

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

Тақырыбы: “ Балалардағы әртүрлі инфекциялық аурулардың ауыз қуысы шырышты қабатындағы клиникалық көрінісі. Этиология. Патогенез. Диагностикасы. Дифференциальды диагностикасы. Емі”.



Орындаған: Абдуллаев А.Р.

Факультет: стоматология

Курс: 5

Топ: 08-005-1

Қабылдаған: доц. Сабитова К.Е.

Алматы, 2012ж

Жоспары:

- **I. Кіріспе**
- **II. Негізгі бөлім:**
 - 1. Скарлатина
 - 2. Дифтерия
 - 3. Қызамық
 - 4. Қызылша
 - 5. Желшешек
 - 5. Инфекционды моноклеоз
- **III. Қорытынды**
- **IV. Қолданылған әдебиеттер**

- Жедел инфекциялық аурулар кезінде ауыз қуысында әртүрлі өзгерістер пайда болады. Сонымен бірге жалпы ағзаның улануымен және дене температурасы жоғарлайды. Балалар тамақтан бас тартады, ауыз қуысының табиғи жолымен тазартылуы төмендейді, шырышты қабаты құрғақ болады, ауыз қуысында бактериялардың көбеюмен және тамақ қалдықтарының әсерінен қақтар, көбінесе тілде қақтар пайда болады. Жалпы ағзаның әлсіреуінен ауыз қуысында микрофлораның вируленттілігі жоғарлайды, яғни патогенді микроорганизмдер көбейеді. Жедел инфекциялық аурулар кезінде ауыз қуысында жиі кездесетін ауыз қуысының шырышты қабатының эрозиясы және жаралы-өліеттенген жарақаттар.

Инфекциялық аурудың этиологиясы

- **Адам ағзасы** — микробтардың өсуіне және дамуына ең қолайлы орта.
- **Макро- және микроорганизмдер** әртүрлі қатынаста болуы мүмкін: паразитизм, мутуализм және комменсализм.
- **Паразитизм** — антагонизмдік түрі, микроорганизмдер макроорганизмдерді тұрақты және уақытша өмір сүру объекті және қоректену көзі ретінде қолданады. Бұл патогенді.
- **Мутуализм** — микро- және макроорганизмдердің бірлесе тату өмір сүруі. Патогенді емес.
- **Комменсализм** — микро- және макроорганизмдер бірлесе өмір сүреді, макроорганизмдердің микробтары кері әсерін тигізбеу керек.
- **Қоздырғыштардың түрлері:**
- **Инфекциялық аурулардың қоздырғыштарына қарапайымдылар, саңырауқұлақтар, бактериялар, вирустар және пириондар жатады.**
- **Осы аталған микроорганизмдер қалыпты жағдай да адам организмінде кездеседі.**

- **1974 жылы Виноградова бойынша жіктелуінде жедел инфекциялық ауруларға мыналар жатады:**
 - - скарлатина;
 - - дифтерия;
 - - қызамық (корь);
 - - желшешек (ветряная оспа);
 - - қызылша (краснуха);
- - **инфекционды моноклеоз немесе Филатов-Коплик дағы;**

Скарлатина

• *Этиология және патогенез*

- **Қоздырғышы** - А-бетта-гемолитикалық стрептококк Инфекция ауалы – тамшылы және жанасу (киімдерден, ойыншықтардын, жеке гигиеналық заттардан) жұғады. Бұл кезде науқастарды оқшаулау қажет.
- **Инфекцияның кіру көзі** - миндалиналар, сол жерде стрептококктар қоршаған тіндерге, қанға және ішкі органдарға енеді. Стрептококктың бөлетін токсиндері эпидермистің беткей қабатын жарақаттайды, сонымен қатар бас миының және жүрек қызметін бұзады.
- Бұл аурудың инкубациялық кезеңі – 3-7 күн.
- Көбінесе 2 ден 6-7 жасқа дейінгі балалар аурады.

Клиникалық көрінісі

- **Шағымы:** дене температурасының көтерілгеніне 39-40С, тамағындығы ауру сезіміне, тәбетінің жоқтығына, ауызының құрғауына.
- **Негізінен үш клиникалық кезеңін ажыратамыз.**
 - *Бірінші клиникалық кезең:*
- Біріншілік элементтер инъекция енген жерде тамақ пен өңештің шырышты қабат бетінде аурудың бастапқы кезінде өзінде пайда болады. Олардың көлемі үлкен емес қызарған ошақтар. Сол себепті шырышты қабат ала ала болып көрінеді.
- Бөрпелердің пайда болуының алдында бірер күн бұрын жедел стоматит пайда болады. АҚШҚ құрғақ. Катаральды қабыну ауыз қуысының артқы аймағында болады.
- Дене қызуы қатты көтерілгенде тілдің үсті дақталанады. Аурудың теріндегі бөрпелер көп көрінбейтін түрінде тілде өзгерістердің болуы мүмкін.
- 3-4 күннен кейін бадамша бездердің, таңдайдың ісінгені. АҚШҚ кейбір жерлерінде шырышты қабаты өліеттенуі мүмкін.
- Скарлатина кезінде ангина тері эритемасымен жалғасады.



- Тілде аурудың алғашқы күннен бастап қалың сұр қақпен жабылған – ол стрептококкты тіл.
- Аурудың 3-5 күннен кейін алғашында тілдің ұшы мен жаңы түтелдей қақтан арылады, тіл қағы жіп тәрізді бүртіктер бірге түсіп, тілдің үсті жалаңаштанған, таңқурай тәрізді болады.
- Тіл жылтырланады, осы кезде тіл ісінген, гиперплазияланған, саңырауқұлаққа ұқсас алқызыл түсті бүртіктер бой көтеріп, тіл “таңқурай түске” ұқсас болады.
- Еріндерде өзгерістер болады. Олар ісінген, алқызыл түсті, беті қабыршақталған, бұрыштарында жырықтар болады.
- Ауру асқынып кетсе іріңді отит, шықшыт буынының артриті дамиды.



