

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Медицина факультеті

Стоматология кафедрасы

**ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПӘНІ
БОЙЫНША ЛЕКЦИЯ САБАҚТАРЫНЫҢ МӘТІНІ**

Дәріс №13

Дерматоздардың ауыз қуысындағы көрінісі. Қызыл жалнақ теміреткі (КПЛ), жүйелі қызыл волчанка. Пузырчатка. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, дифференциалды диагностикасы, емі.

Қызыл жегі(lupus erythematoses) — созылмалы аутоиммунды ауру; дәнекер тіннің диффузды аурулары қатарына жатады. Әр түрлі дәрі-дәрмектер (гидролизин, антибиотиктер, сульфаниламидтер, вакциналар, сарысулар), инфекциялық факторлар (стрептококк, вирусты инфекция) және сыртқы тітіркендіргіш әсерлерінен (ультрақұлгін, инфрақызыл сәулелер, радиация, суық тию) пайда болады. Ауру тұқым қуалайды. Организмге түскен ошақты созылмалы инфекциялар орталығы және шеткі жүйке мен эндокриндік жүйелердің жұмысының бұзылуына, аурудың асқынуына жол ашады. Қызыл жегінің созылмалы (созылмалы тыртықталған эритематоз) және жедел (жедел эритематоз) түрлері бар. Соңғысында тері ғана емес, сонымен қатар ішкі органдар да зақымданады.

Қызыл жегі адам денесінің кез келген жерінде (ауыз қуысында, ерінде, кеудеде, шаш арасында, т.б.) пайда болуы мүмкін. Ең жиі кездесетін жері беттің шығыңқы бөлігі. Алғашқыда қызғылт, қызыл түсті дақтар пайда болады да, бірте-бірте қосылып, мүйізді қабыршақтанған инфилтратты эритематозды табакшалар дамиды. Қабыршақты сыдырып алғанда өсінділер және фолликула сағасы көрінеді (фолликулярлы гиперкератоз). Қызыл жегі түскен жердің ортасы тыртықтанып, оның айналасы шамадан тыс қабыршақтанып (гиперкератоз), шеті қызарып тұрады. Қызыл жегімен 20 — 40 жас аралығындағы әйелдер жиі ауырады. Алғашқыда дене қызуы көтеріліп, буын сырқырайды. Қышу және ашу сезімі байқалады. Науқас адамда әлсіздік, ұйқысыздық, тершеңдік байқалады, жүрегі айниды. Ауру асқынғанда жүрек-қантамыр, тыныс алу жүйелері мен бүйрек жұмысы бұзылып, адамның өліп кетуі де мүмкін. Емді тек дерматолог белгілейді. Ауру диспансерлік бақылауға алынады.



Қызыл жегі (красная волчанка)





Қызыл жалпақ теміреткі

Клиникалық көрінісі.

Созылмалы қызыл жегі ауруы орналасуына тәуелсіз эритемадан басталады, орны тез мүйізгектенеді. Уақыт өте зақымдалған ошақ ортасы атрофиланып кейіннен барлық ошақты алады. Бірақ бұл қабыну үрдісінің соңы болмайды, сол атрофия ошағында эритема мен гиперкератоз анықталады. Негізгі клиникалық белгілерімен қатар қызыл жегі ауруында, қосымша клиникалық белгілер кездеседі – ошақ инфильтрациясы, телеэнгиэктазин және пигментация. Осы негізгі және қосымша клиникалық белгілер аурудың түрлеріне қарай өзгеріп, кейде айқын болуы мүмкін. Қызыл жегі ауруы беттің терісі, құлақ қалқаншасы, төменгі еріндерінде орналасады. Т.Н.Антонова (1965ж) ауыз қуысы кілегей қабығы мен еріннің қызыл жиегіндегі қызыл жегі ауруының толық жіктелуін анықтайды, қызыл жегінің кілегей қабығы мен еріннің қызыл жиегіндегі орналасуының 4 түрін ажыратып, оларға клиникалық айқандалмаған атрофия және гиперкератоз, жаралы-ойық жаралы, Капош-Ирганг түрінің терең түрі және ауыз қуысы кілегей қабығының 3 зақымдалу түрі: әдеттегі, жалқықты-қызарған, жаралы-ойық жаралы түрлері. Қызыл жегі ауруының ауыз қуысы кілегейлі қабығы мен қызыл еріннің жиегіндегі зақымдалуы бір-бірінен тез ауып өтіп кетеді.

