

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Медицина факультеті

Стоматологиялық кафедрасы

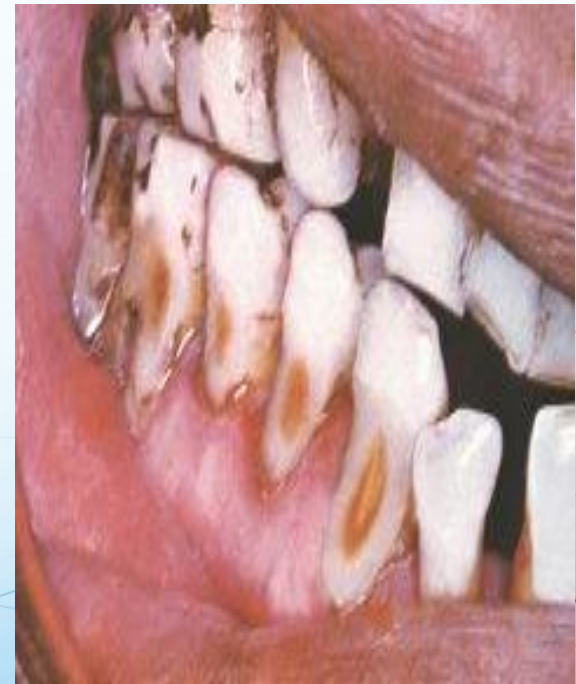
**ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПӘНІ
БОЙЫНША ЛЕКЦИЯ САБАҚТАРЫНЫҢ МӘТІНІ**

№9 дәріс

Инфекциямен шақырылған ауыз қуысы кілегей қабығының зақымданулары (кандидоз, сифилис, туберкулез, Венсанның язвалы некрозды стоматиті). Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, дифференциалды диагностикасы, емі.

Ауыздың микоздық қабынуын ауыз кандидозы деп атайды. Қабынуды тудыратын ашытқы тәріздес кандида тектес ұсақ саңырауқұлақтар. Қалыпты жағдайда ауызда ауру тудырмайтын сапрофит ретінде кілегейлі қабық бетінде кездеседі.

Ауыздың кілегейлі қабығының қабынуы ауру адамнан жұғу арқылы немесе өз аузындағы саңырауқұлақтың патогендік қасиетінің жоғарылауы арқылы дамиды. Олардың бұл қасиетінің көтерілуі организмде зат алмасуының бұзылуы (көбіне көмірсулы заттар), витаминдер жетіспеушілігі, ас қорыту жолдарының ауруларымен байланысты.



Ұзақ уақыт антибиотиктер, кортикостероидтар, цитостатиктер қабылдау саңырауқұлақтардың патогендік қасиетін жоғарылатып (дисбактериоз пайда болуы, организмнің реактивтігін төмендеуі) ауыз кандидозының дамуына тікелей әсерін тигізеді.

Қазіргі кезде кандидоздың дамуына клеткалық иммунитет жетіспеушілігі де белгілі жағдай туғызуы мүмкін, сонымен қатар кәсіби сырқат ретінде көкөніс, жеміс-жидек өңдейтін және тәтті тағамдар дайындайтын жұмыскерлер арасында кездесуі мүмкін. Кандидоз ауруының клиникалық белгілері әртүрлі болып келеді және сырқат адамның жалпы жағдайымен тығыз байланыста болады.

Даму ерекшелігіне қарай жедел дамыған және баяу дамыған кандидоз деп екіге бөлінеді.

Ауыздың жедел кандидозы клиникалық белгілеріне қарай екі түрге бөлінеді:

- жедел жалған жарғақты кандидоз (острый псевдомембранозный кандидоз) немесе “сүттеме” (молочница).
- жедел атрофиялы кандидоз (острый атрофический кандидоз). Ауыздың жедел кандидоздық қабынуы (острый кандидозный стоматит) ауыз кандидозының жиі кездесетін түрі, көбінесе емшектегі сәбилер арасында жиі кездеседі. Ересек адамдар, оның ішінде организмі әртүрлі жүйелі аурулардан (қант диабеті, қан аурулары, витаминдер жетіспеушілігі, туберкулез, қатерлі ісік аурулары) әлсіреген сырқат адамдар жиі ауруы мүмкін.