- ***Скарлатинаның екінші клиникалық көрінісі:***

- “Жанып тұрған” тамаққа – шырышты қабаты қызарған, және жұмсақ таңдайдың бетінде кішкентай нүктелер бөрткендердің болуы.

- ***Скарлатинаның үшінші клиникалық көрінісі:***

- Катаральды гингивитте (өне бойы болмайды) – тіл эпителизациясының десквамациясы мен түлеуі кезінде күшейе түседі.



скарлатина



Салыстырмалы диагностикасы:

- - дифтерия;
- - қызылша;
- - қан ауруы;
- - ангина (катаральды, лакунарлы, өліеттенген түрлерімен).

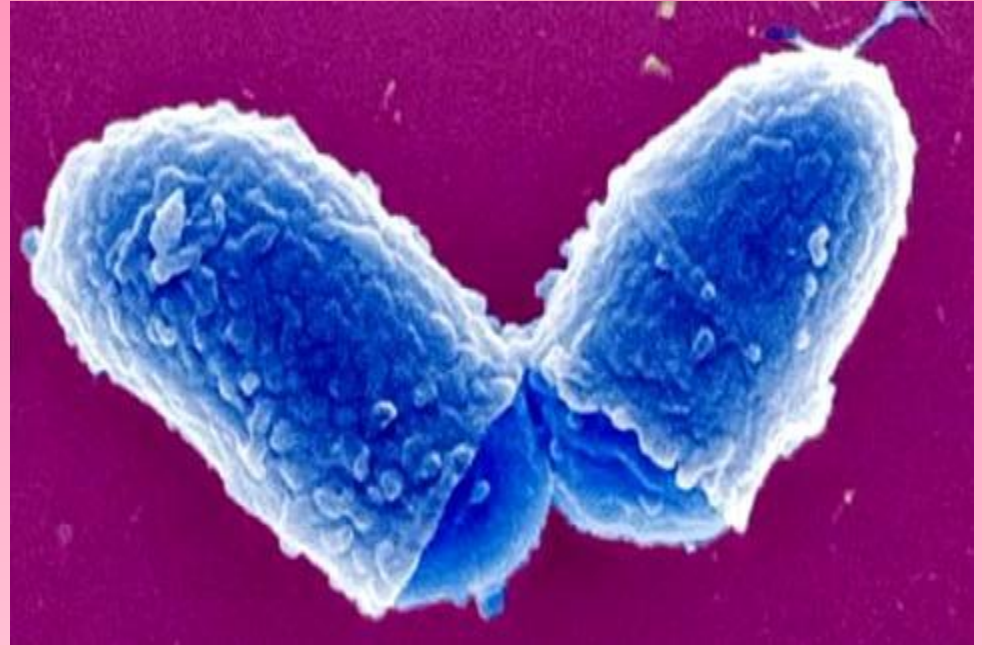
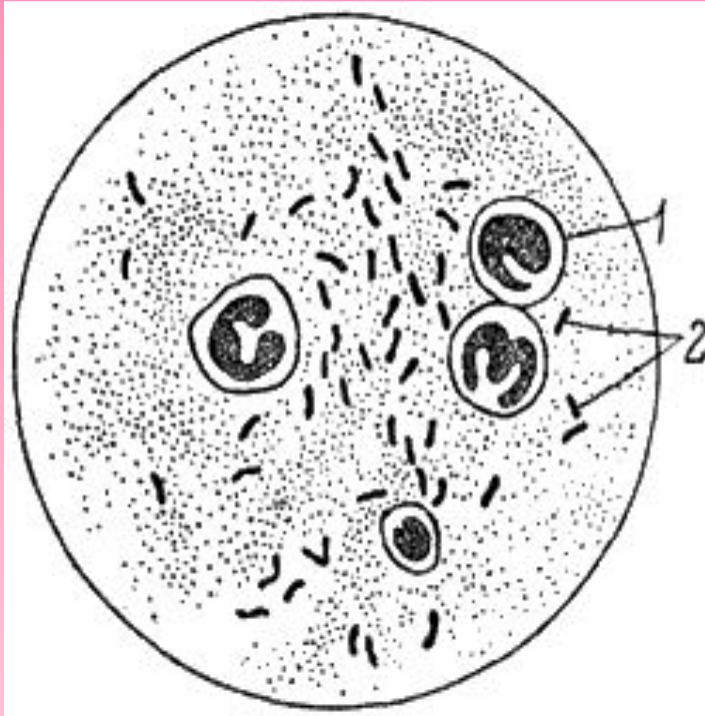
Емі

- Жалпы емі:
- - антибактериалды терапия (стрептомицин, эритромицин);
- - антигистаминдер (тавегил, диазолин, фенкорол);
- - дене температурасының түсіретін дәрілер (парацетамол).
- Симптоматикалық:
- ауру сезімін басатын дәрілер қолдану (0,5 % анестезин, 5% новокаин)
- Күйдірген сезімдерді жоютын дәрілер;
- антисептикалық заттармен шаю (2% мирамистин ерітіндісі немесе гексорал, 72% диоксидин ерітіндісі күніне 2-4 рет);
- Кератопластикалық және ауыз қуысында эпителизациясын жақсартатын дәрілер (облепихое масло, масло шиповника, витамин А, каротолин 100мл, винилин 100 мл аппликация ретінді);
- Ауыз қуысының гигиенасы.

