

Дәріс №14

Тақырыбы: Тілдің аномалиялары мен аурулары. Глоссалгия. Дәм сезу мен сілекей бөлінуінің бұзылуы. Еріннің қабынулары. Этиологиясы мен патогенезі, клиникалық белгілері, диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы және емі

Орындаған: проф.Мезгілбаева Д.М.

Дәрістің оқылу мақсатын негіздеу

- Тіл адам организмінде өте маңызды қызмет атқаратын ағза екені әр адамға мәлім. Ауыз ішінде орналасқан тіл ішкі және сыртқы ортаның жағымсыз әсерлеріне жиі ұшырайды. Сондықтан тілде әр түрлі патологиялық үрдістер жиі орын алуы мүмкін. Ал олар адамның сөйлеу, ас қабылдау қызметтерін төмендетіп, жалпы жағдайын нашарлатады, иммундық жүйенің әртүрлі бұзылысына әкеліп соғады. Сондықтан тілдің ауруларының диагнозын дұрыс нақтылаудың және тиімді емдеу шараларын жүргізудің қаншалықты маңызды екенін әрбір болашақ дәрігер-стоматолог жадысында жақсы сақтау керек.

Дәрістің жоспары:

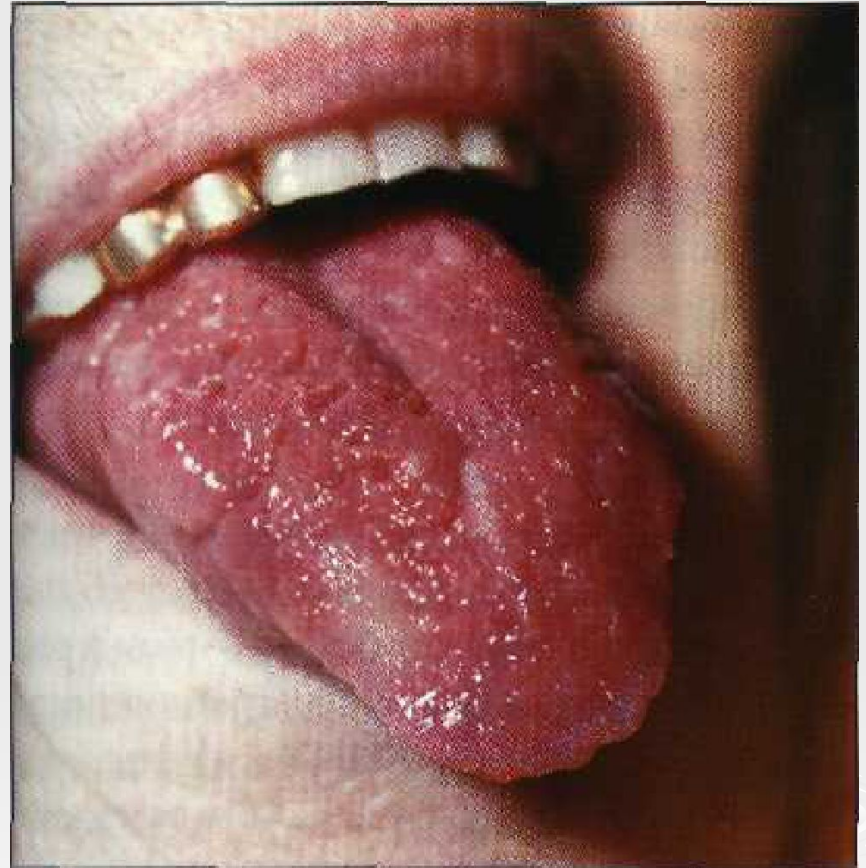
- 1.Тілдің аномалиялары мен аурулары: тілдің толық дамымауы (микроглоссия), тілдің шамадан тыс дамуы (макроглоссия), саңылаулу тіл (щелевидный язык), тілдің түлей қабынуы, қатпарлы тіл, қара түкті тіл, этиологиясы мен патогенезі, клиникалық белгілері, диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы, емі;
- 2.Глоссалгия, этиологиясы мен патогенезі, клиникалық белгілері, диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы, емі;
- 3.Дәм сезудің бұзылуы, этиологиясы мен патогенезі, диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы, емі;
- 4.Сілекей бөлінуінің бұзылуы, этиологиясы мен патогенезі, диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы, емі;
- 5.Еріндердің қабынулары, этиологиясы мен патогенезі, клиникалық белгілері, диагнозын нақтылау, сараптамалы диагностикасы, емі;

Тілдің ауытқулары мен дербес аурулары

- Тілдің қалыптан өзгеруі көптеген аурулар кезінде байқалады. Мысалы: жедел және созылмалы жұқпалы аурулар (вирустар, саңырауқұлақтар, әртүрлі микробтар әсерінен дамыған), ішкі ағзалар, эндокриндік, жүрек-қан тамыр жүйелері аурулары, коллагеноздар, витаминдер жетіспеушілігі және аллергиялық аурулар кезінде. Бұл өзгерістер тілдің үстінде қалыңдығы және түстері әртүрлі қақ жиналуымен, жіпке ұқсас бүртіктердің рельефінің өзгеруімен, тілдің көлемінің ұлғаюымен, тіндерінің домбығуы нәтижесінде бүйір беттерінде тістерден із түсумен сипатталады. Тілдегі өзгерістерді бағалай отырып, жүргізілген емдеу шараларының нәтижелілігін анықтауға және барысын болжауға болады. Қазіргі кезде медицинада үлкен бір бағыт-тіл арқылы ауруға диагноз қою саласы – лингводиagnostика дами бастады.
- Тілдің көптеген жарақаттарының ішінде өз бетімен дамидын немесе дербес ауруларына тоқтала кету керек. Олар: қатпарлы тіл, қара түкті тіл, тілдің түлей және ромбыға ұқсас қабынулары.

Қатпарлы тіл

□ **Қатпарлы тіл (складчатый язык – Lingva plicata)** балалар мен ересектер арасында кездесе береді және оны көптеген зерттеулер тілдің пішіні мен көлемінің туа дамыған ауытқуына жатқызады. Қатпарлы тіл кезінде тілдің көлемінің біраз үлкейгені байқалады және бетінде әртүрлі бағытта орналасқан терең сайлар (қатпарлар) кездеседі, балаларда ересек адамдарға қарағанда қатпарлар саны аздау және аса терең болмайды. Ең терең және ұзын қатпар көбіне тілдің ортасында орналасады, ал қалғандары осы қатпардан жан-жаққа тарала орын алады (сурет-1). Қатпар түрлері әр адамда әртүрлі болып келеді: бірде жапырақ сабағына, кейде ми қатпарына ұқсас келеді. Қатпарлардың тереңдігі де әртүрлі болады, табанында және қабырғаларында жіпке ұқсас бүртіктер болмайды, олар көбіне жиектерінде орналасады және 30-50% жағдайда тілдің түлей қабынуымен қатар кездеседі.

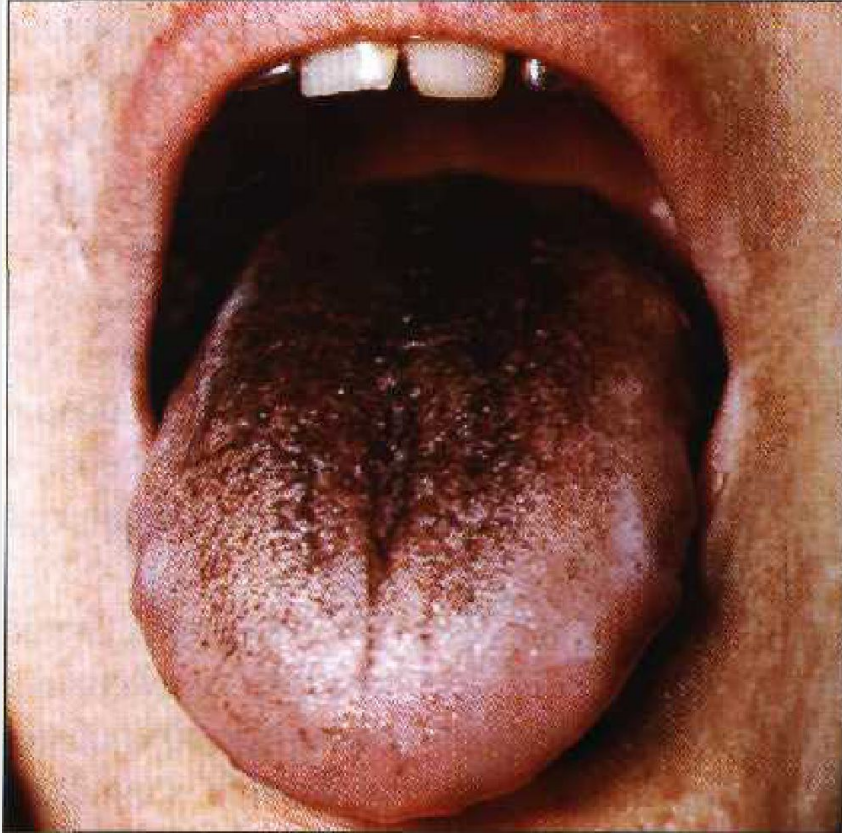


Сурет-1. Қатпарлы тіл

- Қатпарлы тіл кезінде ешқандай шағым бола қоймайды, бірақ көпшілік адамдарды тілдерінің ерекшелігі мазасыздандырады. Ауыз күтімі нашар адамдарда тіл қатпарларында микроорганизмдер, оның ішінде саңырауқұлақтар көбейіп, қабыну үрдісі дамып, қызып-күйіп, әртүрлі ас қабылдағанда ашып ауырады.
- Қатпарлы тілін кейін байқап, шағым айта келген адамдардың көпшілігі тілдерінде ертеректе мұндай қатпарлар болмағанын, тілдерінің көлемі кейін ұлғайып, қатпарларының да кейін пайда болғаны туралы мәлімет береді. Көріп байқағанда, бұл адамдардың тілдерінің көлемдерінің біршама ұлғайғандығы, домбығуы байқалады. Біздің көзқарасымыз бойынша тілдің көлемінің ұлғаюы оның жиі-жиі домбығуына байланысты. Тілдің кілегей қабығы созыла келе, одан әрі созылу мүмкіндігі жойылған кезде біртіндеп жыртыла бастауы мүмкін. Бұл үрдісті жүкті әйелдердің қарын терісінің созылып, май қабатының жыртылып, сайлардың пайда болуына ұқсас үрдіс деуге болады. Акушерлік тәжірибеде бұл сайларды
- Қатпарлы тіл Мелькерссон-Розенталь синдромының бір белгісі болып саналады және сонымен қатар акромегалия, Даун ауруларымен сырқат адамдарда да кездеседі.
- **Емі.** Қатпарлы тіл арнаулы емдеуді қажет етпейді. Ауыз ішін дер кезінде сауықтырып, тілдің жарақаттауы мүмкін және зиянды ықпалдарды жою керек. Егер тіл жиі-жиі домбығатын болса, оның себебін анықтап, емдеу шараларын жүргізу керек.

Қара түкті тіл

- **Қара түкті тіл (черный волосатый язык – *lingva villosa nigra*)** – тілдің жіпке ұқсас бүртіктерінің ұзарып, жабынды эпителийінің шамадан тыс мүйізгектенуімен сипатталатын ауру. Бұл ауру сирек кездеседі, көбіне орта жастағы және мосқал тартқан ер адамдарда анықталады. Себебі анықталмаған.
- Тілдің жіпке ұқсас бүртіктерінің ұлғаюына бейімдеуші жағдайлар қатарына асқазан-ішек жолы ауруларын, әртүрлі жоқпалы ауруларды, витаминдер жетіспеушілігін (А және В тобындағы), зиянды әдеттерді (шылым шегу, ащы, қышқыл, тұзды тағамдарды жиі жеу, ішу) жатқызуға болады. Қара түкті тіл өкпе туберкулезімен, Аддисон ауруымен ішімдіктер сырқат адамдарда, кейбір дәрілік заттарды ұзақ уақыт қабылдаған жағдайларда орын алуы мүмкін. Жіпке ұқсас бүртіктердің ұлғаюында вирустардың, ашытқыға ұқсас саңырауқұлақтардың да үлесі бар деуге болады.



Сурет-2. Қара түкті тіл

- **Клиникалық көрінісі.** Бұл кезде аса артық шағым болмайды. Көбінесе тілдің түсінің өзгешілігі, кейде оның үстінде бөгде затты сезіну, бүртіктердің таңдайды қышытып, лоқсытуы, дәм сезудің бұзылуы сияқты ыңғайсыз жағдайлар мазалауы мүмкін. Қарап байқағанда, тілдің ең артқы кейде ортаңғы бөлігін ала жіпке ұқсас бүртіктердің өсіп ұзарғаны (2 мм ден 1-2 см дейін), жуандап, түстерінің өзгергендігі (ашық-қоңыр түстен қара түске дейін) анықталады. Сырт қарағанда олар шашқа ұқсас келеді, бүртіктердің түп бөліктері жуандап және түстері солғындау, ал ұштары жіңішкелеу және түстері қоюлау келеді (сурет-2).

- Өзгерген бүртіктер аумағының пішіні көбіне сопақ немесе үшбұрышқа ұқсас болып, тілдің орта сызығы аймағында орналасады. Тілдің алдыңғы бөлігі және екі бүір беттері өзгеріске ұшырамай, қалыпты жағдайын сақтайды. Бүртіктердің түстері қабылдаған тағамдық заттарға және микроорганизмдер бөлетін пигменттерге (хромогенді саңырауқұлақтар және б.) байланысты деген болжамдар бар. Бактериоскопиялық зерттеулер кезінде көп мөлшерде лептотрихийлер және *Candida* текті саңырауқұлақтық құрылымдар анықталады. Бұл ошақ ем жүргізбеген жағдайда ұзақ сақталады, кейде өз бетімен жойылып кетіп, қайта пайда болуы да мүмкін.