Ауру онша көп өзгермеген немесе аздап қызырған ауыздың кілегейлі қабығының әр жерінде кішкене ноқат тәріздес ақ түсті қақтардың жиналуынан басталады және олар біртіндеп үлкейе келе бір-бірімен қосылып кең көлемді көтеріңкі орналасқан жарқақ тәріздес қаттылау қаққа айналады. Алғашқы күндері қақ қырған кезде оңай алынады, астындағы кілегей қабық аздап ісінген, қызырған, ал беті құрғақ және жазық болып келеді. Қақтың құрамы түлеген эпителий клеткаларынан, әртүрлі бактериялардан, ас қалдықтарынан, саңырауқұлақ клеткаларынан, жалған талшықтардан (псевдомицелий) тұрады.



Кандидоз ауруының көрінісі



Сифилис ауруының көрінісі



Туберкулез ауруының ауыздағы көрінісі

Егер саңырауқұлақ көбейіп көп көпқабатты эпителийге өтсе, қақ біраз күшпен әрең алынады және астындағы кілегей қабық беті жараланып (эрозияланып) қанайды.

Бұл кезде құрамына фибриннің шөгуіне байланысты қақ қабаты қалыңдайды, түсі ақшыл-сұр немесе сарғыш түске боялады. Сирек жағдайда саңырауқұлақтар дәнекер тін қабатына өтіп, қан тамырларын қуалай өсіп жайылып кетуі мүмкін (диссеминацияланған түрі)

Аурудың субъективті белгілері кейде болмауы мүмкін, ал көпшілік жағдайда сырқат адамдар ауыз ішінің ысып күйіп ауыратына және әртүрлі тағам қабылданғанда бұл сезімдердің күшейе түсетініне, ауыздың әр жерінде ақ түстес дақ пайда болғанына шағымданады.

Егер саңырауқұлаққа өте жоғары сезімталдық болса ауызда жедел атрофиялық кандидоз дамиды. Бұл кезде кілегей қабық беті қатты құрғап, оттың жалыны түстес болып өзгереді және қатты ауырады. Қақ көп жиналмайды, тек әртүрлі табиғи қатпарлар мен сайларда ғана (ұртта, тіл үстінде) аздап болуы мүмкін.

Уақытында және дұрыс емдемесе ауру созылмалы түрге ауысады және екі түрде дамиды:

- а) Созылмалы империластикалық кандидоз.**
- б) Созылмалы атрофиялы кандидоз.**

Созылмалы гиперпластикалық кандидоз ауыздың кілегей қабығының қатпарлы жерлерінде (тіл үстінде, ұртта, ауыспалы қатпарда, таңдайда) кездеседі. Бұл кезде қызарып ісінген кілегей қабық бетінде қалың және эпителий бетімен тығыз байланысқан кейде ақ түстес, көпшілік жағдайда ақшыл-сары немесе ақшыл-қоңыр түстес қақ пайда болады, қырғанда оңайлықпен алынбайды.

Қатты таңдайда қақтың беті тегіс емес, кедір-бұдыр, бүртікті гиперплазия тәріздес болып келеді. Аурудың бұл түрі қатпарлы тілдің үстінде (складчатый язык) жиі кездеседі, себебі тіл бетіндегі терең сайларда саңырауқұлақтардың көбеюіне толық мүмкіндік туады.

Науқастардың ауызының жиі құрғауы, қызуы, кейде қатты ауыруы.