Дифтерия

• *Этиология және патогенез.*

- Қоздырғышы – Лефлер таяқшасы.
- Қоздырғыштың көзі және оны тасымалдаушы адам болып табылады.
- Ауалы- тамшылы жолмен жұғады, кейде – кір қолдан, тұрмыстық заттардан (ойыншықтар т.б) және жанасқан кезде: көздің, тері қабатының және жыныс мүшелерінің дифтериясы болады.
- Адам организміне қоздырғыш – ауыз қуысы, мұрын, кейде көз, жыныс ағзалары және тері жабындысы арқылы енеді. Енген жерде бактериялар дами бастайды. Бактериялар экзотоксин бөледі. Дифтерияның токсиндері эпителиальды тіндердің өлуіне, қантамырларының қансыздануы, қан тамырларының қабырғалары өткізгіш болып келеді. Қан тамырдан тыс жерде қабыну ошағында және тромبوластинде сұйықтық пайда болады. Тромболастин фибриногенге әсер етіп – ол фибрин түзеді да өлген жасушалармен бірігеді(немесе контактқа түседі). Ауыз қуысында қақтар мен пленкалар анықталады.



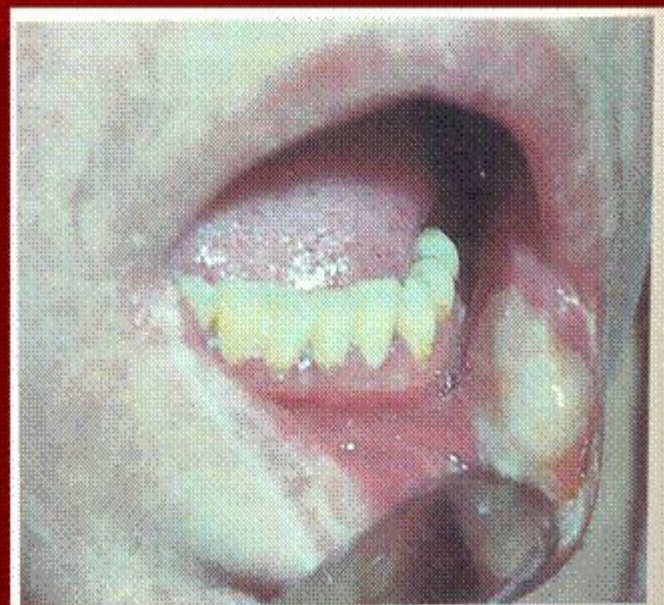
**Отделяемое слизистой зева:
1 — белое кровяное тельце;
2 — палочки дифтерии (увеличено в
800 раз).**

Клиникалық көрінісі

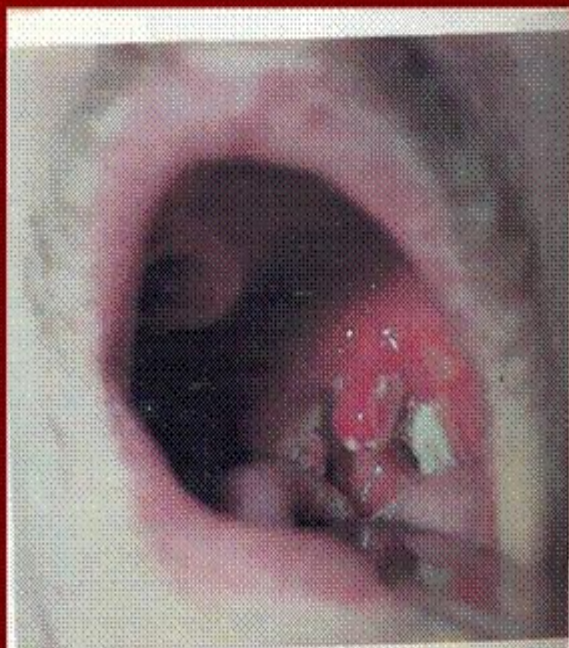
- **Шағымы:** тамағы ауратына, сілекейдің көп бөлінуіне, ауызынан жағымсыз иістің шығуына және тыныс алуының қиындауына.
- Инкубациялық кезеңі 3-10 күн.
- Көбінесе 1-5 жастағы балалар аурады.
- Ауру жедел басталады, баланың жалпы жағдайы нашарлайды, дене температурасы көтеріледі 38 °С дейін. Балалар тамағының ауратына шағымданады. Қарап тексергенде миндалинаның шырышты қабаты ісінген және қызарған. Қақтың түрі басында өрмекшінің торы сияқты болады, сосын 1-2 күннен соң шеттері тегіс, анық беті толқын тәрізді келіп шырышты қабатқа орналасады. Қақ тығыз орналасқан, тампонмен алып қарағанда алынбайды. Қақтың түсі ақ немесе ақ-сұр. Егер қақты тартып көрсек, ол қанайды.
- Бетіндегі пленка – жергілікті жердегі тіндерге ЛЕФФЛЕРА таяқшасының және оның токсиндерінің енуінен, фибринозды қабынуы нәтижесінде пайда болады.
- Ауру өршіген сайын қақтар жайылады және қалыңдайды. Оның түсі лас-сұр немесе сұр-сары түсті болады. Егерде бетіндегі пленканы алып тастасақ ол бірден тез қалыптасады.
- Ауыз қуысында – қызыл иек жиегінде, тілде және тағы басқа аймақтарында кездеседі. Ауыздан жағымсыз иіс шығады.
- Дифтерияға мойын асты лимфадениті және жұмсақ тіндердің ісінуі тән.



Дифтерия губы



Распространенная дифтерия



Токсическая дифтерия



Салыстырмалы диагностикасы

- - ангина (фолликулярлы, лакунарларлы және флегманозды түрімен);
- Скарлатина;
- Симановский – Венсан ангинасы;
- Инфекционды моноклеоз;
- Қан ауру кезінде некротикалық процесстермен

Емі

- **Жалпы ем:**

- - оқшаулау қажет;
- - дифтерияға қарсы анатоксин енгізу;
- - антибиотикотерапия;
- - витаминотерапия;
- - иммунномодуляторлар.

