


Дәріс №9



Тақырыбы: Ауыз кілегейлі қабығының жұқпалы аурулар кезінде жарақаттануы (ауыз кандидозы, мерез, туберкулез, құрт ауруы, ауыздың өліеттеніп- жаралана қабынуы, Венсан стоматиті), этиологиясы мен патогенезі. Клиникасы, диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы және емі

Орындаған: проф.Мезгілбаева Д.М.



□ **Дәрістің оқылу мақсатын негіздеу.**

Соңғы жылдары әртүрлі жұқпалы аурулардың, оның ішінде туберкулез, мерез сияқты өте қауіпті аурулардың үлес пайызы жоғарылауда. Оны өткен оқу жылындағы ҚазМУ студенттері мен оқытушылары арасында анықталған өкпе туберкулезімен ауру көрсеткіші дәлелдей алады. Адам иммунитеті төмендеуіне байланысты ауыз ішін жайлаған резидентті микробтардың да патогендік қасиеті жоғарылауда. Оған дәлел фузобактериялар мен ұршыққа ұқсас таяқшалардың үйлесімді тіршілік (симбиоз) белсенділігі нәтижесінде туындайтын ауыздың өліеттеніп-жаралана қабынуының (Венсан стоматитінің) жиірек кездесе бастауы.

Болашақ дәрігер – стоматолог осы аурулардың жұғу жолдары, ауыз ішіндегі клиникалық ерекшеліктері туралы көбірек мәлімет білсе, бұл аурудың диагнозын ертерек нақтылауға және алдын – алу жолдарын іске асыруға үлкен үлес қосары шүбә келтірмеуге тиіс.



□ **Дәрістің жоспары:**

1. Жұқпалы аурулар туралы мәлімет және олардың жұғу жолдары;
2. Ауыз кандидозы, этиологиясы мен патогенезі, клиникасы, диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы және емі;
3. Туберкулез ауруы, этиологиясы, ауыз кілегейлі қабығын жарақаттайтын түрлері, диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы және емі;
4. Мerez, этиологиясы мен патогенезі, аурудың жұғу жолдары, даму кезеңдері, клиникалық белгілері, сараптамалы диагностикасы және емі;
5. Ауыздың өліеттеніп-жаралана қабынуы немесе Венсан стоматиті, этиологиясы мен патогенезі, клиникасы, сараптамалы диагностикасы және емі. Жұқпалы аурулардың алдын-алу шаралары.

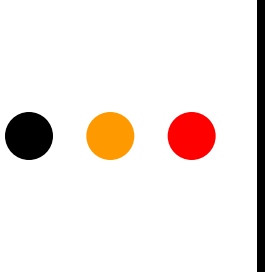
Жұқпалы аурулар

- Жұқпалы аурулар көбінесе вирустардың, бактериялардың, саңырауқұлақтардың әсерінен дамиды. Олардың көбі организмге сыртқы ортадан (экзогендік инфекция) тағамдармен, ауамен бүтіндігі бұзылған тері және кілегей қабықтар арқылы түседі. Көпшілік жағдайда ауыз іші организмнің инфекциямен бірінші рет қатынасқа түсетін орта болып саналады. Сонымен қатар ауыз ішін жайлаған микроорганизмдер (сапрофиттер) де ауру тудыруы мүмкін (эндогендік немесе аутоинфекция). Бұл микробтар патогендік қасиетке (ауру тудырушы) иммундық жүйенің қорғаныс қасиеті төмендеген кезде ие болады.



Инфекциялық ауруларға тән ортақ белгілер:

- 1) Ауру тудырушы агент лабораториялық зерттеулердің көмегімен қалтқысыз анықталады.
- 2) Аурудың жұқпалылығы немесе ауру туындатушы микробтың сырқат адамнан төңірегіндегі адамдарға берілуі.
- 3) Ауру туындатушы микробтың өзіне тән қасиеті бар – ол барлық адамда бір-ақ түрлі ауру тудыру.
- 4) Клиникалық белгілерінің тек осы ауруға ғана тән заңдылығы

- 
- Жұқпалы агент организмге енгеннен кейін қабыну үрдісі дамиды және ол кезде көбіне жалқықтану (экссудация), өліеттену немесе кәрілік белгісіне ие болу (альтерация), көбею (пролиферация) белгілері орын алады. Тіндерде дами бастаған қабынудың сипаты енген инфекциялық агентпен оған организмнің беретін иммундық жауабымен тығыз байланысты болады.
 - Ағым ерекшелігіне байланысты жедел және созылмалы инфекциялық аурулар деп бөледі. Көптеген жұқпалы аурулардың алғашқы белгілері ауыз кілегей қабығында көрініс береді және тек сол ауруға тән ерекшелігімен сипатталады.

- 
- Көпшілік жағдайда жұқпалы аурулардың ауыздағы белгілері аса ерекшелене қоймағандықтан, олардың диагнозын нақтылау қиынға түседі. Сонымен қатар олардың ауыздағы клиникалық белгілерінің өзгеруіне жергілікті ыңғайсыз ықпалдар (екіншілік инфекция, зақымдаушы факторлар, ауыз гигиенасы сақтамау) әсерін тигізеді.
 - Жедел және созылмалы жұқпалы аурулар өз кезегінде организмнің жалпы жағдайын өзгертіп, иммунитет және витаминдер жетіспеушілігін туындатады. Ал мұның өзі жұқпалы аурудың клиникалық көрінісінің өзгеруіне әкеліп соғады. Осының барлығы дәрігер-стоматологтың жұқпалы ауруды нақтылау мүмкіндігін төмендетіп, дәрігерлік қателік жіберуіне және емдеу шараларын тиімді жүргізбеуіне жағдай туғызады.
 - Диагнозы дұрыс нақтыналып, емі дұрыс жүргізілмеген кез-келген ауру әртүрлі асқынуларға әкеп соғады.

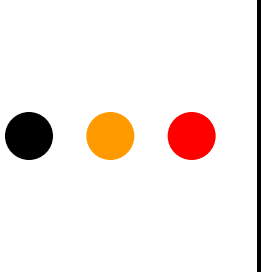


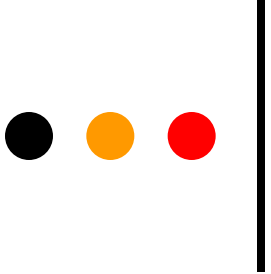
Ауыз кандидозы

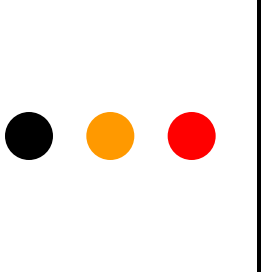
Кандидоз (кандидоз – candidosis, син. – молочница, поверхностный бластомикоз, микоз дрожжевой, кандидомикоз, монилиаз, ондиомикоз, эндомироз) шартты – патогенді ашытқыға ұқсас саңырауқұлақтар туындататын ауыру. Ауыз ішінде ашытқыға ұқсас саңырауқұлақтардың 80-ге жуық түрлері бар. Олардың ішінде патологиялық үрдістерді жиірек туындататындары *Candida* текті саңырауқұлақтар: *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida crusei*, *Candida Kephir*. Бұл саңырауқұлақтар ауыз кілегей қабығының қатпарларында тісжегі қуыстарында, түбір өзектерінде орын тебеді.

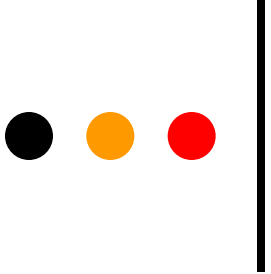
ЭТИОЛОГИЯСЫ

- ▣ **Candida albicans** адам ауызында резиденттік микрофлора ретінде 50-70% жағдайда кездеседі және ешқандай ауру белгілерін туындатпайды. Сонымен бірге олар сау тері бетінде де кездеседі. Candida текті саңырауқұлақтар бірклеткалы, бүршіктене көбейетін саңырауқұлақтарға жатады, домалақ немесе сопақ пішінді, 5-7 мкм көлемді болып келеді. Олар қышқыл ортаны (рН-5,8-6,5) жақсы көреді және белоктарды, майларды, көмірсуларды ыдырататын ферменттер бөліп шығарады.

- 
- Candida текті саңырауқұлақтар сүттен жасалған тәтті тағамдарда, жеміс-жидек, көкөніс беттерінде, өте-мөте бұзылған алма, алмұрт және жүзімде жақсы дамиды.
 - Candida текті саңырауқұлақтардың жоғары вируленттігі организмнің иммундық қорғанысы әлсіреген кезде байқалады (құрт ауруы, обыр, адамның иммунитет тапшылығы инфекциясы, лейкоз кезінде, ұзақ уақыт кортикостероидтар, цитостатиктер, иммунодепрессанттар қабылдаған, әртүрлі радиий және рентген сәулелерімен емдеу жүргізген жағдайларда).
 - Ұзақ уақыт антибиотиктер мен антибактериалдық дәрілер (мысалы, метронидазол) қабылдаған кезде орын алатын микробтар тепе-теңдігінің жойылуы (дисбактериоз) Candida текті саңырауқұлақтардың көбеюіне жағдай туғызады. Антибиотиктер ауыз ішімен қатар ішек жолында да дисбактериоз туындатады, соның нәтижесінде В, С, РР витаминдер жетіспеушілігі дамып, ауыз кілегей қабығының функционалдық жағдайы өзгеріп, кандидоз ауруына шалдыққыш болады.

- 
- Организмде зат алмасуы бұзылуын туындататын аурулар кезінде де (сусамыр-қант диабеті, гипопаратиреоз) кандидоз дамуы мүмкін.
 - Кандидоздың дамуында ауыз кілегей қабығының жағдайы мен жергілікті иммунитетінің деңгейі жетекші рөл атқарады. Ауыз ішіндегі созылмалы қабыну ошақтарында (лейкоплакия, қызыл жалпақ теміреткі, созылмалы зақымдану ошақтары) қышқыл ортаның қалыптасуы саңырауқұлақтардың тез көбейіп, вируленттік қасиеттерінің жоғарылауына жағдай туғызады.

