

Тақырыбы:

Дерматоздардың ауыз қуысындағы көрінісі. Қызыл жалпақ теміреткі, қызыл жегі, күлбіреуік.

Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, салыстырмалы диагностикасы, емі

Лектор м.ғ.к. Садықова Г.М.

Дәрістің жоспары:

- ❖ Дерматоздардың ауыз қуысындағы көрінісі
- ❖ Қызыл жалпақ теміреткі. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, салыстырмалы диагностикасы, емі.
- ❖ Қызыл жегі. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, салыстырмалы диагностикасы, емі. }
- ❖ Күлбіреуік. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, салыстырмалы диагностикасы, емі.

Қызыл жалпақ теміреткі

- ❖ Жабынды тіндерді зақымдайтын созылмалы ауру;
- ❖ Клиникалық көрінісі теріде және кілегей қабықта көрінеді;

Қызыл жалпақ теміреткі кезінде ауыз қуысы кілегей қабығы терінің зақымдануымен бірге сипатталуы мүмкін немесе жеке дара кілегей қабықта пайда болады .

Қызыл жалпақ теміреткі - Красный плоский лишай (Lichen ruber planus) -

Қызыл жалпақ теміреткі (красный плоский лишай – Lichen ruber planus) – тері мен кілегей қабықты аймақтардың беті мүйізгектенетін папулалар шығуымен сипатталатын қабынбалы ауру. Ауыз кілегей қабығы ауруларының ішінде қызыл жалпақ теміреткі жиі кездеседі және 50-75% құрайды. Ауру көпфакторлы болып келеді.

1. Стрестік реакция
2. Қант диабеті
3. Гипертониялық аурулар- қан қысымының көтерілуі
4. Тұқым қуалаушылық.

ҚЖТ терідегі көрінісі



{

Этиологиясы және патогенезі

Қызыл жалпақ теміреткінің пайда болуында бірнеше теория бар:

1. Вирусты теория – жасуша ішінде пайда болатын филтрлеуші вирустар.
2. Нейрогенді теория – истерия, невротения, вегетоневроз.
3. Иммунологиялық теория – Т жасушалық бөлімнің бұзылуы, Т лимфоциттердің қызметінің төмендеуі.

Кейбір авторлар ҚЖТ аутоиммундық аурулар қатарына жатқызады. Бұл теория бойынша ҚЖТ туындауына Лангерганс жасушаларының орны маңызды болып келеді, себебі Т жасушаларға аутоантиген тасымалдаушы және қабынуға қарсы цитокинді өндіруші қызметі төмендейді.

В.М. Пашков ұсынған қызыл жалпақ теміреткінің жүйесі

- Әдеттегі түрі (_типичная)
- Жалқықты –қызарған (экссудативно – гиперемическая)
- Эрозиялы жаралы - эрозивно-язвенная
- Гиперкератозды – Гиперкератотическая
- Буллезді – буллезная
- Атипиялық - атипичная

Біріншілік зақымдану бөртпелері

- 1-2 мм көлемдегі майда ақшыл-көк түстес папулалар
- Папулалар бір-бірімен қосыла әр түрлі суреттер құрайды –шілтер, шық, папоротник жапырағы т,б.
- Папула беттері мүйізгектенген
- Кілегей қабықтан сәл жоғары орналасады.

Папулалардың ұртта және тілде орналасуы



{ ҚЖТ әдеттегі түрі



ҚЖТ әдеттегі түрі

- Шағымы болмайды немесе кілегей қабықтың тырысып тұрғаны сияқты сезім, кілегей қабықтың түсінің өзгеруі, зақымдалған ошақта сезімталдықтың төмендеуі
- Кілегей қабықта диаметрі 0,2 ден 2-3 мм дейінгі ақ-сұр түстес, әртүрлі суреттермен өрнектелген кілегей қабық бүтіндігі бұзылмаған аймақтарда ұртта, ретромолярлы кеңістікте, ерінде, тілдің бүйір бетінде орналасқан папулалар
- Папула қоршаған тіндерден сәл көтеріңкі орналасады.