Қызыл жегінің әдеттегі түрі қызыл ерін жиегін Г.Н. Антонованың анықтауы бойынша 46% құрайды. Бұл кезде эритема, гиперкератоз және атрофия дамиды. Қабыну үрдісі қызыл ерін жиегінің барлық бөлігін алып жатуы мүмкін, бірақ инфильтрация ошағы барлық аймақты алып жатпай, кейде шектеулі қабыну ошағында орналасуы мүмкін. Қабыну ошағының диффуздық таралуы кезінде еріннің қызыл жиегі қанық қызыл түсті, беті тығыз орналасқан ақшыл-сұр қабыршақпен жабылған, бетін қырып алғанда қатты ауырып, қанайды. Қабыну ошағының айналысында еріннің кілегейлі қабығында эпителийдің бұлыңғырланып, тегіс емес ақ түсті сызықша аймақтары анықталады. Шектелген қабыну ошағында бір немесе екі инфильтрациялық ошақ болады, кейде олар бір-біріне қосылып, әртүрлі жиегі бар инфильтрациялық ошақ түзіледі. Кейде гиперкератоздың көп түзілуі байқалады – бұл гиперкератоздық түрі веррукоздық лейкоплакия немесе терілік мүйізге ұқсас болады.

Клиникалық емес атрофия түріндегі қызыл жегінің ерін қызыл жиегінде орналасуында 11% науқастарда болуы мүмкін, аурудың бұл түрінде эритема және айқандалмаған гиперкератоз болады, үрдіс диффузды түрде өтеді. Ерінде тұрып қалған гиперемия және қабыршақ кездеседі. Қабыршақ жұқа пластина тәрізді қырып алғанда жеңіл айналады. Кейбір қабыну аймақтарында айқындалмаған инфильтрация және телеангиэктазия кездесіп, ерін “шұбар” түсті болады.

Қызыл жегінің эрозиялы-жаралы түрінде еріннің қызыл жиегіндегі қабынуы 43% науқастарда кездеседі. Қабыну көбіне төменгі ерінде орналасады себебі, үнемі төменгі ерін сілекеймен ылғаалданады және анатомиялық құрылысының ерекшелігіне байланысты, еріндердің үнемі жарақаттану әсерінен болады. Қызыл жегінің эрозиялы-жаралы түрінде айқындалған қабыну ошағында эрозия, тілік, ойық жара, беттері сарысулы және сарысулы-қанды қабыршақпен жабылған. Эрозиялар көбіне азғана инфильтрацияланған негізде орнааласқан, қабыршақ гиперкератоз және атрофия түрінде қабыну ошағының аналасында анықталады. Аурудың бұл түрі тағам қабылдағанда еріннің қызып ауру сезімінің күшеюімен мінезделеді.

Капош-Ирганг қызыл жегінің терең түрінде – еріннің қабынуы өте сирек кездеседі.

Қабыну ошағы шектеулі, еріннің қызыл жиегінен шығыңқы жіп тәрізді түзілім түрінде, бетінде үлкен емес эритема және гиперкератоз байқалады. Қызыл жегі ауруын теріде, ерінде қабыну ошағының болуымен және малярияға қарсы дәрілермен емдегенде нәтиже беруімен сипатталады. Қызыл жегінің қызыл ерінде орналасуының клиникалық ерекшелігі ретінде ерінде екіншілік гланулярлық хейлиттің дамуы, Т.Н.Антонованың көрсеткіші ретінде 22% науқастарда кездеседі.