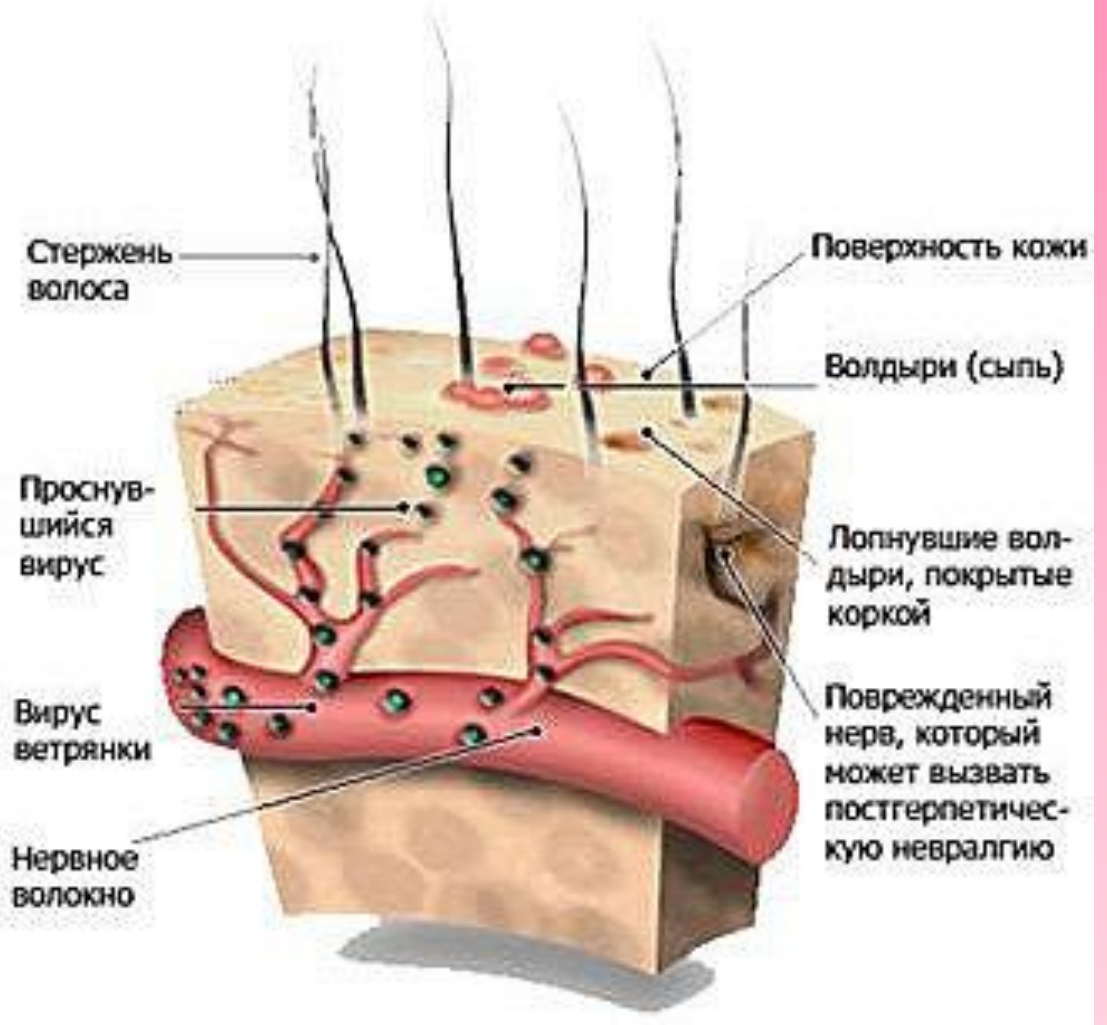
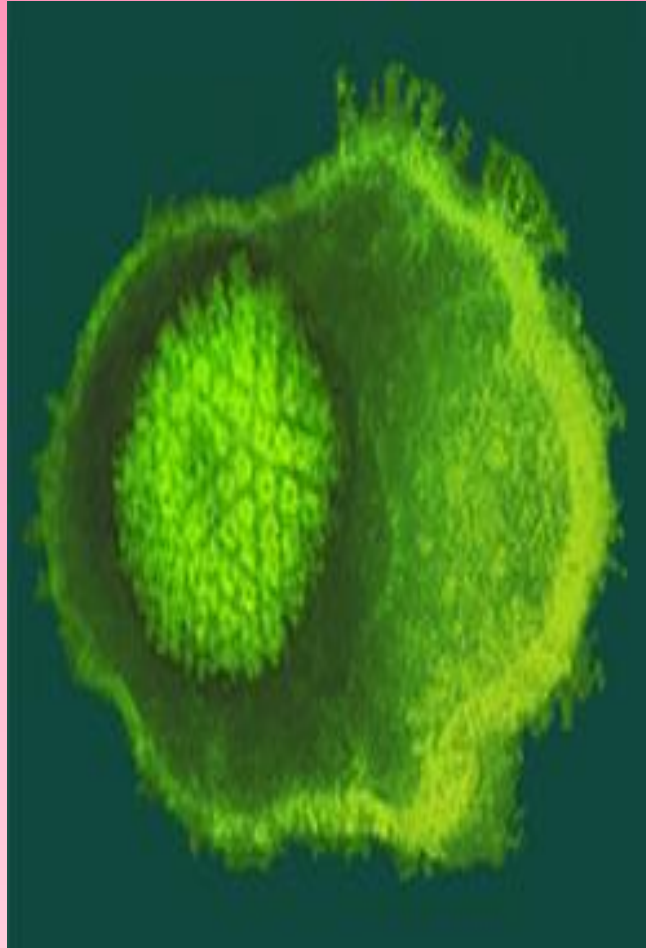
- **Жергілікті ем:**

- - ауру сезімін басатын дәрілер;
- - антисептикалық өңдеу;
- - протеолитикалық ферменттердің ерітіндісімен;
- - кератопластика.