Салыстырмалы диагностикасы

- ❖ Лейкоплакия
- ❖ Фордайс гранулалары
- ❖ Екіншілік мерез
- ❖ Жалғанжарғақты кандидоз
- ❖ Боуэн ауруы
- ❖ Қызыл жегі



{

Патогистологиялық көрінісі

- Гиперкератоз, паракератоз, гранулез, акантозбен суреттеледі.
- Кейде эпителийдің базальді қабатында жасушалардың вакуольді дистрофиясы байқалады.
- Эпителий астында негізінен лимфоциттерден және плазматикалық жасушалардан тұратын диффузды қабыну инфильтраты орналасады.

Жалқықты-қызарған түрі



{

Жалқықты қызарған түрінің клиникалық көрінісі

- Шағымы: қышу, күйіп –қызу, ауру сезімі, ыңғайсыздық, тартылып, тырысып тұру сезімі.
- Қызарған кілегей қабықта көлемі 2мм-ге жуық ақ-сұр түстес көптеген папулалар анықталады.
- Папулалар бір -бірімен қосыла түрлі суретті өрнек құрайды.
- Эпителийдің бүтіндігі бұзылғаны байқалмайды.
- Лимфа түйіндерін сипап тексергенде ауырады.

Салыстырмалы диагностикасы

- Қызыл жегімен
- Жедел атрофиялаушы
кандидозбен
- Боуэн ауруымен.

Эрозиялы-жаралы түрі

- **Шағымы: ауыз қуысында кілегей қабықта қатты ауыратын эрозиялар пайда болады.(эрозии)**
- **Эпителийдің бүтіндігі бұзылған. Нағыз кілегейлі қабатта қабынбалы жалқық анықталады.**
- **Әртүрлі көлемдегі дұрыс пішінсіз эрозиялар қатты ауырады, беті тығыз фибрин қабығымен жабылған. Эрозиямен қатар кейбір аймақтарда папулалы сурет сақталған.**



{

ҚЖТ эрозиялы жаралы түрінің салыстырмалы диагностикасы

- Көптүрлі жалқықты эритемамен
- Қызыл жегінің эрозиялы жаралы түрімен
- Күлбіреуікшемен
- Аллергиялық стоматитпен

Буллезді түрі

- ❖ Буллезді түрі (буллезная форма) сирек кездеседі. Папулалар(бөрткендер) шыққан аймақта диаметрлері 1-10 мм көпіршік немесе күлбірек бөрткендер пайда болып, тез жарылып, эрозияға айналады. Қуысты элементтердің ішінде сарысулы немесе геморрагиялы (қанды) сұйық болады, кілегей қабықта сақталу уақыты бірнеше сағаттан екі тәулікке дейін.
- ❖ Пайда болған эрозиялар тез жазылады. Аурудың буллезді түрінің ағымы әртүрлі болады, күлбірек бөрткендер бірнеше айдай шығып тұруы мүмкін, кейде папулалы бөрткендермен қатар, кейде олар шыққанға дейін немесе олар шыққаннан кейін пайда болады.

Салыстырмалы диагностикасы

- Аурудың диагнозын дұрыс нақтылау үшін, эрозиялы-жаралы және буллезді түрлерін бір-бірінен, зақымдану эрозияларынан, күлбіреуікшіден, ауыздың дәрілерден қабынуынан, лейкоплакия мен қызыл жегінің эрозиялы-жаралы түрлерінен, қайталамалы герпестен ажырата білу керек.

ҚЖТ буллезді



{

Тілдің бүйір бетіндегі күлбіреуік

ҚЖТ барлық түрлері кезінде қолданылатын қосымша тексеру әдістері

- ▣ **Цитологиялық**
- ▣ **Бактериоскопиялық**
- ▣ **Люминесценттік диагностика**
- ▣ **Микротоктарды анықтау**
- ▣ **Қанның биохимиялық талдауы**
- ▣ **Аллергологиялық – тері сынамасы, лабораториялық тесттер (ИФА, РТМЛ, РБТ, ТДТК және т.б.)**

ҚЖТ емі

- ҚЖТ барлық түрлерінде ем кешенді жүргізіледі (жергілікті және жалпы)
- фармакотерапия және физиотерапия, фитотерапия, хирургиялық әдіс
- Ауыз қуысындағы қабыну ошағын жою
- Анықталған жалпы ілеспелі ауруларды емдеу, ауыз қуысын сауықтандыру
- Сенсibiliзациялау терапиясы
- Ағзаның резистенттілігін жоғарлату
- Стресстік жағдайды жою немесе болдырмау, диспансерлік бақылау