Қызыл жегі ауруын Вуд лампасымен жарықтандырғанда әдеттегі түріндегі қабыну ошағы көгілдір немесе ақ қар тәрізді түс береді. Қызыл жегінің әдеттегі түрінде ауыз қуысы кілегей қабатында бір немесе бірнеше бірден шектеулі қызыл немесе қызыл-күлгін түсті теріден шығыңқы жиектері және ортасы түсіп тұратын қабыну ошағы бар.

Қабыну ошағын сипап тексергенде негізінде инфильтрат анықталады. Қабынудың ортаңғы бөлігінде көбіне беті тегіс көкшіл-қызыл атрофияланған беті көптеген ақ немесе көкшіл-ақ нәзік ноқаттармен және жолақтармен, көбіне жиі орналасады кейде телеангиэктозия түрінде болады. Көп уақыт өткен қабыну ошағында ақ, кейде “жұлдыз” тәрізді жолақтар мен ноқаттар сырт аймағында орналасады. Бұлай мүйізгектену баарлық аймақта қабыну ошағына лейкоплакия ауруына ұқсастығын дәлелдейді, кейбір ошақта қызыл жегіде гиперкератоз аанықталады. Экссудативті-қызарған қызыл жегі ауруында ауыз қуысы кілегейлі қаабық бетінде біірден қызарып, домбыққан, жолақ және ноқат тәрізді гиперкератозбан анықталады. Эрозиялы-жаралы қызыл жегінің ауыз қуысы кілегейлі қабық бетінде экссудативті-қызарған түрі сияқты клиникалық көрінісімен анықталады және осы қабыну ошағының бетінде ауыратын эрозия немесе жұқа қара пайда болады. Эрозиялар әртүрлі көлемде және қалыпта, беті тығыз фибринозды қақпен жабылған, бетін қырып алғанда қанайды.

Цитологиялық тексеру кезінде қырма-таңбаны қызыл жегі ауруында люминисценттік микроскоппен қарағанда ядросыз мүйізгектенген эпителий жасушасы сары-сарғылт немесе сарғылт-қызыл түсті ошақтар анықталады. Ауыз қуысының кілегейлі қабатында және қызыл ерін жиегінде қызыл жегі ауруында эпителий зақымдалады, коллагенді талшықтар мен қабыну инфильтраты анықталады. Бұл өзгерістердің гистологиялық ерекшеліктері ретінде; 1) паракератоз немесе паракератоз гиперкератозбен ауысуы; 2) эпителийдің базалды қабаты жасушасының вакуольды дегенерациясы; 3) дәнекер тінде лимфоциттерден тұратын, көбіне қан тамырлары айналасында, сирек-диффузды және субэпителиалды орналасқан қалың инфильтрат; 4) коллагенді талшықтар дегенерацияға, әсіресе эпителий асты мен ұсақ қантамырлары маңайы ұшырайды.

Қызыл жалпақ теміртекті.

Қызыл жалпақ теміртекті (красный плоский лишай) тері мен кілегейлі қабықтар бетінде қабыну әсерінен мүйізгектенетін түйіншіктер бөртпелер шығуымен сипатталатын ауру. Бұл ауру жасы отыздан асқан әйелдер арасында жиі кездеседі, көбінесе созылмалы түрде дамиды, жедел дамиды түрі сирек кездеседі. Кейде тері мен кілегейлі қабық қатар жарақаттанады (40% жағдайда), ал көпшілік жағдайларда тек қана ауыздың кілегейлі қабығы жарақаттанады, сонымен қатар басқа кілегейлі қабықты ағзалар да (конъюнктура, жыныс мүшелері, несеп жолдары, өңеш, асқазан) зардап шегуі мүмкін.

Аурудың себебі әлі анықталмаған. Ертеде ұсынылған неврогендік, вирустық, токсико-аллергиялық теориялар нақты дәлелденбеген. Қызыл жалпақ теміртекті организмнің көптеген ағзаларының созылмалы аурулармен қатар кездеседі. Аурудың дамуына ауыздағы тітіркендіруші факторлардың да әсері мол.