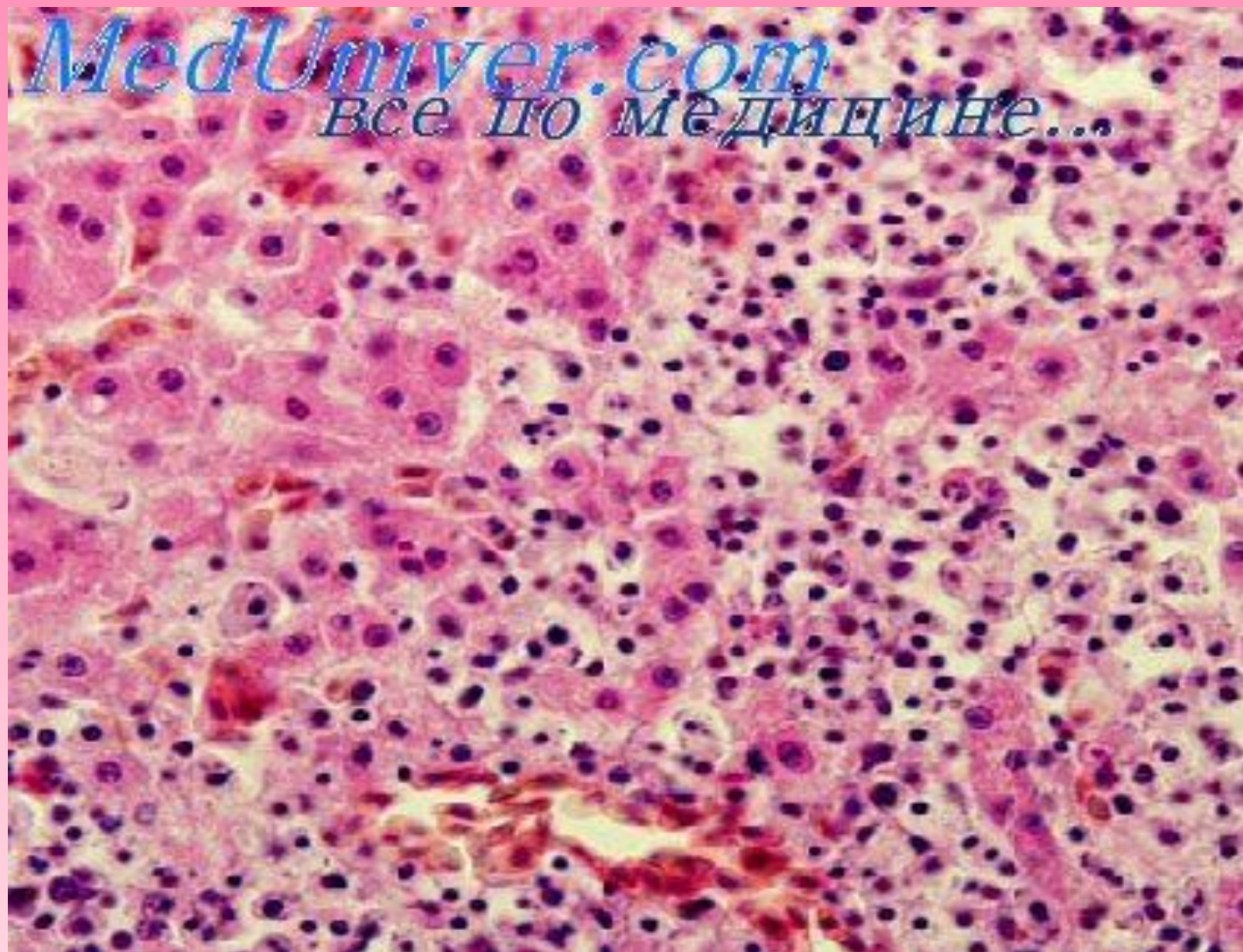
Желшешек (ветряная оспа)

- **Этиологиясы.** Жедел инфекциялық ауру, қоздырғышы – Herpesviride, вирус, ДНК құрамдас. Желшешек ауруы балаларда ең жиі кездесетін ауру.
- Жұғу көзі – адамдар, аурудың бастапқы және 3-4 күннен соң күлдіреуікшенің пайда болған кезде өте қауіпті. Шешек бөртпелер шыққан кезде жұғуы жоғары.
- Жұғу жолы – ауалы-тамшылы, екі қабат кезінде вирус балаға беріледі – транспланцентарлы жолымен. Көбінесе мектепке дейінгі балалар аурады, сирек жағдайда 2-3 айлық нәрестелер аурады. Қазіргі таңда жасөспірімдерде және ересектерде де кездеседі. Желшешек көбінесе күз-қыс айларында кездеседі.
- **Патогенез.** *Кіру жолы – жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабаты арқылы. Аймақтық лимфа түйіндерінде жиналады, лимфогенді жолмен қанға өтеді, қаннан бүкіл ағзаға, теріге, шырышты қабатын зақымдайды. Шырышты қабатта және тері эпителийінде күлдіреуік пайда болады, ішінде жалқық аз болғанымен вирустық концентрациясы жоғары.*

ВИРУС ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ



MedUniver.com
Все що медицина...