Жүйелі қызыл жегі



Рис. 3.1.
Системная красная волчанка

}

Жүйелі қызыл жегі

▣ Қызыл жегі (красная волчанка – *lupus erythematoses*) дәнекер тіндердің жарақаттануымен сипатталатын ауру, сондықтан оны қазіргі кезде коллагеноздар тобына жатқызады және екі түрін ажыратады:

1. созылмалы ошақты немесе дискоидты қызыл жегі (хроническая очаговая или дискоидная красная волчанка);

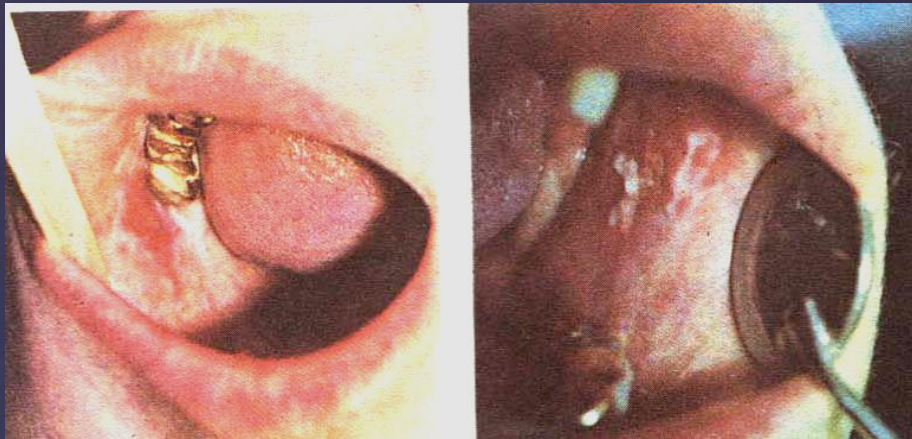
2. жедел ағымды немесе жүйелі қызыл жегі (острая или системная красная волчанка).

Себептері

- Аурудың этиологиясы мен патогенезі әлі толық анықталмаған. Қазіргі көзқарастар бойынша ауру инфекциялық немесе басқа агенттерге организмнің сенсibiliзациялануы нәтижесінде дамитын аутоиммунды патологиялық үрдістер қатарына жатады. Аурудың туындауына итермелеуші немесе арандатушы факторлар – күн сәулесіне (көбіне күлгін сәулеге) жоғары сезімталдық, организмдегі инфекция көздері, ауыр күйзеліс жағдайы, суыққа шалдығу және б.
- Созылмалы дискоидты қызыл жегі терінің ашық күн сәулесі әсеріне көбірек ұшырайтын аймақтарын жарақаттайды, сондықтан көбінесе бет терісінде, төменгі ерін жиегінде, құлақтар қалқандарында, ал 2,2% жағдайда ауыз кілегейлі қабығында орналасады. Бет терісінде эритемалы ошақтар мұрын қырында және екі ұртта көбелек пішінінде орналасады (1-сурет).



ҚЖ эрозиялы және гиперкератозды түрі

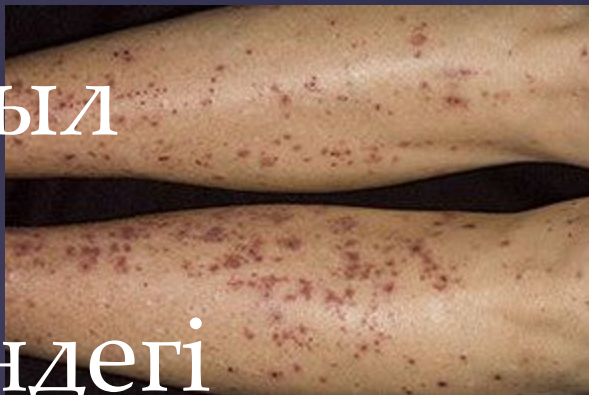


{

Зақымдаушы бөртпелер

- Эритемалар (пятна)
- Папула және тоғалар
- Күлбіреуіктер
- Эрозия мен жаралар
- Атрофия

Қызыл
жегі
кезіндегі
васкулит



{

Созылмалы дискоидты ҚЖ

Созылмалы дискоидты қызыл жегі терінің ашық күн сәулесі әсеріне көбірек ұшырайтын аймақтарын жарақаттайды, сондықтан көбінесе бет терісінде, төменгі ерін жиегінде, құлақтар қалқандарында, ал 2,2% жағдайда ауыз кілегейлі қабығында орналасады. Бет терісінде эритемалы ошақтар мұрын қырында және екі ұртта көбелек пішінінде орналасады (1-сурет). Көп кешікпей эритемалы ошақтың беті гиперкератозданады және орталық бөлігінде атрофиялану үрдісі орын алады. Қызыл жегінің осы үш негізгі классикалық клиникалық белгілерімен қатар қосымша белгілері де (инфилтраттану, телеангиэктозиялар, пигментациялану) қатар байқалуы мүмкін.