•Әдеттегі түрі

•(типичная форма)

•Аурудың бұл түрі жиі кездеседі. Папулалар түсі мен рельефі өзгермеген кілегейлі қабық бетіне шығады, және сырқат адамға аса көп ыңғайсыздық тудырмайды. Оқта-текте жарақат ошағы тырысып, қызып, құрғап мазалауы мүмкін. Сондықтан ауру кездейсоқ жағдайда (тістерін, пародонт сырқатын емдеуге келгенде) анықталады.

•Жалқықтана қызарған түрі

•(экссудативно-гиперемическая форма)

•Бұл түрі сиректеу кездеседі. Папулалар қызарып ісінген кілегейлі қабық бетінде орналасады. Сырқат адамды ауызының әртүрлі тітіркендіргіштерден ауыратыны мазалайды. Қабыну, жалқықтану белгілері басым болса, папулалардың анықтығы жойыла бастайды, кейде ісінген тканге батып білінбей кетеді. Қабыну кері дамыса қызару мен жалқықтану басылып, папулалар анық көріне бастайды.

•Күлдіреуіктенген түрі

•(буллезная форма)

•Өте сирек кездеседі. Жарақат ошағында немесе оған жақын диаметрлі 1-10 мм көпіршік немесе күлдіреуік бөрткендер шығады және сарысулы немесе гемморагиялық жалқыққа толы болады. Тез жарылып эрозияға айналады және эрозия тез жазылады. Эрозиялы-жаралы түрі (эрозивно-язвенная форма). Бұл аурудың ауыр түрі, жарақат ошаағының ортасында эрозия немесе ойық жара пайда болады. Олар белгілі пішінсіз болып келеді, беттері таза шикі ет түстес, кейде фибринді қақпен жабылған. Эрозиялар төңірегінде әдеттегі папулалар өрнегі сақталады. Жарақат ошағы күшті ауру сезімін тудырады.

Гиперкератозды немесе аса мүйізгектенген түрі (гиперкератотическая форма)

Сирек кездеседі. Папулалар беті қатты мүйізгектенуден қалыңдап, бір-бірімен қосыла жайпақ тәррелке тәріздес құрылымға (бляшкаға) айналады. Олардың жиектері анық, өздері көтеріңкі орналасады, беттері қалың мүйізді қабықпен жабылады.

Жеке-жеке орналасқан папулалар тегіс жерге шашырай тамған және кепкен әк тамшыларын еске түсіреді немесе фарфор тамшыларына ұқсайды.

Ауруды аталған түрлерімен жүйелеу шарт емес, оларды аурудың даму сатысы деп айтуға болады. Себебі олар белгілі бір заңдылықпен бір-біріне ауысып отырады.

Қызыл жалпақ теміреткі ұзаққа созылатын ауру, бірде беті қайтып, бірде қайта қозып тұрады. Уақытында жойылмаған жергілікті тітіркендіргіштер ауруды асқындырады (1% жағдайда қатерлі ісікке айналады, көбінесе соңғы екі түрі).

Ауруға дұрыс диагноз қою үшін ауыз кандидозынан, аллергиялық қабынуынан, созылмалы зақымдануынан, лейкоплакиядан, қызыл жегіден, папулезді мерезден, күлдіреуіктен ажырата білу керек.

Ауруды емдеу. Сырқат адамды жан-жақты тексеруден өткізіп, анықталған ауруларын дұрыс емдеп жазу керек. Аурудың барлық түрінде орталық нерв жүйесінің жұмысын реттейтін дәрілер, витаминдер жиынтығын, “А” витаминінің (майлы ерітіндісін) тағайындайды.