Клиникалық көрінісі:

- Инкубациялық кезеңі 11-21 күн, продромальды кезеңі 1 тәуліктен соң, 4 күннен соң теріге бөртпелер шығады.
- Ауру жедел басталады, дене температурасы көтеріледі 37^0 - 38^0 С дейін және шешек бөртпелер шығады. Біріншілік элемент – майда дақ- папула, бірнеше сағаттың ішінде везикулаға айналады диаметрі 0,2-0,5см дейін.
- Ауыз қуысының шырышты қабатында күлдіреуік шешек бөртпелер шығады және олар қызарған. Олар тез жарылып, шеті анық, тегіс жараға айналады. Беті фибринді қақпен жабылған, алғанда аурады. Еріннің қызыл жиегінде қабықшалар пайда болады. Ауыз қуысындағы күлдіреуіктер мен терідегі шешек бөрткендер бірге шығады. Орташа ауыр және ауыр түрлерінде зақымдаушы элементтер 2-5 күннен кейін тағы да шығады. Соның әсерінен тері бетінде және шырышты қабатында – жалған полиморфизм (дақ, папула, везикула, қабықшалар) анықталады. Әрбір бөрткендер шыққанда адамның дене температурасы жоғарлайды. Жазылғанда, дақ тыртықсыз жазылады. Балаларда лимфаденит, сипап тексергенде ауру сезімі пайда болады.



ВЕТРЯНКА

Я совсем не виноват,
Что слегка зеленюват.
Мама в доктора играла
И меня разрисовала.
С мишкой мьз теперь похожи,
У него ветрянка тоже.



Салыстырмалы диагностикасы

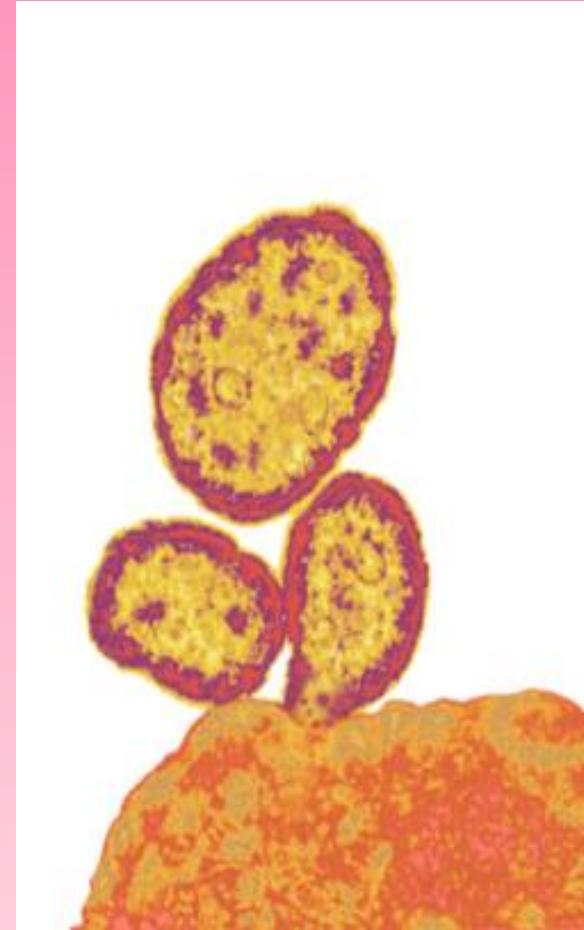
- - жайылмалы инфекциялы герпестен;
- - скарлатинамен;
- - пиодермамен;
- - токсикодермадан;
- - аллергиялық бөртпелерден.

Емі

- Баланы оқшаулау қажет.
- Жалпы емді инфекционист тағайындайды.
- Төсектік режим 6-7 күндей, диета (сүтті тағамдар), суды көп ішкізу.
- Жазылар алдында жалпы әрлендіретін заттар және поливитаминдер.
- Спецификалық ем: вирусқа қарсы терапия және антибактериалды терапия.
- *Ауыз қуысында жергілікті емі:*
 - - *ауру сезімін басатын дәрілер;*
 - - *ауыз қуысын антисептиктермен өңдеу;*
 - - *вирусқа қарсы жақпаларды қолдану;*
 - - *ауыз қуысның шырышты қабатының эпителизациясын жақсартатын заттар қолдану;*
 - - *ауыз қуысының гигиенасы*

Қызамық (корь)

- **Этиологиясы.** Қоздырғышы – вирус, РНҚ-құрамдас парамиксовирустар. Қызылшаны қоздыратын вирус - жеңіл, тұрақсыз және қоршаған ортада тез өліп қалады. Мезгілдік ауру. Жұғу жолы - адамнан адамға жұғады. Көбінесе 1 жастан жоғары балалар және ересектерде аурады. Аурып болған соң адамда тұрақты иммунитет пайда болады. Берілу жолы – ауалы тамшылы арқылы.
- **Патогенез.** Қызылша вирусы жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабаты және конъюктива арқылы адам ағзасына енеді. Біріншілік көрінісі кілегей асты қабатында және аймақтық лимфа түйіндерінде пайда болады. 1-2 күннен соң адам денесінде бөртпелер шығады. Қызылша вирусы ОЖЖ, тыныс жолдарын және асқорыту жолдарына зақым келтіреді. Иммунитет төмендейді. А және С витамині бірден төмендейді.



Клиникалық көрініс:

- Лихородка, жоғарғы тыныс жолдарының қабынуымен, тері бетінде макуло-папулезді бөртпелер, конъюнктивит және ауыз қуысында өзгерістермен сипатталады.
- 1-2 күнде тері бетіне бөртпелер шығады, ауыз қуысында қатты және жұмсақ таңдайда қызарған дұрыс емес пішінді дақ анықталады. Ол коревті энантема, 1-2 күннен соң бір-біріне қосылады.
- Эпителийдің беткей қабатында дегенерация және некроз әсерінен Филатов-Коплик дағы пайда болады. Ол ақ-сары түсті көтеріңкі аймақ, ақшыл-қызыл ободокпен қоршалған, мақта анжысымен алынбайды. И.О. Новик оны “брызги извести” деп айтады.
- Жоғарғы азу тістердің аймағындағы ұрттың шырышты қабатында орналасады. Олар 2-3 күн тұрады, тері бетіне бөртпелер шыққан соң өзі жойылып кетеді, бірақ ұрттың шырышты қабаты қызарып қалады. Егер науқастың жалпы жағдайы төмендесе, жалпы организмде интоксикация болса, онда жаралы стоматит, жақтың және сүйектің остеомиелиті дамуы мүмкін. Балаларда асқыну болады, егер ауыз қуысын сауықтандырмаса.
- Қызылша кезінде баланың жалпы организмнің реактивтілігі төмендейді, соның салдарынан созылмалы герпетикалық инфекцияның өршуімен асқынады.



