

Тақырып

**Балаларда ерін
аурулары.**

Хейлит -

- еріннің қабынуы.

Балаларда ерін аурулары кезінде терімен шырышты қабықтың морфологиялық және функциональді ерекшеліктеріне назар аудару қажет. Сонымен ерін тіндерін:

- Тері қабаты;
- Шырышты қабық;
- Қызыл жиек құрайды.

Еріннің морфологиялық құрылысының ерекшелігі.

Жетілген тері қабатын:

- эпидермис;
- дерма;
- тері асты майы құрайды

Шырышты қабықты:

- көп қабатты жалпақ эпителий,
- дәнекер тінді негіз;(соединительно-тканная основа)
- шырышасты қабаты құрайды.

Еріннің қызыл жиегі өтпелі құрылыстан тұрады, теріден шырышты қабыққа.

Еріннің морфологиялық құрылысының ерекшелігі.

Еріннің терісі:

Терінің эпидермисі 5 қабаттан тұрады:

- кератин (роговой),
- элеидин(блестящего),
- кератогиалин (зернистого),
- тікенек тәрізді,
- базальді. Толық 12 жаста қалыптасады.

Еріннің шырышты қабығы:

- көп қабатты жалпақ эпителий;
- тікенек тәрізді қабаттан;
- базальді мембранадан тұрады.
- 12 жаста толық жетіледі.

Еріннің қызыл жиегі 4 қабат эпителийден тұрады:

- базальді,
- тікенек тәрізді,
- кератогиалин,
- элеидин.

Ерін ауруларына алып келетін негізгі себебі:

- қызметінің бұзылуы;
- архитектурниканың бұзылуы.

Балаларда ерін бұлшық ет қызметтерінің жетілуі ему, жұтыну, тыныс алу кезінде, бала туылғаннан кейін бірінші күнінен бастап айқындалады. m. Orbicularis oris даму деңгейі, оның айқын қызметіне байланысты.

Ерін архитектурникасы – жоғарғы және астыңғы еріннің түйісуі.

Ерін архитектурникасы қалыпты жағдайда қызыл жиек шырышты қабыққа өткен сызықпен (Клейн сызықпен) еркін түйісу қажет.

Ерін түйісуі:

- толық,
- толық емес болып бөлінеді.

Толық түйісу:

- дұрыс,
- дұрыс емес болып келеді.

Толық дұрыс түйісу – еріннің еркін, тығыз түйісуі m. Orbicularis oris Клейн сызық боймен біркелкі сокращения.

Толық дұрыс емес түйісу - меншікті ерін және иек бұлшық еттер қызметінің арқасында еріндердің түйісуі қамтамас етіледі. «оймақ» («наперстка») симптомы анықталады – иек терісінің нүктелі тырысуы. Осы кезде түйісі Клейн сызықпен сәікес келмейді, қызыл жиек ішке қарай кіреді немесе шырышты қабық сыртқа қарай шыққан.

Толық емес түйісу – еріндер қалыпты жағдайда еркін түіспейді. Дұрыс түйісу тек m. Orbicularis тонусы төмендегенде болуы мүмкін.

- Патология в тканях губ возникает при нарушении архитектоники губ, когда обычные факторы внешней среды воздействуют на физиологически неприспособленную ткань. Напряжение при неправильном смыкании, при неправильном смыкании губ воздействию внешних факторов подвергаются слизистые (для нее физиологично влажная, теплая среда). В этом случае у ребенка развивается приспособительная реакция облизывания, прикусывания губ, формируется вредная привычка.
- Постоянное увлажнение губ путем облизывания не защищает слизистую и развиваются признаки воспаления губ: сухость, гиперемия, отек, десквамация. В таких случаях чаще формируется так называемый метеорологический хейлит. Красная кайма гиперемирована, инфильтрирована, сухая, покрыта мелкими чешуйками, появляются эрозии, трещины.

- **ЛЕЧЕНИЕ:** 1. устранить нарушение архитектоники губ – миотерапия(1-1,5 мес. регулярно, правильно выполнять упражнения).
- ванночки с отварами трав.
- кератопластики.

ЭКЗЕМОТОЗДЫ ХЕЙЛИТ

– аллергиялық ауру, қыс және күз мерзімде қайталаанады.