- **Аурудың сараптамалы диагностикасы.** Қара түкті тілді «жалған қара тілден» ажырата білу керек. Бұл кезде тілдің бүртіктері ұлғаймайды, бірақ әртүрлі түске боялады. Боялудың әртүрлі себептері бар: ауыз күтімінің нашарлауы, асқазан-ішек жолы ауруларының өршуі, әртүрлі дәрілерді қолдану (ауызды хлоргексидин, калий перманганаты, хлорамин ертінділерімен шайқау, антибиотиктер қабылдау), тағамдық заттар (кофе, шай, әртүрлі жемістерден жасалған тосаптар) пигменттері. Бұл кезде ықпалды әсерлер тоқтаған кезде, бірнеше күннен кейін тілдің бояуы жойылып, түсі қалпына келеді.
- Қара түкті тілді тілдің үстінде орналасқан түкті лейкоплакиядан ажырата білу керек. Бұл кезде адамның иммунитет тапшылығы инфекциясына тән клиникалық белгілерді анықтауға болады. Себебі, тіл үстіндегі түкті лейкоплакия ошағы аталған инфекция кезінде орын алуы мүмкін және веррукозды лейкоплакияның бір белгісі болып таыблады.
- Ауыз кілегей қабығында меланин көп құрылған жағдайда да тілдің бүртіктері пигменттенуі мүмкін (көбінесес саңырауқұлаққа ұқсас бүртіктер). Бұл кезде пигменттену ошақтарын ауыз ішінің басқа аймақтарында да (қызылиекте, екі ұртта, еріндерде) анықтауға болады.

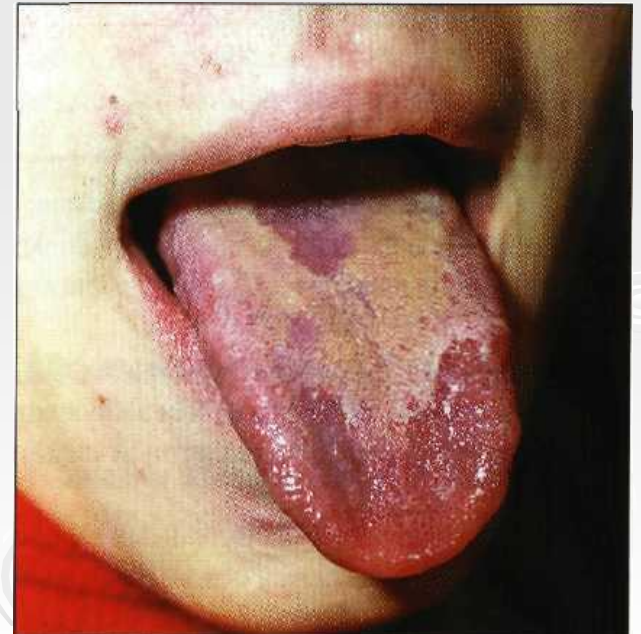
- **Емі.** Науқастарға зиянды әдеттерден арылуға, асқазан-ішек ауруларын емдеу жөнінде кеңес беріледі. Жүйке қызметін тыныштандыратын, қажет болса гистаминге қарсы дәрілер, витаминдер жиынтығын тағайындайды.
- Жергілікті емдеу үшін кератолиздеуші дәрілерді – салицил спиртінің 10%, резорциннің 5% ертінділерін, третиоин, этрининатты тіл үстіне күніне бірнеше рет бастырма ретінде пайдаланады, С.М.Базарнова және б., (1965) жарақат ошағы астына кальций хлоридінің 0,25% ертіндісін новокаиннің 1-2% ертіндісімен қосып ексе (барлығы 3-5 инъекция) жақсы нәтиже беретіні туралы кеңес береді.
- В.И.Спицына гирудотерапия әдісін ұчынды. Бұл әдіс қылтамырларда қан айналымын жақсартып, тіндерге оттегі келуін жақсартады, шамадан тыс мүйізгектенген эпителий қабатының физиологиялық түлеуіне жағдай туғызады. Тілдің бүйір бетіне күніне бір рет сүлік (пиявка) қояды, емдеу курсы 5-7 емдеу шарасынан тұрады.
- Тілдің бетіне А және Е витаминдерінің майлы ертінділерімен, саңырауқұлақтар мен вирустарға қарсы жақпалармен күніне 2-3 рет бастырма қою да артық болмайды.

Тілдің түлей қабынуы

- **Тілдің түлей қабынуы (десквамативный глоссит – *glositis desquamativa*) немесе көшпелі қабынуы (мигрирующий глоссит), географиялық тіл (географический язык) –** тілдің жіпке ұқсас бүртіктерінің жабынды эпителийінің мүйізді қабатының уақытынан ертерек ошақты және көшпелі түлеуімен сипатталатын қабынуы.
- Аурудың себебі анықталмаған. Бұл жағдай әртүрлі жастағы адамдар арасында, көбінесе балаларда кездесе береді және бір жанұяда бірнеше ұрпақта анықталуы мүмкін. Сондықтан тұқымқуалаушылыққа байланысты ауру екені туралы да болжамдар бар.
- Тіл үстіндегі жабынды эпителийдің ерте түлеуіне қозғау салушылар қатарына әртүрлі дәрілер қабылдау, жалқықты диатез, тістердің шығуы, асқазан-ішек жолы аурулары, әр себептен іші өтуі, коллагеноздар, вирустық инфекция, организмнің созылмалы сенсублизациялануы, вегетативті-эндокриндік бұзылыстар жатады.
- Ауру ешқандай ыңғайсыздық тудырмай ұзаққа созылуы мүмкін, кейде өз бетімен ұзақ уақытқа білінбей кетеді немесе ауық-ауық қайталанып тұруы мүмкін.

- **Клиникалық көрінісі.** Патологиялық үрдіс тілдің үстінде белгілі бір аймақта эпителийдің күңгірттенуі әсерінен ақшыл-сұр түсті, аумағы біраз көлемді (диаметрі бірнеше миллиметр) ошақтың пайда болуынан басталады. Біраздан кейін ол аймақ домбығып, беті біраз көтеріледі және орта бөлігінде жіпке ұқсас бүртіктердің ертерек түлеуі нәтижесінде ашық-қызыл жас шикі ет түсті эрозияға ұқсас көбіне домалақ пішінді, беті тегіс ошақ пайда болады. Кейде түлеу ошағының пішіні сақина немесе жарты айға ұқсас келеді, аздап ісінген саңырауқұлаққа ұқсаған бүртіктер айқын көрінеді. Оның төңірегінде астындағы тіндерден әлі толық ажырамаған мүйізді қабаты бар эпителий ақ тсүті білік түрінде және түлеуге ұшырамаған эпителийлі аймақ сақталады (сурет-3).

Сурет-3 Тілдің түлей қабынуы



- Ерті түлеу аймағы біртіндеп төңірегіне жайыла келе біраз көлемге ие болады, шекарасы анықтығын жоғалтып, көрші тіндерге сіңіп кетеді. Кешікпей ошақтың орта аймағында мүйізгектену үрдісі қалыпқа келе бастайды, кезекті түлеу үрдісі көрші немесе алыстау аймаққа ауысады. Түлеу ошағының саны бір немесе бірнешеу болады. Түлеу үрдісі мен қалпына келу үрдісі толассыз ауысып тұратындықтан, олардың шекарасы кейде ауысып та кетеді. Ескі ошақтар аймағында жаңа ошақтар толассыз пайда болуы нәтижесінде түлеу аймақтарының көлемі мен түстері әртүрлі болып, тілдің үсті географиялық картаға ұқсас көрініс береді. Мұның өзі бұл ауруды «географиялық тіл» немесе «тілдің көшпелі қабынуы» деп атауға негіз болды. Түлеу ошағы көбінесе тілдің үстінде, бүйір беттерінде орналасады, орнын жиі-жиі ауыстырып тұрады.
- Тілдің түлеу қабынуымен сырқат адамдар, олардың ішінде балалар аса көп шағым айта қоймайды. Көбіне түлеудің бастапқы сатысында тілінің ысып-күюіне, шаншуына, ащы және қышқыл тағамдардан ашып ауыратынына, тілінің сырт көрінісінің мазаламайтынына шағымдануы мүмкін. Кейде «қатерлі ісік емес пе» деген ой да (канцерофобия) мазалауы мүмкін. Әртүрлі жүйке күйзелістері аурудың ағымын ауырлатады.

- Ауру бірде ұзаққа созылады, кейде өз бетімен басылып кетіп, біраз уақыттан соң қайталануы мүмкін. Тілдің түлеу қабынуы 50% жағдайда қатпарлы тілмен қатарласа орын алады.
- Патогистологиялық зерттеулер жарақат ошағында дәнекер тінде аздаған домбығуды және қабыну инфильтратын, паракератоздану, спонгиоздану, эпителий қабатының жұқарғандығын көрсетеді.
- Тілдің түлей қабынуын екіншілік папулезді мерез кезіндегі, В1, В2, В12 витаминдер жетіспеушілігі кезіндегі өзгерістерден, кандидоздан тілдің аллергиялық қабынуынан ажырата білу керек.

- **Емі.** Арнаулы емдеу үлгісі қалыптаспаған. Сырқат адамда бойындағы анықталған ауруларды емдету жөнінде кеңес беріледі, гистаминге қарсы, қан тамырлар қызметін реттейтін (кавинтон, трентал, мидокалм, предуктал) жүйкені тыныштандыратын дәрілермен, витаминдер жиынтығымен емдеу курсы жүргізеді.
- **Жергілікті емі.** Міндетті түрде ауыз ішін сауықтыру, тілді жарақаттауы мүмкін ықпалдарды жою және ауызды дұрыс күтуді үйрету қажет.
- Ауыру сезімдері мазалайтын болса, пиромекаиннің 1% ертіндісін, 5% пиромекаин, гепарин жақпаларын, Камистад гелін пайдаланады. Қабынуға қарсы және ауырусыздандыру үшін мына қоспаны (тримекаин 4,0 г, уротрипин 8,0 г, дистилденген су 200 мл) пайдаланған жөн. Сонымен қатар А және Е витаминдерінің майлы ертінділерімен бастырма қоюға, паилакты тіл астына қойып соруға болады () 0,1 г күніне 3 рет 20-30 күндей.

Тілдің ромбыға ұқсас қабынуы

- **Тілдің ромбыға ұқсас қабынуы (ромбовидный глоссит – glossitis rombica)** - өзіндік клиникалық және орналасу ерекшелігі бар тілдің кілегей қабығының қабынуы. Аурудың себебі мен патогенезі әлі анықталмаған, осы уақытқа дейін көптеген талас пікірлер орын алып келеді. Біраз көзқарастарға сүйенсек, бұл туа дамыған ауру – эмбриогенездік дамудың ауытқуы нәтижесінде тілдің сыңар төмпешігі сақталып қалуы немесе қосымша эпителий қабатының құрылуының нәтижесі.
- Екінші топтағы көзқарастарға сүйенсек, тілдің ромбыға ұқсас қабынуы – тілдің өзіне ғана тән патологиялық үрдіс (Рыбаков А.И., Банченко Г.В., 1978).
- Тағы бір көзқарастарға сүйенсек, бұл туа дамыған ауруға жатады, асқазан-ішек жолы эпителийінің тілдің үстінгі бетіне немесе қалқанша без бөліктерінің тіл түбіріне ауытқи орналасуы нәтижесінде дамыған. Бактериоскопиялық зерттеулер кезінде Candida текті саңырауқұлақтардың жиі анықталуы – тілдің ромбыға ұқсас қабынуынан дамуында олардың да белгілі рөлі бар деген көзқарас туындатады.
- Ауру көбінесе әртүрлі жастағы ер адамдар арасында кездеседі. Ауруды өршітуші факторлар – ышылым шегу, ішімдік ішу, витаминдер жетіспеушілігі, микробты агенттер, ас қорыту жүйесі аурулар.

- **Клиникалық көрінісі.** Қарап тексерген кезде тілдің үстінде және артқы бөлігінде науаға ұқсас бүртіктердің алдында ені 0,5-2,5 см, ал ұзындығы 1,5-5 см, пішіні ромбыға ұқсас бетінде бүртіктері жоқ ашық-қызыл түсті, тығыздау консистенциялы ошақ анықталады. Жарақат ошағы тілдің орта сызығы бойымен орналасады, шекарасы анық болады, деңгейі төңірегіндегі тіндерден аласалау, ал кейде жоғарылау болады. Ошақ саны көбіне біреу, кейде бір-бірімен шекаралас 2-3 ошақты анықтауға болады. Осыған байланысты ромбыға ұқсас қабынудың үш түрін ажыратуға болады: жазық, бұдырмақты және папилломалы.



а)



б)

Сурет-4. Тілдің ромбыға ұқсас қабынуы
а) жазық түрі;
б) бұдырмақты түрі

- Жазық түрінде жарақат ошағының беті тегіс, бүртіксіз және жылтыр келеді, деңгейі төмендеу, түсі қызғылт немесе ашық-қызыл, сирек жағдайда көкшілдеу-қызыл. Сипап тексергенде аздаған тығыздық байқалады, бірақ ауырмайды (сурет-4а).
- Бұдырмақты түрінде жарақат ошағы бірде ромбы пішіндес, кейде домалақ немесе сопақ пішінді болып келеді, бетінде бір-бірінен сай (жүлге) арқылы бөлінген, әртүрлі көлемді бұдырмаққа ұқсас құрылымдар орналасады.
- Бұдырмақтар бір деңгейде орналасса, жарақат ошағы тас төселген жолға ұқсас болады. Бұдырмақтар бетінде бүртіктер болмайды, түстері қызыл немесе көкшілдеу-қызыл (көбіне жақсы ұлғайған адамдарда). Бұдырмақтарды биіктігі әртүрлі болса, жарақат ошағының беті томпақ-томпақ болып келеді (сурет-4 б).

- Ромбыға ұқсас қабынудың папилломалы түрінде жарақат ошағында әртүрлі көлемді папилломаларға ұқсас, биіктеу келетін өсікті құрылымдар орналасады, ошақ үлкен көлемді, диаметрі 3-5 см жақын болады.
- Тілдің бұдырмақты және папилломалы ромбыға ұқсас қабынуы кезінде жарақат ошағының беті мүйізгектенуі мүмкін, бұл кезде ошақтың түсі ашық-сұрлау болады, науқасты тілінің бөгде үстінде зат сезіну сияқты ыңғайсыздық мазалайды. Сипап тексергенде тығыз, ауырмайтын ошақ анықталады.
- Тілдің ромбыға ұқсас қабынуының үш түрінде де субъективтік белгілер аса көп емес, тек тілдің үстінің тегіс еместігі және өзгеше құрылымдар ыңғайсыздық туындатады. Тек микробты қабыну үрдісімен асқынған кезде ысып-күйіп, қатты ашып ауырып, ас қабылдатпай мазалауы мүмкін.
- Тілдің ромбыға ұқсас қабынуының ағымы қатерсіз, тілдің жағдайы адамның өмір бойында өзгеріссіз қалуы мүмкін. Тітіркендіруші ықпалдар әсер еткен жағдайда бұдырмақты және папилломалы түрлері әртүрлі асқынулар беруі мүмкін, кейде қатерлі ісікке ауысып кету жағдайы да орын алады.

