жасайды.

Терідегі бөрткендер өз беттерімен басылуы мүмкін, егер қатты қышып және қызып мазалайтын болса, Кастеллани сұйығымен немесе 2% салицил спиртімен өңдейді. Ең тиімдісі аурудың көз, тері, құлақ және мұрын ауруларын емдейтін дәрігерге көрініп, арнаулы ем қабылдағаны жөн.

Ауыздағы жаралар саңырауқұлақтармен асқынбас үшін, олардың бетін нистатин, леворин, декамин жақпаларымен қоса өңдеген дұрыс.

Сырқатынан толық сауыққан адамның ауыз қуысын сауықтыруға аса көңіл бөлінуі керек, жан-жақты тесеруден өткізіп, анықталған инфекция ошағы жойылуға тиіс.

Аурудың инфекциялы-аллергиялық түрінің ремиссия кезеңінде бактериялық аллергендермен немесе стафилаоктік антитоксинмен сенсбилизациялап емдеу әдісін жүргізу керек. (Емдеу белгілі жүйемен бірнеше рет қайталанады). Гистоглобулинмен емдеу жақсы нәтиже береді, оны 2-3 мл жетісіне 2-3 рет бұлшық ет ішіне сіңіреді. Емдеу курсы 8-10 инъекциядан тұрады. Дұрыс жүргізілген емдеу әдісі нәтижелі болады. Егер ауру жиі-жиі қоза берсе, сырқат адам иммунологиялық тексеруден өтіп, анықталған өзгерістерге қарай емдеу қабылдағаны дұрыс.

Стивенс-Джонсон синдромы жан-жақты емделуді қажет етеді. Себебі ауру өте ауыр және күрделі аурулар қатарына жатады.



Назарларыңызға рахмет!!!