Ошақты қызыл жегі кезінде еріндер жиегінің жарақаттануының әдеттегі (типичная), жалқықтана-қызарған (экссудативно-гиперемическая), толығымен атрофияланбайтын (без клинически выраженной атрофии), эрозиялы-жаралы (эрозивно-язвенная) және терең (глубокая форма) түрлерін ал ауыз кілегейлі қабығының жарақаттануының үш түрін (әдеттегі, жалқықтана-қызарған, эрозиялы-жаралы) ажыратады (Б.М. Пашков, Б.Г. Стоянов, А. Л. Машкиллейсон, 1970).

Ошақты қызыл жегі кезінде еріндер жиегінің жарақаттануының әдеттегі (типичная), жалқықтана-қызарған (экссудативно-гиперемическая), толығымен атрофияланбайтын (без клинически выраженной атрофии), эрозиялы-жаралы (эрозивно-язвенная) және терең (глубокая форма) түрлерін, ал ауыз кілегейлі қабығының жарақаттануының үш түрін (әдеттегі, жалқықтана-қызарған, эрозиялы-жаралы) ажыратады (Б.М. Пашков, Б.Г. Стоянов, А. Л. Машкиллейсон, 1970).

Жедел ағымды қызыл жегі

Жедел дамыған немесе жүйелі қызыл жегі - ағымы өте ауыр күрделі аурулар қатарына жатады және кенеттен дене қызуының көтерілуімен, буындардың қатты сырқырауымен, әлсіздік дамуымен, ішкі ағзалардың жарақаттануымен (полисерозит, эндокардит, гломерулонефрит, асқазан-ішек жолы қабынуы) сипатталады Ауру өте жедел және жеделдеу ағыммен дамуы мүмкін.

Жүйелі қызыл жегімен сырқат адамдардың 2/3 бөлігінде ауыз кілегейлі қабығының өзгерістері байқалады. Олардың көпшілігінің таңдай, ұрт кілегейлі қабығында және қызылиектерінде кішкене немесе үлкен көлемді іркіле-қызарған ошақтар пайда болады, беттері бірде фибринді, бірде геморрагиялық қақпен жабылады. Кейде әртүрлі көлемді іші қанға толы ошақтар немесе қуысты бөрткендер пайда болуы мүмкін. Тері бетінде қызара домбыққан ошақтар, күлбіреуікке және түйінді эритемаға ұқсас бөрткендер пайда болады.

ҚЖ салыстырмалы диагностикасы

- Созылмалы қызыл жегіні қызыл жалпақ теміреткіден, лейкоплакиядан, еріндер жиегі жарақаттанған жағдайда еріннің актиндік және экземалы қабынуларынан, Манганотти хейлитінен ажырата білу керек.
- Аурудың диагнозы тері мен ішкі ағзалардың жарақаттану ерекшеліктеріне, қан құрамында және сүйектен алынған пунктатта қызыл жегі жасушаларын (LE жасушалары) және феноменін (LE феномені) анықтау мүмкіндігіне негізделе отырып қойылады. LE жасушалары – ядролары жасушаның орталық бөлігінен ауытқып шеткей орналасқан гранулоциттер, ал LE феномені (розеткалар) – жасушалардың бұзылуы нәтижесінде сыртқа шығып, топтаса орналасқан гранулоциттер ядролары.