- **Сараптамалы диагностикасы.** Аурудың жазық түрін тілдің түлей қабынуынан, екіншілік мерез кезіндегі тілдегі өзгерістерден, ал бұдырмақты және папилломалы түрін әртүрлі ісіктерден, созылмалы гиперпластикалы кандидоздан тіл папилломатозынан ажырата білу керек.
- **Емі.** Ауыз ішін сауықтырып, тілдің зақымдаушы ықпалдарды жойғаннан кейін, зиянды әдеттерден арылуға кеңес беріп, витаминдер жиынтығын, кандидозға қарсы жергілікті ем тағайындайды. Бұдырмақты және папилломалы түрінде тіндердің өсу белгісі анықталса, хирургиялық емдеу әдісін қолданып, жарақат ошағын алып тастайды және жарақат ошағының жазылуын жеделдететін дәрілер қолданады.

Глоссалгия (стомалгия)

- ▣ **Глоссалгия (стомалгия)** – ауыз кілегей қабығында және тілде дамитын әртүрлі ауыру сезімдері мен сезімталдықтың ауытқуларынан тұратын симптомдар кешені тән созылмалы ауру. Бұл аурудың көптеген терминдері (глоссалгия, глоссодиния, стомалгия, глоссопироз, вегеталгия, симпаталгия) бар. Осылардың ішінен стоматологияда тұрақтанғандары – «глоссалгия» және «стомалгия».
- ▣ Глоссалгия (стомалгия) көбіне орта және егде жастағы адамдарда кездеседі, ал әйелдер арасында 3-5 рет жиірек орын алады.
- ▣ Алғаш рет бұл ауруды 1838 жылы Weisse ғылыми түрде сипаттап жазған. Ауруға байланысты көптеген ғылыми еңбектер жарық көргенімен аурудың этиологиясы мен патогенезі әні анықталмаған. Біраз авторлардың (Яворская Е.С., 1972; Дычко Е.Н., 1982; Марулиди Р.Т. және б. 2001) ұйғаруынша, глоссалгия көптеген сыртқы және ішкі ықпалдар әсерінен дамиды.

- Олардың ішінде жергілікті ықпалдар: ауыз кілегей қабығының тісжегі әсерінен бұзылған тістер сауыттарының өткір бөліктерімен, сапасыз жасалған протездермен зақымдануы, әртүрлі емдеу шараларын жүргізген кезде жарақаттануы, окклюзиялық биіктіктің төмендеуі, әртүрлі металдан жасалған пломбылардың және протездердің болуы, жедел және созылмалы ағымды аллергиялық реакциялардың орын алуы. Жалпы эндогендік ықпалдар қатарына асқорыту ағзаларының, жүрек-қантамыр, жүйке және эндокриндік жүйе ауруларын, витаминдер жетіспеушілігін (оның B1, B2, B12 витаминдер) жатқызуға болады.
- Глоссалгияның патогенезінде орталық және шеткейлік жүйке жүйелері қызметінің ауытқулары, қан тамырлар тонусының өзгеруі, ұсақ тамырларда қан айналымының, ауыз іші тіндерінде зат алмасудың бұзылуы, биологиялық белсенді заттар деңгейінің өзгеруі маңызды рөл атқарады.

- Кейбір науқастарда глоассалгия (стомалгия) белгілері белгілі бір психоэмоциялық күйзелістерден кейін, ағзалардың созылмалы аурулары өршуі кезінде, сапасыз протездер қойғаннан кейін, тісті аса қиындықпен жұлғаннан кейін біліне бастайды (арандатушы ықпалдар). Ал кейбір науқастарда ауру сезімталдықтың ауытқу белгісімен біртіндеп басталады және оған көп мән беріле қоймайды. Біраз уақыттан кейін парастезиялық белгілер күшейе түседі, сонда ғана науқас дәрігерге көрінуге мәжбүр болады.

- **Клинкалық көрінісі.** Глоссалгияның ең басты белгілері – дизестезиялық және парестезиялық белгілер (қызу, күйу, ашу, қышу, шаншу, тызылдау, жыбырлау, дуылдау, жансыздану сияқты). Науқас өзін мазалайтын сезімдерді жоғары температура әсерінен күйу кезіндегі сезіммен, ащы бұрыш пайдаланғандағы дуылдау, құрт-құмырсқа өрмелегенде дененің түршігуі сияқты белгілермен салыстырады. Осы сезімдер тілдің алдыңғы $\frac{2}{3}$ бөлігінің, кілегей қабығында кейде тілді тұтас ала орналасады. Сонымен қатар науқастарды тіліндегі ыңғайсыздық, ауырлық, ісіну сезімдері, жаншып және сырқырап ауыру белгілері де мазалауы мүмкін.
- Кейде тілде күрделі сезімдер ауытқулары да орын алуы мүмкін. Олар – тілде «құрт жыбырлап жүрген» сияқты, «шаштар өсіп шыққан» сияқты сезімдер.

- Сирегірек жағдайда жоғарыда келтірілген сезімдер таңдайдың, еріндердің, ұрттардың кілегей қабығында, қызыл иектерде, кейде бет аймағы терісінде де орналасуы мүмкін. Бұлар негізінде «стомалгия» белгілері болып саналады.
- Парестезиялық белгілердің екіншілігі әртүрлі болып келеді, өте әлсіз сезімдер мен қатар аса күшті сезімдер, ауыз ішінің құрғауы, жиі шөлдеу, дәм сезудің бұзылуы, қорқыныш сияқты сезімдермен қатар мазалауы мүмкін.
- Дизестезиялық және парестезиялық белгілердүылдатқан сезіммен ертең ерте басталып, күні бойы күшейіп және күрделініп, өзінің даму шыңына кешке немесе түнге қарай жетеді, бірақ ас қабылдаған кезде басылып отырады.
- Ас қабылдаған кезде тілдегі немесе ауыз ішінің басқа аймақтарындағы ыңғайсыз сезімнің жойылып кетуін И.П. Павлов тәжірибеде байқағандай, тағамдық доминантаның тілдегі ауыру сезімі доминантысынан күштірек болуымен және оң көңіл күйдің қалыптасуымен түсіндіруге болады.

- Глоссалгия (стомалгия) кезінде тіл әне ауыз ішінің басқа аймағындағы кілегей қабықта көзге көрінер өзгерістер оншама байқалмайды. Кейде аздаған домбығу белгілері, тілдің өңезденуі, жеке бүртіктердің ұлғаюы, көк тамырларының кеңеюі сияқты өзгерістер анықталуы мүмкін.
- Гречко Е.В. және б. (1974) глоссалгия кезінде кілегей қабығын капилляроскопиялық әдіспен зерттеген кезде алдыңғы 2/3 бөлігінде қан айналымының баяулағаны, кейде тоқтап өалғаны, капиллярлар төңірегіндегі қан құйылғаны анықталған. Сонымен қатар тілдің дәм сезу рецепторларының функционалдық қабылдағыштығы (мобильдігі) төмендегені (кейде ауытқығаны) байқалған. Мидың биоэлектрлік белсенділігін зерттеген кезде оның альфа-белсенділігінің десинхронизациялануы және дезорганизациялануын көрсететін жайылмалы өзгерістер анықталған. Осыларды негізге ала отырып, авторлар парестезиялық белгілер мен ауыру сезімінің қалыптасуы тілді және ауыз кілегей қабығын нервтендіретін нерв бағаналарының сезімтал талшықтарының шамадан тыс қозғыштығымен байланысты деген қорытындыға келген.
- Тіндердің беткейлік сезімталдығы көбінесе жоғарылап, ал кейде төмендеуі де мүмкін.

- Көптеген науқастар оңай ашуланшақ келеді, бойларын қатерлі ауру болу мүмкіндігі жайлы қорқыныш билеген, «түймедей белгілерді түйедей етіп» көрсетуге дайын тұрады (астенодепрессиялы және астеноипохондриялы синдромдар). Мұндай науқастар тілдерін айнамен ұзақ көріп, кез келген анатомиялық құрылымдарды (көбінесе бұртіктерді) әртүрлі ісікті немесе жаралы құрылымдар ретінде қабылдайды.
- Емдеу шаралары жүргізілмеген жағдайда сырқат көптеген айларға-жылдарға созылады, ауық-ауық қарқындылығы азайып тұрады, ал кейде өз бетімен басылып кетуі де мүмкін.

- Алғашқы парестезиялық белгілердің орналасу аймағына байланысты Е.С.Яворская (1972, 1976) глоссалгияның 6 вариантын ажыратады:
- 1) мандибулярлық – дизестезиялық және парестезиялық белгілер тілдің алдыңғы $2/3$ бөлігінің кілегей қабығында, төменгі жақ қызыл иегінде, ұрттарда және еріндерде орналасады;
- 2) максиллярлық – ыңғайсыз сезімдер жоғарғы жақ қызыл иегінде, қатты таңдайда, көз асты аймағында орналасады;
- 3) мандибуломаксиллярлық – парестезиялық сезімдер еріндер, төменгі және жоғарғы жақ қызыл иектерінің алдыңғы бөліктерінде пайда болып, біртіндеп ауыздың артқы бөлігіндегі кілегей қабыққа жайылады;
- 4) фронтопариагальный – парестезиялық сезімдер маңдай, қабақ шықшыт жерлерінде пайда болады;
- 5) глоссофарингеальдық – ауытқулық сезімдер тілде, жұтқыншақта, көмейде пайда болады;
- 6) окципитальдық – сезімдер 1-11 мойын сегменттерінің нервтендіру аймағында орналасқан. Глоссалгияның бұл варианты кейде жеке нервтерінің невралгиясы деп те ұғынуға болады. Кейінірек парестезиялық белгілер тілге, ауыз кілегей қабығына, бет терісіне таралған уақытта ғана аурудың диагнозы дұрыс еместігіне көз жетеді.

- Парестезиялық белгілердің көбірек орын алған аймағына байланысты Яворская аурудың тағы екі түрін ажыратады: 1) мукозды түрі – парестезиялық сезімдер ауыз кілегей қабығында, тіл түбірінде, жұтқыншықта және өңештең мойын бөлігінде орналасады. 2) дерматомукозды түрі – парестезиялық сезімдер жоғарыда аталған аймақтармен қайтар бет және желке терісінде орналасады.
- **Аурудың сараптамалы диагностикасы.** Стомалгияға ұқсас клиникалық белгілер тілді, ауыз кілегей қабығын, жұтқыншақты, көмейді нервтендіретін нервтер невралгиясы және олардың қабынуы кезінде де байқалады. Сонымен қатар ауыздағы гальванизм белгілерінен, төмендеген тістем (Костен синдромы) кезіндегі есту нервісінің «chorda tympani» тармақшасының жарақаттануынан созылмалы ауыз кандидозынан мойын омыртқаларының остеохондрозынан ажырата білу керек. Стомалгияға тән негізгі және тиімді белгі – барлық ауытқу сезімдердің ас қабылдаған кезде басылып кетуі. ауытқу сезімдері көбіне қызыл иектерде орналасқан кезде «одонтогендік плексалгия» белгілерінен ажырату керек.

- Үштік нерв невралгиясына (көбіне өршу кезеңінде) ұзаққа созылмайтын, белгілі анатомиялық аймақта орналасқан өте қатты ауыру сезімі тән. Ауыру сзеімінің триггерлік механизмі (қозғаушы күші) сақталады. Ол күш ас қабылдағанда, сөйлегенде, бетін жұғанда шүріппелі аймаққа («курковая зона») тиіп кеткенде оянады. Ауыру сезімі қозған кезде науқастың бет пішіні өзгереді, бет терісінің қызарып немесе бозғылданып кетуі сияқты вегетативтік өзгерістер, көзден жас ағу, беттің мимикалық еттерінің тырысып жыбырлауы байқалады.
- Үштік нерв тармақтарының сүйектен шыққан жерін сипап байқағанда ауыру сезіледі.
- Үштік және тілжұтқыншақ нервтерінің қабынуы кезінде осы нервтер иннервациялайтын аймақта қатты толассыз ауыру және ауырудың біржақтылығы байқалады. Бұл аймақта жоғары сезімталдың немесе тактилдік және температуралық сезімталдықтың төмендеуі анықталады. Дәм сезу қызметі де төмендейді немесе ауытқиды.



- «шымшу симптомын» («симптом щипка») анықтаған кезде қатты ауыру сезімі пайда болады. Нерв тармақтарының шығу нүктесін және таралу аймақтарын сипап байқағанда да ауыру сезімі күшейе түседі.
- Костен синдромы кезінде парестезиялық өзгерістермен қатар, тістенің төмендеуі, құлақта шу пайда болып, нашар есту, шықшыт төменгі жақ буындарының сыртылдауы сияқты белгілер де болуы мүмкін.
- Гальваниалық синдром кезінде де ауызда парестезиялық өзгерістер байқалады. әртүрлі металлдан жасалған конструкциялар арасында пайда болған шағын күшті электр тогы және олардың электрохимиялық коррозияға ұшырауынан пайда болған заттар ыңғайсыз сезімдер (көбінесе таңертең ауызда темір немесе қышқыл дәмі, тұз және ащы дәмдер) туындатады. Қалыпты жағдайда ауыз ішінің электр потенциалы 10-20 мка тең, егер одан жоғары болса, арнаулы емдеу шараларын жүргізу қажет.
- Ауыздың созылмалы кондидозы кезінде тілдегі және ауыздың басқа аймағындағы кілегй қабықтағы ысып-күй сезімі ас қабылдағанда күшейе түседі. Микроскопиялық және микробиологиялық зерттеулер Candida жекті саңырауқұлақтардың шамадан тыс көбейгенін анықтайды. Саңырауқұлақтарға қарсы жүргізілген емдеу шаралары да оң нәтиже береді.

