

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



Кафедра: Терапиялық стоматология

Презентация

Тақырыбы: Көп түрлі жалқықты эритема.

Тексерген: Уразбаева Б.М

Орындаған: Балқан А.С

Садиков А.А

Енкебаев Н.Қ

Факультет: Стоматология

Курс: V

Тобы: 12-001-01 топ

Алматы 2017

КӨПТҮРЛІ ЖАЛҚЫҚТЫ ЭРИТЕМА

- Көптүрлі жалқықты қызарма
- Erythema exudativum multiforme
- Многоформная экссудативная эритема



- Тері мен кілегей қабықтың шұғыл қабынуы нәтижесінде әртүрлі бөрткендердің (эритемалардың, көпіршік және күлбіреуік бөрткендердің, түйіншектердің) шығыумен сипатталатын аутоаллергиялық ауру.
- Көбінесе еңбекке жарамды 20-40 жас арасындағы адамдар, оның ішінде ер адамдар жиі ауырады. Ауру балалар, жасөспірімдер және қарт адамдар арасында сирек жағдайда орын алуы мүмкін.
- Ауру көбінесе тері бетін жарақаттайды. 65% жағдайда тері және кілігей қабық қатар жарақаттанады, ал 25% жағдайда — таза ауыз кілегей қабығы жарақаттанады.



ЭТИОЛОГИЯСЫ, ПАТОГЕНЕЗІ

- Туындауында организмде орын тепкен стрептококкты және стафилококкты инфекция ошақтарының, қарапайым герпес, Коксаки вирустарының белсенділігінің жоғарлауының үлкен маңызы бар.
- Попова Л.В. (1975) зерттеулеріне сүйенсек, осы аурумен ауырған адамдардың 72%
 - стрептококк,
 - стафилококк,
 - ішек таяқшаларының антигендеріне сенсублизациялану анықталған.



ҚАЗҰМУ-ДЫҢ ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫНДАСЫ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЗЕРТТЕУЛЕРІНЕ СҮЙЕНСЕК

- ▣ 25 %-да ауру қайталамалы герпестік инфекциядан кейін,
- ▣ 10 %-да герпестік инфекциямен қатар дамыған.



ПАТОГЕНЕЗИ:

- Толық зерттелмеген.
- Иммундық механизмдердің қатысы барлығына күмән келтіруге болмайды.
- Сырқат адамдар терісінің қантамырларында иммуноглобулиндер мен комплемент жүйесі компоненттерінің қоры, ал қанында иммундық кешендер анықталған.
- Аурудың даму шыңы кезінде көрініс табатын бөрткендер Жолли және Кумбс жүйесі бойынша тіндердің аллергиялық жарақаттануының бірінші, екінші және үшінші типі нәтижесінде орын алады.



- Аурудың жыл мезгілімен байланысы,
- кейбір науқастардың аллергологиялық анамнезінің күрделенбеуі,
- кейде аурудың емдеусіз ақ бетінің қайтуы,
- негізінде иммундық механизмдерден басқалай себептер барлығын көрсетеді.



АНЫҚТАЛҒАН ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ
ФАКТОРЛАРЫНА СҮЙЕНУ НЕГІЗІНДЕ
АУРУДЫҢ ЕКІ ТҮРІН АЖЫРАТАДЫ (А.Л.
МАШКИЛЛЕЙСОН, 1965, Е.И.АБРАМОВА
1975, ТАПШЕЙНЕР ЖӘНЕ Т.Б. 1978):

1. Инфекциялы-аллергиялық.
2. Токсико-аллергиялық.



ИНФЕКЦИЈАЛЫ-АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ТҮРІ

- Көбінесе көктем-күз айларында кенеттен жедел басталады:
 - басы ауырып,
 - бойын әлсіздік,
 - салғырттық билеп,
 - буындары сырқырап,
 - бұлшық еттері сыздап,
 - сүйектері шаншып, қақсап
 - дене қызыуы көтеріліп,
 - мазасы кетеді.



