

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Медицина факультеті

Стоматология кафедрасы

**ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПӘНІ
БОЙЫНША ЛЕКЦИЯ САБАҚТАРЫНЫҢ МӘТІНІ**

Дәріс №14

Тіл аурулары және аномалиялары. Глоссалгия. Дәм сезудің және сілекей бөлінудің бұзылуы. Ерін аурулары.

Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, дифференциалды диагностикасы, емі.

Тіл аурулары.

Тіл көптеген аурулар кезінде ауыздың кілегейлі қабатымен бірге жарақаттанады, ал қай кездерде өз бетімен жеке-дара ауруға ұшырауы мүмкін.

Тілдің мұндай ауруларына мыналар жатады: қатпарлы тіл, тілдің түлей қабынуы, қара түкті тіл, тілдің ромбы тәріздес қабынуы.

Қатпарлы тіл.

Қатпарлы тіл (складчатый язык – Lingva plicata) – тілдің дамуы кезінде болатын ауытқуларға жатады және балаларда, үлкен адамдар арасында да кездеседі. Тілдің үстінде, бүйірлерінде әртүрлі тереңдіктегі сайлар орналасып, тіл бетін ұатпарландырып жібереді. Ағаш бұтақтары тәрізді тарамдалып орналасады (ағаш тәрізді түрі – деревовидная форма), кейде бұларды көлденең орналасқан сайлар қиып өтіп жатады. Бұл кезде тілдің беті ми қатпарларына ұқсас болады (миға ұқсас түрі – мозговая форма). Сайлардың табаны мен жан-жақ беттері жіп тәріздес бүртіктермен жабылған

Тілдің өзі жұмсақ, аздап көлемі үлкейген. Кейбір кездерде (30-50%) қатпарлы тіл оның түлей қабынуымен қатар кездесіп отырады. Қатпарлы тіл мелькерссон-Розенталь синдромының бір белгісі болып та кездеседі. Тілдің үлкеюі мен қатпарлануы және ұрттың кілегейлі қабығының қатпарлануы акромегалия ауруының даа жиі кездесетін белгілері. Даун ауруы мен англодрофиялық эктодермалдық дисплазия кезінде де тілдің үлкейіп қатпарланғаны байқалады.

Көпшілік жағдайда тілі қатпарлы адамдар ешқандай шағым айтпайды, бірақта тілдің түрі оларды мазасыздандырып, дәрігерге баруға мәжбүр етеді. Егер ауыз дұрыс күтілмесе, сілекей аз бөлінсе, қатпарларда ас қалдықтары аз жиналып, ауыздан сасық иістің шығуына (foeter ex ore) немесе тілдің қабынып әртүрлі ауруы сезімдерінің тууына әсерін тигізеді.

Ешқандай ауыру сезімі мазаламаса, емдеу жүргізудің қажеті жоқ, тек ауызды дұрыс күтіп, уақытында сауықтырып тұру керек. Кейбір адамдарда тілінің өзгешелігіне байланысты қатерлі ісікпен (рак) ауырып қалғам жоқ па деген қорқыныш (канцерофобия) тууы мүмкін. Олармен жақсылап әңгімелесіп, ақыл-кеңес беру керек. Қажет болса, дәрігер психиатрға жіберу керек.

Тілдің қабынулары (глосситы).

Тілдің кілегейлі қабығының қабынуы (глоссит - glossitis) ауыздың басқа бөліктерінің қабынуымен қатар немесе жеке-дара кездесуі мүмкін. Тілдің үсті қайта құрылуды төмендететін көптеген аурулар кезінде (витаминдер жетіспеушілігі, ас қорыту жолдары мен қан аурулары, қант диабеті, Шегрен синдромы) ерте-ақ қабына бастайды.



Тілдің түлеу қабынуы (десквамативный глоссит – glossitis desquamativa)

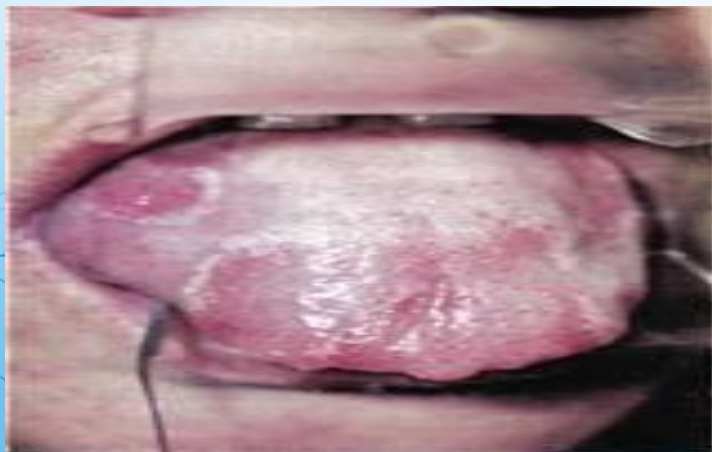
Бұл аурудың бірнеше синонимдері бар (географиялық тіл – географический язык, тілдің көшпелі қабынуы – мигрирующий глоссит) және себебі әлі анықталмаған, ауруды тудырушы микроб табылмаған. Коллогеноз, қотыр, асқазан аурулары және басқа жүйелі аурулары бар адамдарда жиі кездеседі және асқынбай өмір бойы сол адамдардың серігі болуы мүмкін.