- 
- Кілегей қабық пен тері беттерінің шамадан тыс ылғалдануы (екі езу аймағында кандидоздық ауыздық дамиды) немесе құрғауы (Шегрен синдромы, сәулелер әсерінен сілекей бездерінің жарақаттануы) ондағы гуморалдық қорғаныс факторларын азайтып, дисбактериоз туындауына жағдай қалыптастырады.
 - Ауызда дұрыс күтімі жоқ алмалы-салмалы пластмассадан жасалған протездер саңырауқұлақтардың көбеюіне қолайлы жағдай туғызады. Протездердің көмірсулы ас қалдықтары көп жиналатын және ылғалды ішкі беттерінде қалыпты дене қызуы жағдайында олар өздеріне ыңғайлы орын тауып, асқан белсендікпен көбейеді.
 - Ауыз арқылы қабылданатын контрацептивтер мен жергілікті қолданылатын кортикостероидтер де (демікпе ауруы кезінде қолданылатын аэрозольдар) Candida типті саңырауқұлақтардың өсуіне жағдай туғызады.

- 
- Сонымен қатар кәсібі мамандығы жеміс-жидек, көкөністерді өңдеумен (консервілеу зауытының жұмысшылары), ылғалды ортамен (бассейн қызметкерлері, мәшине және ыдыс жуушылар) байланысты адамдарда, кондитер фабрикалары мен антибиотиктер шығаратын зауыт жұмысшылары арасында ауыз кандидозы жиірек кездеседі.
 - Ауыз кандидозымен емшектегі жас балалар мен созылмалы ауыр сырқаттары бар қарт адамдар жиі ауырады. Саңырауқұлақтар жас нәтестеге ананың босану (туу) жолдарымен өткен кезде жұғуы мүмкін.
 - Кандидоздық инфекцияның даму патогенезінде Т-лимфоциттер қызметінің нашарлығы белгілі орын алады.



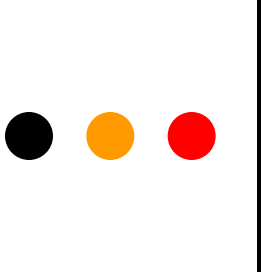
Ауыз кандидозының жүйесі

- ▣ **Аурулардың халықаралық жүйесіне (10-шы жүйе)** байланысты ауыз кілегей қабығы немесе ауыз кандидозының төмендегідей түрлерін ажыратады:
 - ▣ - ауыздың жалған жарғақты кандидозды қабынуы;
 - ▣ - ауыздың жедел эритематозды (атрофиялаушы) кандидозды қабынуы;
 - ▣ - ауыздың созылмалы гиперпластикалы кандидозды қабынуы;
 - ▣ - ауыздың созылмалы эритематозды (атрофиялаушы) кандидозды қабынуы (протездер астында ауыздың қабынуы);
 - ▣ - тері-кілегей қабық кандидозы;
 - ▣ - ауыздың кандидоздық гранулемасы;
 - ▣ - еріннің езу бөлігінің қабынуы;



Ауыз кандидозының жүйесі

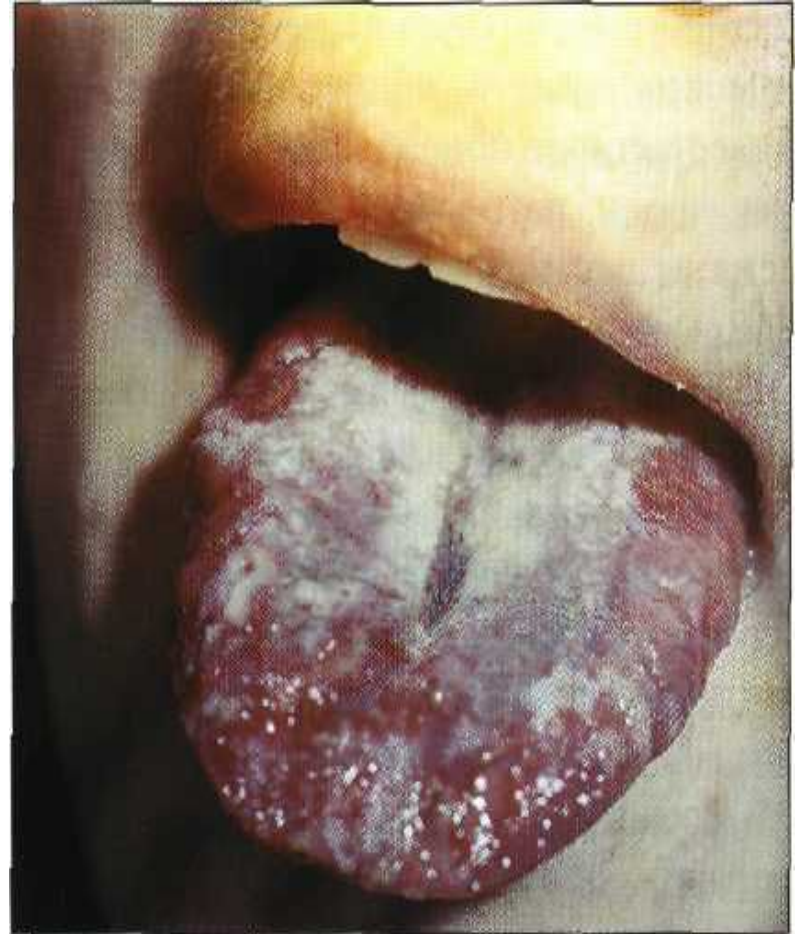
- Қазіргі уақытта жиі қолданылып жүрген **Н.Д. Шеклаков (1976 ж.)** ұсынған кандидоздар жүйесі төмендегідей:
- - кілегей қабықтар мен тері және тырнақтардың беткей кандидозы;
- - созылмалы жайылған (гранулематозды) кандидоз;
- - әртүрлі ағзалардың висцералды (жүйелі) кандидозы;
- - ауыз кілегей қабығының беткей кандидозын төрт түрге бөледі:
- - жедел жалған жарғақты ауыз кандидозы (молочница-сүттеме)
- - жедел атрофиялаушы ауыз кандидозы;
- - созылмалы гиперпластикалы ауыз кандидозы;
- - созылмалы атрофиялаушы ауыз кандидозы.



Жедел жалған жарғақты ауыз кандидозы немесе сүттеме

- ▣ **Жедел жалған жарғақты ауыз кандидозы немесе сүттеме (острый псевдомембранозный кандидоз полости рта – *candidosis acuta pseudomembranosa*, или молочница-*soor*)** – аурудың жиірек кездесетін түрі. Көбінесе емшек жасындағы балалар мен қарт адамдарда кездеседі. Жасы ұлғайған адамдар ішінде бойында созылма сырқаты бар (сусамыр, қан аурулары, витаминдер тапшылығы, қатерлі ісіктер, ЖИТС) науқастарда жиірек кездеседі.

- ▣ **Сүттеменің клиникалық көрінісі**
аздап қызарған кілегей қабық бетінде ақ немесе ақ-сұрлау түсті ірімшікке ұқсас түйіршікті құрылымның немесе ұйыған сүтке ұқсас жұмсақ қақтың пайда болуымен сипатталады (сурет-1). Қақтың құрамына саңырауқұлақ клеткалары, жалған мицелийлер, түлеген эпителий және ас қалдықтары кіреді. Алғашқы күндері қақ оңай қырылып алынады, астындағы кілегей қабықтың аздап қызарып, ісінгені байқалады. Бірнеше күннен кейін қақтың түсі өзгеріп қоңыр-сұрланады және оңайлықпен алына қоймайды. Күшпен алған кезде астындағы тіндердің қатты ісініп қызарғаны және қанағыштығы анықталады. Сүттеме қағы көбінесе ұрт, таңдай, тіл, ерін кілегей қабығы беттерінде орналасады, ауыр жағдайларда жұтқыншаққа, көмейге және өңешке қарай жайылуы мүмкін.
- ▣ Науқас адамдар көбінесе аузының белгілі бір аймағының ысып-күюіне, ашып ауыруына, ащы, қышқыл тағамдар қабылдағанда ауыру сезімінің күшеюіне, жұтынудың қиындағанына шағымданады



Сурет-1



Сүттеменің сараптамалы диагностикасы

- Ауыздың жедел жалған жарғақты кандидозын лейкоплакияның түрлерінен (жазық, веррукозды және жұмсақ лейкоплакия), қызыл жалпақ теміреткіден, екіншілік папулезді мерезден, Фордайс гранулларынан ажырата білу керек.
- Қызыл жалпақ теміреткі кезіндегі беттері мүйізгектенген папулалар мен лейкоплакия кезіндегі мүйізгектену ошағы (жедел жалған жарғақты кандидоз) көрінісіне ұқсас келеді, бірақ қырып байқағанда беттері алынбайды және Candida текті саңырауқұлақтарды анықтауға арналған бактериоскопиялық зерттеулердің нәтижелері теріс болады.