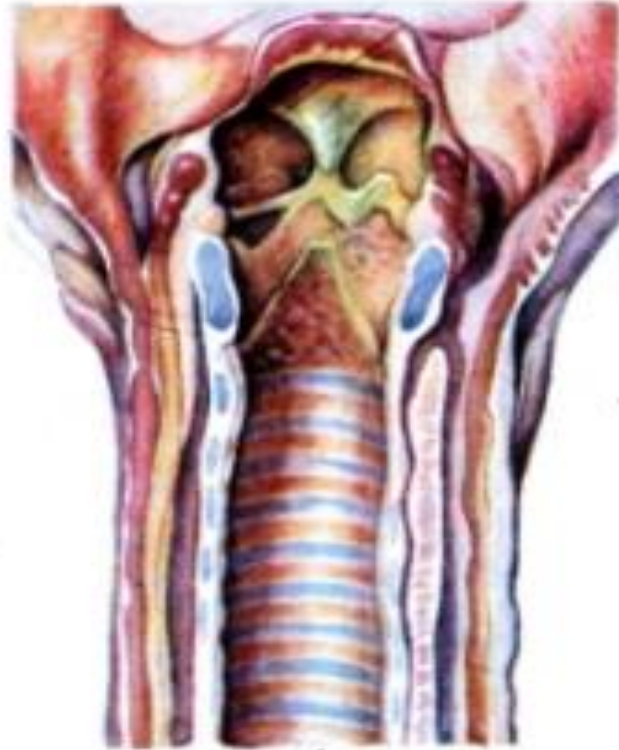
1



2



3



4

Салыстырмалы диагностикасы

- Продромальды кезінде ЖРВИ мен;
- Тұмау;
- Инфекциялық моноклеозбен;
- Бөртпелер шыққанда:
 - - краснуха;
 - - жедел герпесті стоматит;
 - - скарлатина;
 - - кандидозбен;
 - - аллергиялық бөрткендермен;
 - - Стивенс-Джонсон синдромы;
 - - Лайел синдромы.

Емі

- Балаларда – оқшаулау.
- Төсектік режим 8-10 күнге.
- Диета.
- ***Жергілікті емі:***
 - - ауыз қуысының гигиенасына үйрету;
 - - антисептиктермен шаю (этакридин лактат, калий перманганаты, фурациллин, фуронидазол);
 - - ауру сезімі және күйген сезімі болған кезде ауру сезімін басатын дәрілер қолдану (анестезинді эмульсия, 10% прополис ерітіндісі);
 - - АҚШҚ аппликация вирусқа қарсы жақпалармен (флоренал жақпасы, интерферон);
 - - эпителизациясын жақсартатын дәрілер (майлар, .

Қызылша (краснуха)

- Қызылша – жедел жұқпалы ауру, қызылша вирусын шақырады.
- Жиі 2-9 жас арасындағы балалар аурады. Егер екі қабат әйел аурған жағдайда бірінші 3 ай да өте қауіпті болады. Балада туа пайда болған ақаулар кездеседі.
- Жұғу жолы – ауалы-тамшылы, және вертикальды (анасынан ұрыққа); жанасу арқылы.
- Инкубациялық кезеңі – 11-24 күн.
- Қызылша вирусы организмге жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабаты және бүкіл организмге қан арқылы таралады.



Клиникалық көрінісі:

- Балаларда басында құрғақ жөтел, тамағының қышуына. Дене температурасы көтеріледі.
- Ауыз қуысының артқы бөлігінің және тілшіктің қызарады, ісінеді, гингивит байқалады, лимфа түйіндері ұлғайған. Бірнеше күннен соң тілі қақатан тазарады, тілі “лакированный” және ауру сезімі болады. Жіп тәрізді бүртікшелері қалыпты жағдайға келіп, тіл қалыпты түрге келеді. Ерні ісінеді, ашық – қызыл түсті болады, 4-5 күннен соң эрозия және тыртықтар пайда болуы мүмкін. Тері бетіне бөртпелер шығар алдында ауыз қуысында диффузды катаральды стоматит байқалады.

Диагностика

- Қан анализін тексеру.

Салыстырмалы диагностикасы

- - дифтерия;
- - қызамық;
- - ангинамен.