Никотин қышқылының (1% ерітіндісін жарақат ошағы астына немесе айналдыра инемен шаншып жіберсе жақсы нәтиже береді) екі күнде бір рет, емдеу курсы 15-20 инъекциядан тұрады). Эрозиялы-жаралы түрінде осы мақсатта хонсурид пайдалануға болады, жарақат ошағына аппликациялық немесе инъекциялық әдіспен сіңіреді (0,1 г хонсуридті 0,5% новокаин ертіндісінің 10 мл ерітіп, 1 мл жібереді). Буллезді және жаралы түрінде предниозолон (сөткесіне 20-25 мг) делагил (0,25 г күніне бір-екі рет) тағайындауға болады. Емдеу курсы 4-6 жетідей.

Кортикостероидтар тобының өкілдерін, хингаминді жарақат ошағына инъекциялық әдіспен жіберуге болады, барлығы 5-6 инъекция, күнара немесе 2-3 күнде бір рет жасалады. Жаралар жазылу үшін кератопластиктермен әртүрлі жақпалар қолданылады.

Организмнің қорғаныс қабілетін күшейту үшін аутогенотерапиялық емдеу, пирогенал, декарис, тималин, актовегин тағайындалады.

Аурудың әдеттегі түрінде ауыз қуысын сауықтырып, гигиеналық шараларды орындауға мән берген жөн.

Ұзақ жазылмайтын жаралар және гиперкератоздану ошақтарын кесіп алып тастау керек. Физиотерапевтік әдістерден ГНЛ-сәулесімен, ультрадыбыспен емдеу дұрыс нәтиже береді. Қызыл жалпақ теміреткімен ауру адамдар диспансерлік бақылауда болулары керек.

Күлдіреуікше

(пузырчатка - pemphigus)

Нағыз күлдіреуікше теріні жараақаттайтын өте ауыр сырқат, буллезді дерматоздар тобына жатады. Терінің мальпигий қабатын, кілегейлі қабықтың тікенекті қабатының клеткаларының акантолизденуінен күлдіреуік бөртпелер шығатын ауру. Ауру көбіне 35 жастан асқан әйелдер мен ерлер арасында кездеседі, балалар сирек ауырады.

Арудың төрт түрін ажыратады:

- 1) Қарапайым күлдіреуікше,
- 2) вегетацияланушы күлдіреуікше,
- 3) жапырақ тәріздес күлдіреуікше,
- 4) себореялы (эритематозды) күлдіреуікше.



Дәрігер стоматолг үшін маңызы бар түрі тұрпайы немесе қарапайым күлдіреуікше,

Себебі бұл кезде ауыз қуысы жиі жарақаттанады. Күлдіреуік бөртпелер көбіне кілегейлі қабық бетіне шығып, кейін теріге және басқа кілегейлі қабықтар бетіне ауысады.

Аурудың себебі әлі анықталмаған.

Көбірек таралғандар вирустық және аутоиммундық теориялар.

Аурудың гистологиясы. Тікенекті қабатта домбығу байқалады, акантолиздің әсерінен сұйық жиналып, күлдіреуік бөрткендер шығады, себебі клеткалар біірі-бірінен және астыңғы қабаттан тез ажырайды.

Клиникалық белгілері: кілегейлі қабық беті жиі жараланады және ұзақ уақыт (бірнеше айдан бірнеше жылға дейін) аурудың бір ғана белгісі болып келеді.

Ауыздың жиі жарақаттанатын бөлігі: ұрт, таңдай, ерін, жұтқыншақ кілегейлі қабық беттері. Қабынып өзгермеген кілегейлі қабық бетіне бірліі-екілі күлдіреуіктер шығады, қабығы өте жұқа болғандықтан тез тесіліп созылады (спавшийся пузырь). Кейде бірден күлдіреуік шықпауы мүмкін.