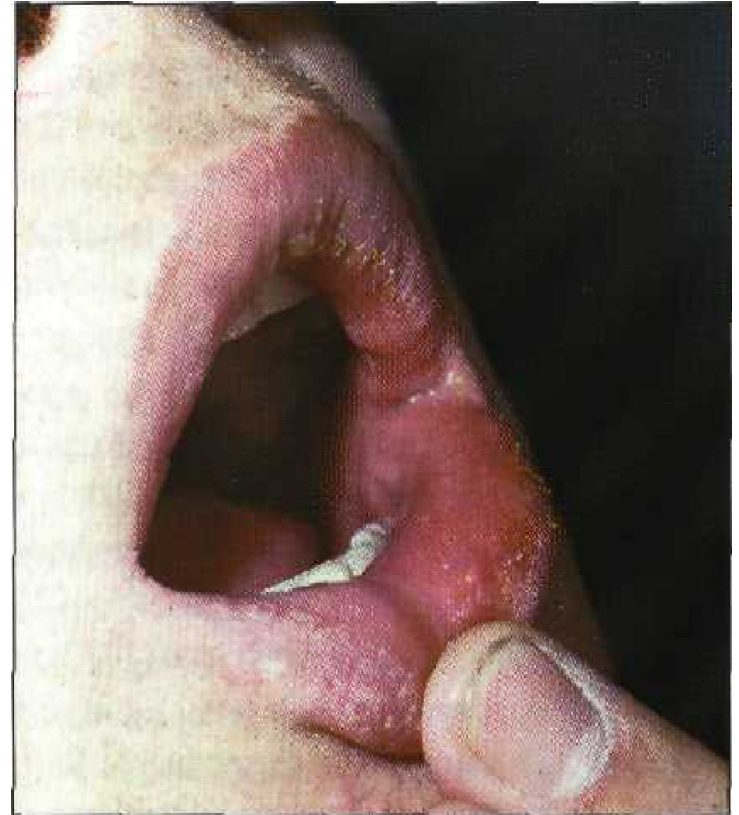


Сүттеменің сараптамалы диагностикасы

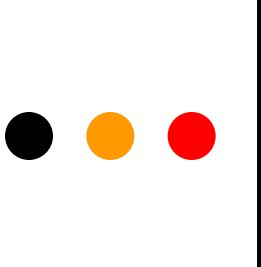
- Фордайс түйіршіктері (гранулы Фордайса, синоним-железы Фордайса, болезнь Фордайса) май бездерінің ауытқи орналасуының нәтижесі. Олар – диаметрі 1 мм жуық кілегей қабықтың эпителий қабатының бетіне жақын біраз көтеріңкі және тары дәніне ұқсап шашырай орналасқан ұсақ май бездері. Фордайс түйіршектері ұрт аймағында (артқы бөліктерінде және тістердің тістесу деңгейінде), еріндердер кілегей қабығында, ерін жиегінде жирек орналасады, кейде бір-біріне жақын орналасып, табақшаға ұқсас құрылым түзеді. Қырып байқағанда беттері алынбайды және бактериоскопиялық зерттеулер жүргізгенде бірен-саран ғана саңырауқұлақтар анықталуы мүмкін.
- Тілдің жалғанжарғақты кандидозды қабынуын оның түлей қабынуынан ажырату керек. Бұл кезде тіл үстінде түлеуге дайын ісінген аймақ ақ түсті, төңірегіндегі түлеген аймақтардан көтеріңкі орналасады және 1-2 күннен кейін толық түлеп, шикі ет түстенеді. Бірақ тағы 1-2 күннен кейін қайта қалпына келеді.

Жедел атрофиялаушы ауыз кандидозы

- ▣ **Жедел атрофиялаушы ауыз кандидозы (острый атрофический кандидоз полости рта – candidosis oris acuta atrophica)** кезінде ауызда ауыру, ысып-күю, ашу, құрғау сияқты сезімдер мазалауы мүмкін. Ауыз кілегей қабығы құрғап, от жалыны түстес болып қызарады (сурет-2). Тіл кілегей қабығы жарақаттанған кезде үсті ашық-қызыл түстеніп, құрғап, жылтырланады, жіпке ұқсас бүртіктері атрофияға ұшырайды. Жарақат ошағында қақ болмайды, болған күнде де терең қатпарларда сақталады және біраз күшпен алынады.



Сурет-2

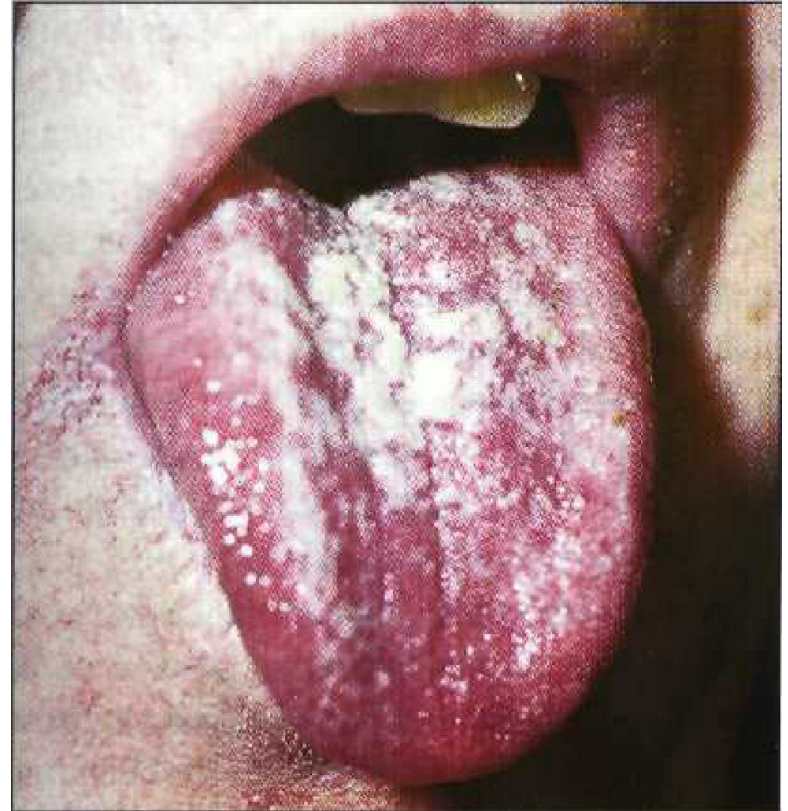


**Жедел атрофиялаушы ауыз кандидозының
сараптамалы диагностикасы мен
диагнозан нақтылау**

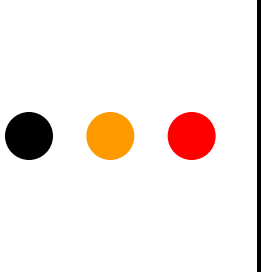
- Аурудың бұл түрін пластмассададан істелген алмалы-салмалы протездерге дамидын аллергиялық реакциялардан, В2 витамині жетіспеушілігі, анемиялар кезінде кілегей қабықта болатын өзгерістерден ажырата білу керек. Аурудың диагнозын нақтылау үшін оның даму тарихына, қан құрамын және бактериоскопиялық зерттеулердің, қажет болса сынап емдеу нәтижелеріне сүйену керек

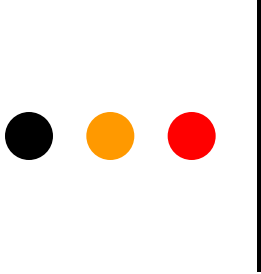
Созылмалы гиперпластикалы ауыз кандидозы

- **Созылмалы гиперпластикалы ауыз кандидозы (хронический гиперпластический кандидоз рта – candidosis oris hyperplastica)** кезінде қатты қызарған кілегей қабық бетінде түйінге немесе табақшаға (бляшкаға) ұқсас қалың және астындағы тіндермен тығыз байланысқан ақ немесе ақ-сұр түсті қақ пайда болады (сурет-3). Бұл қақ *Candida* текті саңырауқұлақтардың эпителий қабатына еніп, көптеп көбеюі нәтижесінде пайда болады және көбіне тілдің үстінде, таңдайда орналасады, қырғанда күшпен алынады және астында қатты қызарып, эрозияланған аймақтың беті ашылады.



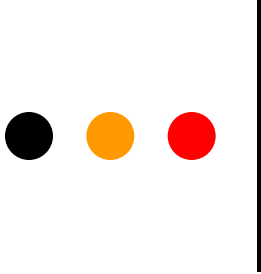
Сурет-3

- 
- Ауру ұзақ дамыған кезде қақтың құрамына фибрин сіңіп, сары-сұр түсті жарғаққа айналады («кандидозды лейкоплакия» ошағы). Қатты таңдай жарақаттанған жағдайда бүртікті гиперплазиялану үрдісі (папилломатоз) байқалады. Аурудың бұл түрі ұзақ уақыт кортикостероидты дәрілер, иммунодепресанттар қабылдаған адамдарда дер кезінде және тиімді емделмеген жедел түрінен дамиды. Науқас адамдар ауызының құрғауына, дәм сезудің бұзылуына, ащы тағам қабылдағанда болатын ауыру сезіміне, ауызынан нашар иіс шығуына шағымданады. Бұл кезде тері мен тырнақтар да жарақаттануы мүмкін, аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды (көбінесе балаларда).



Созылмалы гиперпластикалы ауыз кандидозының сараптамалы диагностикасы

- Кандидоздың бұл түрін лейкоплакиядан, қызыл жалпақ теміреткіден ажырата білу керек.
- Лейкоплакия ошағы түсі өзгермеген кілегей қабық бетінде орналасады, гиперкератозданған эпителий қабаты қырғанмен алынбайды.
- Екіншілік папулезді мерез кезінде папулалар ақшыл-сұр түсті, табандары тығыз инфильтраттан тұрады, беттері оңай қырылып, ашық-қызыл түсті эрозияға айналады, полиаденит байқалады және тері де жарақаттануы мүмкін, серологиялық реакциялар оң болады.



Созылмалы атрофиялаушы ауыз кандидозы

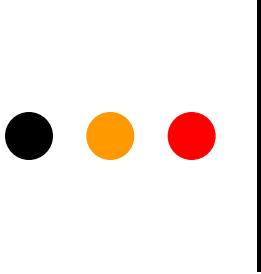
- ▣ **Созылмалы атрофиялаушы ауыз кандидозы (хронический атрофический кандидоз рта – *candidosis oris chronica atrophica*)** кезінде шағын аймақтар жарақаттануы мүмкін және үштік белгімен сипатталады: 1) алмалы-салмалы протездер астындағы өзгерістер (қызару, құрғау, эрозиялану және папилломатоз); 2) екі езде тіліктер пайда болуы (кандидоздық ауыздық); 3) тілдің кандидозды атрофиялана қабынуы – тілдің үсті құрғақ, түсі таңқұрай жемісі түстес, бүртіктері атрофияға ұшырғандықтан беті жылтыр. Ақшыл-сұр түсті қақ аз мөлшерде тек терең қатпарларда және тілдің бүйір беттерінде орналасуы мүмкін және күшпен қырғанда ғана алынады. Алынған қақты бактериоскопиялық зерттеуден өткізгенде көп мөлшерде споралар мен жалған мицелий жіпшелері анықталады. Кандидоздың бұл түрін ауыздың әртүрлі аллергиялық қабынуларынан (оның ішінде дәрілерден), анемиялар, екіншілік мерез кезіндегі тілдегі өзгерістерден («ойдым-ойдым шабылған шабындық симптомы») ажырата білу керек.

Кандидоздық ауыздық



Сурет-4

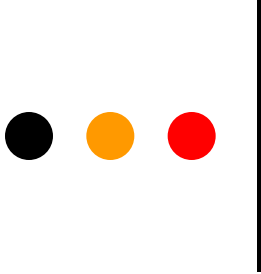
- **Кандидоздық ауыздық (езу тіліктері-микотическая заелда, син. ангулярный хейлит)** 3-10 жас арасындағы балаларда және 60 жастан асқан қарт адамдарда жиірек кездеседі және таңдайдың, тілдің кандидозды қабынуымен қатар дамуы мүмкін.
- Кандидоздық ауыздық көбінесе тістерді көптеп жоғалту (алдыру) немесе жүйелі қажалуға ұшырау нәтижесінде беттің төменгі бөлігі қысқарып, мұрын-ерін қатпары тереңдеп, екі езу төмен түсіп, жиі ылғалданатын тері қатпарлары пайда болуы әсерінен дамиды. Жүре келе онда саңырауқұлақтар көбейіп, тері қатпарларында қабыну туындатады және ауызды жиі ашу нәтижесінде тіліктер пайда болады (сурет-4).