Созылмалы атрофиялы кандидоз көбіне алмалы-салмалы протез астындағы кілегей қабық бетін жарақаттайды және протез материалдарына аллергиялық реакциялармен қабаттасуы мүмкін. Бұл кезде протез астындағы кілегей қабық беті қатты құрғап, қызарады, жұқарып эрозия пайда болады. Қатты таңдайда керісінше ұсақ бүртiк тәріздес өскiндер (папилломатоз) пайда болуы мүмкін. Езде бiржақты немесе екiжақты ауыздықтар пайда болады.

Созылмалы кандидоз кезінде тек қызыл ерiн немесе езу жеке-жеке жарақаттануы мүмкін (қызыл ерiннiң кандидоздық қабынуы, кандидоздан болған ауыздық немесе езі тiлiгi).

Аурудың қорытынды диагнозын қою үшін лейкоплакиядан, қызыл жалпақ темiреткіден, қызыл жегіден, тiлдiң өңезденуiнен, глоссалгиядан, гальванизмнен ажырата бiлуi керек.

Ауруды емдеу.

Ауыз кандидозын емдеу кезінде көптеген шаралар іске асырылуы керек:

- 1) саңырауқұлақты жоя әсер ету (этиотроптық емдеу)**
 - 2) патогенездік факторларды жою**
 - 3) ағзалар мен жүйелер сырқатын емдеу**
 - 4) организмнің реактивтігін көтеру**
- ауыз қуысын сауықтыру**

Микоздарға жергілікті және жалпылай емдеу шаралары мен әсер ету керек. Ол үшін ауызды 2% натрий гидрокарбонатының (ас содасы), 2% бор қышқылының ерітінділерімен шаю керек. Жарақат ошағына жағу үшін клотримазолдың (канестеннің) 1% эмульсиясы немесе ерітіндісі, декамин, леворин, нистатин, амфотерицин жақпалары; бриллиант жасылы, метилен көктің 1-2% ерітінділері қолданылады. Декамин карамелін сорып қабылдаудың үлкен пайдасы бар.

Егер шаралар дәрменсіз болса, іштей қабылдау үшін микоздарға қарсы антибиотиктер тағайындайды: нистатин, леворин, амфоглюкамин, микогептин және т.б.

Мерездің бірінші кезеңі

Бұл кезең біріншілік мерез (первичный сифилис) – трепонема енген жерге беріштенген шанкрдың (біріншілік сифилома) шығуынан басталады, 5-7 аптаға созылады. Ол шыққан соң 5-6 күннен кейін жақын орналасқан лимфа бездері үлкейе бастайды, себебі онда трепонемалар барынша көбейеді. Беріштенген шанкр дөңгелек немесе сопақ пішінді қатты инфильтратты негізде орналасқан беті шикі ет түстес эрозия, жиегі қалыңдау және көтеріңкі болады. Көп қанамайды, ауырмайды, сондықтан көрінбейтін жерлерде байқалмай да қалуы мүмкін.

Эрозия беті кейде таза, кейде сары-сұр тоң май тәріздес қақпен жабылған. Ауыз қуысында орналасуына қарай пішіні өзгереді. Езуде орналасса, жалпақ тілікке ұқсайды, ауыспалы қатпарда орналасса, асңылау тәріздес (щелевидный), көмейге орналасса, бадамша бездері үлкейіп, қатайып, қызылсарғыш түстес болады. Тілде орналасса, томпиып шыққан түйін тәріздес болып, эрозияланбауы мүмкін. Қызыл иекке шықса, жарты ай пішіндес болады және тістерге жақын орналасады.

Ауызда әртүрлі тітіркендіруші әсерлерден шанкр ойық жараға айналуы мүмкін, беті іріңді қабықпен жабылып, Төңірегіндегі тканьдер қызарып, ісіне бастайды және ауру сезімі қосылады.

Берішті шанкр шыққаннан кейінгі үшінші жетінің аяғында серологиялық реакциялар (Вассерман және микрореакция) оң бола бастайды.