Қатты үйкеліске ұшыраған жарақат ошағындағы эпителий бозғылт тартып буалдырланып, астынғы тканнен ажырай бастайды, кейіннен ортасында эрозия пайда болады және жан-жаққа жайылады. Егер осындай эпителий бетін қалақшамен қырып немесе тонпонмен сүртіп көрсе, беті сыдырылып, эрозия жалаңаштанады. Эрозия ошағының мөлшері әртүрлі болады, кішкентай көлемнен басталып аумақты ені бірнеше сантиметрлік алаңды алып жататын тез қанағыш жарақатты аймаққа айналады. Эрозия беті жалаңаш немесе оңай алынатын фибринді қақпен жабылған болуы да мүмкін. Сырқат ошағы қатты ашып ауырады. Түрлі әсерлерден күшейеді және екіншілік инфекциядан тез қабыну белгілері қосылады, ауыздан нашар иіс шығады. Аурудың вегетацияланған түрінде жара бетінде түрлі биіктіктегі (2-3 мм) қызыл түсті (шикі еттей) өсіктер (вегетациялар) пайда болады (дәнекер тканнің бүртіктерінің тітіркеністен өсуінен). Себореялы күлдіреуікше тұрпайы түрі тәріздес басталады, ал терідегі жарақат ошағы аса майлы қайызғақ ошағына ұқсайды. Жапырақ тәріздес күлдіреуікше кезінде ауыз қуысы сирек жарақаттанады.

Ауру кезінде Никольский симптомы оң болады. Бұл симптомды анықтаудың үш жол бар:

- Егер күлдіреуіктің төбесінен пинцетпен қысып тартса, біраз жерге дейін эпителий қабаты сыдырыла береді.
- Жарақат ошақтары арасындағы көрінер көзге өзгермеген аймақты ысқылыса, күлдіреуік, немесе эрозия пайда болады.
- Егер жарақат ошағынан алыс жатқан кілегей қабық немесе тері бетін ысқылыса, эпителийдің беткі қабаттары сыдырылады. Кейде симптомның үш түрі бірдей оң бола бермейді.

Терідегі күлдіреуіктер түсі өзгермеген, болмаса аз қызарған тері бетінде орналасады және көбінесе киім үйкеліп қажалатын жерде (қарын, арқа, қолтық асты, шат қатпарлары терілері) шығады. Бірнеше сағаттан соң күлдіреуіктер болбырап, алмұрт тәріздес салбырап, жарылып эрозияланады. Эрозия беттері вегетацияланған өсіктермен, сары сулы қабықшалармен немесе себорея тәріздес қақтармен жабылады және қатты ашып ауыра бастайды. Ауру кезінде жұтқыншақтың, асқазанның және ішектің кілегейлі қабықтары да жиі жарақаттанады. Сонымен қатар көптеген ағзаларда және орталық нерв жүйесінде өзгерістер қатар болуы мүмкін. Аурудың дамуы көбіне созылмалы түрде (сирек жағдайда жедел немесе баяулау дамыған түрде кездеседі.

Даму барысын үшін үш фазаға бөлінеді:

Алғашқы кезеңі (бұл кезде бірлі-жарымды бөрткендер шығады, эрозиялар тез жазылады), Никольский симптомы көбіне теріс, сирек жағдайларда ғана оң, акантолизденген клеткалар аз (30%)

Өршу кезеңі: көп бөрткендер шығып, аурудың даму шыны байқалады.

Жазылу кезеңі: эрозиялар беті жабылып, барлық клиникалық белгілері жойыла бастайды, Никольский симптомы көбіне теріс болады. Аурудың диагнозын клиникалық белгілеріне, Никольский симптомына, цитологиялық зерттеулермен иммунофлюоресценциялау реакциясы нәтижесіне сүйене отырып қояды. Цитологиялық зерттеулер кезінде эрозия түбінен алынған қырмады, немесе жақпа таңбада дегенерацияланып өзгерген эпителий клеткалары – акантолизденген клеткалар (Тцанк клеткалары) табылады. Бұл клеткалар домалақ, көлемдері кіші, ядролары үлкен (цитоплазманың 1/3-1/2 бөлігін алып жатады). Цитоплазмасы екі қабатты – ішкі қабаты ақшыл қызыл түсті, сыртқы қабаты қою-көк түсті.