- 
- Науқас адамдар көбінесе езу аймақтарының ысып-күюіне, ауызды ашып-жапқанда ауыратынына шағымданады. Көріп байқағанда екі езу терілері аздап қызарғаны, ақшыл-сұр тұнық қабыршақтарымен, немесе оңай алынатын жұқа қабықшалармен кейде қақпен жабылғанын байқалады. Оларды алып тастаған кезде көбіне құрғақ, аздап қана ылғалданған аса терең емес эрозиялар немесе тіліктер анықталады. Патологиялық үрдіс екі езде орналасады, кейде еріндер кілегей қабығы мен еріндер жиегіне ауысып, еріннің кандидозды қабынуын (кандидозный хейлит) туындатуы мүмкін. Бұл кезде еріндер жиегіі құрғап және қызарып, ақшыл-сұр қабыршақтармен жабылады және ұсақ тіліктер пайда болуы мүмкін.
 - Кандидоздық тіліктерді микробтық тіліктерден, В2 витамині тапшылығы кезіндегі, мерез папулалары езде орналасқан кезде дамитын тіліктерден ажырата білу керек



Ауыз кандидозының диагнозын нақтылау

- Ауыз кандидозының диагнозы аурудың клиникалық белгілеріне, лабораториялық зерттеулердің нәтижелеріне сүйену арқылы қойылады. Сонымен қатар қанның жалпы құрамын, қантын анықтатуды да ұмытпау керек, науқастың терісін, саусақтарын мұқият тексереді. Қажет болса, науқасты дәрігер-микологтың, эндокринологтың, гинекологтың тексеруіне жіберу керек.
- Ауыз кандидозының диагнозын нақтылауда кілегей қабық бетіндегі жарақат ошағынан алынған қырманы микроскопиялық зерттеуден өткізудің үлкен маңызы бар. Материалды аш қарынға тістерін тазалағанға дейін немесе ас қабылдап, немесе аузын шайғаннан кейін 4-5 сағат өткен соң кілегей қабық немесе алмалы-салмалы протез бетінен алады. Лабораториялық зерттеу екі бағытта жүргізілуі керек:
- - қырмалу арқылы жасалған жағындыны Грамм әдісімен, азур-эозинмен, метилен көгінің ертіндісімен бояп, микроскоптың көмегімен зерттейді.
- - қырманы немесе ауыз шайындысын арнаулы ортаға (Сабуро, сусло-агар, петпетонды бульон) араластырып, саңырауқұлақтар колониясын өсіреді.

- 
- Ауызда шартты-патогенді *Candida* текті саңырауқұлақтар аз мөлшерде домалақ (жас клеткалар) немесе ұзарған сопақ (жетілген) клеткалар түрінде кездеседі. Жеке клеткалардың диаметрі 2-5 мкм, ал бүршіктене көбеюге дайын клеткалардың диаметрі 12-16 мкм тең. Кандидозбен ауырған кезде қырма-препаратта көп мөлшерде бүршіктене бастаған клеткалар мен жіңішке тармақтанған жалған мицелий жіпшелері анықталады. Жалған мицелий жіпшелері клеткалардың ұзара келе бір-бірімен жалғасып, ұзын тізбек жасауы нәтижесінде құрылады. Бұл көрініс көбіне жедел кандидозға тән.
 - Созылмалы кандидоз кезінде клеткалық құрылымдар саны аздау болады, көбінесе жалған мицелий жіпшелері кездеседі және олардың саны да аздау болуы мүмкін.

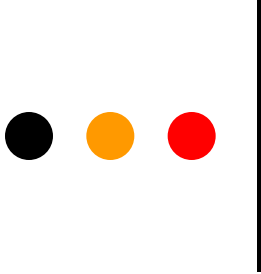
Кандидозды емдеу

- Ауыз кандидозымен ауырған науқастарды емдеу кешенді және тиімді жүргізілуі керек. Емдеу шаралары ауру қоздырғышын жоюға, науқас бойындағы ілеспелі ауруларды емдеуге, организмнің қорғаныс қасиеттерін жоғарылатуға, ауыз ішін сауықтыруға, тиімді ем-дәм тағайындауға бағытталады.
- Ауруды емдеу жоспары:
 - - бойындағы негізгі ауруларды анықтау және емдеу (басқа мамандармен – эндокринолог, гастроэнтеролог, терапевтпен бірлесе отырып)
 - - организмді қуаттандыратын дәрілер-витаминдер, макро-микроэлементтер жиынтығын тағайындау;
 - - көмірсулы тағамдар (тәтті, ұннан, крахмалдан жасалған) шектелген ем-дәм тағайындау.
 - - жергілікті иммунитетті көтеруге арналған дәрілер тағайындау;
 - - саңырауқұлаққа қарсы дәрілерді жалпылай және жергілікті қолданып емдеу.



Жалпылай емдеу:

- 1) Полиен тобындағы антибиотиктер;
- - нистатин 500.000 ЕД күніне 3-4 рет (сәткелік мөлшері 1.5 00 000 – 3. 000. 000 ЕД). Таблетканы ауызда ұстап сорады немесе шайнап жұтады.
- - леворин 500.000 ЕД күніне 2-4 рет (оны да ұртына қойып сорады)
- - амфотерицин В. - өте ауыр ағымды жүйелі микоздар кезінде қолданады, аса уытты дәрі, сондықтан көктамырға құяды немесе ауыз бен жоғарғы тыныс жолдары кандидозы кезінде инголяциялау тәсілімен қолданады. Инголяциялауды күніне 1-2 рет 15-20 минуттей уақытша жүргізеді және ертіндіні 50.000 ЕД дәріні 10 мл дистилденген суда еріту арқылы дайындайды.
- 2) Саңырауқұлаққа қарсы синтетикалық дәрілер (имидазол және триазол туындылары);
- - кетоконазол (низорал) күніне 1-2 түймедақтан (0,2-0,4 г) екі апта бойы, одан кейін толық сауыққанға дейін күніне 1 түймедақтан бір рет қабылдайды
- - миконазол 0,25 күніне 4 рет қабылдайды; канестенді де (клотримазол) осы мөлшерде тағайындайды.

- 
- Соңғы шығарылған дәрілер: флуконазол (дифлюкан), орунгал, ламизил саңырауқұлақтарға қарсы жоғары белсенділік көрсетті.
 - - декамин карамель құрамында (0,15 мг), әрбір 3-5 сағатта 1-2 карамелден сору керек;
 - - миконазол-гель - өлшемді қасық мөлшерінің $\frac{1}{2}$ бөлігін күніне 4 рет қабылдайды және ауызда ұзақ ұстап тұрып жұтады;
 - 3) Антигистаминдік дәрілер – супрастин, фенкарол, пипольфен, тавегил 0,025 г күніне 2-3 рет, кларитин бір түймедақтан күніне 1 рет қабылдау керек.
 - 4) Иодты препараттар: иодты калийдің 3% ертіндісін, ас қасықпен күніне 3-5 рет қабылдап, соңынан сүт немесе жылы су ішу керек (көбінесе созылмалы кандидоз кезінде қолданылады).

Жергілікті ем:

- 1) Сілтілі ертінділер қолданылады:
 - - бураның натрий тетрораты 2-4% ертіндісі; ас содасы, бор қышқылының 2% ертінділері ауызды күніне 2-3 рет шаю үшін, немесе емшектегі баланың аузын, алмалы-салмалы протездерді өңдеу үшін қолданылады.
 - - бураның глицеріндегі немесе өсімдік майларындағы 10-15% сүзбесі жарақат ошағын өңдеу үшін;
- 2) Анилинді бояулар:
 - а) метилен көгінің 1-2% судағы ертіндісі, бриллиант жасылы, фукорцин генцианвиолет ертінділерін жарақат ошағын өңдеуге пайдаланады.
 - б) иод құрамды дәрілер:
 - иодиолдың 0,1% ертіндісін, Люголь ертіндісін кандидоздық ауыздықтар пайда болған аймақтарды өңдеу үшін (күніне 3-4 рет) пайдаланады.
- 3) Саңырауқұлақтарға қарсы жақпалар: нистатин (1%), леворин (5%), декамин (1%), канестен (клотримазол-1%), ламизил (1%), тербизил, т.б. жақпаларды жарақат ошағына бастырма ретінде қолданады немесе жағып сіңіреді.



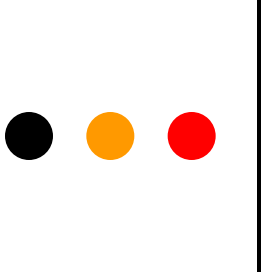
Ауыз кандидозының алдын алу

- Алдын алудың ең маңызды шаралары: ауыз күтімін (гигиенасын) дұрыс сақтау, алмалы-салмалы протездерді дұрыс күтіп пайдалану. Ұзақ уақыт антибиотиктермен, антибактериалды дәрілермен, кортикостероидтермен емдеу курсы жүргізгенде, нистатин немесе леворин (тәулігіне 1500.000 ЕД), витаминдер жиынтығын (В1, В2, В6, С, РР) тағайындайды және ауызды негіздер ертінділерімен (сода, бура) шаю, алмалы-салмалы протездерді дұрыс күтіп кію туралы кеңес беріледі.



Туберкулез

- **Туберкулез (құрт ауруы)** – спецификалық гранулемалардың (туберкулемалардың) дамуымен сипатталатын созылмалы жұқпалы ауру. Бұл ауру кезінде адамның барлық ағзалары жарақаттануы мүмкін, соның ішінде бет аймағы мен ауыз ауыз ішінде де туберкулез ошағы орналасуы мүмкін.
- Туберкулез туындататын 1882 жылы Роберт Кох ашқан микробактериялар. Адамға патогенді болып саналатын микробактериялардың екі түрі бар: 1) адамдарда, бұқаларда кездесетін. Адамға инфекция ауа, тағамдар арқылы және бүтіндігі бұзылған тері мен кілегей қабық арқылы жұғады.