Экзематозды хейлит көбінесе экссудативті диатезбен, тағамды аллергиямен ауырған балаларда дамиды. Ерәннің қызыл жиегі және оның айналасындағы тері қабаты 3-5 жастан бастап зақымдалады. Осындай патология ата-анасының біреуінде болады. Еріннің архитектурасы да бұзылуы мүмкін.

Клиникасы:

- Еріннің қызыл жиегі және айналасындағы тері ісінген, инфильтрация байқалады;
- Қызыл жиекте қабыршықтар, жырықтар, күлдіреуіктер пайда болады;
- Жарылып іріңді қабықпен жабылған эрозия анықталады және инфильтрацияланады;
- Инфильтрация ұзақ сақталған жағдайда ерін қалыңдаған сияқты болады;

ЭКЗЕМТОЗДЫ ХЕЙЛИТ

Салыстырмалы диагностиканы эксфолиативті хейлитпен жүргіземіз, осы түрде тек еріннің қызыл жиегі зақымдалады. Себебі нейрогенді бұзылыстар:

- депрессия,
- психопатия,
- невроздар,
- генетикалық факторлар.

ЕМІ:

- аллергенді жою,
- миотерапия,
- гипосенсебилизиялау терапиясы,
- қызыл жиекке ванночка ,
- кортикостероидты жақпалар,
- кератоплатиктер.

АНГУЛЯРЛЫ ХЕЙЛИТ

– ауыздың екі шетінде дамиды.

Прогения, терең тістесу кезінде еріндердің түйісу патологиясы ерін тіндерінің бызылысына және ауыз шеттерінде микроорганизмдер дамуына жақсы жағдай (ылғалды, жылы орта) туындайды.

Клиникасы:

- ауыз шеттерінде эрозия пайда болады;
- ылғалды эрозиялар сарғыш қақпен жабылға;
- лимфа түйіндер ісінеді;

Кандидозды заеда:

- ауыз шеттерінде ақ түсті қабыршық анықталады;
- эрозиялардың шеттері көтеріңкі;
- ауызды шеттері зақымданады, сілекеймен ылғалданады бұл жазылуға кедергі болады.

ЕМІ:

- Себебін жою;
- Миогимнастика,
- Дәрі шөптермен шаю,
- Бактерияға қарсы ем,
- Қабынуға қарсы ем,
- Саңырауқұлаққа қарсы ем,
- Кератопластиктер.

МАКРОХЕЙЛИТТЕР

– еріннің тұрақты ісігімен сипатталады.

Осы ауру кезінде үшкіл симптом симптом тіні:

- макрохейлит,
- қатпарлы тіл,
- бет жүйкесінің параличі – Милькерсон – Розенталь синдромы.

Аурудың этиологиясында көбінесе инфекциянды-аллергиялық себепке назар бөлінеді, сонымен қатар тұқымұуалушылық бейімділігі де маңызды болып табылады. Осы синнром ангионевроз ретінде жүреді.

МАКРОХЕЙЛИТТЕР

КЛИНИКАСЫ:

- Ауру кездейсоқ басталады;
- Ерін (бір шеті ғана), қабақ, ұрт, тіл ісінеді;
- Ісік бірнеше немесе тәулікте балысуы мүмкін, анда-санда қайталанарды;
- Еріндері қышиды;
- Еріннің пішінсіз ісінуі байқалады;
- Кей кезде көкшіл түсті болады;
- Сипап тексергенде ерін тіндері жұмсақ немесе тығыз эластикалық консистенциясы анықталады;
- Ерін айналасындағы тері көк-қызыл түсті болады;
- Бет жүйкелерінің параличі анықталады;
- Мұрын-ерін қатпардың тегістелуі;
- Ісінген қатпарлы тіл анықталады.

МАКРОХЕЙЛИТТЕР

ДИАГНОСТИКАСЫ қиындалуы мүмкін, өйткені үшкіл симптом бірдей айқындалмайды. Көбінесес ерін айналасындағы тері түсі өзгерген макрохейлит дамиды