ҚЖ жүйелік критерийі

- Бет терісінде көбелекке ұқсас бөрткендердің пайда болуы
- Дискоидты бөрткендер (терінің қызарған аймақтарында біраз уақыттан кейін тыртықтар пайда болады.)
- эритроциттер санының азаюы, қан анализінде лейкоциттер мен тромбоциттер
- Сәулеге жоғары сезімталдық
- Ауыз қуысы кілегей қабығында, тамақ, мұрын ішінде эрозиялардың пайда болуы
- артрит – екі немесе одан көп буындардың зақымдануы
- плеврит/перикардит
- Бүйректердің зақымдануы – кіші дәретінде ақуыздардың болуы
- Мидың зақымдануы , психоз

КҮЛБІРЕУІК

- Күлбіреуікше (пузырчатка-remphigus) немесе нағыз күлбіреуікше, акантолиздеуші күлбіреуікше – (истинная или акантолитичекая пузырчатка) ағымы өте ауыр, эпидермистің мальпигиев, ал ауыз кілегейлі қабығының тікенекті қабаты жасушаларының акантолизденуге ұшырауынан қабыну үрдісінсіз көлемдері әртүрлі (0,5 см-5,0 см дейін) күлбіреуік бөрткендердің пайда болуымен және олардың жарылуы нәтижесінде эрозиялы ошақтардың дамуымен сипатталатын буллезді дерматоз.

Этиологиясы

- Аурудың этиологиясы әлі анықталмаған. Ертеректе ұсынылған микробтық теория мен организмде су және тұз алмасуы бұзылуы туралы теориялар дәлелденбеген. Қазіргі кезде көбірек дәлелдене бастаған – вирустық және аутоиммундық теориялар.
- Науқастардың қанында тікенекті қабаттың жасушааралық заты тектес айналымда жүрген JgG типті антиденелердің анықталуы аурудың аутоиммундық механизмін көрсетеді және титрі аурудың ауырлығына байланысты жоғарлайды.

Шеклаков Н.Д. (1980) ұсынған жүйе бойынша аурудың 4 клиникалық түрін ажыратады: қарапайым немесе тұрпайы (вульгарная), вегетациялаушы (вегетирующая), жапыраққа ұқсас (листовидная) және қайызды немесе эритемалы (себорейная или эритематозная) күлбіреуікше. Осылардың ішінде жиі кездесетін және дәрігер-стоматологтардың жадында болатын түрі – тұрпайы күлбіреуікше. Себебі, ол ауыз кілегейлі қабығын жиі жарақаттайды. Көпшілік жағдайда патологиялық үрдіс ауыз ішінде басталып, теріге және басқа да кілегейлі қабықтарға ауысады. Бұл патологиялық үрдіс теріден басталған жағдайдың өзінде де, ауыз кілегейлі қабығы міндетті түрде жарақаттануға ұшырайды.

Жапыраққа ұқсас күлбіреуікше



{

Вегетациялаушы күлбіреуікше



1



}

Тұрпайы күлбіреуікшенің клиникасы

- ▣ Тұрпайы күлбіреуікше (*pemphigus vulgaris*)- кезінде ауыз кілегейлі қабығы жиі жарақаттанады және ұзақ уақыт (бірнеше айдан 1-2 жылға дейін) аурудың бірден-бір белгісі болуы мүмкін. Көрер көзге өзгермеген ауыз кілегейлі қабығына қабығы жұқа және болбыр, жұмыртқаның ішкі қабығына ұқсас, көлемі әртүрлі эпителий ішінде құрылған бір немесе екі-үш күлбіреуік бөрткен шығып, көп кешікпей жарылып, аса терең емес эрозиялы ошақтарға айналады. Эрозия бетіндегі күлбіреуік қабығы ақшыл-сұр түсті өлі-етті қаққа айналады немесе сыдырылып түсіп, эрозия жиектерінде эпителий үзіктері түрінде сақталады.





Акантолиздеуші күлбіреуікшенің дамуының үш кезеңін ажыратады:

- ▣ бастапқы кезеңі (начальная фаза), науқастың жалпы жағдайы өзгермейді, бөрткендер саны аз, эрозия ошақтары тез жазылады, Никольский симптомы кейде теріс немесе әлсіз дәрежеде оң болуы мүмкін, жақпатаңбалардағы эпителий жасушалардың 30% акантолизденуге ұшыраған. Бұл кезеңнің ұзақтығы әр науқастарда әртүрлі болады, 2-3 айдан 6-7 айға, кейде 1-2 жылға дейін созылуы мүмкін (біз кездестірген жағдайлар). Кейде күлбіреуік бөрткендердің алғаш конъюктиваға немесе ерін жиектеріне шығуына байланысты аурудың диагнозы дұрыс нақтыланбайды, «конъюктиваның немесе ерін қабынуы» деген диагнозбен науқас ұзақ және нәтижесіз емделеді