- Парестезиялық белгілер қант диабетімен (сусамыр) диффузды токсика жемсау (зоб) немесе тиреотоксикозбен сырқат адамдарда да кездесіп, ауруларының ауыздағы алғашқы белгілерінің бірі болуы мүмкін.
- Глоссалгия (стомалгия) көпсимптомды аурулар қатарында жатады және көп жағдайда ішкі ағзалар аурулары және психикамен байланысты екендігі ешқандай күмән тұғызбайды. Сондықтан глоссалгия белгілері бар науқас жан-жақты тексеруді (гастроэнтерологтың, гинекологтың, невропатологтың, психиатрдың) қажет етеді.

- **Емі.** Глоссалгияны емдеу кезінде кешенділік қағыдасын (симптоматикалық, этио-патогенездік, жалпылай-күшейтіп емдеу) толық сақтау қажет. Емдеу шараларын глоссалгияның дамуына ықпал жасады-ау деген факторларды ескере отырып жүргізген жөн. Емдеуге қажет дәрілерді арнайы маман-дәрігерлердің ұсыныстарын да ескере отырып тағайындау қажет. Глоссалгиямен сырқат адамдарда әртүрлі психогендік және неврогендік өзгерістер бар екенін ескере отырып, транквилизаторлар, антидепрессанттар, тыныштандыратын, вегетотропты дәрілер тағайындайды.
- Дәрілерді таңдап тағайындау неврологиялық көрсеткіштерге байланысты. Гиперастениялық жағдайда (ашуланшақтық, шыдамсыздық, үйренушілік, дегбірсіздік) транквилизаторлар (диазепам 0,005 г немесе феназипан 0,0005 г $\frac{1}{2}$ - 1 таблетка, күніне 1-2 рет), антидепрессанттар (амитриптилин 0,025 г немесе азафен 0,025 г $\frac{1}{2}$ - 1 таблетка, күніне бір рет). Емдеу курсы – 1-1,5 ай.
- Гипостениялық жағдайда және депрессия кезінде (әлсіздік, сылбырлық, жабырқаулық, енжарлық, жұмыс қабілетінің төмендеуі) транквилизаторлар, (сигнопам 0,01 г бір таблеткадан, күніне бір рет), антидепрессанттар (имизин 0,025 $\frac{1}{2}$ таблеткадан күніне бір рет бір айға жуық), нейролептиктер (эглонил 0,002 г $\frac{1}{4}$ таблетка күніне 2 рет, біртіндеп мөлшерін жоғарылатады және 1-2 таблеткаға жеткізеді).

- Глоссалгияны (стомалгияны) емдеу үшін орталық жүйке жүйесін тыныштандыратын дәрілерді (шүйгіншөп, сасықшөп, пион тұнбаларын), Сухинин, Павлов, Кватер микстураларын тағайындайды. Микстураларды бір ас қасықтан күніне 3 рет 1-2 айдай қабылдауға болады.
- Вегето-тамырлы дистонияны емдеу үшін беласпон, беллоид, беллатаминал (бір таблеткадан күніне 2-3 рет бір ай шамасында) тағайындайды. Қан тамырларын кеңейтетін дәрілерді (но-шпа, никотин, никотинамид), мидағы және жергілікті қан айналымын жақсартатын дәрілерді (циннаризин, кавинтон, пирацетам, стугерон, трентал, мидокалм) тағайындаған артық болмайды (көбінесе жасы ұлғайған адамдарға). Сонымен қатар вегетотропты препараттарды, олардың ішінде холинолитиктерді (белласпон, беллоид, платифиллин), антихолинэстеразды дәрілерді (галантамин), ганглиоблокаторларды (ганглерон, бензогексоний) және антигистаминдік дәрілерді (фенкарол, супрастин, тавегил, димедрол) таңдап тағайындауға болады.

- Витаминдерді: тиамин, рибофлавин, пиридоксин, цианкобаламин, аскорбин қышқылын парентералды, токоферол ацетатын және ретинол ацетатын іштей қабылдау қажеттігін де ұмытпау керек.
- Глоссалгияны кешенді емдеу құрамына міндетті түрде ауыз ішін сауықтыру шаралары да кіреді. Тіс шөгінділерін алып, тісжегі әсерінен бұзылған тістерді пломбылайды, қатты бұзылған және қозғалмалы тістерді жұлып алып тастайды. Қажет болса әртүрлі металдан жасалған ортопедиялық конструкцияларды алып тастап, тістем биіктігін қалыпқа келтіріп, тиімді протездер қою жолдарын қарастырады.
- Шеттік жүйке құрылымдарына әсер ету үшін тіл нервісіне блокада жасайды: новокаиннің немесе тримекаиннің 0,5%-1% 2 мл ертіндісін тілдің түбіріне жақын кілегей қабаты астына күніне бір рет оң және сол жағына ауыстырып енгізеді. Сонымен қатар анестетиктерді бастырмалық әдістермен де сіңіруге болады (тримекаин, аместезин, лидокаин, пиромекаин ертінділері), аэрозоль құрамды дәрілерді (гипозоль, олазоль, пантенол, лидокаин-аэрозоль) кең қолдануға болады. Бірақ олар кілегей қабықты қорғай отырып, қысқа уақытқа созылатын әсер береді.

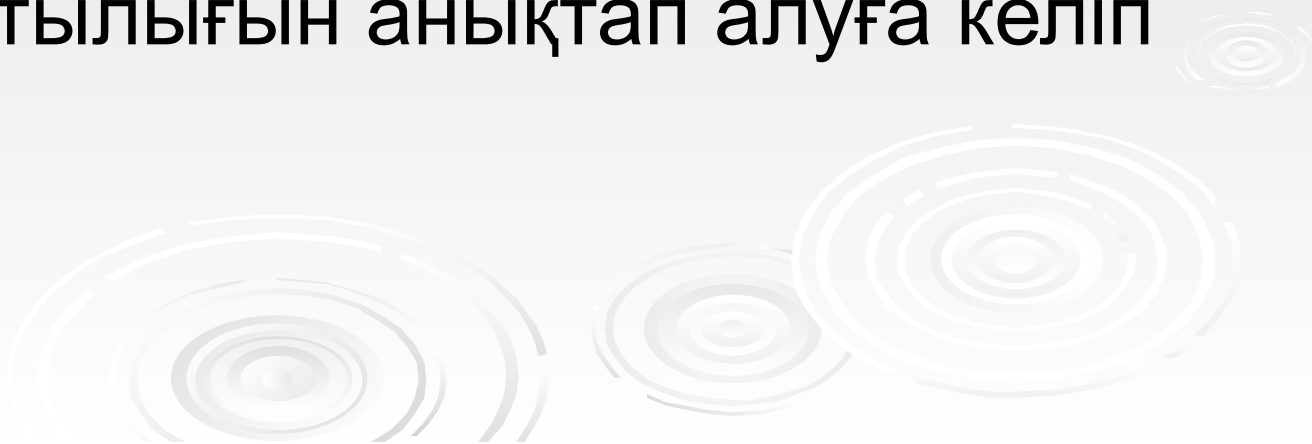
- Тілдің көк тамырларының варикозды кеңеюі кезінде гепарин жақпасын немесе Е.И.Гончарова және б. (1990) ұсынған қоспаны (димексид-16,0, жалбыз майы – 2-3 тамшы, гепарин жақпасы – 100,0) пайдалануға болады. Гепарин жақпасының ауырусыздандыру, тромбының құрылуын тежейтін, ұсақ тамырларда қан айналымын жақсартатын қасиеттері бар.
- Глоссалгия кезінде науқас аузының құрғауынашағымданған жағдайда (егер бұл белгі сілекей бездерінің ауруларына байланысты болмаса), иодты калийдің 3% ертіндісін (күніне бір ас қасықтан 3 рет сүтпен бірге ішеді), пилокортиннің 1% ертіндісін (3-4 тамшыдан күніне 3 рет қабылдайды) тағайындайды, емдеу курсы 1-2 аптаға созылуы тиіс.
- Физиотерапиялық әдістер: ультрадыбыспен емдеу, басты және мойынның жағалық белдеуін сылап-сипау, жоғарғы мойын симпатикалық түйіндерін гальванизациялау, флюктуризациялау, лазер сәулесін қолдану, инелік рефлексотерапия сияқты емдеу шараларын кең қолдануға болады.
- Глоссалгияны (стомалгияны) медициналық сүліктерді қойып емдеуге де болады. Бұл әдіс жүрек-қан тамыр аурулары бар адамдарға қолданған кезде жақсы нәтиже берген.
- Глоссалгиямен (стомалгиямен) науқас адамдар дәрігер-стоматологтың диспансерлік бақылауында болып, жылына 3-4 рет емдеу курсы алып тұруы керек. Емші дәрігер мен невропатолог қажыет кезінде (кемінде жылына бір рет) ақыл-кеңес беріп тұрғаны тиімді болады.

Дәм сезудің бұзылуы

- Ауыздың кілегей қабығы үлкен мидың жарты шарымен байланысты афференттік жолдың бастамасы болып саналатын әртүрлі рецепторларға бай. Олардың ішінде дәм сезу рецепторлары да бар. Қалыпты жағдайда дәм сезу рецепторларының көмегімен адам тәтті, тұзды, қышқыл және ащы тағамдар дәмін ешбір күмәнсіз ажырата алады. Кейбір кездерде әртүрлі ықпалдардың әсерінен дәм сезудің бұзылуы (нарушение вкуса - dysgensia) орын алады. Дәм сезудің бұзылуы әртүрлі деңгейде ауытқуы мүмкін: бірге толық сезбеушілік (агевзия) байқалса, кейде дәм сезудің төмендеуі (гипогевзия) немесе жоғарылауы (гипергевзия) орын алуы мүмкін. Бұл үрдіс дәмнің барлық түріне (тәттіге, қышқылға, тұздыға, ащыға) немесе кейбіреуіне ғана қатысты болуы мүмкін. Тілдің кілегей қабығын жарақаттайтын әртүрлі аурулар кезінде (тілдің вирустық және аллергиялық қабынулары, әртүрлі ықпалдар әсерінен зақымдануы, витаминдер тапшылығы, асқазан-ішек жолы аурулары, өзгерістер) жабынды эпителийдің ерте түлеуіне немесе бүтіндігінің бұзылуына байланысты тіл бүртіктерінде орналасқан дәм сезу баданаларының дәм қабылдау қызметі өзгереді. Мұндай кездерде дәм сезу қызметі табында эпителий мен тіл бүртіктері қайта қалпына келгеннен кейін реттеле бастайды. Тіл қатты өңезденген кезде (үстінде жұмсақ қақ жиналған кезде), үстіндегі кілегей қабықта лейкоплакия және қызыл жалпақ теміреткі ошақтары орналасқан кезде дәм сезудің төмендегіні (гипогевзия) байқалады. Себебі аса мүйізгектеніп қалыңдаған эпителий арқылы дәм сезу баданаларына астың дәмі жетпейді.

- Ащы және қышқыл дәм сезіну (гипергевзия) асқазан, бауыр, өт қабының созылмалы қабынуларының өршуі кезінде жиірек байқалады.
- Ауызда қышқыл және металл дәмінің сезілуі әртүрлі металдардан жасалған көптеген ортопедиялық конструкциялар әсерінен пайда болады.
- Асқазан обыры, асқазанның және ұлтабардың жаралы аурулары кезінде дәм сезудің бұзылуы – дисгевзия (тәттінің орнына қышқыл сезу және керісінше) орын алуы мүмкін.
- Тілдің алдыңғы $\frac{2}{3}$ бөлігінде біржақты дәм сезудің бұзылуы шеткілік нервтердің – дабыл ішегінің, тіл, бер нервтерінің жарақаттануы кезінде байқалады. Тілдің артқы $\frac{1}{3}$ бөлігінде дәм сезудің бұзылуы тіл-жұтқыншақ нервісінің жарақаттануы кезінде орын алады.
- Қант диабетінің декомпенсацияланған түрінде кейбір науқастарда тәтті, тұзды, қышқыл, ал кейде ащы дәмді сезу мүмкіндігі төмен болады.
- Дәм сезудің екіжақты және біржақты толық бұзылысы орталық жүйке жүйесінің органикалық өзгерістері кезінде (мидың қатерлі және қатерсіз ісіктері, мерез гуммасы) дамуы мүмкін.
- Дәм сезудің деңгейі рецепторлардың сезімталдық шегінің жоғарылауымен немесе төмендеуімен ғана сипатталмайды, олардың функционалдық жұмылғыштық қасиетіне де байланысты.
- Дәм сезу рецепторларының жұмылғыштығы (мобильность) мен жұмылмағыштығы (демобильность) ас қорыту жолының функционалдық жағдайына байланысты. Ашқарында дәм сезу рецепторлары сезгіштікке жақсы бейімделген (жұмылған) жағдайда болады, ал ас қабылдағаннан кейін олардың дәм сезгіштігі жартылай төмендейді (демобиленуге ұшырайды).

■ **Емі.** Дәм сезудің ауытқуларын емдеу оны туындатқан ықпалдардың анықталуына байланысты жүргізіледі. Ең маңыздысы – бұл үрдістің жергілікті тіндердегі өзгерістермен, немесе белгілі бір жүйелер қызметінің бұзылуымен байланыстылығын анықтап алуға келіп тіреледі.