Клиникалық белгілері. Алғашқы кезде тілдің бетінде ені бірнеше миллиметр ақшыл сұр түсті ісініп, буалдырланған ошақ пайдаа болады, біраздан кейін оның ортасында жіп тәріздес бүртіктерді жапқан эпителий түлеп түседі де, алқызыл немесе қызыл түсті дөңгелек, беті тегіс ошақ пайда болады және ол іісінген, бірақ әлі түлемеген эпителий жолағымен қоршалған. Ошақтың көлемі біртіндеп үлкейіп, жан-жаққа жайыла бастайды, белгілі бір мөлшерге жеткен соң түлеу тоқтаалып, орта бөлігінен бастап бүртіктердің бетіндегі мүйізгектену дұрыс қалыптаса бастайды. Мұндай ошақтар біреу немесе бірнешеу болуы мүмкін, ескілерінің үстіне жаңалары пайда болып жатады. Мұндай тілдің беті географиялық картаға ұқсас болады. Түлеу ошағының пішіні тез өзгеріп отырады, көбінесе тілдің үстінде, бүйір беттерінде орналасады, кейде тұрақты бір жерге қайта-қайта шығып мазалауы мүмкін.

Сирек жағдайларда түлеу ошағы тіл бетімен қатар ауыздың басқа бөліктерінде да орналасуы мүмкін (ауыздың түлей қабынуы – десквамаативный стоматит). Ауру өз бетімен емдеусіз де жазылуы мүмкін, кейде біраз уақытқа толастап, қайта басталады.

Көңіл-күйдің өзгерісі аурудың ауырлауына әсерін тигізеді. Көпшілік жағдайда қабыну ошағында әртүрлі тітіркендіргіш тағамдардан ашып, ысып және күйіп ауырған сияқты сезімдер пайда болады. Сырқат адам тілінің өзгерісін байқап, түрін көріп, қатерлі ісіктер туралы ой келіп мазасыздануы мүмкін.

Тілдің түлей қабынуы кейін болған глоссалгия, В витаминінің жетіспеушілігі сияқты аурулармен қабаттасуы мүмкін. Сауықтырылмаған ауыздың жағдайы, сілекейдің аз бөлінуі, жарақаттаушы факторлар әсері қабынуды асқындырып, ауру сезімін күшейтеді. Осы ауру бар жасы ұлғайған адамдардың тілдеріндегі ауру сезімінің күшті болуы қайта құрылу процестерінің нашарлауына байланысты. Гистологиялық зерттеу кезіндегі түлеу ошағындағы өзгерістер: жіп тәріздес бүртіктер бетінде эпителий жұқарып тозықтанған, дәнекер қабатында аздап ісіну, клеткалар шоғырлануы байқалады. Жарақат ошағының төңірегіндегі эпителийде паракератоз және спонгиоз байқалады. Тілдің түлей қабынуын В₁, В₅, В₁₂ витаминдері жетіспеушілігі кезіндегі түлеуінен, аллергиялық қабынуынан, екіншілік мерез кезіндегі жарақаттануынан, ромбы тәрізді қабынуынан ажырата білу керек.



Ауруды емдеу. Ауру сезімі мазаламаса арнаулы емдеу жүргізудің қажеті жоқ, тек ауызды сауықтырып, гигиеналық күтімді дұрыстау қажет. Ауру сезімі мазаласа: жергілікті емдеу үшін анестетиктер ерітіндісін: кератопластиктер (А витаминінің майлы ерітіндісі; итмұрын майы, цитральдің 1% ерітіндісі т.б.) қолданған жөн. Жалпылай емдеу үшін витаминдер жиынтығын, кальций пантотенатын (0,1-0,2г, күніне 4 рет) тағайындау керек. Тіл нервісінің бойына новокаин мен (2% ерітіндісін) блокада жасаған жөн. Ауру адам бойында созылмалы аурулар болатын болса, оларды уақытында анықтап, емдеген жөн. жасы ұлғайған адамдар арасында аурудың қатерлі емес екені, дұрыс емделсе ешқандай асқыну болмайтыны туралы сенім тудыру керек.

Қара түкті тіл .