АУЫЗ КІЛЕГЕЙ ҚАБЫҒЫНДА

- Қатты қызарып ісінген немесе эритемалы ошақтар



- Күлбіреуік – көпіршік бөрткендер



- Эрозия



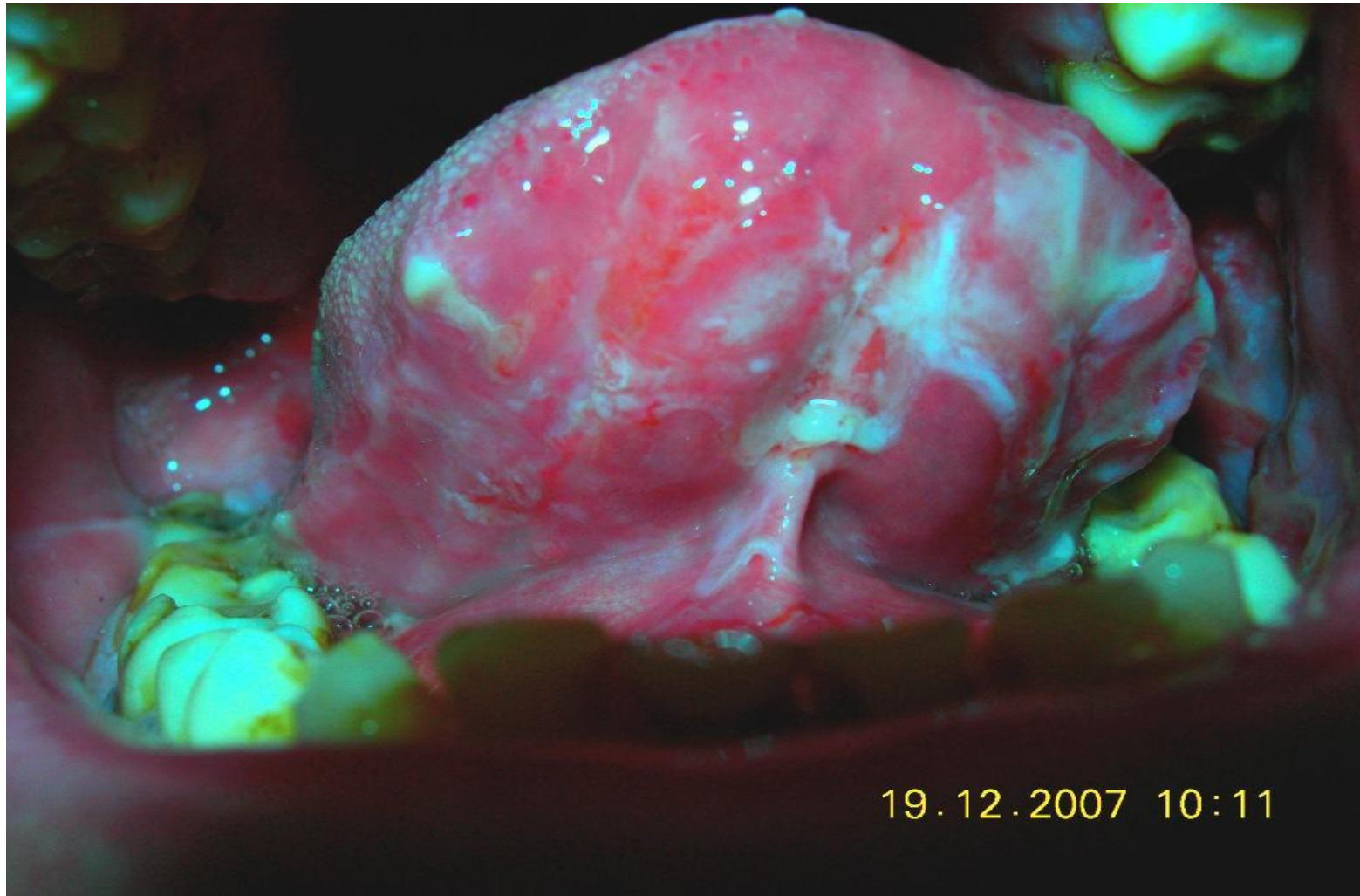
- Сары түсті фибринді қақ
- Еріндер жиегінде күлбіреуік және көпіршік бөрткендер сұйығының құрғауынан пайда болатын қабықшалар



АУЫЗ КІЛГЕЙ ҚАБЫҒЫНДА БӨРТКЕНДЕРДІҢ ЖИИ ОРНАЛАСАТЫН АЙМАҒЫ:

- Еріндердің қызыл жиегі;
- Ауыз қуысының түбі;
- Ауыз қуысының кіреберісі,
- Ұрттың кілегейлі қабығы;
- Қатты таңдайдың кілегейлі қабығы.