Сілекей бөлінуінің бұзылуы

- Сілекей (слюна - saliva) сілекей бездерінен ауыз ішіне бөлініп шығатын секрет. Бездерінің шығарушы түіктерінен шығатын секрет таза сілекей, ал ауыз ішіне құйылғаннан кейін аралас сілекей, немесе ауыз сұйығы деп аталады. Ауыз сұйығында таза секреттен басқа микроорганизмдер, олардан өблінген заттар, түлеген эпителий клекалары, қызыл иек сайынан шыққан лейкоциттер, астың қалдықтары бар.
- Ересек адам тәулігіне 1500-2000 мл сілекей бөледі. Сілекей бөлінуінің жылдамдығы көптеген факторларға байланысты: адамның жасына (55-60 жастан кейін сілекей бөліну баяулайды), жүйкенің қозуына, тағамдық тітркендіргіштерге. Ұйқы кезінде өте аз бөлінеді (0,05 мл/мин), сергектік жағдайында – 0,5 мл/мин, ынталандырған жағдайда – 2,0-2,5 мл/мин. Сілекей бөлінуінің жылдамдығы тістердің тісжегімен жарақаттануына үлкен әсер тигізеді.
- Ауыз сұйығы – жұтқыр сұйық (таза сілекейдің жұтқырлығы Освальд бойынша 1,2-2,4 бірлікке тең), салыстырмалы тығыздығы – 1,001-1,017.
- әртүрлі ықпалдар әсерінен сілекей бөлінуінің бұзылуы мүмкін және оның төмендегі түрлерін ажыратады: сілекейдің көп бөлінуі (гиперсаливация-gypersalivatio), тіптен бөлінбеу қалуы (аасаливация – asalivatio немесе ксеростомия – cserostomio)

- сілекейдің көп бөлінуі. Көбінесе шартсыз рефлекс түрінде ауыздың кілегей қабығында әртүрлі қабыну үрдістері дамыған кезде байқалады және оны организмнің оң қорғаныс жауабы деп санауға болады. Мұндай жағдай аса көп ыңғайсыздық туындатпайды. Сілекейдің көп бөлінуі сынап пен иод организмге түскеннен кейін сілекей бездерінің секрет бөлетін клеткаларын тітіркендіру әсерінен де байқалуы мүмкін.
- Сілекейдің аса көп бөлінуі (2-3 есе) орталық жүйке жүйесінің вегетативтік орталықтары өзгеріске ұшыраған кезде (паркинсон ауруы, жалғанбульбарлы салдану, инсульттен кейінгі біржақты салдану) байқалады. Паркинсон ауруы кезінде жұтыну қызметі де зардап шегеді. Кейде нервтің тонусының жоғарылауы, ішек құрттары инвазиялық кезінде де сілекей бөлінуі күшейеді.
- Кейбір невроздар, психикалық ауытқулар, тұтыну әрекеті қиындаған кезде науқастар сілекейдің көп бөлінуіне шағымданулары мүмкін, бірақ қарап тексергенде, бұл жағдай дәлелденбейді және оны сілекейдің көп бөлінуін жалған сезіну (ложная гиперсаливация) деп атауға болады.
- Сондақта сілекейдің көп бөлінуі анықталған науқастарды стоматологтан басқа да маман-дәрігерлер (терапевт, невропотолог) мұқият тексерулері керек.

- **Емі.** Ауыз кілегей қабығы қабынулары кезіндегі сілекейдің көп бөлінуі – қорғаныстың жауап болғандықтан арнаулы емдеуді қажет етпейді. Басқа аурулар кезінде анықталған жағдайда негізгі сырқатты емдеу шаралары жүргізіледі. Қажет болса, аз уақытқа атропинді дәрілерді тағайындауға болады.
- **Сілекейдің аз бөлінуі.** Сілекейдің аз бөлінуі кейде тіпті бөлінбей қалуы (ксеростомия) өте ыңғайсыз жағдай туындатады. Бұл кезде ас қабылдау (көбінесе құрғақ тағамдарды), сөйлеу, тұтыну қиындайды, ауыз кілегей қабығы құрғап, беті кедір-бұдырланып, өте-мөте тілдің бүртіктері құрғап, түрпідей білініп тұрады.
- Сілекей аз бөлінуі кезінде қарап тексергенде ауыз кілегей қабығы құрғақ және күңгірт түстенеді, сілекей қою және аз, көпіріп тұрады. Мұндай жағдайда сілекейдің ауыз ішін шайып тұру қасиеті төмендегіндіктен, тіл үстінде, тіс беттерінде жұмсақ қалың қақтар пайда болып, кілегей қабықта, қызыл иекте қабыну үрдістері дамиды, тістер көптеген тісжегілік бұзылыстарға ұшырайды.
- Сілекейдің аз бөлінуі жас ұлғайған және қарт адамдар арасында көбірек кездеседі.
- Сілекей бөлінуінң азаюі қант диабеті, дәнекер тіннің жүйелі аурулары (қызыл жегі, склеродермия, ревматизм), сәулелер әсерінен кейін, витаминдер тапшылығы (А,В,Е) гипоседироз (Планмер-Винсон синдромы) кезінде, сілекей бездерін әртүрлі ауруларға байланысты алып тастағаннан кейін орын алады. Сілекейдің өте аз бөлінуі Шегрен синдромы кезінде байқалады.
- Симпатикалық нерв жүйесінің тонусының жоғарылауы, гипретерез, климактериялық кезең, әртүрлі невроздар кезінде сілекей бөлінуі азаяды. Сілекейдің қысқа мерзім ішінде аз бөлінуі әртүрлі жұқпалы аурулар кезінде, тағамдық заттармен уланғанда (көбінесе ботулизм), дәрі-дәрмектер (атропин тобындағы, гипертонияға қарсы) қабылдаған кезде байқалуы мүмкін.

- Костен синдромы (төмендеген тістем), ауыз кандидозы кезінде де сілекей аз бөлінеді. Мұрын арқылы демалу бұзылған жағдайда (мұрын полипы, мұрын қалқаны қисаюы кезінде) адам амалсыз ауызбен демалуына тура келеді. Осы кезде ауыз сұйығы тез бұланып, ауыз іші құрғай бастайды және сілекей аз бөлінетін сияқты сезім туындайды (сілекей аз бөлінуінің жалғандығы-ложная гипосаливация). Кейбір науқастар ауыздың түнде құрғайтынына шағымдануы мүмкін. Бұл көбінесе жасы ұлғайған адамдарда жиірек кездеседі. Оның себебі: екі жақ тістері толық түскен жағдайда ұйқы кезінде ауыз толық жабылмау мүмкін немесе адам шалқасына ұйқтаған кезде төменгі жақты көтеретін еттердің әлсіздігінен ауыз ашылып қалатындықтан, жартылай ауызбен демалуға тура келеді.
- **Емі.** Сілекейдің аз бөліну себептерін анықтап, дер кезінде жойған дұрыс. Міндетті түрде ауыз ішін сауықтырып, тиімді протездеу қажет. Ауызды ауық-ауық өсімдік майларымен (күнбағыс, шабдол, мақта, жүгері), лизоциммен (бір литр қайнаған суға бір жұмыртқаның ағын ерітеді) шайқап тұрған тиімді.
- Жалпылай емдеу үшін витаминдер кешенін (А, В1, В12, С, Е), қажет болса тыныс гармондарын, иодты препараттарды (иодты калийдің 3% ертіндісін) іштей тағайындайды. Антихолинэстеразды препараттарды (галантаминнің 0,5% ертіндісін 1,0 мл тері астына жібереді немесе іштей бір қабылдайды), пилокарпин гидрохлоридін (4 тамшыдан күніне 1-2 рет) тағайындайды. Үлкен сілекей бездер аймағын гальванизациялау әдісі де жақсы нәтиже берелі.

Еріндер қабынуы

▣ **Еріндер қабынуы немесе хейлиттер (хейлиты -cheilitis)** қатерсіз, еріндер аймағын (кілегей қабығын, жиектерін, терісін) жарақаттайтын патологиялық үрдіс. Еріндер қабынуын А.Л.Мешкиллейсон және С. А.Кутин (1983) екі топқа бөледі: өзіндік қабынулары (собственные хейлиты) және симптоматикалық қабынулары (симптоматические хейлиты). Еріннің өзіндік қабынуларына еріннің жапырақтана немесе түлей қабынуын (құрғақ және жалқықты түрлері), glandулярлы қабынуын (біріншілік және екіншілік), күн сәулесі және ауа-райы әсерлерінен қабынуын, жанаспалы аллергиялық қабынуын жатқызады. Екінші топтағы қабынуларға еріннің атопиялық, экземалы қабынулары, еріннің ұлғая қабынуы (Мелькерссон-Розенталь синдромы кезінде), еріннің витаминдер жетіспеушілігінен қабынуы, еріндердің созылмалы тіліктері кіреді.

Еріннің жапырақтана немесе түлей қабынуы

- **Еріннің жапырақтана қабынуы (эксфолиативный хейлит – *cheilitis exfoliativa*)** – тек еріндер қызыл жиегінің қабыршақтанып түлеуімен сипатталатын ауру.
- Аурудың құрғақ және жалқықты түрлерін ажырата, жүре келе олар бір-біріне ауысуы да мүмкін. Көбіне 20-40 жастар арасындағы әйелдер ауырады. Ерін қабынуының бұл түрін алғаш 1900 жылы Stelwagon «еріндердің толассыз түлеуі» («персистирующая десквамация губ») деп сипаттап жазған. Кешірек Микулич және Кюммель (1912) ауруды «еріннің жапырақтана қабынуы» деп атауды ұсынған.
- Еріннің түлей қабынуы кенеттен дамиды, ағымы ұзаққа созылады, кейде өздігіннен жазылып кетуі де мүмкін. Себебі әлі анықталмаған, патогенезінде орталық жүйке жүйесінің қызметінің бұзылуы, генетикалық бейімділік, иммунды-аллергиялық, эндокриндік өзгерістер (оның ішінде қалқанша бездің қызметінің бұзылуы) белгілі орын алады.

- **Клиникалық көрінісі.** Еріннің жапырақтана қабынуының маңызды ерекшелігі – жарақат ошағының орналасуында. Патологиялық ошақ бір немесе екі еріннің қызыл жиегінде орналасады және Клейн белдеуінен бастап (кілегей қабықтың ерін жиегіне ауысқан жері) қызыл жиектің орта бөлігіне дейін орналасып, бір езуден екінші езуге дейін жіңішке лентаға (таспаға) ұқсап, созыла орналасады. Еріннің жиегінің теріге жақын бөлігі, екі езу жарақаттанбайды және кілегей қабық пен теріге ауыспайды.

Еріннің жапырақтана қабынуының құрғақ түрінде (сурет-5) жарақат ошағында слюдаға ұқсас сұр немесе сұр-қоңырлау түсті, орта бөлігімен ерін жиегіне бекіген, шет бөліктері астындағы тіндерден аздап ажыраған әртүрлі көлемді қабыршақтар пайда болады. Еріндер құрғап, толассыз түлеп тұрады. Қабыршақтар оңай сылынып алынады, астындағы ерін жиегі іркілген-қызыл түсті, бірақ эрозиялар пайда болмайды. Клейн белдеуі аймағындағы кілегей қабық кейде аздап қызарады. Науқас көбіне ернінің құрғақтығына, аздап қызып және қышып мазалайтынына, қабыршақтарды жиі тістелеп, күшпен алып тастайтынына шағымданады. Еріндер жиегін жиі жалай береді, мұның өзі ерінде одан әрі құрғата түседі. Қабыршақтар түскеннен кейін, біраз уақыт ішінде (3-5 тәулік арасында) қайтадан пайда болады. Қабыршақтардың көлеміне байланысты еріндер жиегінің түлеуінің екі түрін ажыратады: жапыраққа ұқсас (отрубевидное шелушение).



Сурет-5. Еріннің жапырақтана қабынуы, құрғақ түрі



Сурет-6. Еріннің түлей қабынуы, жалқықты түрі

- Еріннің түлей қабынуының жалқықты түрінде ерін ісініп, қызарады. Клейн белдеуінде көптеген қабыршақтармен қатар сары-сұр немесе сары қоңырлау түсті қабықшалар пайда болып, ерін жиегін толық жауып кетеді (сурет-6). Кейде қабықшалар түспей, қабат-қабат болып жиналып, көлемі үлкейіп, ерін жиегінен алжапқышқа ұқсап (в виде фартука) салбырап тұрады. Қабықшаларды жібітіп алып тастаған кезде, астындағы ашық-қызыл түстенген аймақ беті ашылады. Толассыз құрылатын қабықшалар 3-6 тәулік арасында өздерінің құрылу шегіне жетеді. Ескі қабықшалар түскеннен кейін-ақ, Клейн белдеуінде ақшыл түсті қою және жабысқақ жалқық пайда бола бастайды және біртіндеп кеуіп, жаңа қабықшаларға айналады. Науқастар көбіне еріндерінің (көбінесе төменгі еріннің) қызып, қышып, сыздап ашап ауырып мазалайтынына және косметикалық ыңғайсыздыққа шағымданады. Жалқықтану үрдісі ұсақ капиллярлардың өткізгіштігінің жоғарлауына байланысты. Емдеу шараларын дұрыс жүргізген кезде ауру толығымен жазылып кетеді, кейде құрғақ түріне ауысуы мүмкін.

- Біз танысқан әдебиеттердің барлығында еріннің түлей қабынуының жалқықты түрінде қабықшалар астында ешқашан эрозия ошақтары болмайтыны туралы мәлімет бар. Біздің бақылауда болған және емделген еріннің түлей қабынуының жалқықты түрі бар 14-60 жастар арасындағы науқастардың ішінде екі әйел адамның және үш ер адамның төменгі еріндері жиегінде қоңыр және қара-қоңыр түсті қанды қабықтар байқалды, оларды жібітіп алған кезде астында ұсақ тіліктер және беткей орналасқан эрозия ошақтары анықталды. Науқастарға иммунологиялық және цитологиялық зерттеулер жүргізу нәтижесінде клеткалық иммунитет жетіспеушілігі анықталды және жарақат ошағында қатерлі ісікке ауысу белгілері дәлелденбеді. Жүргізілген кешенді емдеу шаралары, оның ішінде жергілікті ем жақсы нәтиже берді. Ол үшін алдымен ерін жиегіне 1 мл 2% новокаин ерітіндісі егіліп, кейінірек антигистаминдік дәрілер жіберілетін аймақ алдын-ала жансыздандырылды, осыдан кейін 1 мл супрастин (2,5% ерітіндісі) немесе димедрол (1% ерітіндісі) егілді және бұл шара әрбір үш күнде бір қайталанып тұрды. Емдеу курсына 3-5 инъекция жасалынды.