(черный волосатый язык – *lingva-villosa nigra*)

Бұл ауру көбінесе ересек шылым тартатын ер адамдар арасында кездесетін ауру. Себебі мен салдары анықталмаған. Ауру ешқандай шағымсыз дамуы мүмкін, немесе тілінің өзгешелігіне, бетіндегі шаш тәріздес құрылымдарға, олардың таңдайын жыбырлататындығына, сөйлегенде, ас ішкенде құсқысын келтіретіндігіне, аузының құрғайтындығына, ас дәмін сезбейтіндігіне шығымдануы мүмкін. Қарап көргенде тілдің үстінде орлы бүртіктердің алдынан бастап жіп тәріздес бүртіктердің ұзарып жуандағаны байқалады. Оның себебі бүртіктерді жапқан мүйізді қабаттың түлемеуі. Түкті тілдің дамуы жұқпалы аурулармен, ас қорыту жолдарының қызметінің бұзылуымен, витаминдер жетіспеушілігімен байланысты болады деген ұғым кең тараған. Бұл ауру көбінесе ауыздың гигиенасын сақтамайтын, шылымды көп тартып, арақ ішетін адамдар арасында көп кездеседі. Әртүрлі дәрі-дәрмектер, химиялық дәрілер әсерінен де дамуы мүмкін. Бүртіктер ұзарып кейде бірнеше миллиметрден 1-2 см-ге жетеді. Бүртіктердің түстерінің өзгеруі ас құрамындағы пигменттердің немесе хромогенді бактериялардың (көбінесе саңырауқұлақтардың) әсеріне байланысты болуы мүмкін.

Жарақат ошағы сопақ немесе үшбұрыш пішінді болады, тіл бетінің орта бөлігін ала орналасады, ондағы ұзарған бүртіктер жуандап басталып, ұшына қарай жіңішкереді.

Нерв жүйесінің аурулары ауызда әртүрлі ыңғайсыз сезімдер туғызып, кілегейлі қабықтың жарақаттануына, әртүрлі функционалдық және органикалық өзгерістерге әкеп соғады.

Солардың бірі глоссалгия (стомалгия), ауыздың дәм сезуінің және сілекей бөлінуінің бұзылуы.



Глоссалгия.

Глоссалгия (glossalgia) немесе глоссодиния, тілдің жалған сезімталдығы (тіл парастезиясы), глоссопироз – тілдің қалыпты сезімталдығының бұзылуынан туған созылмалы ауру. Ауру кезінде тілдің әр жерінде қызған, күйген, ашыған, ауырған сияқты сезімдер пайда болады және олар ауыздың басқа бөліктерінде де байқалуы мүмкін (стомалгия). Ауру көбінесе қырықтан асқан әйелдер арасында жиі кездеседі, ер адамдарда 5-6 рет сирек болады. Себебі салдары әлі анықталмаған. Аурудың басталуы әртүрлі орталық нерв жүйесін немесе жергілікті тканьдерді жарақаттаушы әсермен қатар келеді. Кейде сырқаттың басталуы үйлесімсіз протездер қойылуымен, тістерді жұлған кезде тканьдердің көбірек жарақаттануымен, қайғылы жағдайлармен байланысты болады.

Аурудың патогенезінде вегетативтік нерв жүйесінің патологиялық өзгерістері (көбіне функционалдық, сирегірек органикалық) оның симпатикалық бөлімінің тонусының жоғарылауы белгілі орны алады. Ал бұл өзгерістер ішкі ағзалар, қан тамырлар және ішкі бездер сырқаттарымен, витаминдер жетіспеушілігімен (В тобының, А, С витаминдерінің) тығыз байланысты. Бұл ауру орталық нерв жүйесінің органикалық өзгерістерімен да (ми қабықтарының қабынулары, қан айналымының нашарлауы, психикалық аурулар) тығыз байланысты. Біраз ғалымдар глоссалгияны висцеро-рефлекторлы-бульбарлық синдром деп те қарайды. (Е.С. Яворская, 1972ж.).

Қорыта келгенде, глоссалгия (стомалгия) көптеген ағзалар мен жүйелердің ауруларының (олардың ішінде орталық нерв жүйесінің бір белгісі (симптомы) болып табылады. Жергілікті тітіркендіргіштер осы симптомның туындауына, күшеюіне және қайта-қайта қошуына себепкер болады.



Аурудың клиникалық белгілері. Сырқат адамдар көбіне тілінің ысып, күйіп, қызып, ашып ауыратынына (ащы бұрыш сепкендей сезім), сөйлеген кезде тез шаршайтынына, дәм сезу мүмкіндігінің өзгергеніне (тәттінің орнына ашты сезіну және керісінше) немесе төмендегеніне шағымданады. Кейде тілінде құрт жыбырлап жүргені, бұлақ ағып жатқаны, шаш өсіп кеткені сияқты сезімдер (әсерлер) болатын айтады. Бұл сезімдер ауыздың тілден басқа бөліктеріне жұтқыншаққа, көмейге де таралуы мүмкін. Алғашқы кезде ыңғайсыз (жағымсыз) сезімдер тілдің ұшынан, бүйір беттерінен, немесе түбірінен басталып жан-жаққа таралады. Кейде тұрақтамай бір жерден екінші жерге ауысып отырады. Ас ішкен уақытта бұл сезімдер жойылып, адам толқыған кезде (қуану немесе ренжу), көп сөйлеген соң, кешке қарай немесе түнде күшейе түседі. Аурулардың 30% ауызының құрғайтынына шағымданады.