- 
- Ауыз кілегей қабығы мен ерін жиектері көбінесе екіншілік жолмен өкпе, сүйек және лимфа түіндері туберкулезі кезінде жарақаттанады және оларға туберкулез микобактериялары қан және лимфа арқылы ауысады. Ауыз кілегей қабығында микобактериялар ұзақ өмір сүре алмайды, тез жойылады. Сондықтан сирек жағдайда жас балалар болмаса, ересек адамдар ауызында біріншілік туберкулез тіптен кездеспейді. Туберкулездің дамуы, оның ағымы және даму барысы организмнің иммундық жағдайымен, реактивтілігімен тікелей байланысты. Туберкулез кезінде Т-лимфоциттердің қатысуымен клеткалы иммундық реакция дамиды және көбінесе туберкулез гранулемасының (беті ашық аймақта бұдырмақтың) пайда болуымен сипатталады.



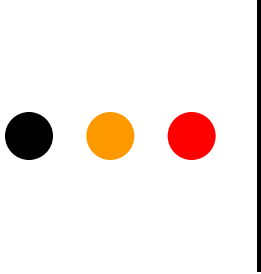
Туберкулез гранулемасы

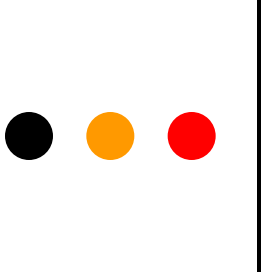
- ▣ **Туберкулез гранулемасы** – продуктивті қабыну ошағы, эпителиоидты және көпядролы алып Лангханс-Пирогов клеткаларымен қоршалған орта бөлігі ірімшіктес өліеттенуге және ыдырауға (казеозды ыдырау) ұшыраған. Туберкулез гранулемасының грануляциялық тінінің құрамында фибробластармен бірге көп мөлшерде лимфоциттер мен плазматикалық клеткалар кездеседі.
- ▣ Ауыз кілегей қабығы мен ерін жиектерінде екіншілік туберкулез инфекциясы туберкулез жегісі және миллиарлы – жаралы туберкулез түрінде дамиды, өте сирек жағдайда скрофулодерма (колликвативті туберкулез) кездеседі.



Туберкулез жегісі

- ▣ **Туберкулез жегісі (туберкулезная волчанка – *Lupus vulgaris*).** Бұл ауру кезінде ауыз кілегей қабығы мен ерін жиектері жиірек, 70% жағдайда бет терісімен (мұрын, ұрт жоғарғы ерін) бірге жарақаттанады (Скрипкин Ю.К. 1980). Бет терісі мен ауыз кілегей қабығының туберкулезбен жарақаттануы 25% жағдайда өкпе және басқа ағзалар туберкулезімен қатар кездесуі мүмкін (Шапошников О.К. және б., 1987). Ауыз кілегей қабығының жеке қарақаттануы өте сирек кездеседі және көбінесе жоғарғы ерін кілегей қабығында, алдыңғы тістер аймағындағы альвеола өсіндісінде, қатты және жұмсақ таңдайда орын алады. Бұл кезде диаметрі 1-3 мм көкшіл-қызыл немесе сарғыш-қызыл түсті, алғашқы кезде беті жалпақтау, шектелген жұмсақ консистенциялы ұсақ бұдырмақтар (люпомалар) пайда болады.

- 
- Олар шоғырлана орналасады, сондықтан жарақат ошағының беті кедір-бұдыр болып келеді. Туберкулез жегісі бұдырмақтарына алма желесі симптомы (симптом яблочного желе) және сүңгімен сынаманың (Поспелов симптомы) оң болуы тән. Егер люпоманың бетін беті тегіс әйнек жолағымен басса, қызыл түсі өзгеріп, сары-қоңыр немесе балауыз түсіне ұқсас түске енеді (алма желесі симптомы). Егер люпоманың ортасын түймелі сүңгімен басса, ол оңай батып кетеді (Поспелов симптомы) және бұдырмақтың орта бөлігінде казеозды ыдырау үрдісі барлығының айғағы бола алады. Бұдырмақтар жиектік өсуге ұшыраудың арқасында көлемдері ұлғайып, бір-бірімен қосылып тұтас жарақат ошағын құрайды. Бұдырмақтардың орта бөлігі тез ыдырауы әсерінен жиектері тегіс емес (жырылған жарқабаққа ұқсас), аса терең де емес жаралар пайда болады.

- 
- Жаралар көп ауырмайды, әр жараның табаны сары түсті қақпан жабылған, кейде жас грануляциялық тін пайда болған кезде таңқурай жемісінің бетіне ұқсас ашық қызыл түсті және түйіршектенген болады. Жарақат ошағы қызыл иекте орналасқан жағдайда тістераралық қалқан сүйектер сорылып, тістер қозғалмалы болып, өз-өздерінен түсе бастайды. Ерін жиегінде орналасқан жаралар қанды-ірінді қабықшалармен жабылып, ерін қатты ісініп кетеді және қатты сыздап ауыратын тіліктер пайда болады.
 - Жүре келе жаралар жазылып, орнында беті жазық және нәзік атрофиялы тыртықтар пайда болады. Тереңдеген жаралардың орнында астындағы тіндерге жабысқан тығыз және қалың тыртықтар пайда болады. Кейде тыртық бетіне жаңа бұдырмықтар шығуы мүмкін. Ерінде орналасқан жарақат ошақтары оның деформациялануына және ауыздың кішірейіуіне (микростома) әкеліп соғады. Ал бет аймағында орналасқан ошақтар тыртықтанып жазылғаннан кейін бет терісін тырыстырып, адамның кейпін танымастай өзгертуі мүмкін. Туберкулез жегісінің ағымы созылмалы, бұл кезде аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды және тығызданады. Туберкулез жегісі тілмемен (рожистое воспаление) және кандидозбен асқынуы, ал 1-10% жағдайда қатерлі ісікке (люпус-карцинома) ауысуы мүмкін.



Нақтамасы

- Аурудың диагнозын нақтылау аса қиындық туғызбайды. Көпшілік жағдайда Манту реакциясы оң болады, бірақ жарадан туберкулез микобактерияларын бөліп алу оңайға түспейді. Гистологиялық зерттеу кезінде дәнекер тіннің торлы қабатында лимфоциттерден құрылған белдеумен қоршалған, Пирогов-Лангханс алып клеткалары мен плазматикалық және эпителиоидты клеткалардан тұратын бұдырмақты құрылым анықталады. Бұдырмақ аймағында эластикалық және коллаген талшықтары бұзылған, шамалы казеозды өліеттену байқалады, ал олардың төңірегінде көптеген ескі және жаңа құрылған қан тамырлардың кеңейгені анықталады.



Сараптамалы диагностикасы

- Туберкулез жегісін үшіншілік мерез, алапес (лепра) кезінде шығатын бұдырмақтардан, Капоши саркомасы жағдайында орын алатын түйіндер мен түіншектерден ажырата білу керек. Аталған аурулардың өзіндік клиникалық ерекшеліктері бар және олардың даму барысында «алма желесі» симптомы мен «Пирогов» симптомы ешуақытта анықталмайды. Қорытынды диагноз дәрігер-фтизиатордың көмегімен қойылады.



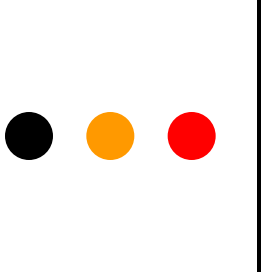
Ауыз кілегей қабығының миллиарлы-жаралы туберкулезі

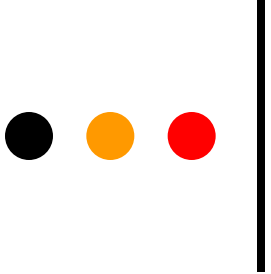
- ▣ **Ауыз кілегей қабығының миллиарлы-жаралы туберкулезі (миллиарно язвенный туберкулез слизистой оболочки рта – *Tuberculosis miliaris ulcerosa mucosae oris*)** тыныс ағзаларының ашық туберкулезі кезінде қақырықпен бөлінген микобактериялардың кілегей қабыққа енуіне байланысты дамиды. Үнемі жарақатқа ұшырап тұратын аймақтардағы (ұрттардағы тістердің тістесу деңгейі, тілдің бүйір беттері, жұмсақ таңдай, ауыз түбі) кілегей қабыққа микобактериялар оңай еніп, организмнің әлсіздігінен көбейе бастайды және жаралы үрдіс туындатады.

Микобактериялар енген аймақта сұр-қызыл түсті түйреуіш басының көлеміндей бұдырмақтар пайда болып, тез ыдырап микроабсцестерге айналады және олардың тесілуі нәтижесінде аса терең емес, қатты ауыратын жаралар дамиды. Көбіне жаралардың саны 1-3 жетеді. Жараның аумағы біртіндеп ұлғайып, көрші жаралармен қосылуы нәтижесінде біраз көлемге (диаметрі 2-3 см) ие болады. Мұндай жаралар тұрақсыз пішінді, жиектері тегіс емес, су шайған жарға ұқсас келеді. Жара беті сары-сұр түсті қақпен жабылған, аздап іріңді жалқық бөлінуі мүмкін, оңай қанайды, кейде әлі ыдырамаған бұдырмақтар әсерінен жара беті түйіршектенеді (сурет). Жара табаны мен төңірегінде бірен-саран сары-қызылдау түсті толық ыдырай қоймаған бұдырмақтарды (Трель дәндері – зерна Треля) анықтауға болады (сурет-5).



Сурет-5

- 
- Жаралар қатты ауырып, сөйлеуді, ас қабылдауды қиындатады және баяу жазылады. Осы кезде аймақтық лимфа түйіндері де ұлғайып, тығыздау-элисткалыконсистенцияға ие болады және сипап байқаса ауырады. Егер жара ұзақ уақыт жазылмаса, екіншілік инфекция әсерінен қабыну үрдісі қосылып, жиегі мен табаны инфильтраттану әсерінен қалыңдап тығызданады. Қатпарлы тілдің үстінде және ауыспалы қатпарда орналасқан жаралар терең және қатты ауыратын тіліктерге ұқсауы мүмкін. Қызыл иекке орналасқан баяу жазылатын жаралар әсерінен альвеола сүйегі сорылып, периодонт тіні ыдырап, тістер қозғалмалы бола бастайды, кейде өз-өзінен түсіп те қалуы мүмкін.