- Қорыта келгенде, еріннің түлей қабынуы ұзаққа созылған және тиімді емдеу шаралары жүргізілмеген кезде құрғақ түрі жалқықты түріне ауысып, ерін жиегі жабынды эпителийі астынан толассыз шыққан жалқық әсерінен эпителий қабаттарында трофикалық бұзылыстар дамыып, эрозиялы ошақтардың пайда болуына жағдай туғызады. Екіншілік инфекция және сыртқы зиянды ықпалдар әсерінен эрозиялы ошақтарда қабыну үрдістерді орын алып, жарақат ошағының тұрақты аймақтан бүкіл ерін жиегіне жайылуына мүмкіндік туады. Эрозия ошақтарынан бөлінген қанды-сарысулы жалқық кеуіп, қоңыр немесе қара-қоңыр түсті қабыққа айналады. Мұндай клиникалық көрініс еріннің түлей қабынуының классикалық, клиникалық көрінісінің соңғы уақытта көптеген себептерге байланысты өзгере бастағанын көрсетеді. Мұндай өзгерістерге ұшырауды көптеген басқа аурулар ағымынан да байқауға болады.

- **Патологиялық гистологиясы.** Ерін жиегінің жабынды эпителий қабатында акантоз, пара- және гиперкератоз, тікенекті және мүйізді қабаттар арасындағы байланыстың нашарлауы орын алады. Тікенекті қабатта көптеген мөлдір клеткалар кездеседі. Бұлар – дистрофияға ұшыраған клеткалар емес, энергия жинақтау үшін тыныштық жағдай сақтаған клеткалар.
- **Сараптамалы диагностикасы.** Еріннің жапырақтана қабынуының құрғақ түрін еріннің актиндік, метеорологиялық қабынуларының құрғақ түрлерінен, атопиялық қабынуынан ажырата білу керек.
- Ал жалқықты түрін еріннің актиндік және метеорологиялық, жанаспалы аллергиялық қабынуларының жалқықты түрлерінен, Манганотти хейлитінен, қарапайым күлбіреуікшіден, қызыл жегінің эрозиялы-жаралы түрінен ажырата білу керек.
- Актиндік қабынудың жалқықты түрі жыл уақытымен байланысты және ерте көктемде дамып, күз және қыс айларында басылып кетуі мүмкін. Бұл кезде еріндер қызыл жиегі тұтас қызарып, жалқықтанады, кейде көпіршікті бөрткендер де шығуы мүмкін.

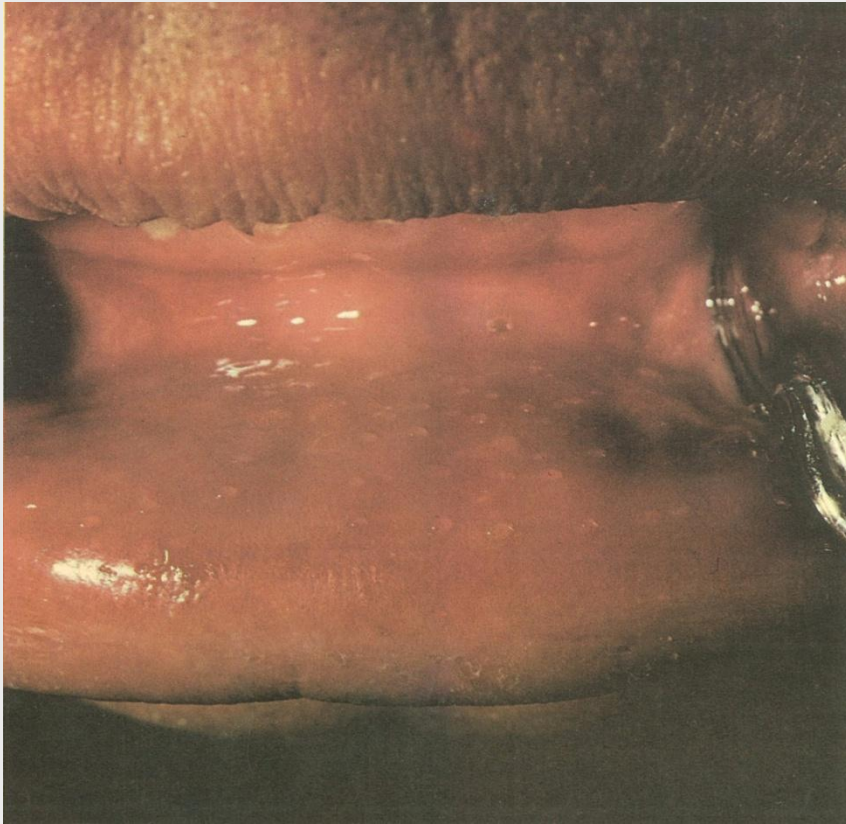
- Манганотти хейлиті кезінде жарақат ошағы шағындау болады. Жұқа эрозиялы ошақтардың беті тез жазылып таза болады, кейде қайтадан ашылып тұрады.
- Күлбіреуікше кезінде ерін жиегіндегі қабықшаларды алған кезде эрозия ошақтарының беттері ашылады, жақпа-таңбаларда акантолизденген клеткалар анықталады.
- Қызыл жегі кезінде ерін жиегінде қатты қызару ошағы, бетінде гиперкератоздану үрдісі, эрозия және жара, атрофиялы тыртықтар орын алады.
- Еріннің жанаспалы аллергиялық қабынуы аллергиялар әсері тоқтаған кезде және антигистаминдік дәрілер қолданғанда тез басылады, себебі оңай анықталады.
- Еріннің атопиялық қабынуы кезінде езулер аймағы және жақын орналасқан тері жарақаттанады және жері суреті айқындалады (лихенизация кожи).



- **Емі.** Еріннің жапырақтана түлей қабынуы емдеу кешенді қағиданы ұстана отырып жүргізіледі. Жалпылай емдеу жоспары тыныштандыратын дәрілер (Пассит, Новопассит, Персен), транквилизаторлар (сибазон, валиум, фенозепам, мезапам), депрессияға қарсы дәрілер (амитриптилин, азафен), гистаминге қарсы дәрілер (фенкорол, кларитин, алсет, антиаллергин), витаминдер жиынтығын, С витаминін тағайындауды қарастырады. Иммундық жүйе қызметін реттейтін препараттар (Имудон, иммукал) тағайындауды да ұмытпау керек.
- Жергілікті ем жүргізу үшін құрамында кортикостероидтар бар жақпалар (триакорт, фторокорт, синалар, 0,025% синафлан, кеналог, адвентан), екіншілік инфекциямен асқынбау үшін бактериаларға қарсы дәрілер қосылған жақпалар (дермазолон, дексокорт, кортикомицетин, фенкортизол) қолданылады. Аурудың жалқықты түрінде жақпалар қолданар алдында қабықшаларды бор қышқылының 2%, фурацилиннің 0,02%, этакридин лактатының 0,05% ертінділерімен жібiтiп, алып тастау керек. Құрғақ түрінде ерін жиегіне жағу үшін «Восторг», «Спермацетовый» атты және гигиеналық бальзамдарды пайдалануға болады (құрамында А және Е витаминдері бар). Кейде жоғарыда көрсетілген дәрілерді қолдану кезінде жақсы нәтиже байқалмаса, жарақат ошағына тікелей антигистаминдік дәрілер ертіндісін инъекциялық әдіспен жіберіп емдеуге болады.
- Аурудың жалқықты түрін жергілікті емдеу үшін Букки шекаралық рентген сәулесін де (Пограничные лучи Букки) қолдануға болады, бастапқы мөлшері 1 ГР (Грей), жетісіне бір рет, біртіндеп 2-3 Гр. дейін жоғарылатып, сәулені 7-10 күн бір рет жібереді. Емдеу курсы 16-30 Гр.

Еріннің glandулярлы қабынуы

- **Еріннің glandулярлы қабынуы (*glandулярный хейлит* – *cheilitis glandularis*)** – ұсақ сілікей бездерінің еріндер қызыл жиегіне және Клейн белдеуіне ауыса орналасуымен немесе олардың сілекей шығаратын түтіктерінің осы аймақтарда ашылуымен (гетеротопия), бездер тіндерінің шамадан тыс ұлғаюымен, қызметінің жоғарылап, сілекейді көп бөлуімен сипатталатын ауруы.
- Еріннің glandулярлы қабынуы біріншілік және екіншілік қабынулар болып бөлінеді. біріншілік glandулярлы қабыну 3-6% жағдайда 20 жастан кейін ерлер арасында жиірек (әйелдермен салыстырғанда екі есе көбірек) кездеседі.
- Еріннің біріншілік glandулярлы қабынуы қарапайым (простой glandулярный хейлит) және іріңді (гнойный glandулярный хейлит) болып бөлінеді, өзіндік клиникалық белгілермен сипатталады және төменгі ерін жиірек жарақаттанады.



Сурет-7.Еріннің glandулярлы қабынуы, «таңғы шық тамшылары» симптомы

- Еріннің біріншілік қарапайым glandулярлы қабынуы кезінде ерін кілегей қабығында, Клейн белдеуінде, кейде оған жақын еріннің қызыл жиегінде ұсақ бездер түтіктерінің кеңейген ауыздары көптеген қызыл нүктелерге ұқсап көрінеді және біраз күтіп байқаса, түтік ауыздарынан қою және мөлдір сілекей тамшылары бөліне бастайды. Оларды «таңғы шық тамшылары» симптомы (симптом «капель утренней росы») деп атайды (сурет-7). Көпшілік жағдайда кеңейген түтіктер ауызы көлемдері түйреуіш басындай болып ұлғайған түйіншектерге ұқсас сілекей бездерінің бетінде орналасады. Бұл түйіншектерді көзбен көруге (кілегей қабық беті кедір-бұдыр болып тұрады), немесе сипап анықтауға да болады.

- Кейде кеңейген түйіктер ауыздарының төңірегінде оларды қоршай орналасқан ашық-қызыл түсті шағын және жіңішке эрозия ошақтарын, немесе сақинаға ұқсап қоршай орналасқан лейкоплакия жолақтарын да байқауға болады. Ұсақ сілекей бездерінен толассыз бөлінген еріндер жиегіне қарай ағады және ылғалдандырып тұрады, ал кепкен кезде еріндер жиегін құрғатып, жиі-жиі түлеуге ұшыратады. Еріндер жиегі құрғаған адам оны қайта-қайта жалап, ыңғайсыз әдет қалыптасады. Қатты құрғаған ерін жиегінде ұзақ жазылмайтын тіліктер, эрозиялы немесе гиперкератозды ошақтар пайда болады. Сирек жағдайда қатерлі ісікпен асқынуы мүмкін.
- Ернінің қарапайым glandулярлы қабынуы бар адам ернінің жиі құрғауына, ұйқтаған кезде еріндері бір-біріне жабысып, ояғанда ауызын күшпен ашатындығына, екі езуінде немесе ерін жиектерінде ақшыл-сары түсті қақ пайда болып, ыңғайсыздық туғызатынына, ас қабылдағанда (ащы, қышқыл, тұзды) еріндерінің ашып ауыратынына, кезде қызып-ысып мазалайтынына шағымданады.
- Кейде ұсақ сілекей бездерінің кеңейген түтіктеріне пиогенді инфекцияның өтуіне байланысты еріннің іріңді glandулярлы қабынуы дамуы мүмкін. Бұл кезде ерін қатты ісініп кетеді және ауырады, ерінді қозғап ауыз ашу қиындайды, кілегей қабық беті, ерін жиегі сары-жасыл түсті немесе қоңыр-қара түсті қақпен жабылады.

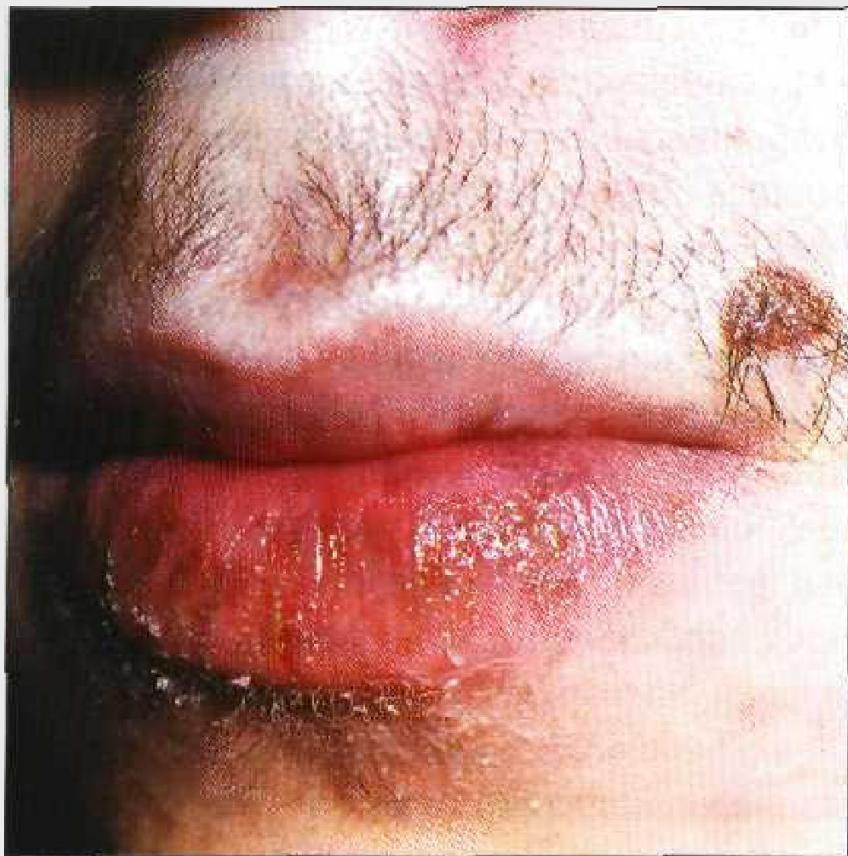
- Қарап тексергенде, Клейн белдеуінде, кейде оған жақын ерін жиегінде кеңейген түтік ауыздарынан рірңді жалқық бөлініп тұрады, ерін жиегінде тіліктер мен эрозиялы ошақтар пайда болады. Кейде түтіктер ауызы бітеліп қалып, бір немесе көптеген ұсақ абсцестер дамуы мүмкін. Науқастың дене қызуы көтеріліп, ас қабылдай және сөйлей алмай қатты қтналады. Аймақтық лимфа түйіндері ісінп, сипап байқағанда ауырады.
- Патогистологиялық зерттеу кезінде ұсақ сілекей бездерінің гипертрофиялануы, шығарушы түтіктер төңірегінде қабынбалық инфильтрат, кейде акантоз және паракератоз байқалады.
- Еріннің екіншілік glandулярлы қабынуы әртүрлі аурулар барысында еріндер кілегей қабығы жарақаттанған жағдайда (қызыл жалпақ темріеткі, қызыл жегі, күлбіреуікше және б.) дамиды. Бұл кезде негізгі аурудың клиникалық белгілерімен қатар ерінде ұсақ сілекей бездерінің кеңейген ауыздарынан және олардан сілекейдің көп бөлінуін байқауға болады.
- Еріннің glandулярлы қабынуының диагнозын ешбір күмәнсіз- ақ қоюға болады.