Қарап тексергенде тілде, ауыздың басқа бөліктерінде оншалықты өзгерістер табыла қоймайды. Тек қана аздаған домбығу белгісі, қақ тұруы, кейбір бүртіктерінің ұлғаюы, көк тамырлардың түйінделе кеңейгендігі байқалуы мүмкін. Сипап тексергенде ешқандай ауру сезімі байқалмайды, аздап сезімталдығының төмендегені анықталады.

Сұраай келе адамда әртүрлі психикалық өзгерістерді (қамығу, көңілсіздік, қатерлі ауру даму мүмкіндігі туралы қорқақтық-канцерофобия) байқауға болады.

Аурудың диагнозын дұрыс қою үшін тілдің ісіктерінен, тіл нервсінің невралгиясынан, қабынуынан, ауыз гальванизмінен ажырату керек. Сонымен қатар патологиялық тістесу кезіндегі (костен синдромы), сойын остеохондрозы, мойын омыртқаларының деформациялаушы спондилезі (қисаюы) кезіндегі белгілі симптом болуы мүмкіндігін де анықтау қажет.

Тіл нервсінің невралгиясы кезінде ауру сезімі ауық-ауық қозып тұрады және біржақты орналасады. Ауру жақтағы бет терісі қызарып, ымдау еттері (мимические мышцы) жыбырлап тұрады.

Тіл нервсінің қабынуы кезінде нерв бойымен тұрақтанған ауыру сезімі байқалады және осы аймақта сезімталдық жойылады (көбіне біржақты және тілдің алдыңғы 2/3 бөлігіне орналасады).

Ауруды емдеу. Емдеу әдістері белгілі жүйемен жүргізілуі керек және ауызды сауықтыру, этио-патогенездік, симптоматикалық емдеу шараларынан тұрады. Емдеу жүргізер алдында сырқат адамды жан-жақты тексеруден өткізу керек (емші-дәрігердің, невропатологтың, психиатордың, гинекологтың және эндокринологтың).

Аурудың патогенезіне әсер ету үшін кіші транквилизаторлар, шүйгіншөп, бром препараттарын, витаминдер (B_1 , B_6 , B_{12} , PP) тағайындайды. Құрамында темір қоспалары бар дәрілер де (гемостимулин, ферроплекс, феррокаль) жақсы нәтиже береді. Тіл нервсіне анестетиктермен блокада жасаудың де үлкен мәні бар.

Жергілікті жансыздандырғыш дәрілерді жарақат ошақтарына сіңіріп, ауыз бұлауы ретінде (анестезиннің 10% майдағы ерітіндісі, цитральдің 1% майдағы ерітіндісі, пиромекаин, тримекаин, новокаиннің 0,5-1% ерітінділері) қолдануға болады. Кератопластиктер мен сілекей бөлінуін күшейтетін дәрілердің де (пилокарпин гидрохлоридінің 1% ерітіндісі) пайдалы әсері бар.

Физиотерапевтік шаралардың да емдік пайдасы бар: мойынның симпатикалық түйіндерін гальванизациялау немесе кальций хлоридімен, новокаинмен, ганглиоблокаторлармен электрофорездеу, тілге натрий хлоридінің 0,5% ерітіндісімен электрофорез жүргізу, лазер сәулесімен емдеу, лазер-рефлекстік емдеу әдістерін кең қолдану керек. Психикаға әсер ете емдеу, гипноз, ине шаншып емдеу әдістерін де кең пайдалануға болады.

Дәм сезінің бұзылуы.

Дәм сезудің бұзылуы (нарушение вкуса - dysgeusia) үш түрде байқалады: 1) толығымен жойылуы, төмендеуі немесе жоғарылауы және бұрмалануы. Бұл өзгерістер кілегейлі қабықтың зақымдану, жарақаттану кездерінде, витаминдер жетіспеушілігі жағдайларында, аскорту ағзалары, нерв жүйесі аурулары кезінде кездеседі.

Дәм сезу баданалары (вкусовые луковицы) тіл бүршіктерінде орналасатындықтан тілді жарақаттайтын көптеген аурулар кезінде тілдің дәм сезу қызметінің төмендеп немесе жойылып кететіндігі байқалады. Бүртіктер қалпына келген кезде дәм сезу де қайта қалыптасады. Тілдің бетін қалың қақ басқан кезде (ішкі ағзалар ауруы кезінде, тұмау т.б.) немесе көлемді лейкоплакия ошағы пайда болған жағдайда дәм сезу төмендейді.