- 
- Мұндай науқастардың жалпы жағдайы өте нашар, қатты жүдеген, тез шаршағыш, терлегіш келеді, тез жүргенде және биікке көтерілгенде ентіге бастайды. Жарадан алған қырманы цитологиялық зерттеуден өткізгенде Пирогов-Лангханс алып клеткалары мен эпителиоидты клеткалар анықталады, ал микробиологиялық зерттеуден өткізсе көп мөлшерде Кох бациллалары табылады. Кей жағдайларда науқас адам бойындағы басқа ағзаларда туберкулез үрдісінің барлығын өзі де білмеуі мүмкін.

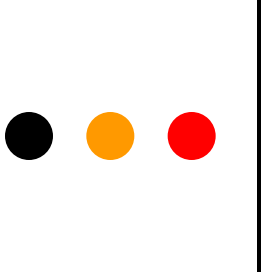


Сараптамалы диагностикасы және емі

- Сараптамалы диагностикасы. Туберкулез жарасын созылмалы зақымдану жарасынан, мерез және обыр жараларынан, трофикалық жарадан, Венсан өліеттену жарасынан ажырата білу керек. Аурудың қорытынды диагнозын цитологиялық, бактериологиялық зерттеулер негізінде дәрігер-фтизиатр қояды. Кейде сырқат адам бойында туберкулез үрдісімен жарақаттанған ағзалар барын білмей, алғаш рет дәрігер-соматологқа ауызындағы жараларға шағымдана келуі мүмкін. Сондықтан науқасқа дер кезінде дәрігер-фтизиатрға жолдама беру аурудың диагнозын дұрыс анықтауға қосқан тиімді үлес деп есептеуге болады.
- Емі. Мұндай ауруларға емдеу шаралары арнаулы емдеу мекемелерінде (туберкулезге қарсы диспансерлер немесе ауруханалар) емделеді. Осы мекемелерде істейтін дәрігер-стоматолог науқас адамның аузының дер кезінде сауықтыруылына, ауыз күтімін дұрыс сақталуынға мән беріп, туберкулез жарасының жазылуын тездететін емдік шаралар жүргізуі керек және оларды дәрігер-фтизиатрмен ақылдаса отырып іске асыруы керек.

Колликативті туберкулез

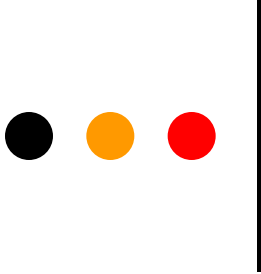
- ▣ **Колликативті туберкулез немесе скрофуладерма (колликативный или туберкулез скрофулодерма - Scrofuloderma)** ауызда сирек кездеседі. Ауру тілдің немесе ұрттың кілегей қабығының терең қабатында түйін пайда болудан басталады. Түйін ауырмайды, біртіндеп үлкейе береді, төңірегінде қабыну реакциясы болмайды. Біраз уақыттан кейін түйіннің орта бөлігі ыдырап, жыланкөзбен тесіліп және түйір-түйір іріңді жалқық бөлінеді және бетінде жаралы аймақ пайда болады. Жара баяу дамиды, табаны бетінде сұр-сары түсті қағы бар грануляциялық тінмен жабылады және бірнеше айдан соң жазыла бастайды.
- ▣ Колликативті туберкулезді гуммозды (түйінді) мерезден және актиномикоздан ажырата білу керек.

- 
- Мерез түйіні де тіл және ұрттың терең қабаттарында орналасуы мүмкін. Ол ыдырағаннан кейін пайда болған жара кратерге ұқсайды, жиегі тегіс және тығызданған білікке ұқсас болады.
 - Актиномикоз кезінде де өте тығыз түйіндер пайда болады және олар ыдырай бастағанда беттерінде бір немесе бірнеше жыланкөздер ашылады, жара сирек жағдайда пайда болады. Жыланкөзден сұр-сары түсті түйіршікті іріңді жалқық бөлінеді және онда көп мөлшерде сәулелі саңырауқұлақтар друзы анықталады.






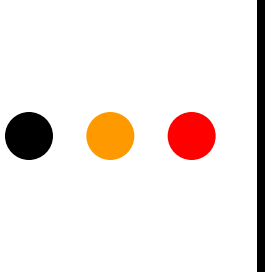
Мерез

- ▣ **Мерез (Сифилис - Lues)** аурулардың 10-шы халықаралық жүйесіне байланысты созылмалы жұқпалы ауруға жатады және көбіне жыныс жолдары арқылы беріледі. Ауру қазіргі кезде Қазақстанда да кең өріс ала бастады.
- ▣ Ауруды туындататын микробты 1905 жылы атақты ғалымдар Шаудин мен Гофман ашқан және бозғылт трепонема (бледная трепонема – *Treponema pallidum*) деп атаған (әртүрлі бояулармен боялмайтын қасиетіне байланысты).
- ▣ Трепонема (синонимы спирохета) ұзындығы 14 мкм-ге дейін, 8-12 (завиток) туратын спиральға ұқсас бактерия. Адам организміне кілегей қабық пен терідегі шамалы жарақат ошақтары (тіліктер,) арқылы енеді және 1-2 трепонема ғана ауру туындата алады. Организмге енген спирохеталар көбейіп, жауапты реакция дамиды және ол аурудың айқын клиникалық белгілері бар және жоқ кезеңдермен (латентті кезең) алмасып отырады.

- 
- Мерез туа және жүре дамыған болып екі түрге бөлінеді. Жүре дамыған мерез жыныс қатынастары кезінде, тұрмыстық жағдайларда және қан құю нәтижесінде (қан беруші мерезбен ауру болған жағдайда) жұғады. Туа дамыған мерез іште жатқан балаға ауру анадан жұғу арқылы дамиды. Сонымен қатар кәсіби мамандыққа да байланысты аурудың жұғуы орын алуы мүмкін (нашар зарарсыздандырылған стоматологиялық аспаптар арқылы дәрігер-стоматолог ауруға қатысты қауіпсіздік шараларын сақтамаған кезде). Мерез жұғуы үшін терінің немесе кілегей қабықтың беткі қабаттарының бүтіндігі бұзылуы қажет, соңғы кезде бозғылт трепонема бүтін тері немесе кілегей қабық арқылы өтуі мүмкін деген көзқарастар айтылып жүр.
 - Инфекцияны жиі жұқтыратындар – ауру бөртпелері ауыз кілегей қабығында, жыныс ағзаларында және тері бетінде ораналасқан, бойында мерездің біріншілік немесе екіншілік кезеңдері белсенді дамыған науқас адамдар.
 - Мерез кез-келген жастағы адамдарға жұға береді және ең жиі жұғатыны – жыныстық белсенділігі жоғары 18-30 арасындағы жастар.

● ● ● | ***Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының X қайта қарастырылған халықаралық жүйесі (1997 ж) бойынша аурудың төмендегі түрлерін ажыратады.***

-  ертерек туа дамыған мере, кешірек туа дамыған мерез;
-  ертерек жүре дамыған мерез-біріншілік және екіншілік мерез;
-  кеш жүре дамыған мерез-үшіншілік мерез.

- 
- Мерездің ағымы толқынға ұқсас, айқын клиникалық белгілері бар кезеңдері жасырын дамидын кезеңдермен алмасып отырады. Сондықтан аурудың төрт кезеңін ажыратады: инкубациялық, біріншілік, екіншілік және үшіншілік мерез.
 - Инкубациялық кезең алғашқы ауру жұққан уақыттан (трепонема организмге енген кезден) басталып, ең бірінші клиникалық белгілері көрініс берген уақытқа дейін (3-4 жеті) созылады. Кейде одан ұзаққа (2-3 айға) созылуы мүмкін және ол иммундық қасиеті төмендеген, белгілі бір себеппен антибиотиктер қабылдаған адамдарда орын алады.



Біріншілік мерез

- ▣ **Біріншілік мерез (первичный мерез – *syphilis primaria, Lues I*)** кезеңі 6-7 аптаға, кейде 2-3 айға созылады.
- ▣ Аурудың бұл кезеңінде бозғылт трепонема енген жерде ауыру белгісінсіз қабыну инфильтраты берішті шанкр (біріншілік сифилома) пайда болады. Осыдан 5-7 күн өткен соң аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды немесе аймақтық склераденит дамиды. Ұлғайған лимфа түйіндерінің диаметрі 2-3 см жетеді, консистенциясы тығыз-шеміршектей, бір-біріне, қоршаған тері қабатына жабыспаған және тері қабатының түсін өзгертпеген. Біріншілік мерез кезеңінің соңына қарай барлық топтағы лимфа түйіндері ұлғаяды (полиаденит) және оларда трепонемалар барынша көбейеді.

Берішті шанкр біреу немесе екі-үшеу болуы мүмкін және олардың жиі орналасатын аймағы – еріндер жиегі, тілдің кілегей қабығы, таңдай, бадамша бездер. Ауыз кілегей қабығында берішті шанкрдің дамуының өз ерекшелігі бар: алғашқы кезде шағын қызару (гиперемия) ошағы пайда болып, қабыну инфильтратының әсерінен тығызданады және көлемі біртіндеп үлкейіп, диаметрі 1-2 см құрайды. Біраздан кейін шанкрдың орта бөлігі өліеттеніп, диаметрі 3-15 мм домалақ немесе сопақ пішінді, шикі ет түстес, ауырып мазаламайтын, жиектері тегіс және көтеріңкі, табақшаға ұқсас эрозия немесе жара ошағы пайда болады. Сипап байқағанда эрозия немесе жараның табанында тығыз шеміршек консистенциялы инфильтрат анықталады. Табан беті көбіне тегіс, жылтыр және таза болып келеді, кейде сарғыштау-сұр түсті «майлы» («сальный») қақпен жабылған болады. (сурет-6)

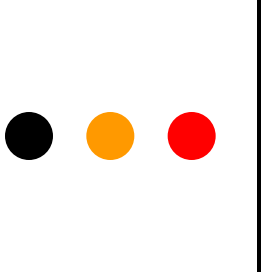


*Сурет-6. Біріншілік мерез.
Тілдің бүйір бетіндегі
берішті шанкр*



Сурет-7. Тілдің бүйір бетіндегі атипиялық біріншілік сифилома

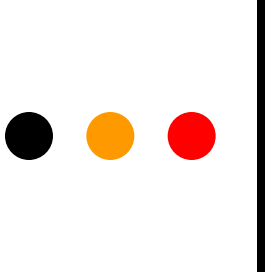
- Кейбір кездерде берішті шанкрдің атипиялық түрлері кездеседі және әртүрлі пішінге ие болады. Тілде орналасқан берішті шанкр табанындағы қабыну инфильтратының нәтижесінде төңірегіндегі тіндерден биіктеу орналасады және төңкерілген табақшаға ұқсас келеді (сурет-7). Қатпарлы тілі бар адамдарда қатпарларды қуалай орналасып, саңылауға ұқсайды. Езуде орналасқан шанкр табаны инфильтраттанған ауыздықты (заяда) еске түсіреді.