- **Емі.** Еріннің біріншілік қарапайым гландулярлы қабынуын емдеу үшін құрамында кортикостероидтар, бактерияларға қарсы дәрілер бар жақпалар, ал іріңді гландулярлы қабынуы кезінде антибиотиктер қосылған жақпалар қолданылады. Бұл кезде антигистаминдік, дене қызуын төмендететін дәрілер, антибиотиктер тағайындау керек. Консервативтік емдеу шаралары нәтижесіз болған жағдайда, ұсақ бездерді электрокоагуляциялау, лазермен (қуатты-гранатты лазермен) коагуляциялау, хирургиялық жолмен алып тастау әдістері қолданылады.
- Еріннің екіншілік гландулярлы қабынуын емдеу жоғарыда аталған жақпаларды қолдана отырып, негізгі ауруды емдеумен қатар жүргізіледі. Аурудың барысы қатерсіз, бірақ дер кезінде тиімді емдеу шаралары жүргізілмесе, осы негізде обыралды аурулар дамуы мүмкін.

Еріннің актиндік қабынуы

- ▣ **Еріннің актиндік қабынуы (актинический хейлит – *cheilitis actinica*)** – ерін жиегінің күн сәулесіне жоғары сезімталдығы әсерінен дамидын созылмалы ауруы. Алғаш рет бұл ауруды 1923 жылы Аурес сипаттап жазған. Еріннің актиндік қабынуы 20-60 жастар арасындағы ер адамдарда жиірек кездеседі.
- ▣ Ауру күн сәулесіне жоғары сезімталдық нәтижесінде ультракүлгін сәулелерге баяу дамыған аллергиялық реакция ретінде дамиды.
- ▣ Клиникалық ағым ерекшелігіне сай аурудың екі түрін (құрғақ және жалқықты) ажыратады.

- **Клиникалық көрінісі.** Аурудың құрғақ түрінде көктем шығысымен төменгі ерін жиегі ашық-қызыл түстеніп, құрғап, ұсақ ақ-күміс түстес қабыршақтармен жабылады және жарақат үрдісі ерін жиегін тұтас қамтиды, жоғарғы ерін жиегі мен бет терісі өзгеріске сирек ұшырайды (сурет-8а). Кейде ерін жиегінде эрозиялы немесе гиперкератоздану ошақтары, тіліктер, веррукозды өсіктер де орын алуы мүмкін.
- Аурудың жалқықты түрінде қатты қызарып, аздап ісінген төменгі ерін жиегінде ұсақ көпіршік бөрткендер, қабықшалармен жабылған ылғалды эрозиялар пайда болады (сурет-8б). Науқастар көбіне еріндерінің сыздап ауыратынына, қызып-күйіп, қышып мазалайтынына, косметикалық ыңғайсыздыққа шағымданады.
- Ауруды алғашқы кезеңі жыл мезгіліммен тығыз байланысты: көктем-жаз айларында өршіп, күз-қыс айларында кері дамуға ұшырайды. Тиімді емдеу шаралары жүргізілмеген жағдайда ауру созылмалы ағымды болып, көктем-жаз айларында басталған патологиялық үрдістің күз-қыс айларында беті қайтпауы мүмкін. Осының нәтижесінде төменгі ерін жиегінде ұсақ жазылмайтын тіліктер, эрозиялы немесе жаралы ошақтар пайда болып, беттері қанды-сарысулы қабықшалармен жабылады. Ұзақ уақыт жазылмаған жарақат ошағы қатерлі ісікке ауысуы мүмкін.



а)



б)

Сурет-8. Актинді хейлит,
а) құрғақ түрі;
б) жалқықты түрі

- **Патологиялық гистологиясы.** Жабынды эпителийде аздаған паракератоздану үрдісімен қатар гиперплазиялану ошақтары байқалады. Дәнекер тін негізінде кеңейген қан тамырлар төңірегінде қабынбалық инфильтраттар және гомогенденген (біртектіленген) эластикалық талшықтар анықталады.
- Еріннің актиндік қабынуын еріннің түлей, метеорологиялық, жанаспалы аллергиялық қабынуына, қызыл жегіден ажырата білу керек. Аурудың диагнозын нақтылауда аурудың даму тарихын дұрыс жинаудың, басталу кезеңінің жыл мезгілімен тікелей байланысын анықтаудың үлкен маңызы бар.

- **Емі.** Мүмкін болса сәулесі әсерінен аз ұшырауға тырысу керек. Ашық күндері сыртқа шыққанда басқа кең жиекті қалпақ кию керек, ашық ауада істейтін адамдар қажет болса, мамандықтарын өзгертуге тура келеді. Никотин қышқылын, витаминдер жиынтығын, безгекке қарсы дәрілер (делагил 0,25 г күніне 2 рет 2-3 апта), десенсибилизациялаушы препараттар, иммундық жүйе қызметін реттейтін дәрілер, аскорутин тағайындайды. Жарақат ошағына жағу үшін кортикостероидты жақпаларды (0,5% преднизолон, 0,1% полькортолон, 0,025% синафлан жақпаларын, «Флуцинар», «Локакортен», «Лоринден» және б.) пайдаланады.
- Еріннің актиндік қабынуының алдын алу үшін ерін жиегіне күн сәулесінен қорғайтын «Луч», «Щит», «Антилюкс» сияқты кремдерді (иіс майларды) 10% салол жақпасын жағып тұрады.

Еріннің метеорологиялық қабынуы

- **Еріннің метеорологиялық қабынуы** (**метеорологический хейлит – *cheilitis meteorologica***) әртүрлі метеорологиялық факторлар (ауаның құрғақтығы мен ылғалдығы, күн сәулесі, шаң-тозаң, жел, ыстық және суық ауа) әсерінен дамиды. Жыл мезгілінің кез-келген уақытында көбінесе ашық ауада жұмыс істейтін, терісі нәзіктеу және аса сезімтал адамдарда (егіншілер, малшылар және құрылысшылар, альпинистер, метеорологтар) жиірек кездеседі.

- **Клиникалық көрінісі.** Еріннің метеорологиялық қабынуы кезінде екі ерін жиегі немесе төменгі ерін жиегі толығымен жарақаттанады. Ерін сәл қызарып, жиегі инфильтраттанады, құрғап, ұсақ қабықшалармен жабылады; науқастарға еріннің құрғап тырысуы, жиі түлеуі, қызып, кейде қышуы ыңғайсыздық туындатады. Метеорологиялық факторлардың әсері тоқталмаса ерін жиегінде жалқықтану үрдісі дамып, тіліктер немесе эрозиялы ошақтар пайда болады.
- Патогистологиялық зерттеу кезінде жабынды эпителийде гиперплазиялану және гиперкератоздану, дәнекер тін қабатында инфлиьтраттану үрдістері анықталады.
- Еріннің метеорологиялық қабынуын актиндік, түлей және жанаспа аллергиялық қабынуларынан, қызыл жегінің терең түрінен ажырата білу керек.

- **Емі.** Жүргізілетін емдеу шаралары еріннің актиндік қабынуын емдеу қағидасын ұстана отырып жүргізіледі. Науқасқа кейде мамандығын өзгертуге тура келеді.
- Аурудың барысы қатерсіз, бірақ тиімді емдеу шаралары жүргізілмеген жағдайда облигатты обыралды ауруларға (Манганотти хейлиті, ерін жиегінің шектелген гиперкератозы) ауысуы мүмкін.

Еріннің жанаспа аллергиялық қабынуы

- **Еріннің жанаспа аллергиялық қабынуы (контактный аллергический хейлит – *cheilitis allergica contactilis*)** – еріндер жиегінің әртүрлі аллергендік қасиеті бар заттармен жанасуы нәтижесінде баяу аллергиялық реакция түрінде дамидын ауруы.
- Клиникалық көрінісін алғаш рет Miller мен Taussig 1924 жылы сипаттап жазған. Еріннің аллергиялық қабынуы көбінесе жасы 20-дан асқан әйел адамдар арасында кездеседі. Бұл аурудың себептеріне ерінге жағатын далаптар, тіс тазалайтын қойыртпақтар құрамына кіретін әртүрлі заттар, тіс протездерінің пластмассалары жатады. Еріннің аллергиялық қабынуы кейде металл заттармен (үрмелі аспаптардың мүштегі), қалам және қарындаштармен жанасқан кезде де дамуы мүмкін.
- Патологиялық үрдіс көбінесе әртүрлі химиялық заттарға сенсублизацияланған және организмі аллергиялық реакцияларға бейім адамдарда дамиды.

- **Клиникалық көрінісі.** патологиялық үрдіс көбінесе ерін жиегінде орналасады, кейде ерін кілегей қабығы мен жақын орналасқан тері аймағына да жайылуы мүмкін. Аллерген жанасқан аймақта ерін жиегі қатты қызарып, ерін тұтастай ісінеді. Бірде қатты түлеп, қабыршақтармен жабылады, кейде ұсақ көпіршік бөрткендер пайда болып, жарылуы нәтижесінде эрозиялы ошақтар және тіліктер дамиды. Науқасты ерніндегі қатты қышу, ысып-күю сезімдері мазалайды және бұл өзгерістерді ерінге далап жағумен, тістерін тазалайтын қойыртпақтарды басқа түрлеріне ауыстырумен байланыстырады. Кейде еріннің аллергиялық қабынуы кезінде қабыну реакциясы сәл ғана білінуі мүмкін, ерін жиегінде шағын ғана қызару және түлеу ошақтары орын алады, ерін құрғап, ұсақ қабыршақтары мен тіліктер пайда болады.
- Еріннің жанаспа аллергиялық қабынуын түлей, актиндік, метеорологиялық және атопиялық қабынуларынан ажырата білу керек.
- **Емі.** Емдеу шараларын жүргізер алдында ықпал етуші факторды анықтап, оның әсерін жоюға тырысады. Глюкокортикоидты жақпаларды қолданып, жарақат ошағында десенсибилизациялаушы дәрілермен емдеу жақсы нәтиже береді.

Еріннің атопиялы қабынуы

- **Еріннің атопиялы қабынуы (атопический хейлит – *cheilitis atypicalis*)** еріннің симптоматикалық ауруы, терінің атопиялық қабынуының немесе нейродермиттің бір белгісі болып саналады.
- Ауру көбінесе 7 жастан 17 жасқа дейінгі балалар мен жас өспірімдер арасында кездеседі. Этиологиясында атопиялық аллергиялық реакцияларға бейімдейтін генетикалық факторлар маңызды орын алады. Бұл кезде аллергиягендер ролін дәрі-дәрмектер, тағамдық заттар, гүлдер тозаңы, тұрмыстағы шаң, микроорганизмдер, косметикалық заттар, физикалық факторлар атқаруы мүмкін.
- Атопиялық өзгерістердің дамуын генетикалық тұрғыдан қалыптасқан клеткалық иммунитет-Т супрессорлар тапшылығымен байланыстырады.

- **Клиникалық көрініс.** Еріннің атопиялық қабынуы кезінде науқас ернінің қызарып қышуына, толассыз түлеуіне шағымданады. Қарап тексергенде, ерін жиегінің және оның төңірегіндегі тері бетінің қызарғаны, құрғап, кебекке ұқсас түлеуі, ерін жиегінің біраз аймағының немесе түгелдей инфильтраттанғаны байқалады. Біраз уақыттан кейін инфильтратты аймақта тіліктер мен қатпарлар пайда болады. Еріннің кілегей қабығы ешуақытта жарақаттанбайды, ал бет терісінің де құрғап, түлегені байқалады. Екі езу де жиі жарақаттанып, инфильтраттануға ұшырап, тері суреті айқындала түседі.
- Еріннің атопиялық қабынуының ағымы ұзақ, көбіне күз және қыс айларында өршіп, жазғытұрым беті қайта бастайды.

- **Патологиялық гистологиясы.** Жабынды эпителийде акантоз, паракератоз, ал дәнекер тінде қан тамырлар төңірегінде эозинофильдер мен лимфоциттерден тұратын клеткалық инфильтраттар анықталады.
- Еріннің атопиялық қабынуын басқа қабынуларынан (актиндік, меторологиялық, жапырақтана жанаспа аллергиялық қабынуларынан) ажырата білу керек. Шеткей айналымдағы қанды өзгерістер – лимфоциттер мен эозинофилдер санының өсуі, Т-лимфоциттер, Т-супрессорлар санының азайуы, В-лимфоциттер санының жоғарылауы, IgE-көптеп құрылуы аурудың диагнозын нақтылауға көп көмегін тигізеді.

- **Емі.** Еріннің атопиялық қабынуын жалпылай емдеу үшін антигистаминдік дәрілер (супрастин, кларитин, фенкарол), транквилизаторлар (элениум, седуксен, триоксазин), витаминдер жиынтығын тағайындайды. Ұзақ уақыт беті қайтпаған жағдайда кортикостероидты препараттарды (преднизолон 8-14 жаста тәулігіне 10-15 мг, ересектерге 15-20 мг) 2-3 апта қабылдаған тиімді болады. Сонымен қатар натрий тиосульфатының 30% ертіндісін 10 мл күніне бір рет көк тамырға құяды, емдеу курсы 10 инъекциядан тұрады. Кейде гистаглобулинмен десенсибилизациялау да жақсы нәтиже береді: оны тері астына аптасына 2 рет енгізеді, мөлшерін 0,2 мл бастап, 1 мл дейін көтереді. Жарақат ошақтарын (ерінжиегін және тері бетін) күніне 4-5 рет кортикостероидты жақпалармен өңдейді. Шекаралық Букки рентген сәулелерін де қолданып емдеуге болады.
- Тері суреті айқындалған кезде (лихенизация) жағу үшін 10 немесе 20% ихтиол жақпасын, 10% мунай-линименті нафталанды пайдаланады. Тамақ рационынан организмді сенсибилизациялаушы тағамдарды (шоколад, құлпынай, балық уылдырығы, цитрустық жемістерді, тәтті заттарды) шығарып тастаған жөн.