Ауызда қышқыл дәмнің пайда болуы асқазанның, бауырдың және өт қабының қабынуы әсерінен болады. Басқа ұнамсыз дәмдер қызыл иек, пародонт және бадамша бездер қабынулары кезінде де байқалады.

Дәм сезудің біржақты және тілдің ұшына жақын $2/3$ бөлігінде бұзылуы перифериялық нервтердің (бет нервісінің, тіл, дабылдыішек нервтерінің) жарақаттануымен байланысты. Тілдің артқы $1/3$ бөлігінің, жұмсақ таңдайдың дәмді сезінбеуі жұтқыншақ – тіл нервісінің жарақаттануынан болады.

Кейде дәм сезудің екі жақты жойылуы орталық нерв жүйесінің органикалық жарақаттануы (әртүрлі ісіктер, мерездік түйіндер) кезінде байқалады. Дәм сезудің бұзылуын емдеу бір ғана стоматологтың міндеті емес, аурудың себептерін анықтап, басқа маман-дәрігерлермен бірлесе отырып емдеу шараларын жүйелі түрде жүргізу керек.

Сілекей бөлінуінің бұзылуы.

Сілекей бөлінуінің бұзылуының екі түрі бар: 1) шамадан тыс бөлінуі (гиперсаливация), 2) шамадан аз бөлінуі (гипосаливация, немесе ксеростомия).

Сілекейдің шамадан тыс бөлінуі (гиперсаливация - *gipersalivatia*). Бұл жағдайда аз ғана көбірек бөлінуі онша көп сезілмейді, ол көбінесе кілегейлі қабықтың тітіркенуі кезінде қорғаныс реакциясы ретінде байқалады (ауыздың әртүрлі қабынулары кезінде, емдеу шараларын жүргізгенде). Тітіркену тоқталған кезде де сілекейдің бөлінуі қалпына келеді.

Ұзақ уақыт көп бөлінуі (мөлшерден екі-үш есе көбеюі) вегетативті нерв жүйесінің аурулары (паркиннеонизм, жалған бульбарлық салдық, инсульттен болған біржақты салдану) әсерінен болуы мүмкін. Кезеген нервтің тонусының жоғарылауы, іш құрттары инвазиясы, Костен синдромы сілекейдің көп бөлінуіне әсерін тигізеді.

Гиперсаливацияны емдеу сілекейдің көбеюінің себебін анықтаумен және себепші сырқатты емдеумен байланысты. Сілекей бөлінуін уақытша азайту үшін атропинді дәрілер қолданылады.

Сілекейдің аз бөлінуі (гипосаливация - *hiposalivatia*). Ауызда көптеген ыңғайсыздың тудырады, ауыздың құрғауы, сөйлеудің, құрғақ асты шайнап жұтудың қиындауы, ысып, күйіп ауыруы, ащы, тұзды тамақ жегенде аурудың күшеюі сияқты.

Көріп тексергенде ауыздың кілегейлі қабығы құрғақ, беті күңгірттенген, сілекей бөлінбейді, егер бөліне қалса көбіктеніп аз мөлшерде шығады. Мұндай жағдайларда кілегейлі қабық жарақаттанғыш келеді, тістерде қақ тұрып, тісжегі қуыстары көптеп пайда болады.

Сілекейдің аз бөлінуі жасы ұлғайған және кәрі адамдарда кездеседі. Қант диабеті, коллагеноз, сәуле аурулары, А, В, Е витаминдері жетіспеушілігі кезінде де сілекей аз бөлінеді. Ірілі-ұсақты сілекей бездерінің қабынулары, бездер мен шығарушы түтіктерінің тастары кезінде сілекейдің шығуы азаяды. Сілекейдің аз бөлінуі немесе бөлінбей қалуы терінің, басқа кілегейлі қабықты ағзалардың құрғақтығымен қатар кездесуі мүмкін (Шегрен синдромы).

Симпатикалық нерв жүйесінің тонусының көтерілуі (гипертириоз, климактериялық кезең сияқты), әртүрлі невродар кезінде сілекей аз бөлінеді. Жедел жұқпалы аурулар, әртүрлі уланулар (ботулизм), дәрі-дәрмектер (амитриптилин, клофелин, атропин) әсерінен де сілекейдің азаюы мүмкін. Ауыз арқылы дем алу кезінде ауыз сұйығының көп булануынан ауыз құрғап, сілекей азайған сияқты болып тұрады (жалған гипосаливация). Сілекейдің аз бөлінуін емдеу оның себептерін анықтаудан басталуы керек. Ауыз қуысын сауықтырып, тиімді протездер қою, витаминдер жиынтығын, қажет болса жыныс гармондық дәрілерді тағайындау сияқты шаралар жақсы нәтиже береді.