- 
- Қызылиекте орналасқан шанкр ашық-қызыл түсті, бірнеше тістер аймағында жарты айға ұқсас эрозия түрінде кездеседі.
 - Бадамша безде орналасқан берішті шанкр үш түрде (жаралы, баспаға ұқсас және аралас беріш) кездесуі мүмкін. Бадамша без көбінесе біржақты жарақаттанады, қызыл-мыс түстеніп ұлғаяды және тығызданады, бірақ ауырмайды. Жаралы беріш кезінде келтірілген негізде жиегі тегіс, сопақ пішінді, шикі ет түстес қызыл жара пайда болады. Жара төңірегіндегі кілегей қабық қызарып, ісінген соң беті іріңді немесе өліетті қақпен жабылады және жара тереңдей береді.



Диагнозды нақтамау

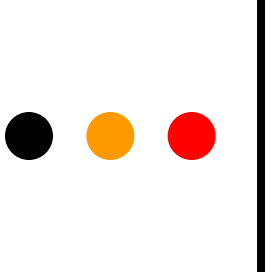
- Аурудың диагнозын дұрыс қою үшін берішті шанкрдің бетінен алынған қырамада бозғылт трепонеманың бар-жоқтығы анықталады және серологиялық реакциялар (Вассерман және тұндырма реакциялар) жүргізіледі. Аурудың дамуының 4-ші аптасынан бастап барлық классикалық серологиялық реакциялар (Вассерман, комплементті байланыстыру, Кан және Закс-Витебский реакциялары) тұрақты түрде оң болады. Осыған байланысты біріншілік мерездің даму уақытын біріншілік серонегативті (аталған реакциялар теріс) және біріншілік серопозитивті кезеңдерге бөледі. Серопозитивті кезең берішті шанкр пайда болғаннан кейін 3-4 аптада басталады және серологиялық реакциялардың оң болуы ұзақ уақыт сақталады. Серологиялық реакциялардың оң болуы организмге енген трепонемаларға қарсы антиденелердің көптеп құрылуына нәтижесі.

- 
- Біріншілік мерез кезеңінің соңына қарай жалпы продромалдық белгілер (дымкәстік, дене қызуының көтерілуі, сүйектердің сырқырауы, бас ауруы, еттердің сыздауы, тез шаршау, эритроциттердің шөгу жылдамдығының жоғарылауы, лейкоцитоз) байқалуы мүмкін. Осыдан бірнеше күн өткен соң тері және кілегей қабық беттерінде көптеген розеолалы папулезді бөрткендер шыға бастайды және олар екіншілік мерез кезеңінің басталуының айқын белгілер болып табылады.



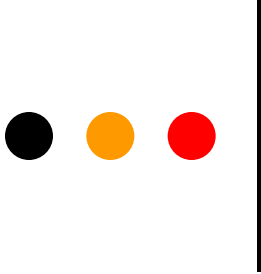
Сараптамалы диагностикасы

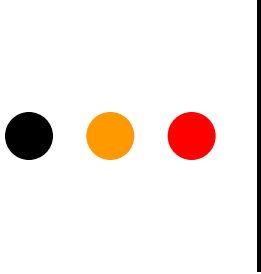
- Берішті шанкрді зақымдану жарасынан ажырата білу керек. Зақымдану жарасы кезінде себепті әсер анықталады (ұрып-соғып алу, тістеп алу), жара табаны аса қатты болмайды және дұрыс ем жүргізсе тез жазылып кетеді.
- Берішті шанкр бадамша безде орналасқанда баспадан (ангинадан) ажырату керек. Бірақ бұл кезде баспадағыдай емес, ауыру сезімі болмайды, жарақат ошағы біржақты орналасады.
- Ерін жиегінде орналасқан шанкрді қайталамалы ерін герпесі кезіндегі эрозиядан ажырату керек. Герпестік эрозия қызарып ісінген негізде орналасады және көпіршік бөрткеннің жарылуы нәтижесінде пайда болады (мерез кезінде ешуақытта көпіршік бөрткен шықпайды).
- Берішті шанкрді шанкрге ұқсас пиодермиядан ажырату керек. Пиодермияға қабыну үрдісі тән, бетінен іріңді жалқық бөлініп тұрады, ауырады және дұрыс емделмесе ұзақ сақталады. Жарақат ошағынан көп мөлшерде стрепто-стафилококктар бөлінеді.

- 
- Берішті шанкрді ыдырай бастаған обыр ісігінен ажырату керек. Обыр ісігі тереңдеу орналасады, ыдырауынан пайда болған жараның жиектері тегіс емес, табаны қанағыш келеді. Патогистологиялық және цитологиялық зерттеулер нәтижесінде атипиялық клеткалар анықталады.
 - Берішті шанкрді ауыздың қайталама афталы қабынуы кезіндегі афтадан ажырату керек. Бұл ауру кезінде афталар қызара, ісінген кілегей қабық бетінде орналасады, қатты ауырады және ауық-ауық қайталап шығып тұрады, серологиялық реакциялар теріс болады.

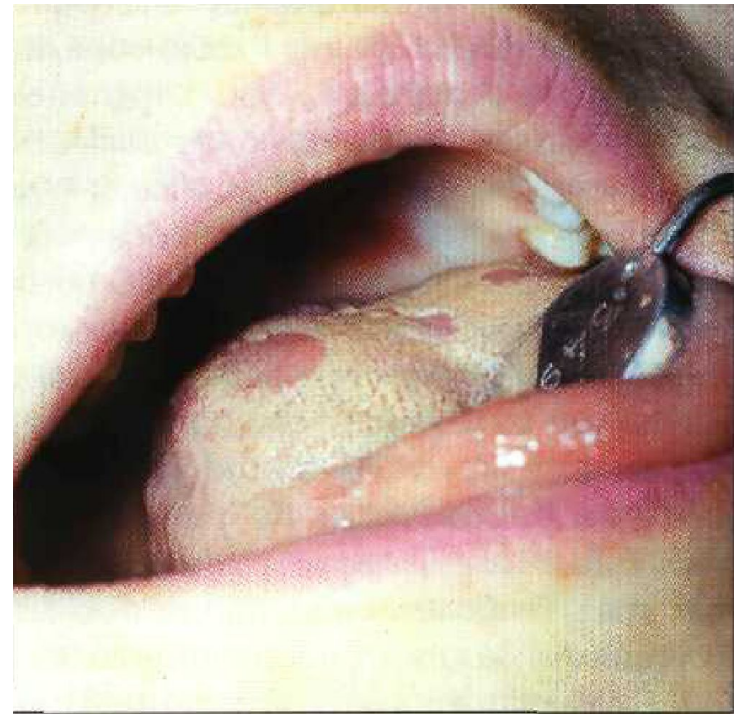
Екіншілік мерез

- **Екіншілік мерез (вторичный сифилис – *syphilis secundaria, Lues II*)** орта есеппен алғанда 3-4 жылға созылады. Осы уақыт ішінде патологиялық үрдіс организмге кең жайылады, тері және кілекей қабықтар жарақаттанып, ауруға тән бөрткендер шығады. Аурудың жалпы жағдайы өзгереді (бас ауруы, әлсіздік пен дымкәстік, салғырттық билеу, дене қызуы көтерілуі), ішкі ағзалар, сүйек және жүйке жүйелері де жарақаттануы мүмкін. Мерездің бұл кезеңі «екіншілік жаңа (жас) мерез» («вторичный свежий сифилис»-*Lues secundaria recens*) деп аталады, бар болғаны 2-3 аптаға созылады және өз бетімен жойылуға ұшырайды. Осыдан кейін белсенді кезең жасырын мүлгіген инфекция кезеңіне (*Lues II latens*) ауысады және ауық-ауық өршіп немесе қайталанып отырады. Аурудың қайталану кезеңі «екіншілік қайталамалы мерез» («вторичный рецидивный сифилис»- *Lues II recidiva*) деп аталады.

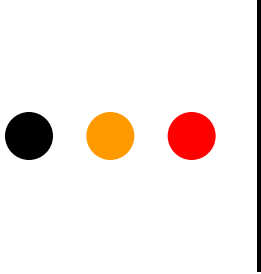
- 
- Екіншілік мерез барысында жасырын және қайталамалы кезеңдер бірнеше рет (3-4 немесе одан көп) ауысып отырады. Бұл мерезге байланысты инфекциялық иммунитеттің дербестік ерекшелігінен және бозғылт трепонеманың инцисттелген немесе белсенділігі азайған және L-формаларының пайда болуынан туындайды.
 - Екіншілік қайталамалы мерез кезіндегі бөрткендер екіншілік жас мерез кезіндегі бөрткендерден ерекшелеу болады: розеолалы-папулезді элементтердің саны аздау, бозғылт түстеу келеді, әртүрлі пішіндер жасап немесе өрілген өрнектерге ұқсас топтаса, көбірек үйкеліске ұшырайтын аймақтарда орналасады. Екіншілік мерездің барлық кезеңінде Вассерман және басқа да серологиялық реакциялар оң болады. Бірнеше қайталанудан кейін (емдеу шаралары жүргізілмесе) екіншілік мерез кезеңі ұзақ уақыт айқын белгілерсіз кезеңге немесе кейін дамыған мерез кезеңіне (үшіншілік мерез) ауысады.

