

Қызыл жазық теміреткі

Жоспары:

1.Кіріспе

А. Қызыл жазық теміреткі ауруы

2.Негізгі бөл ім

А.Этиологиясы

Б. Түрлері

В.Емі

3.Қортынды

А.Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

Қызыл жазық теміреткі (*Lichen rubber planus*. син. қызыл теміреткі, жазық теміреткі) – теріде және шырышты қабықтарда болатын майда лихеноидты түйіншектермен, ониходистрофиямен сипатталатын тері ауруы. Оның жиілігі барлық тері ауруларының шамамен 1% құрайды. Науқастар арасында 30 – 60 жастағылар, оның ішінде әйелдер жиі ауырады.

Аурудың этиологиясы мен патогенезі анық емес. Вирусты инфекцияның ролі оның пайда болуында болжамдалады, бірақ дәлелденбеген, бірақ аурудың пайда болуы мен қайталануын нейрогенді факторлардың әсер етуімен, кейбір дәрілік препараттардың жақпастығымен (хингамин, ПАСК, стрептомицин, левамизол) байланыстырады.



Клиникалық көрінісі. Қызыл жазық теміреткінің кәдімгі түрі қызыл-күрең түсті, майда (диаметрі 2-5 мм), элементтің ортасында шоғыр тәрізді басылған жылтыр полигональды папулалы мономорфты бөртпемен сипатталады. Шамалы ірірек элементтерде Уикхем торшасы көрінеді. Түйіншектер түйіндақ, сақина, гирлянда сияқты топталуы да, сызық бойымен орналасуы да мүмкін. Үдемелі сатысында оң Кебнер феномені (жарақаттанған тері аймағында жаңа бөртпелердің шығуы) байқалады.

Бөртпе негізінен кәріжілік-білезік буынының және білектің бүгілетін бетінде, сирақтың алдыңғы бетінде, сегізкөз аймағында болады, кейде эритродермияға дейін таралады. Бөртпе регресі негізінде гиперпигментациямен (гипер дақтану) жүреді. Ауыз қуысының (ұрт, тіл, иек, таңдай), жыныс мүшелерінің шырышты қабығы 25-70% жағдайда зақымдалады; түйіншектер ақшыл түсті, торшалы немесе сызықты сипатта және қоршаған шырышты қабықтың дейгейінен жоғары көтерілмейді; шырышты қабықтар веррукозды, эрозивті-жаралы түрде де зақымдалуы мүмкін. Жалпы

Lichen (ruber) planus
Punajäkälä

(ranneseutu)

vaalea verkkokuvio
(Wickhamin striat)

© R. Suhonen



Аурудың атипиялық түріне жатады:

- сақина тәрізді, пішіні сақина тәрізді түйіншектердің топталуымен сипатталады.

- веррукозды, ірі көк-қызыл немесе қоңыр түсті гипертрофияланған, бетінде сүйелді қабатталулары бар түйіншектермен білінеді. Зақымдалу ошағы аяқ аймақтарында орналасады, терапияға резистенттілігі айқын;

- буллезді, теріде және шырышты қабықтарда қызыл жазық теміреткінің кәдімгі біліну фонында серозды-геморрагиялық сұйықтығы бар көпіршіктердің түзілуімен ілесіп жүреді;

- эрозивті-жаралы, көбінесе ауыз қуысының шырышты қабатында дұрыс емес пішінде түбі қызыл, барқытты, кәдімгі папулезді элементтер фонында пайда болады. Көбінесе қантты диабетпен және гипертониялық аурумен (Гриншпан-Потекаев синдромы) ауыратын науқастарда жиі байқалады.

- пигментті, лихеноидты түйіншектердің қалыптасуының алдын ала, пигментті дақтармен пайда болады, көбінесе бет және қол аймақтары зақымданады:

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Элементы поражения

- Характерно для желудка - **распространяется часто** в виде **гроздей, пятен, язвочки и фимбрий**. Склонение их может быть **пронизывающим**.
- На слизистой кисти бывают чаще **поверхностные** участки, такие же, как и на задней поверхности ладони и сакрокамбитальном участке.
- **Плоский лишай желудка (КПД)** является **вариантом стабильного поражения**.
- Возможно развитие заболевания на СО разных отделов желудочно-кишечного тракта, например, на СО пищевода, желудка.



2- субэпителиальная инфильтрация СО;
1- атрофия слизистой

КПД на СОЖ: папулы миллиарные, группируются в виде линий, полосок, сеток, кружевного сплетения, нередко образуют древоподобный или «морозный» рисунок.

Қызыл жазық теміреткінің ағымы негізінен созылмалы, емсіз 6-9 айға созылады, және 20% жағдайда қайталанарды.

Шырышты қабықтағы элементтер терідегіге қарағанда қайтымы жай болады. Гипертрофиялық және эрозивті-жаралы ошақтар жазық жасушалы обырға трансформацияланады.

Негізінен диагноз күмәнді жағдайларда гистологиялық және иммунды морфологиялық зерттеулердің клиникалық мәліметтері негізінде қойылады.

Диф.диагнозды токсидермиямен, псориазбен, лихеноидты және терінің сүйелді туберкулезімен, түйінді пруригомен, папулезді сифилидпен, буллезді пемфигоидпен жүргізеді.



Емі кешенді түрде

Седативті (бром, шүйгіншөп, сасықшөп кейде - нейролептиктер), антигистаминді препараттар, синтетикалық безгекке қарсы препараттар (делагил, хингамин және т.б.), немесе пресоцил, сонымен қатар антибиотиктер (тетрациклин қатары), дәрумендер (С, Е, РР, В1, В6, В12, А), арома ретиноидтар (тигазон және т.б.), ауыр жағдайларда – кортикостероидты гормондар (элоком, дипрогент, дермовейт және басқалар), ПУВА-терапия (реПУВА-терапия) жүргізіледі. Сыртына окклюзионды таңу астына кортикостероидты гормондармен (элоком, дипрогент, дермовейт және басқалар) жақпамайлар тағайындалады; веррукозды ошақтарды хингамин немесе дипроспанмен шаншиды; шырышты қабықтарды емдеуде 1% дибунолды жақпа май қолданылады, түймедақ, ешкіжапырақ, эвкалипт тунбасымен шаяңы



Алдын алу стресстік жағдайларды қоспағанда, созылмалы инфекция ошағын санациялаумен, психоневрологиялық бұзылыстарды емдеумен тұжырымдалады. Асқынулардың алдын алуда су емшараларын қолдану (көміртегі, радонды ванналар, душтар), диетаны сақтау (алкоголь, тұзды тағамдар, тәттілер) көрсетілген.



Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. www.google.kz

2. Тері және венерологиялық аурулар – Маскеу 2015 ж