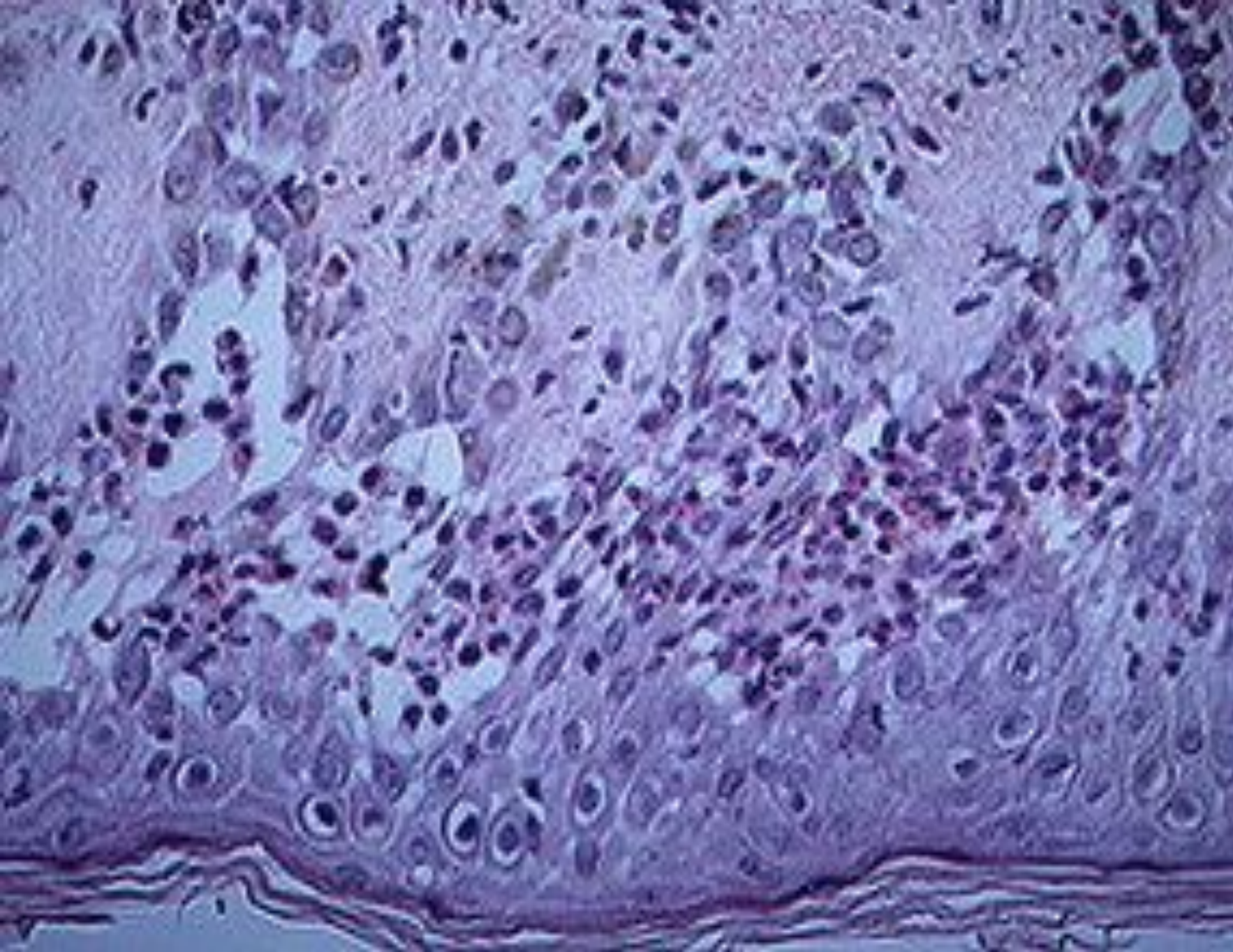
Екінші кезеңі - өршу немесе жайылу кезеңі; науқастың жалпы жағдайы өзгеріп, дене қызуы да аздап көтерілуі мүмкін, ауыз кілегейлі қабығына шыққан көптеген күлбіреуік бөрткендер жарылып, ауыз іші «жалаңаш эрозиялы» аймаққа айналады, ас қабылдау және сөйлеу қиындайды. Еріндер жиегіне, теріге шыққан көптеген күлбіреуіктерден дамыған эрозиялар беттері сарысулы немесе қанды-сарысулы қабықшалармен жабылады. Екіншілік инфекциямен асқынбаған жағдайда аймақтық лимфа түйіндері ұлғаймайды. Бұл кезеңде Никольский симптомы барлық жағдайда оң болады және жағынды-таңбаларда акантолизденуге ұшыраған жасушалар саны басым болады;