Ауруға дұрыс диагноз қою үшін зақымдану жарасынан, шанкр пішінді пиодермиядан, қайталамалы герпестік эрозиядан, туберкулез, рак жараларынан, трофикалық жарадан ажырату керек.

Біріншілік мерездің диагнозы шанкр бетінен алынған жақпада не үлкейген лимфа бездерінен алынған пунктатта бозғылт трепанемаларды табу және аурудың анамнезін дұрыс талдау арқылы анықталады.

Бірақ бактериоскопиялық зерттеудің нәтижесінің теріс болуы ауру мерез болмауы мүмкін деген көзқарас тудырмау керек.

Мұндай кездерде зерттеулерді қайталау керек. Мерезді дәлелдейтін серологиялық реакциялар шанкр көрінгеннен кейінгі үшінші аптаның аяғында төртінші аптаның басында оң бола бастайды.

Екіншілік мерез (вторичный сифилис)

Мерездің бұл кезеңінде ауыз бен ерін жиі жарақаттанады және ауру белгілері шанкр шыққан соң 6-7 аптадан кейін біліне бастайды. Ауру 3-5 жылға созылуы мүмкін және барлық уақытта серологиялық реакция оң болады, дамуы толқын тәріздес болады, клиникалық белгілері айқын және анық емес уақыттар алмасып отырады, әрқайсысы 1-2 айға созылады.

Аурудың басында инфекцияның көбеюіне және жайылуына байланысты резеолалы-папулезді немесе іріңді (путулезді) бөртпелер пайда болады, Барлық аймақтың лимфа бездері үлкейіп, қатайыңқырайды.

Бөртпелер берішті шанкр жойылмай қатар шығады және ауру екіншілік жас мерез (вторичный свежий сифилис) деп аталады.

Бұл кезеңнің аяғында шанкр сорылып, розеолалар мен папулулар жоғала бастайды.

Ауру адамның қанымен жүргізілген барлық серологиялық реакциялар (Вассерман, тұндыру, РИФ – иммунофлюоресценциялау, РИБТ – бозғылт трепонеманы иммобилизациялау) оң болады.

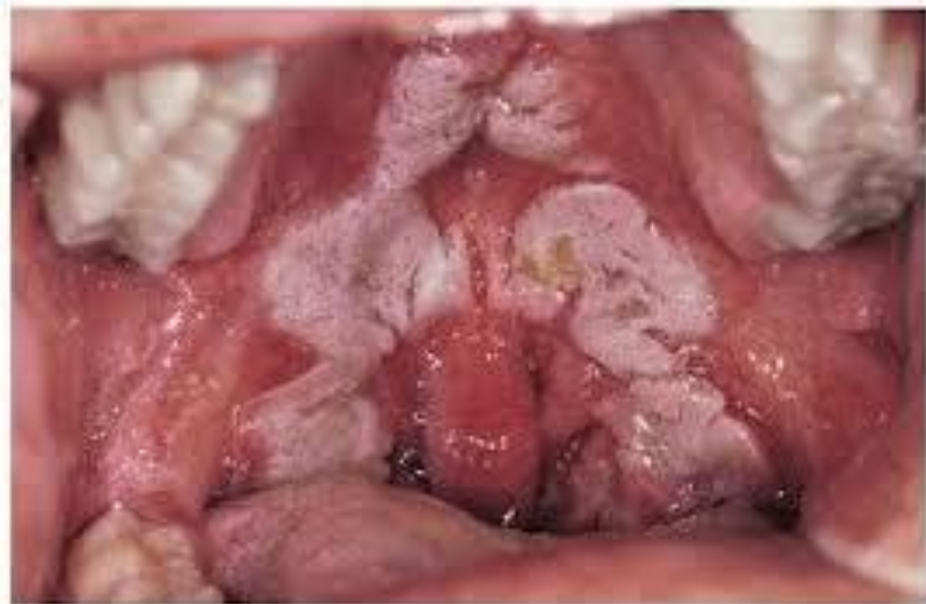
Бөртпелер ем жүргізбесе де жоғалып, қайта-қайта шығып отырады. Аурудың бұл кезеңдерінекіншілік қайталамалы мерез () вторичный рецидивный сифилис деп атайды, бұл кезде алуан түрлі бөртпелер шығады (розеолалар, папулалар, жалпақ кандилломалар, аллопециялар ошағы – бастың шашы түсіп таздануы, лейкодермалар).