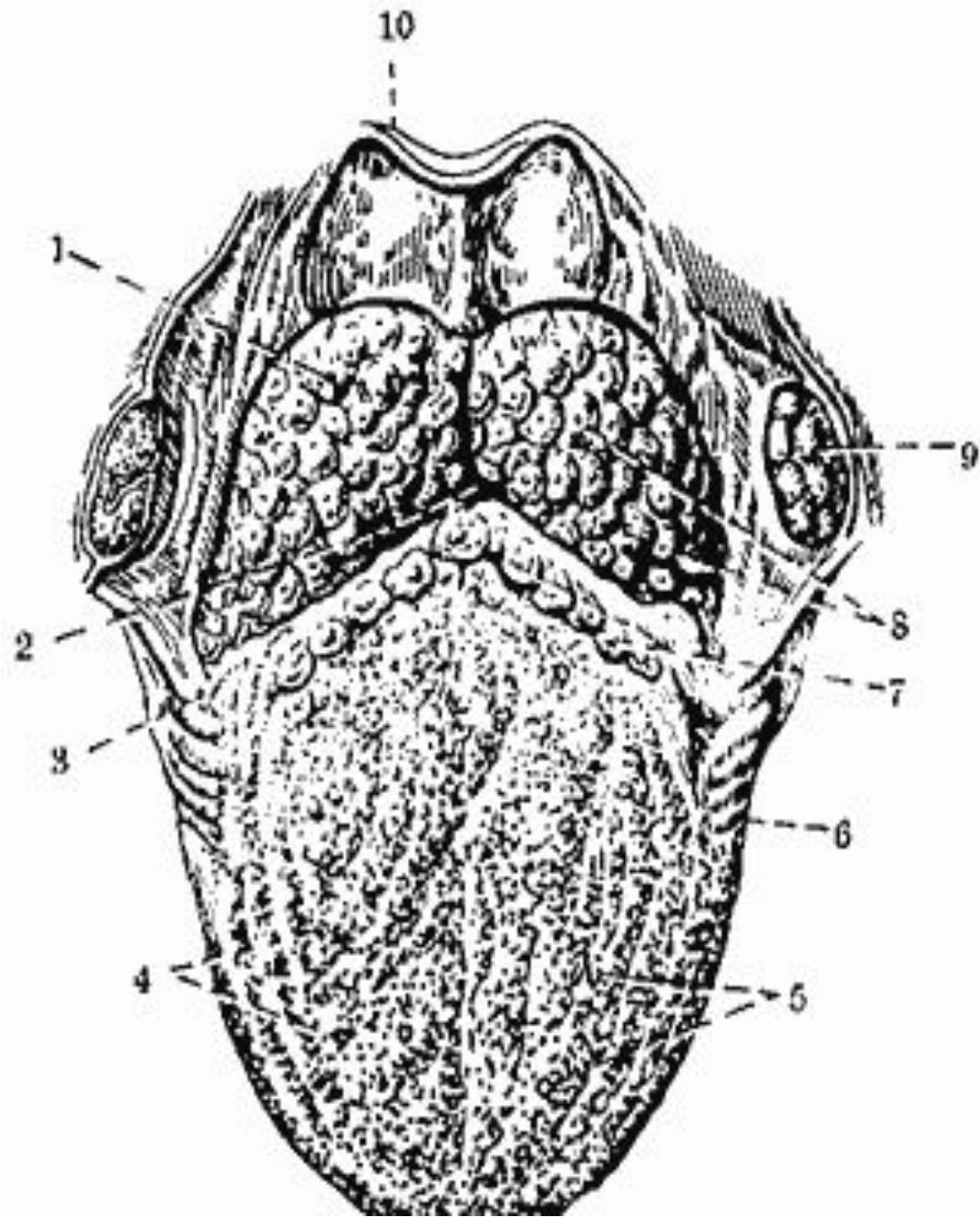
Салыстырмалы диагностиканы: Квинке ісігімен, лимфангиомамен, гемангиомамен жүргізеді.

ЕМІ:

- Аллергенді жою.
- антигистаминді препараттар.
- витаминотерапия – аскорутин, С, В - дәрумені.
- кортикостероидтар – дексаметазон 3-5мг. / күніне, курсына – 125мг.
- Гепарин жақпасымен ерінге электрофорез немесе аппликация жасау.
- Неврит дамығанда физиеом: ультрадыбыс, Бернар тоқтар.
- Ремиссия кезеңде стимуляциялы терапия: пирогенал, продигозам.
- Косметикалық мақсатпен ерінді хирургиялық кесу, бірақ рецидив жойылмайды.

тақырып

Балаларда тіл аурулары.



Балаларда тіл аурулары

Инфекциядан туындайтын АҚШҚ аурулары кезінде, көп жағдайда тілде зақымдалады. Жалпы факторлар әсерінен, немесе бала ағзасындағы патологиялық жағдайда тілдің өзгерістері анықталады.