Сілекейдің аз бөлінуі үлкен бездердің ауруына байланысты болса, анықталған сырқатты дер кезінде емдеу керек.

Үлкен сілекей бездерін гальванизациялау да жаақсы емдік әсер береді. Симпатикалық нерв жүйесінің қызметін реттейтін дәрілерді: галантамин гидробромидінің 0,5-1% ерітіндісін 1 мл тері астына жіберу, ішкізу немесе бездерге электрофорездеу арқылы сіңіру, пилокарпин гидрхлоридінің, иодты препараттарды тағайындау да жақсы нәтиже береді. Емдеу курсы бір айға жуық, сілекейдің дұрыс бөлінуі қалыптасқан соң тоқтату қажет.

Ас қабылдау алдында ауыз ішін өсімдік майлаарымен өңдеу керек. Ол үшін кілегейлі қабық бетін майға батырылған мақта анжымен сүртеді, бір ас қасық майды ауызға ұрттап 10-15 минуттан кейін жұтып отырады, болмаса түкіріп тастайды.

Еріннің қабынуы (хейлит - cheilitis) жиі кездесетін және қатерсіз ауруларға жатады. Қабыну тек ерін аймағында орналасуы мүмкін, кейде басқа тері аурулары және ауыздың кілегейлі қабығының жарақаттары кезінде қабынуға шалдығуы мүмкін. Бірінші жағдайда еріннің өз бетімен қабынуы орын алады, оны халықтық медицина тілінде “жалақ” деп атайды, екінші жағдайда еріннің тәуелді жарақаттануы орын алады.

Еріннің қабыршақтана қабынуы (эксфолиативтік хейлит – cheilitis exfoliativa). Бұл ауру кезінде тек ерін жиектері ғана жарақаттанады, эпителий қабаты қатты қабыршақтанып түлейді және әйелдер арасында жиі кездеседі.

Алғаш ауруды сипаттаған Stelwogen (1900 ж.) ал дұрыс атаған Miculicz пен Kummel. Аурудың себебі анықталмаған. Кейбір ғалымдардың ұйғаруынша нерв жүйесіндегі өзгерістер, қалқанша бездердің қызметінің күшеюі ауруды туындататын себептерге жатуы мүмкін. Соңғы жылдары аурудың патогенезінде иммундық аллергиялық өзгерістердің белгілері орын алатыны анықтала бастады. Қабыну екі түрде кездеседі: құрғақ (сухая форма) және жалқықты түрде (экссудативная форма). Құрғақ түрі көбіне жаастар арасында, ал жалқықты түрі жасы ұлғайған адамдар арасында кездеседі. Аурудың екі түрінде де жарақат ошағы Клейн белдеуінен бастап ерін жиегінің ортасына дейінгі аймақта орналасады. Езу мен ерін жиегінің терімен шекаралас бөлігі онша көп өзгермейді.

Қабынудың құрғақ түрінде ерінде қызып ауыру, шаншу, кеберсу сияқты сезімдер мен қабыршақтану мазалайды. Мұндай жағдай бірнеше жылға созылуы мүмкін. Қарап тексергенде бір еріннің немесе екі еріннің де жиектері құрғақ, беттерінде ақ-сұр түсті қабыршақтар бар. Олардың пішіндері слюда немесе кебек тәріздес, жиектері көтеріңкі, орта бөліктері ерін жиегімен тығыз байланысқан. Күшпен тартқанда жұлынып алынады, астында ашық-қызыл түсті қызырған ошақ беті ашылады. Екі-үш күн өткен соң қабыршақ қайта пайда болады. Құрғақ қабыршақтана қабыну кейде жалқықтана қабынуға ауысуы мүмкін.

Аурудың жалқықты түрінде ерін аздап сыздып ауырады, домбығуы мүмкін. Ерін жиегінде ақшыл-сары түстес қалың қабықша пайда болады. Уақытында түлмеген қабықша қалыңдай келе еріннің төмен салбырап түсіп тұрады. Қарап тексергенде Клейн белдеуі аймағы аздап қызарған, алынған қабықша асты жылтыр, эпителийдің бүтіндігі бұзылмаған. Аурудың диагнозын дұрыс қою үшін еріннің басқа жарақаттарынан ажырату керек. Олар мыналар: еріннің күн сәулесі және ауа-райы әсерінен қабынуы, қызыл жегі, Манганотти хейлиті:

Ауруды емдеу. Ерні сырқат адамды эндокринолог пен невропатологтың тексеруінен өткізіп, анықталған ауруды емдеу керек. Олар үшін седативті дәрілер, транквилизааторлар тағайындайды. Жарақат ошағында “Восторг”, “Спермацетовый” далаптарын жағу керек. Ауруды жалқықты түрін седативті дәрілермен, антидепрессанттар, тиреостатиктер беріп емдейді. Жарақат ошағына, құрамында кортикостероидтар бар жақпалар жағады. Сырқат жазылмаса Букки сәулелерімен емдейді (1,8 Грей жетісіне екі рет, емдеу курсына 16-30 Гр). Иммундық жүйені коррекциялайтын дәрілер де қолданылады (дибазол, пирогенал).