Еріннің экземалы қабынуы

- **Еріннің экземалы қабынуы немесе ерін экземасы (экзематозный хейлит – *cheilitis eczematosa*)** – еріннің симптоматикалық ауруы, терінің жоғарғы қабаттарының нервті-аллергиялық қабынуының немесе жалпы экземаның бір белгісі болып саналады.
- Экземаның этиологиясы мен патогенезі әлі толық анықталмаған. Ғалымдардың болжауынша, экземалы үрдіс кешенді факторлардың (нейроаллергиялық, эндокриндік, зат алмасу үрдісі бұзылуы, энзогендік) ықпал етуі әсерінен дамиды. Энзогендік тітіркендіргіштер қатарына бактериялық аллергиялар, дәрі-дәрмектер, физикалық факторлар, тағамдық және косметикалық заттар жатады. Экземамен сырқат адамдарда поливалентті сенсibiliзациялану орын алады.
- Еріннің экземалы қабынуын туындататын аллергиялар қатарына микробтар, тіс тазалайтын қойртпақтар мен ұнтақтар, косметикалық заттар, әртүрлі тіс протездерінің құрамына кіретін металдар, пластмассалар жатады. Экземалық реакцияны бояу дамыған аллергиялық реакция деп санауға болады.
- Еріннің экземалы қабынуы жедел, жеделдеу және созылмалы ағыммен дамиды. Ерін жиегі жеке-дара немесе терімен қатар жарақаттанады.

- Еріннің жедел экземасы кезінде ерін қатты ісініп, қызарып, суланады немесе өте ұсақ көпіршіктер көптеп шығады. Мұқият қарап тексергенде нүктелі көлемді ұсақ эрозиялар көрінеді және олардың бетінен серозды жалқық тамшылары шығып тұрады. Бұл тамшыларды сүртіп құрғата салысымен жаңа тамшылар шыға береді және оларды «сарысулы құдықтар» («серозные колодцы») деп атайды. Ерін экземасы кезіндегі бөрткендер көптүрлілікпен (түрлі-түсті көпіршіктер, қабыршақтар, қабықшалар) ерекшеленеді және бұл бөрткендер екі еріндер жиегімен қатар еріндер терісіне де шығуы мүмкін. Аурудың жеделдік белгілері біраз уақыттан кейін басылып, ерін жиегі құрғап, түлеуге ұшырайды.
- Патологиялық үрдіс көп ұзамай созылмалы сипат алуы мүмкін. Бұл кезде ерін жиегі мен төңірегіндегі тері аймағы инфильтраттану әсерінен қалыңдап, беттерінде ұсақ көпіршіктер, түйіншектер, қабықшалар пайда болады. Ауру өршіген кезде сулану үрдісі үдей түседі.
- Кейде экзема ұзақ уақыт жазылмаған тіліктер төңірегінде дамуы мүмкін. Бұл жағдайда организмнің стрептококктар мен стафилококктарға сенсibiliзацияланғаны анықталады.
- Еріннің экземалы қабынуының диагнозын нақтылау аса қиынға соқпайды. Тек ерін жиегі жарақаттанған жағдайда ерін экземасын еріннің актиндік, атопиялық және жанаспа аллергиялық қабынуларынан ажырата білу керек.

- **Емі.** Еріннің экземалы қабынуын емдеуге антигистаминдік, жүйкені тыныштандыратын, кортикостероидты дәрілер (шағын мөлшерін) және антибиотиктер (микробты экзема кезінде) тағайындайды.
- Иммундық жүйенің қызметін реттеу үшін Имудон тағайындайды, оның бір түймедақтан күніне 6-8 рет ауызда сорып қабылдайды.
- Жергілікте емдеу үшін кортикостероидты жақпаларды, аэрозольдерді (лакокортен, флюцинар, фторокорт, целестодерм, тридерм) қолданады.

Еріннің ұлғая қабынуы

- **Еріннің ұлғая қабынуы (макрохейлит - macrocheilitis)** – еріннің ұзақ уақыт домбығуынан, көлемінің ұлғаюымен сипатталатын ауру. Алғаш 1901 жылы Г.И.Россолимо сипаттап жазған аурудың бір симптомы болып табылады. Кейін швед дәрігері Melkersson еріннің домбығуымен қатар бет нервісінің біржақты салдануы орын алатын ауруды тағы сипаттап жазды. Одан кешірек 1931 жылы Rosental бұл аурудың екі белгісіне тағы «қатпарлы тіл» белгісін қосты және ауру Мелькерсон-Розенталь синдромы деп аталып кетті.
- Аурудың себебі әлі анықталмаған, көптеген авторлар оны адамның конституциялық және тұқым қуалаушылық ерекшелктерімен, инфекциялы-аллергиялық факторлармен байланыстырады. Соңғы болжамның дәлелі ретінде бұл науқастарда микробты аллергиямен аллергиялық сынамалардың оң болу жағдайларын келтіруге болады. Біраз авторлар Мелькерсон-Розенталь синдромын ангионевроздарға жатқызады. Бұл ауру кез-келген жастағы адамдарда соның ішінде әйелдерде жиірек кездеседі. Ағымы ұзақ жылға (4-20 жылға) созылуы мүмкін. Ауру кенеттен басталады. Бірнеше сағат ішінде бір немесе екі ерін домбығып, еріндер жиегі сыртқа айналып, пілдің тұмсығына ұқсап, және тістерден алшақтайды. Науқастың бет әлпеті қуланға ұқсайды, ауызды жабу, сөйлеу, ас қабылдау қиындайды. Домбыққан еріндер бозғылт немесе іркілеген-қызыл түсті болады. Сипап байқағанда ерін тіндері тығыздау эластикалық консистенциялы және қаттырақ батырып басқанда саусақ ізі қалмайды. Ерін қатты домбыққанда терісі мен кілегей қабығы қатты созылғандықтан жұқарып жылтырап тұрады.

- Ерін домбығуы бір немесе бірнеше айға созылып барып басылып, қайта қайталануы мүмкін. Кейде домбығу көрші аймақтарға да (екі ұртқа, мұрын аймағына, тілге, таңдайға) жайылады.
- Бет нервісінің салдануы – Мелькерсон-Розенталь синдромының екінші белгісі болып табылады және ол басқа симптомдардан ертерек дамуы мүмкін. Салдану алдында ауыз ішінде әртүрлі патологиялық сезімдер, сілекей бөлінуінің бұзылуы, бет аймағында невралогияға және невритке тән ауру сезімдері, бас сақинасына ұқсас бастың қатты ауруы орын алуы мүмкін. Бет нервісінің салдануы бір жақты дамиды және жарақаттанған нерв жағындағы көз саңылауы кеңейіп, езу төмен салбырап, бет аймағының сезімталдығы жойылып, мимикалық еттердің тонусы өзгереді. Көпшілік жағдайда бет нервісінің жартылай салдануы (парез) байқалады, вегетативтік сезімталдық және моторикалық қызметтері жартылай сақталады.
- Көпшілік науқастарда салданған бет нервісінің қызметі қалпына келеді, ал кедесалдану қайталанарды немесесалдану үрдісі тұрақты сипат алуы мүмкін.
- Аурудың үшінші белгісі – қатпарлы тіл. Қарап байқағанда мұндай тілдің аздап домбыққаны, көлемінің үлкейгені, үстіндегі терең сайлар оған қатпарлы көрініс беретіні байқалады және бұл симптом барлық науқастарда кездеспеуі де мүмкін.

- Барлық симптомдары айқын болған жағдайда аурудың диагнозын нақтылау қиынға соқпайды. Қиындық бір ғана симптомы немесе макрохейлия болған кезде туындайды. Макрохейлитті Квинке домбығуынан, ерін тілмесінен (рожистое воспаление), гемангиомадан және лимфостаздан ажырата білу керек.

- **Емі.** Емдеу шараларын жүргізер алдында науқасты толық клиника-зертханалық тексеруден өткізіп, организміндегі созылмалы инфекция көздерін анықтауға тырысу керек. Консервативтік емдеу гистаминге қарсы, кортикостероидты және безгекке қарсы дәрілерді, антибиотиктерді тағайындауды қарастырады. Емдеу курсы 2-3 айда бір қайталап отырады. Бактериялық аллергия анықталған болса, микробты аллергиямен десенсибилизациялау әдісін қолданып емдейді.
- Жергілікті емдеу шаралары кортикостероидты жақпаларды пайдалануды, гепаринмен электрофорездеу әдісін қолдануды қажет етеді. Кортикостероидты жақпаларды ультрадыбыстың көмегімен енгізу, Дарсанвализациялау әдістері де жақсы нәтиже береді. Консервативтік ем нәтижесіз болған жағдайда косметикалық хирургиялық емдеу әдісін қолданады.

- Айта кететін бір жағдайда: еріннің ұлғая қабынуы кезіндегі ерін домбығуының алғашқы кезде басылып барып, кейіннен тұрақтанып, осының нәтижесінде ерін көлемінің үлкеюі тек домбығудан туған үрдіс емес. Ерін құрамына кіретін ет және дәнекер тін талшықтары ұзақ ылғалдануы нәтижесінде алғашында ісініп, кейіннен қалыңдап фиброздануға ұшырайды. Бұл үрдістің өзі де домбығуымен қатар еріндер көлемінің ұлғаюына әкеп соғады.
- Мелькерсон-Розенталь синдромымен бізде бақылауда болған үш науқаста (екеуі - әйел, біреуі – ер адам) аурудың екі симптомы (жоғарғы еріндері ұлғайған, тілдерінде ісіну және қатпарлану белгілері) анықталды. Ауырғандарына 3-10 жыл болған. Жоғары еріндері екі-үш есе ұлғайған, сипап байқағанда консистенциясы тығыз, ерін жиектері ылғи түлеп және қабыршақтанып тұрады.
- Бұл жағдайда науқастарға жалпылай ем жүргізумен қатар, ауыз ішін сауықтыруға үлкен мән берілді. Тістердің өткір қырлары тегістелді (қатпарлы тілдің жарақаттанбауы үшін). Бұзылған тістері емделіп, тіс шөгінділері алынды.
- Ұлғайған еріндерге кортикостероидты жақпалар ультра дыбыстың көмегімен сіңірілді (күніне бір рет, барлығы 10 сеанс). Сонымен қатар бұлышқ етке лидаза егілді (күніне бір рет, барлығы – 15 сеанс). Тұрақты ылғалдану әсерінен домбығу ошағындағы нервтік элементтердің қозғыштығының төмендеудігін ескере отырып, Дарсанвализацияла әдісін қолдануды қолайлы деп таптық (барлығы 10-15 сеанс 5 минуттан жүргізілді).
- Тиімді және жоспарлы жүргізілген емдеу шаралары бір курстан соң-ақ жақсы нәтиже берді.

Еріннің созылмалы тілігі

- Еріннің созылмалы тілігі жас ерекшелігіне қарамай, әйел және ер адамдар арасында қатар кездеседі. Тіліктің пайда болуына еріннің әртүрлі себептерден қабынуы, құрғауы нәтижесінде эластикалық қасиетінің жойылуы жағдай туғызады. Еріннің жиі құрғауы, әртүрлі жарақаттаушы әсерлерге төзімсіздігі, көбіне витаминдер жетіспеушілігі (А және В тобындағы) нәтижесінде дамиды, ал микробты факторлар тіліктің тез жазылмай, созылмалы ағымды болуына үлес қосады.
- Созылмалы тілік көбінесе төменгі ерінде жиі дамиды, ал жоғарғы ерінде сиректеу (24%) кездеседі (Брусенина Н.Д., 1991).



Сурет-9. Төменгі еріннің созылмалы тілігі

- **Клиникалық көрінісі.** Еріннің созылмалы тілігі көбінесе ерін жиегінің орта бөлігінде терең түзу жұлгеге ұқсас ақау түрінде дамиды, ұзындығы 0,2 см 1,5 см дейін, беті таза, кейде қанды қабықшамен жабылады (сурет-9).
- Егер тілік көпке дейін жазылмаса, табанында ауыратын инфильтрат пайда болып, екі жиегі білікке ұқсап қалыңдайды, төңірегіндегі эпителий күңгірттеніп, ақшыл-сұр түстенеді. Пиогенді инфекциямен асқынған жағдайда, тілік төңірегі қызарып, ісіне бастайды, беті сары-жасыл түсті қабықшамен жабылады.

- Созылмалы тіліктердің ағымы ұзақ болады. Жазылып барып, қайтадан пайда болып тұрады. Ұзақ жазылмаған жағдайда (6%) қатерлі ісікке ауысуы мүмкін.
- Ерін жиегінің ортасындағы тілік пен қатар екі езуде де тіліктер пайда болуы мүмкін. Оларды езу тіліктері (угловые трещины губ) немесе «ауыздық» («заеда») деп атайды. Езу тіліктерін туындатқан себептеріне байланысты жүйелейді: 1) саңырауқұлақтар әсерінен дамитын тіліктер (дрожжевая заезда), 2) B2 витамині жетіспеушілігі әсерінен дамитын, 3) ауыз архитектоникасының бұзылуы нәтижесінде дамитын тіліктер.

- **Емі.** Ерін тіліктерін жалпылай емдеу үшін витаминдер жиынтығы, жергілікті емдеу үшін кератопластиктер (А витаминінің майлы ертіндісі, итмұрын және шырғанақ (бүрген)) майлары; инфекциялану белгісі болса, құрамында антибиотиктер, антибактериялық дәрілері бар жақпалар (левовинизоль, левомиколь), кортикостероидты жақпалар (кортикомицетин, фенкортизол, дексокорт) қолданылады. Новокаинді қоршай егу әдісі (новокаиновая блокада) де жақсы нәтиже береді. Ол үшін нововкаиннің 0,25; 0,5; 1,0% ертінділерін ерін кілегей қабығы жағынан тілік астына жібереді. Анестетикті 5-7 күнде бір рет егеді. Барлығы 2-3 блокада жеткілікті болады.
- Консервативтік ем нәтижесіз болған жағдайда хирургиялық әдіс қолданады. Лазер сәулесімен емдеу және электрокоагуляциялау әдісі де жақсы нәтиже береді.