Емі

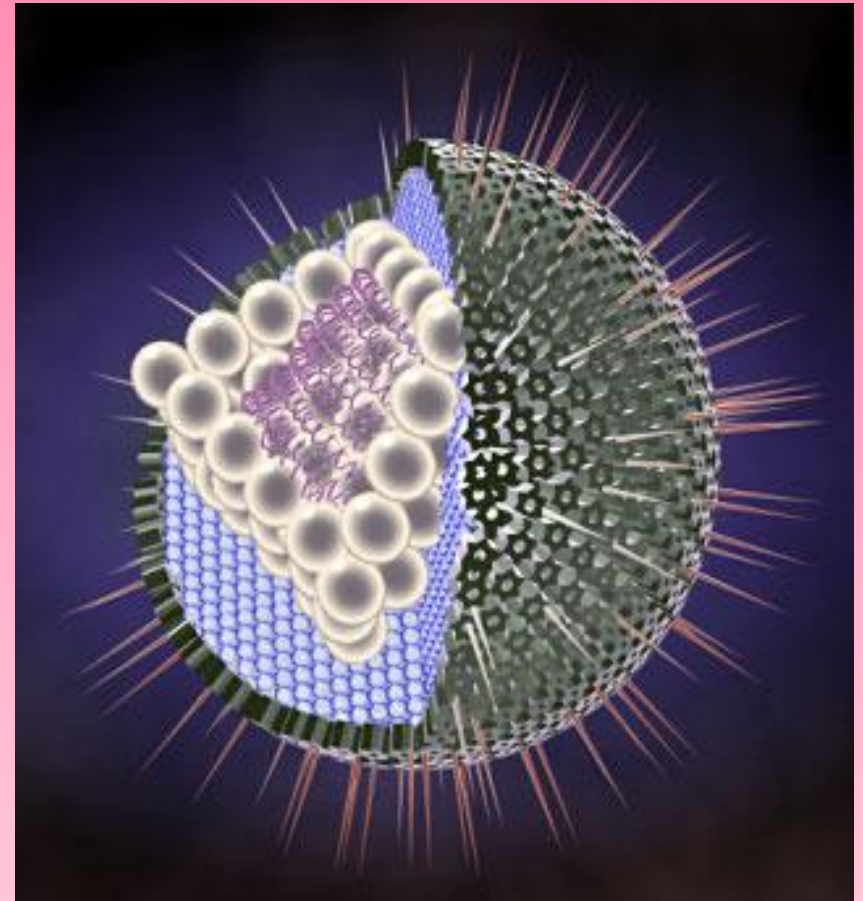
- Баланы оқшаулау.
- Төсектік режим.
- Арнайы ем тағайындалмайды.

Инфекциялық мононуклеоз (Филатов-Пфейффер ауруы)

- **ЭТИОЛОГИЯСЫ.** Қоздырғышы - Эпштейн-Барра вирусы, ДНК-құрамдас, герпетиформды вирустардың тұқымдасы. Айырмашылығы В-лимфоциттің зақымдалған клеткалары көбейеді. Бұл вирус қоршаған ортаға тұрақты болып келеді.
- Инфекция көзі – ауру адам және вирус тасмалдаушы адам.
- Жұғу жолы – ауалы-тамшылы, жанасу кезінде. Су және тамақ арқылы да жұғуы мүмкін. Инфекциялық мононуклеозбен әртүрлі жастағы адамдар ауруы мүмкін. (1 жастан 30 жасқа дейінгі адамдар аурады). Мезгілдік ауру болып саналады. Бұл аурумен ауырған соң тұрақты иммунитет пайда болады.
- **ПАТОГЕНЕЗ.** Вирустың кіру жолы – ауыз қуысының шырышты қабаты, жоғарғы тыныс жолдары арқылы және таңдай және мұрын-жұтқыншақ миндалинасының зақымдануын шақырады. Лимфогенді және гематогенді жол арқылы лимфа түйіндеріне, бауырға, көкбауырға тарайды және осы ағзалардың гиперпластикалық үрдісін шақырады.



Моноциты (в центре) – клетки крови, количество которых при инфекционном мононуклеозе резко повышается



**вирус Эпштейна-
Барра**

Клиникалық көріністері:

- Ауру жедел басталады, дене температурасы көтеріледі және организмде жалпы интоксикация жүреді.
- Балалар тамағының ауыратына және мұрынмен демалуының қиындауына шағымданады. Беттің лимфа түйіндері ұлғайған, полиаденит дамиды. Лимфа түйіндері ұлғайған, тығыз, сипап тексергенде ауру сезімі бар. Бауыр және көкбауыр ұлғаяды. Ауыз қуысында ауыз жұтқыншақ аймағында катаральды қабынуы, аймақтық қызарулар, лакунарлы, фолликулярлы, некротикалық ангинаға ұқсас. Катаральды және жаралы гингивит дамиды. Тілі тегістелген, ауызынан жағымсыз иіс шығып тұрады.

Диагностика

- Жалпы қан анализінен (перифериялық қан тамырларының өзгерісі байқалады):
 - лейкоцитоз;
 - Моно-, лимфоцитоз;
 - Атипті базофильді мононуклеар пайда болады;
 - Тромбоцитопения;
 - ЭТЖ-ның жоғарлауы.

инфекционный мононуклеоз



Салыстырмалы диагностикасы

- *ЖРВИ-мен;*
- *Ангина;*
- *Дифтерия;*
- *Корь;*
- *Краснуха;*
- *Эпидемиологиялық паротит;*
- *Лимфаденит;*
- *Лимфогрануломатоз;*
- *АИТВ – инфекциясы;*
- *Лейкоз.*

Емі

- Балаларды – оқшаулау.
- *Жалпы емі:* педиатр тағайындайды
- *Жергілікті емі:*
 - - ауру сезімін басатын дәрілір(анестезинді эмульсия, 10% прополис ерітіндісімен аппликация);
 - - антисептиктермен шаю (нитрофуран қатары, калий перманганаты, этакридин лактат);
 - - вирусқа қарсы ем (интерферон, оксалин мазь, теброфеновты жақпа);
 - - АҚШҚ эпителизациясын жақсартатын дәрілер (облепихті май, шиповниктың майы);
 - - ауыз қуысының гигиенасы.

Қолданылған әдебиеттер:

- 1. Н.В. Курякина “Балалар жасындағы терапиялық стоматология” М,2001ж.
- 2. В.И. Куцевляк “Балалар жасындағы терапиялық стоматология” Балаклея, 2002ж
- 3. www.google.ru

**НАЗАРЛАРЫҢЫЗГА
РАХМЕТ!!!**