Еріннің glandулярлық қабынуы (простой glandулярный хейлит – cheilitis glandularis zimplex).

Төменгі ерінді жиі жарақаттайды. Бұл сілекей бездерінің ауытқып орналасуы әсерінен (гетеротопия), шамадан тыс ұлғаюынан (гепертрофия), секретті көп бөліп (гиперсекреция), шығарушы түтіктеріне инфекция түсуі әсерінен қабына туындайтын сырқат. Бездердің ауытқи орналасуы кезінде олардың өздері немесе сілекей шығарушы түтіктері Клейн зонасында немесе ерін жиегінде орналасады. Ауруды сипаттап жазған Puente және Acevedo (1927ж).

Ауруды біріншілік glandулярлық және екіншілік glandулярлық қабыну деп екі түрге бөлінеді. Біріншілік қабыну өз бетімен тәуелсіз дамиды, ал екіншілік қабыну еріннің басқа аурулармен жарақаттануы кезінде дамиды. Тіс тастары, тісжегі және пароднт аурулары сырқаттың дамуына жағдай туғызады.

Ауру жастар арасында сирек, көбіне ересек адамдар арасында (жастары елуден асқан) жиі кездеседі. Алғашқы кезде ерін құрғап қабыршақтана береді, аздап сыздап ауырады. Ерінді жиі-жиі жалаудың әсерінен одан әрі құрғай түседі, домбығып қызырады, қабыршақтану және ауру сезімдері күшейіп, жылдам тіліктер мен эрозиялар пайда болады. Кейде шамадан тыс мүйізденуден гиперкератозданған ошақтар пайда болуы мүмкін.

Қарап тексергенде еріннің кілегейлі қабығы бетінде Клейн жолағына жақын қызыл ноқаттарды табуға болды, ауызды жұмғызбай біраз күтсе ноқат үсті тамшы тәріздес қоймалжың сұйықпен жабыла бастайды (шыққа ұқсас симтом). Ерін жиегі құрғаған, қызарған құрғақ қабыршақтармен жабылған. Сипап тексергенде кілегейлі қабық астында ұсақ тары дәніндей түйіншектер анықталады (қабынып ұлғайған сілекей бездері). Егер секрет көп бөлінсе ұйықтаған кезде екі ерін бір-біріне жабысып қалып, ауыз ашу біршама қиындайды. Клейн жолағында сары түстес қақ қатып қалады.

Ауруға диагноз қою қиын емес. Емдеу үшін құрамында кортикостероидтар антибиотиктербар және нафталанды жақпалар, кератопластиктер қолданылады. Қабыну қайталана берсе сілекей бездерін электрокаогуляциялау әдісі немесе сылып алу әдісі қолданылады. Сирек жағдайда ауру қатерлі ісікке ауысуы мүмкін.

Еріннің күн сәулесі және ауа-райы әсерінен қабынуы

Еріннің күн сәулесі әсерінен қабынуы немесе актиндік қабынуы (актиничный хейлит – cheilitis actinica) күн сәулелеріне жоғары сезімталдығы бар 20-60 жастағы ер адамдар арасында кездеседі. Ауруды алғаш сипаттап жазған Аурес (1923 ж.). Қабыну көбіне ультракүлгін сәулелердің әсерінен дамиды және екі түрде кездеседі (құрғақ және жалқықты). Құрғақ түрінде ерін ысып, құрғайды, кейде шаншып сыздап ауырады. Ерін жиегінде ұсақ қабыршақтар пайда болып, аздаған қызару белгісі байқалады. Жалқықты түрінде ерін қышып, қызып мазалайды, аздап ісініп қабықшалармен жабылып, эрозияланады. Кейде ұсақ көпіршік бөрткендер шығуы да мүмкін.

Ауру көбінесе көктем, жаз айларында қозып, күз-қыс айларында басылып кетеді. Емдеу үшін кортикостероидты жақпалар қолданылады, антигистаминдік дәрілер, витаминдер (В₁, В₂, В₆, РР, С, А) тағайындалады. Қайта қозбау үшін күн сәулесінің әсерін тоқтату керек. Сыртқа шыққан уақытта ерінге “Луч”, “Щит” далаптарын, 10% салол жақпасын, гигиеналық қойыртпақ жағу керек.