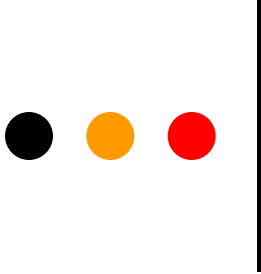
- 
- Екіншілік мерез аурудың ең жұқпалы кезеңі, тері мен кілегей қабықтарды жиі жарақаттайды және көбінесе екі түрде кездеседі: дақты (макулезді) мерез (пятнистый сифилис) және папулезді мерез (папулезный сифилис).
 - Дақты мерез жұмсақ таңдайда, таңдай имектерінде және бадамша бездерде жиі орналасады. Бұл кезде ашық қызыл түсті, диаметрі 1-1,5 см, анық шектелген розеолалы бөрткендер шығады және бір-бірімен қосыла отырып, өзгермеген кілегей қабық бетінде эритемалы ошақ түрінде анық бөлініп тұрады. Емделмеген жағдайда дақты бөрткендер бір айдан соң өзбетімен жоғалып кетеді.
 - Эритемалы мерез баспасын (ангинасын) кәдімгі баналды катаралды баспадан, ауыздың дәріден катаралды қабынуынан ажырата білу керек.
 - Папулезді мерез екіншілік жас және қайталамалы мерез кезінде де ауызда жиі кездеседі. Папулалы бөрткендер ауыз ішінің кез-келген аймағына, оның ішінде жұмсақ таңдайға, бадамша бездерге, таңдай имектеріне жиі шығады. Мерез папулалары домалақ пішінді, тығыз, диаметрі 1-1,5 см инфильтративті бөртпелер. Көп үйкеліске ұшыраудың және жалқықтану үрдісінің нәтижесінде папулалар беті ақшыл-сұр түстенеді және жиектік өсуге ұшырай отырып, бір-бірімен қосылып, тоға-табақшаға (бляшкаға) айналады, кілегей қабық бетінен біраз көтеріңкі орналасады. Қалақшамен қырған кезде папула бетіндегі қақ оңай алынып, шикі етке ұқсас қызыл түсті эрозия беті ашылады. Папуланың төңірегі ашық-қызыл түсті қабыну жолағымен қоршалған, бетінен көп мөлшерде бозғылт трепонемалар бөлінеді.

Тілдің үстіндегі мерез папулалары шыққан аймақта жіпке және саңырауқұлаққа ұқсас бүртіктер жойылып, папула беттері ерте түлеген ошақтарға ұқсас тегіс және жылтыр болып келеді және төңірегіндегі тіндерден төмендеу тұрады. Мұндай көріністі «ойдым-ойдым шабылған шабындық белгісі» («симптом скошенного луга»)-(сурет-8) деп атайды. Ауыз күтімі нашар жағдайларда папулалар жараларға айналып кетуі немесе фузоспирохетозбен асқынуы мүмкін. Бұл кезде аурудың белгілері Венсан стоматитіне ұқсайды, папулалар аймағында ауыру сезімі пайда болып, төңірегіндегі тіндерде қабына қызару белгілері қосылады. Егер папулалар езу аймағында орналасса, тұрақты жарақаттану әсерінен жайыла ұлғайып, теріге ауысады. Ауызды жиі-жиі ашудың нәтижесінде қалың және тығыз инфильтраттанған езу терісі мен кілегей қабығы жырылып, терең, оңай қанайтын және ауыратын тіліктер пайда болады, беттері кешікпей қанды қабықшалармен жабылады.



Сурет-8. Тілдің үстіндегі екіншілік мерез

- 
- Екіншілік мерездің барлық кезеңдерінде аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды, тығыз-эластикалы консистенцияға ие болады, бір-біріне жабыспайды және сипап байқағанда ауырмайды. Барлық серологиялық реакциялар 100% оң болады.
 - Теріде аталған мерезбен қатар пустулезді мерез орын алуы мүмкін. Мерез папулалары бас терісіне шыққан кезде ошақты немесе жайыла шаш түсуі байқалады (очаговое или диффузное выпадение волос – alopecia areolaris).
 - Ауыз ішіндегі мерез папулаларын лейкоплакия ошағынан, қызыл жалпақ теміреткі папулаларынан, ауыз кандидозынан ажырату керек.
 - Кейбір жағдайларда ақшыл-сұр түсті папулезді мерез ошақтары көптүрлі жалқықты эритемаға, ауыздың дәріден аллергиялық қабынуларына тән жарақат ошақтарын еске түсіреді.

- 
- Бұл аурулар кезінде эрозиялы ошақтардың астында тығыз инфильтрат байқалмайды, кілегей қабықтың қатты қызарып ісінуі, науқастың жалпы жағдайының өзгеруі, ауызда қатты ауыру сезімінің болуы сияқты белгілер байқалады.
 - Тілдің үстінде орналасқан мерез папулаларын тілдің түлей қабынуы кезіндегі ошақтардан ажырата білу керек.
 - Кейде беті эрозияланған мерез папулаларын ауыздың қайталама афталы қабынуы кезінде дамиды афталардан ажыратуға тура келеді. Афталардың консистенциялары жұмсақ болады және оларға қатты ауыру сезімі тән, аймақтық лимфа түйіндері ұлғаймауы да мүмкін.



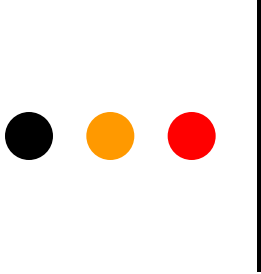
Диагнозын нақтылау

- Екіншілік мерездің қорытынды диагнозы клиникалық белгілеріне, папула беттерінен алынған қырмада бозғылт трепонемаларды анықтау, серологиялық реакциялардың (шөгінді, Вассерман реакциялары және бозғылт трепонемаларды иммобилизациялау реакциялары) оң болу нәтижесіне сүйену негізінде қойылады.



Үшіншілік мерез

- ▣ **Үшіншілік мерез (*третичный сифилис – syphilis tertiaria, Lues III*)** немесе гуммозды мерез ауру басталғаннан 4-6 жыл өткен соң дамиды. Аурудың бұл кезеңінде ауыз кілегей қабығында және теріде бұдырмақтар (бугорки) мен түйіндер (узлы или гуммы) шығып, ауру ондаған жылдарға созылуы мүмкін.
- ▣ Гуммозды мерез ауыз кілегей қабығының кез келген аймағын жарақаттауы мүмкін, гумма көбіне жұмсақ және қатты таңдайға, тілге шығады, саны біреу-ақ болады. Бұл кезде кілегей қабықтың терең қабатында ауырмайтын шағым көлемді (шиедей) түйін пайда болып, біртіндеп көлемі үлкейе береді (диаметрі 3 см асады, кейде грек жаңғағының көлеміндей). Біраз уақыттан кейін орта бөлігі өліеттеніп, гумма ыдырауы нәтижесінде, ортасында өліетті өзегі бар кратерге (шұңқырға) ұқсас терең жара пайда болады.

- 
- Пайда болған жара ауырады, тығыз инфильтратпен қоршалған, жиегі тегіс және қаттылау, табаны ашық-қызыл түсті ұсақ грануляциялық тінмен жабылған. Жара жазылған кезде орнында жұлдызға ұқсас тыртық пайда болады және бұл үрдіс 3-4 айға созылады, науқасты ауыру белгілері аса көп мазаламайды. Сирек жағдайда гумма толығымен сорылып кетеді немесе тығыз фиброзды тінмен алмасады. Гумманың мұндай ағымы оның жұмсақ таңдайда және тілде орналасқан кездерінде байқалады. Тілде жеке түйіндер шығуы мүмкін (тілдің түйінді қабынуып – узловатый глоссит) немесе жайыла склерозданып қабыну (диффузный склерозирующий глоссит) орын алуы мүмкін. Жарақаттанудың екінші түрінде тілдің терең қабаттарында плазматикалық клеткалардан тұратын жайыла инфильтраттану ошағы байқалады, тілдің көлемі ұлғайып, тығызданады, үстіндегі барлық бүртіктері жойылады. Кейіннен клеткалы инфильтрат тыртықтану үрдісімен алмасады, тілдің көлемі кішірейіп және жиырлып, қозғау қиынға соғады. Тілдің үстінде ауыру туындататын терең сайлар, тіліктер және трофикалық жаралар пайда болады, кейде олар қатерлі ісікке де ауысуы мүмкін.
 - Гумма қатты таңдайдың кілегей қабығында орналасқан жағдайда іркілген-қызыл түсті тығыз инфильтрат ошағы пайда болады, аз уақыт ішінде сүйек қабы мен сүйек тіні өзгеріске ұшырауы нәтижесінде өліеттеніп, ыдырай бастайды. Мұның өзі таңдай сүйегінің тесіліп, мұрын және ауыз қуыстарының қосылуына әкеп соғады.



Сараптамалы диагностикасы

- Мерез гуммасын қатерлі және қатерсіз ісіктерден, миллиарлы-жаралы туберкулезден ажырата білу керек.
- Бұдырмақты мерез (бугорковый сифилис) ауыздың кілегей қабығында сирегірек кездеседі және кез-келген аймағында топтаса шығады. Көбінесе ерін кілегей қабығында, альвеола өсіндісінде және таңдайда орналасады.
- Мерез бұдырмақтары – көкшіл-қызыл түсті, ауырмайтын, диаметрлері бірнеше миллиметр, бірігуге бейімсіз, инфильтративті бөртпелер. Жарақат ошағындағы бөртпелер саны оншақты немесе одан көбірек болуы мүмкін. Бұдырмақтар ыдыраған кезде аздап қана ауыратын, кейде тіптен ауырмайтын көлемдері әртүрлі (жасымық-чечевица көлемінен тасбұршақ көлеміне дейін) жаралар пайда болады. Олардың жиектері тығыз және тегіс болады, атрофиялаушы тыртықпен жазылады және бір рет бұдырмақ шыққан аймақта екінші рет бұдырмақ шықпайды. Ал туберкулез жегісі кезінде бұдырмақтар тыртық аймағына қайта шыға береді.
- Бұдырмақты мерезді туберкулез жегісінен ажырата білу керек. Туберкулез жегісінің ағымы ұзақ (бірнеше жылға созылады) және бұдырмақтары жұмсақ болады. Туберкулез жегісі бұдырмақтарының ыдырауынан пайда болған жаралардың жиегі тегіс емес және жұмсақ болып келеді.



Диагнозын нақтылау

- Үшіншілік мерез кезінде гуммал мен бұдырмақтардан бозғылт трепонемаларды бөліп алу мүмкіндігі болмайды. Сондықтан бұл кезде шешуші рөл атқаратын иммунофлюоресценциялау (РИФ) және бозғылт трепонемаларды иммобилизациялау (РИБТ) реакциялары (100% жағдайда оң болады), ал Вассерман және тұндыру реакциялары науқастардың 50-80% оң болады.



Емі

- Мерезбен ауырған адамдар арнаулы венерологиялық емдеу мекемелерінде емделеді. Дәрігер-стоматолог аурудың ауыздағы белгілерімен келген науқасқа дер кезінде арнаулы зерттеулерге немесе емдеу мекемелеріне жолдама беруге міндетті.