19.12.2007 10:11





БАРЛЫҚ АТАЛҒАН АЙМАҚТАР ҚАТАР ТҰТАС ЖАРАҚАТТАЛҒАН КЕЗІНДЕГІ СУБЪЕКТИВТІ БЕЛГІЛЕР

- Қатты ауыру сезімі;
- Ас қабылдаудың қиындауы;
- Сөйлеудің де қиындауы;
- Жалпы жығдайының нашарлауы;
- Ауыз күтімі төмен, тісжегімен бұзылған тістер көп болса, фузоспирохетоздық микробтардың тікелей әсері аурудың асқынуын туындатады.



АУЫЗ КІЛЕГЕЙ ҚАБЫҒЫ МЕН ҚАТАР ТЕРІ ЖАРАҚАТТАНҒАН КЕЗДЕ ШЫҒАТЫН БӨРТКЕНДЕР:

- қызармалы ошақтар (эритемалар);
- дақты-папулезді бөрткендер;
- көпіршік бөрткендер;
- домбықпалар (волдыри);
- серозды және геморрагиялы күлбіреуіктер;
- кокардаға ұқсас бөрткендер



“КОКАРДА СИЯҚТЫ БӨРТПЕ”

- Диаметрі 17-20 мм дақ;
- орта бөлігі төмен оранласқан, көкшіл түсті;
- шеттерінде ашық-қызыл түсті қоршау (ободок);
- ортасында – субэпидермальді геморрагиялық күлбіреуік;
- Күлбіреуік тез жарылады;
- экссудат кебеді - геморрагиялық қабықша.



“ҚОҚАРДАЛАРДЫҢ” ОРНАЛАСАТЫН ЖЕРЛЕРІ:

- Қолдың және аяқтың сыртқы беттері;
- Білектің, иықтың және балтырдың терісі;
- Шынтақтың және тізе буынының терісі.







ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ТҮРІ

- себебі – дәрі-дәрмекті қабылдау ;
- Жедел басталады ;
- Жоғарғы аталған бөртпелер шығады;
- Барлық кездерде ауыз қуысының кілегейлі қабығы жарақаттанады;
- Көбіне жарақат ошағы орнықталған;
- Қарағанда өзгермеген кілегейлі қабықта кулбіреуіктер;
- Біраздан кейін қабыну үрдісі қосылып эритемалы ошақтар пайда болады;
- Жұқа жаралар қатты ауырады, біраз уақытқа дейін жазылмайды.





ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ТҮРІНДЕ БОЛМАЙТЫН ЖАҒДАЙЛАР:

- Аурудың жедел басталуы суық тиюмен және ЖРВИ-лы ауруларымен байланысы жоқ;
- Аурудың қозыуының жыл мезгілімен байланысы жоқ;
- Көктем мен күз мезгілімен аурудың қайталануы орын алмайды.



СТИВЕНС-ДЖОНСОН СИНДРОМЫ

- КЖЭ-ның ең ауыр түрі.
- Алғаш рет аурудың белгілерін 1922ж. Американдық педиатрлар А.М.Stevens және F.C.Johnson сипаттап жазған.
- “жедел кілегей қабық-тері-көз синдромы”(“острый слизисто-кожно-глазной синдром”)
- “қатерлі жалқықты эритема”



КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

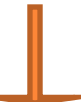
- Дене қызуының шұғыл көтеріліуі, буындары сыздап, тамақтың қатты жұтқызбай ауруы және сілекейдің көп бөлінуі, ауыздан нашар иістің шығуы (галитоз, Fotor ex ore), сөйлеудің және ас қабылдаудың қиындауы, дене қызуының жоғарылауы 39-40°C-ға дейін. Жалпы жағдайының төмендеп, бойын әлсіздік билеуі, тез терлегіштік, тамаққа тәбет тартпауы.



- Кеуде, иық, тізе және алақан терісінде дақты бөртпелер, папуллалар, везикулалар, кулбіреуік бөрткендер қабықшаларға айналады



- Қабықшалар түлейді



- Пигменттелген дақтар



- Ауыз, жұтқыншақ, көмей, кеңірдек кілегей қабық беттерінде кулбіреуік және көпіршік бөрткендер



- Үлкен көлемді қанағыш эрозия ошағы



- Ақшыл-сұр түсті өліетті қақ, ақшыл-сары түсті қабықшалар



- Аймақтық лимфа түйіндері ұлғайяды, аурады.
- Басқа ағзалардың (көздің, мұрынның, жыныс мүшелерінің) кілегей қабықтары жарақаттанады.
- конъюнктивит және кератит.