Аурудың диагнозын толық анықтау үшін басқа аурулардан ажырата білу керек: дәріден туған аллергиялық күлдіреуіктен, қатесіз күлдіреуікшеден (буллездіпемфигид), көп түрлі жалқықты эритемадан, буллезді қызыл теміреткіден, Дюринг дерматитінен, күлдіреуікті эпидермолизден (Лайл ауруы). Ауруды емдеу терілер ауруын емдейтін ауруханада жүргізіледі. Дәрігер-стоматологтың міндеті: аурудың ауыз қуысын сауықтыру, екіншілік инфекцияланудың алдын алу, ауыздың гигиеналық жағдайын сақтауға үйрету.

Пемфигоидтар (Pemphigoid)

Бұл аурулар кезінде кілегейлі қабық беттерінде, теріде күлдіреуік бөртпелер шығады, бірақ эпителий клеткаларында акантолиз болмайды. Сондықтан бұл аурулар қатерсіз күлдіреуікше (доброкачественная пузырчатка), акантолизденбейтін күлдіреуікше немесе буллезді пемфигоид деп аталады.

Бұл топтағы ауруларға төменгі үш ауру кіреді:

- 1) Левер буллезді пемфигоиды (Н.Д. Шеклаков атаған, нағыз акантолизденбейтін күлдіреуікше-собственно неакантолитическая пузырчатка).
- 2) Көздің тыртықтаушы пемфигоиды (шырышты-синехиалды атрофиялаушы буллезді дерматит) – (рубцующий пемфигоид, пемфигус глаз или слизисто-синехиальный атрофирующий буллезный дерматит).
- 3) Ауыздың ғана қатерсіз, акантолизденбейтін күлдіреуікшесі – (доброкачественная неакантолитическая пузырчатка слизистой оболочки полости рта).



Пемфигоидтың себебі әлі анықталған жоқ. Барлық пемфигоидтар кезінде күлдіреуіктер эпителий қабатының астында орналасады. Никольский симптомы теріс болады, эпителий қабатындағы клеткаларда акантолиз болмайды. Аурудың прогнозы жақсы.

Бұл аурумен көбінесе жасы ұлғайған адамдар ауырады, жалпы организм көп зардап шекпейді.

Қатерсіз акантолизденбейтін ауыз күлдіреуікшесін 1959 ж. Б.М.Пашков пен Н.Д. Шеклаков суреттеп жазған. Бұл кезде ұсақ (диаметрі 3-10 мм) эпителий астында орналасқан күлдіреуіктер ауыздың әр жеріндегі кілегейлі қабық бетіне шығып, жарылып эрозияланады. Олар тез жазылады, тыртық қалмайды. Бұл күлдіреуіктер жойылса, екіншілері қайта шығып, ауру он шақты жалға созылады. Кейде өз бетімен емдеу жүргізілмесе де, сырқат адам сауығып кетуі мүмкін.

Буллезді пемфигоидтарды күлдіреуік шығатын көптеген аурулардан ажырата білу керек. Ауруды емдеу. Антигистаминдік дәрілер мен “С” және “Р” витаминдері, аз мөлшерде белгілі жүйемен кортикостероидтар тағайындалады. Кейде безгекке қарсы қолданылатын дәрілермен емдеу жақсы нәтиже береді.

Жоғарыда айталған “күлдіреуікше” және пемфигоид ауруларын емдеуді кортикостероидтардың үлкен мөлшерін тағайындаудан бастап, белгілі схемамен аяқтайды. Кортикостероидтардан преднизолон, триамцинолон, дексаметазон және цитостатиктерден қолданылады. Асқынулардың алдын-алу үшін ас тұзының ішетін судың мөлшерін азаайту керек және “С” витаминін, калий орататын, панангин тағайындау керек. Цитостатиктерден метотрексат береді (жетісіне бір рет 35-50 мг). Пемфигоидтар кезінде кортикостероидтерді шағындау мөлшерде тағайындайды (преднизолон 25-30 мг бастайды). Сырқаттарды иммунологиялық тексеруден өткізіп, табылған ауытқуларды емдеу керек.



Назарларыңызга рахмет!!!