Үшінші кезеңі -эрозиялы ошақтардың біртіндеп эпителизациялану (жазылу) кезеңі; аурудың беті қайтып, эрозиялы ошақтар тыртықтанбай жазыла бастайды, Никольский симптомы теріс, акантолизденген жасушалардың саны аз немесе анықталмауы мүмкін. Кілегейлі қабықтың аздап домбығуы, түсінің көкшілденуі және күңгірттігі бірнеше аптадай сақталуы мүмкін. Ауыру сезімі көп мазаламайды, сілекей бөлінуі қалыпқа келе бастайды. Бұл кезде кортикостероидтарды қолданып емдеу жүргізгенде орын алады.



Патологиялық гистологиясы. Морфологиялық өзгерістер жабыңды эпителийдің тікенекті қабатында акантолиздену үрдісімен сипатталады, жасушааралық заттар мен жасушааралық көпіршелердің еріп кетуі нәтижесінде, жасушааралық байланыстар үзіліп, араларында сұйыққа толы саңылаулар пайда болып, біртіндеп үлкен қуыстарға немесе күлбіреуікке айналады. Күлбіреуіктер мен эрозиялардың табаны акантолизденген жасушалардан тұрады.

□ **Цитологиялық зерттеу.** Тұрпайы күлбіреуікше кезінде эрозия бетінен алынған жағынды-таңбада немесе табанынан алынған қырмада деструкциялық өзгеріске ұшыраған эпителий жасушалары анықталады. Алғаш рет бұл жасушаларды Тцанк (1947) сипаттаған және «акантолизденген күлбіреуікше жасушалары» деп атаған. Акантолизденген жасушаларға төмендегідей морфологиялық ерекшеліктер тән: олардың көлемі тікенекті қабаттың қалыпты жасушаларының көлемінен кішірек, пішіндері домалақ, ядросы жасушаның $1/3$ - $2/3$ бөлігін алып жатады және борпылдақтау келеді, ішінде 1-6 жарықтау нуклеолары бар; цитоплазмасы қос қабатты (ішкі ядро төңірегіндегі қабат ашықтау боялған, ал шеткі қабат – қою-көк түсті).



Салыстырмалы диагностикасы

- Буллезді пемфигоид
- Қайызғақты күлбіреуікше
- Көптүрлі жалқықты эритема
- Дәрілік стоматит
- ҚЖТ буллезді түрі
- Күлбіреуікті эпидермолиз

ЕМІ

- Акантолиздеуші күлбіреуікшемен ауыратын науқастарды дәрігер-дерматолог емдейді. Кешенді емнің құрамына кортикостероидтарды, цитостатиктерді енгізіп, қалыптасқан үлгімен жүргізеді.
- Бұл аурудың барысы соңғы уақытқа дейін өте ауыр болатын. Кортикостероидтарды қолданып емдеу қалыптасқанға дейін науқастар бірнеше аптадан немесе бірнеше айдан кейін қайтыс болатын. Қазіргі кезде пайдаланылып жүрген кортикостероидтар: преднизолон, метилпреднизолон (метипред, урбазон), дексаметазон (дексазон), триамцинолон (полькортолон, кенакорт), цитостатиктер (метотрексат, колхицин) науқастар өмірін біраз жылға ұзартуға мүмкіндік берді.

Жергілікті емі. Ауыз гигиенасын дұрыс сақтауға үйрету, антисептиктерді, ауырусыздандырушы, микробтарға қарсы дәрілерді, кортикостероидты жақпамайларды қолданып, эрозия ошақтарының екіншілік инфекциямен асқынбауын, тезірек жазылуын қамтамасыз ететін емдеу шараларын жүргізеді. Саңырауқұлақтарға қарсы дәрілерді қолдануды да ұмытпау керек.

Назар қойып
тыңдағандарыңызға
рахмет!