Еріннің ауа-райы әсерінен қабынуы (метеорологиялық хейлит – cheilitis meteorologica). Көбінесе күн сәулесімен қатар ауа-райының басқа құбылыстары әсерінен (жел, шаң, тозаң, суық, ылғал) дамиды. Клиникалық белгілері актиндік қабынуға ұқсас келеді. Ерін құрғап, кеуіп, тырысып, қабыршақтанып тұрады, кейде қызып, күйіп, шаншып мазалайды. Көріп тексергенде ерін жиегі қызарып инфильтраттанғаны байқалады, беті ұсақ қабыршақтармен жабылған. Кейде ісініп, домбығып, қызару ұлғайып, ұсақ көпіршік бөрткендер шығуы мүмкін. Бұл кезде кілегейлі қабық пен ерін төңірегіндегі тері беті өзгеріске ұшырамайды. Күз-қыс айларында ауру тоқтамайды. Метеорологиялық хейлит қатерлі ісікке ауысатын аурулар тудыруы мүмкін және көбінесе ашық ауада жұмыс істейтін адамдар арасында кездеседі.

Емдеу шаралары актиндік хейлитті емдеу кезіндегідей. Егер нәтижесіз болса ауру адамды иммундық тексерулерден өткізіп, жұмыс орнын ауыстыруға әрекет жасау керек. Аллергиялық хейлит (контактный аллергический хейлит – cheilitis allergica contactilis). Еріннің бұл қабынуы баяу дамиды аллергиялық реакциялар қатарына жатады және түрлі аллергиялармен ерінмен жанасқан кезде дамиды (көбінесе ерін бояғыштарының, тіс тазалайтын қойыртпақтар мен ұнтақтардың құрамындағы бояулардың әсерінен).

Клиникалық белгілері актиндік, эксфолиативтік хейлит белгілеріне ұқсас келеді. Аллергияның әсері тоқтатылса, антигистаминдік дәрілер қолданылса қабынудың беті тез қайтады. Қабыну ошағына құрамында кортикостероидтары бар жақпалар (лоринден А, флуцинар, синалар, синафлан) жақса, қабыну беті тез қайтады.

Макрохейлит (macrocheilitis)

Макрохейлит немесе еріннің көлемінің ұлғая (үлкейе) қабынуы еріннің тұрақты домбығуынан пайда болған созылмалы ауру. Екі еріннің бірдей үлкеюі сирек кездеседі, көбінесе төменгі еріннің көлемі жиірек ұлғаяды. Аурудың дамуына себепкер болатын организмдегі инфекциялық бейімділік. Сонымен бірге ауру ангионевроздық ауруларға жатады деген болжам бар.

Аурудың клиникалық белгілері. Көпшілік жағдайда ерін қышып немесе сыздап ауруы мүмкін, кейде ешқандай сезім болмай, тек ыңқайсыздық, еріннің үлкеюі, осыдан косметикалық жетіспеушілік мазалауы мүмкін. Қарап тексергенде еріннің көлемі үлкейіп, аздап сыртқа айналған, ерін жиегі мен кілегейлі қабығы жылтырайды. Сипап тексергенде консистенциясы тығыздау, бірақ ауырмайды. Макрохейлия кейде бет нервісінің қабынуымен және парезденумен (жартылай салдану) қатар болған сырқаттық жағдайды 1901 ж. Г.И.Россолимо, кейінірек Melkersson сипаттаған. Сонымен қатар бұл сырқат кезінде тілдің қатпарлана өзгеретінін Rosental анықтаған. Сондықтан бұл үш симптомды ауру Россолимо-Мелькерсон-Розенталь синдромы деп аталады және неврогендік ауруларға жатады. Бірақ бұл синдром кезінде үш симптом бірдей табыла бермейді. Сондықтан еріннің өз бетімен тұрақты үлкеюін аталған синдромнан, Квинке домбықпасынан, ерін лимфангиомасынан, гемангиомасынан ажырату керек. Сонымен қатар периостың қабынуы кезіндегі еріннің коллатералды ісінуін де ескерту керек.



Ауруды емдеу. Кортикостероидтар (дексаметазон сәткесіне 3-5 МГ, бір курсына 125 мг), безгекке қарсы дәрілер (плаквенил, делагил 0,25 г күніне екі рет бір курсқа 20-25 г) тағайындау жақсы нәтиже береді.

Антигистаминдік дәрілер мен С, В витаминдерін де беру керек. Физиотерапевтік шаралаарды (гепаринмен электрофорездеу, ультрадыбыспен емдеуді) мүмкіндігінше көп қолдану керек. Мелькерсон-Розенталь синдромы кезіндегі еріннің үлкеюін невропатологпен бірге ақылдаса отырып емдеу керек. Консервативтік емдеу әдісі нәтижесіз болатын болса хирургиялық косметикалық емдеу жүргізу керек.

Жоғарыда айтылған емдеу шаралары нәтиже бермесе иммундық жүйені қалпына келтіріп емдеу (иммунолог-дәрігердің бақылауымен) керек. Ол үшін декарис, пирогенал, иродигиозан қолдану қажет.



Назарларыңызга рахмет!!!