Олардан көп мөлшерде трепонемалар бөлінеді, сондықтан өте жұқпалы болып есептеледі. Бұл кезең аса қатерлі емес, емдеу шараларынсыз-ақ бөртпелер жоғалып кетеді.



Біріншілік мерез (сифиліс)

Екіншілік сифиліс



Екіншілік мерез кезінде ауыздың кілегейлі қабығы жиі жарақаттанады және екі түрі кездеседі: дақты немесе розеолалы мерез бен папулезд мерез, пустулездіі (ірінді) мерез сирек кездеседі.

Дақты мерез көбінесе жұмсақ таңдайды, бадамша бездерді жарақаттайды, бадамша бездерді жарақаттайды. Аталған жерлерде біріне-бірі жақын жанаса ашық қызыл түсті домалақ пішінді дақтар (розеолалар) шығып, қосыла келе эритемалық даққа айналады, емдеусіз бір айдан кейін бозарып жойылады.

Папулезді мерез жиі кездеседі, түйіншектері таңдай имектерінде, жұмсақ таңдайда, бадамша бездерде жиірек орналасады; сирегірек қызыл ерінге, тілге және қызыл иекке шығады. Ерінге шыққан кезде терең тіліктену пайда болады. Папулалар дөңгелек пішінді, ірілеу (ендері 1-1,5 см), беттері тегіс, шекаралары анық, алғашқы кезде қоңыр-қызыл түсті, кілегейлі қабық бетінен біраз көтеріңкі орналасады (клеткалық инфильтраттың қалыңдығынан). Олардың бетіндегі эпителийге жалқық сіңіп, өліеттенгендіктен ақшыл-сұр түсті бола бастайды, сонда да төңірегінде инфильтрат үстінде орналасқан жіңішке қызыл жолақ сақталады.

Папулалардың бетін қырып байқаса өліеттеніп қакка айналған эпителий сыдырылып алынады да, шикі ет түсті эрозиялардан беті ашылады. Эрозияларға ауру сезімі онша тән емес, егер ауыздағы инфекция немесе қажалу әсерінен асқынып, терең жараға айналып кетпесе.

Тілдің үстіне шыққан папулалардың өзіндік ерекшеліктері бар. Олардың үстіндегі жіпше бүртіктер ұзарып кетіп, папула ай табағына ұқсап, кейде керісінше аталған бүртіктер жойылып, папулулурдың беті жып-жылтыр тегіс болып қалады, төңірегіндегі кілегейлі қабық бетінен төмендеу орналасаджы. Мұндай папулаларды жылтыр немесе “шабылған шабындық симптомды” папулалар деп атайды. Сипап тексергенде папулалар қатты консистенциялы (беріш тәрізді) болып келеді.

Екіншілік мерездің диагнозы бөртпелер бетінен алынған қырмадан трепонемаларды табу арқылы және серологиялық реакциялардың нәтижелеріне сүйене отырып қойылады. Сонымен қатар ауруды ауыздың, бадамша бездің аллергиялық және инфекция әсерінен қабынуынан, лейкоплакиядан, қызыл жалпа теміреткіден, қызыл жегіден, күлдіреуіктен, герпестік қабынудан ажырату керек. Тілдегі папулуларды тілдің түлей қабынуынан (десквамативный глоссит), семе қабынуынан (атрофический глоссит) ажырату керек.



Назарларыңызга рахмет!!!