Тіл аурулар арасында:

- Жіті ауруларын;
- Созылмалы ауруларын;
- Соматикалық ауру кезінде кездесетін өзгерістерді;
- Тіл аномалиялары кездеседі.

Тілдің жіті қабыну аурулары

КАТАРАЛЬДІ ГЛОССИТ

- тілдің жіті қабынуы, көбінесе стоматиттің симптомы болып келеді. Жеке патология түрінде өте сирек кездеседі.

Себебі:

- Тісжегі;
- Тіс қақтары;
- Тістің қиын шығыу;
- Протездермен жарақаттануы,
- Ауыз қуысының гигиенасының нашарлығы.

Катаральный глоссит является одним из симптомов лихорадочного состояния, при заболеваниях органов ЖКТ и др.

- **КЛИНИКА:** отек, гиперемия, отмечается плотный налет на спинке языка, возможно уплотнение, ограничение подвижности. Субъективно: жжение, легкая болезненность, потеря вкусовых ощущений, гиперсаливация.

- **ЯЗВЕННЫЙ ГЛОССИТ** – является признаком язвенно-некротического стоматита Венсана, встречается при снижении иммунобиологического равновесия в организме. На языке грязно-серого налета, при снятии обнажаются эрозии, язвы, болезненные, кровоточащие. Обильная саливация, неприятный запах изо рта.

- **ДЕСКВАМАТИВНЫЙ ГЛОССИТ** – воспалительное заболевание слизистой спинки языка, симптом системы нарушения организма (поражение ЖКТ, заболевание кровеносной системы), нарушений обмена, питания. Е.Е. Платонов относил десквамативный глоссит к нейродистрофическим процессам. Десквамативный глоссит может быть симптомом инфекционных заболеваний (грипп, скарлатина, брюшной тиф). Клинически выделяют поверхностную, гиперпластическую, лихеноидальную форму заболевания.
- Поверхностная форма десквамативного гингивита – характеризуется появлением хорошо ограниченных красной полоской и пятен на спинке языка и краях его. Пятна ярко-красного цвета, окружены неповрежденной слизистой. При диффузном слущивании эпителия языка, поверхность его становится гладкой, блестящей. Субъективно – жжение, зуд, болезненность.
- Гиперпластическая форма десквамативного глоссита – характеризуется утолщением нитевидных сосочков, наличием налета белого, желтого, темного цвета.
- Лихеноидная форма десквамативного гингивита – характеризуется появлением участков десквамации эпителия языка различной формы и величины за счет перераспределения нитевидных сосочков и их группировки в окружении обнаженных участков. На участке десквамации увеличиваются грибовидные сосочки. Картина изменений не носит постоянный характер. Очаги десквамации могут перемещаться по поверхности языка. Субъективно могут проявляться чувством жжения.
- ЛЕЧЕНИЕ местно:
- антисептические растворы для полоскания, промывания, удаления налета (хлоргексидин, отвары трав).
- обезболивающие средства при необходимости.
- кератопластики.
- санация полости рта, устранение травмирующего фактора.
- Общее: поливитамины, десенсибилизирующая терапия, лечение сопутствующих заболеваний.
-

- **ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗЫКА.**

- **ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ЯЗЫК** – заболевание неясной этиологии. Возможно обусловлено нарушением нервной трофики в связи с глистной инвазией, экссудативным диатезом, желудочно-кишечными заболеваниями. Многие дети практически здоровы. Выявляется такое состояние языка на первом году жизни ребенка.
- **КЛИНИКА:** отмечается на спинке или боковой поверхности языка пятно беловатого или сероватого цвета за счет набухания и мацерации эпителия. Затем набухший эпителий отторгается, образуя участок слизистой, на которой сохранены лишь нижние слои эпителия. Ярко-розовый цвет очага объясняется истончением эпителия, а не воспалением. По краям десквамированного участка видна полоска набухшего эпителия перед сдвиганием. На языке могут быть одновременно несколько очагов десквамации, которые имеют разную форму и размер, некоторые соединяются между собой и образуют своеобразный рисунок, напоминающий географическую карту.
- Десквамация эпителия происходит быстро и также в течение 2-3 дней восстанавливаются нитевидные сосочки, потому рисунок на языке периодически меняется. Очаги десквамации не изъязвляются, болевых ощущений не причиняют, в редких случаях отмечается жжение при приеме раздражающей пищи. Вкусовая чувствительность не нарушается.
- Дифференцировать надо с десквамативными процессами на языке при заболеваниях органов ЖКТ, эндокринной, нервной системы, при длительном приеме лекарственных веществ. В этих случаях участки десквамации на языке более обширны, не меняют своих очертаний в течение нескольких дней, недель, не имеют вокруг ободка набухшего эпителия. Восстановление эпителиального покрова происходит медленно по мере улучшения общего состояния организма ребенка.
- Лечение специфического не требует. Необходимо объяснить родителям безопасность такого состояния языка. Хороший гигиенический уход. При появлении чувства жжения – обезболивающие средства, витаминотерапия.

- **ЧЕРНЫЙ «ВОЛОСАТЫЙ» ЯЗЫК** – редкое поражение языка. Этиология не выяснена. Могут встречаться у больных с ЖКТ нарушениями, при различных инфекционных заболеваниях. Может быть обусловлен гиповитаминозом, приемом антибиотиков.
- Клиника – характеризуется появлением темной пигментации и гипертрофии нитевидных сосочков. Пигментация может принимать бурый, темный оттенок, сосочки у основания более светлые, чем верхушки. Измененные нитевидные сосочки утолщаются, удлиняются, ороговевают. Субъективные ощущения заключаются в чувстве жжения, сухости языка, снижении вкусовой чувствительности, чувстве инородного тела. Продолжительность различна: иногда существует годами, иногда прекращается через несколько дней. Следует выделять 2 формы «волосатого» языка: истинную и ложную.
- Истинная форма проявляется не только пигментацией, но и удлинением нитевидных сосочков.
- Ложная форма характеризуется темным окрашиванием поверхности языка без выраженной гиперплазии нитевидных сосочков.
- ЛЕЧЕНИЕ: для отторжения ороговевших масс протирают поверхность языка 1-2% раствором салицилового спирта (2-3 раза в день). Язык чистить зубной щеткой 2 раза в день для удаления слизи, налета. При развитии грибкового глоссита проводят противокандидозное лечение.
-

- **РОМБОВИДНЫЙ ГЛОССИТ** – у детей встречается редко. Этиология неизвестна. Существовали гипотезы сифилитического или туберкулезного происхождения. В настоящее время большинство исследователей считают ромбовидный глоссит врожденным заболеванием, обусловленным нарушениями эмбриогенеза языка.
- Ромбовидный глоссит своеобразное заболевание характеризуется появлением в области дистальной трети языка очага ромбовидной формы, приподнятого над уровнем слизистой оболочки или уплощенного.
- Размеры очага поражения, располагающегося по средней линии языка в пределах 1 см. в длину и 0,5 см. в ширину. Поверхность гладкая, лишенная сосочков, красная, четко отграниченная от окружающей ткани. Форма поражения не изменяется в течении длительного времени, но очаг поражения изредка воспаляется, сопровождаясь гиперплазией и гиперкератозом. При уплощенной форме ромбовидного глоссита очаг поражения не приподнят над уровнем слизистой оболочки. Гиперпластическая форма характеризуется опухолевидным образованием с широким основанием. Приподнятый бугристый бело-розового цвета очаг поражения иногда вызывает чувство инородного тела во рту, болезненность при травмировании.
- Дифференцировать необходимо с опухолевидными образованиями языка, проявлениями на языке специфических и инфекционных заболеваний.
- Специфического лечения не требуется. Гигиенический уход, санация, не травмировать. При обнаружении грибов – противокандидозное лечение. Если отмечается склонность к разрастанию – хирургическое иссечение.
-
-

- **СКЛАДЧАТЫЙ ЯЗЫК** (скротальный, борозчатый) встречается у детей и взрослых, у детей глубина складок меньше.
- И.О. Новик считает складчатый язык врожденной аномалией формы и размеров языка.
- Клиника: на спинке и боковой поверхности языка характерно наличие разной глубины складок. Наиболее глубоко располагается продольно по средней линии языка, начинаясь от кончика языка достигает расположения желобоватых сосочков. Поперечные складки расположены почти перпендикулярно по отношению к продольной, они менее глубоки. Дно и боковые поверхности складок покрыты сосочками языка. Нередко отмечается утолщение языка и увеличение его вдвое. Складчатый язык является одним из симптомов синдрома Милькерсона-Розенталя, иногда складчатость языка наблюдается одновременно географическим языком.
- Специфического лечения не требуется. Важно соблюдать гигиенический уход за полостью рта, санация полости рта.