08.04.2007 09:28



САРАПТАМАЛЫ ДИАГНОСТИКА

- Екі түрін бір-бірінен
- Акантолиздеуші кулбіреукше
- Жедел герпестік қабынуы
- Екіншілік мерез



ЕКІ ТҮРІН БІР БІРІНЕН

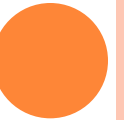
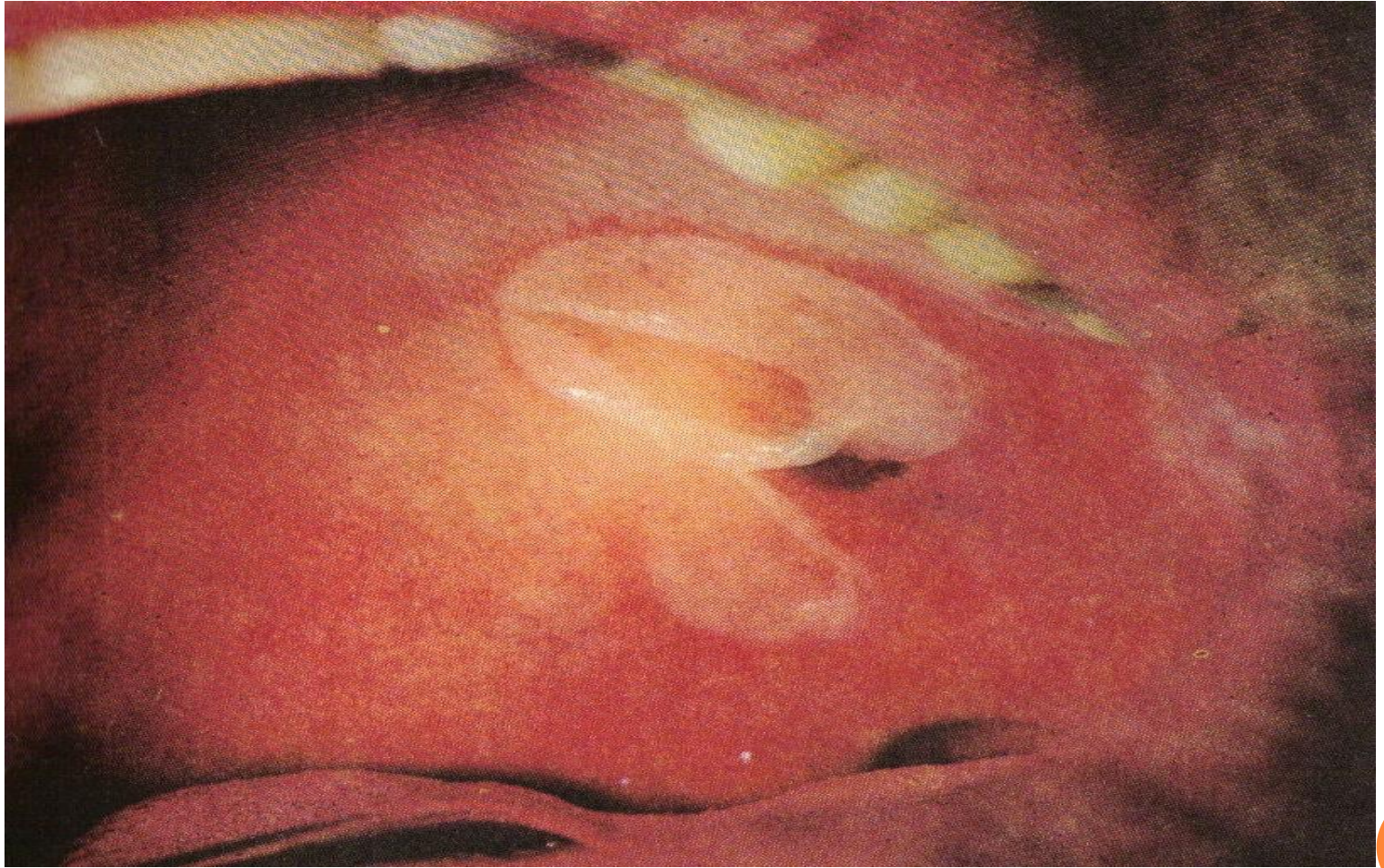
- Токсикоаллергиялық түрі – тек қана себепті дәрі-дәрмекті қолданғанда дамиды
- Көктем мен күз мезгілімен байланысы жоқ
- Суық тигенімен және ЖРВИ-мен (ОРВИ) байланысы жоқ



АКАНТОЛИЗДЕУШІ КУЛЫРЕУКШЕ

- жедел басталмайды
- Науқас адамның ыстығы көтерілмейді
- Жыл мезгілімен байланысы жоқ

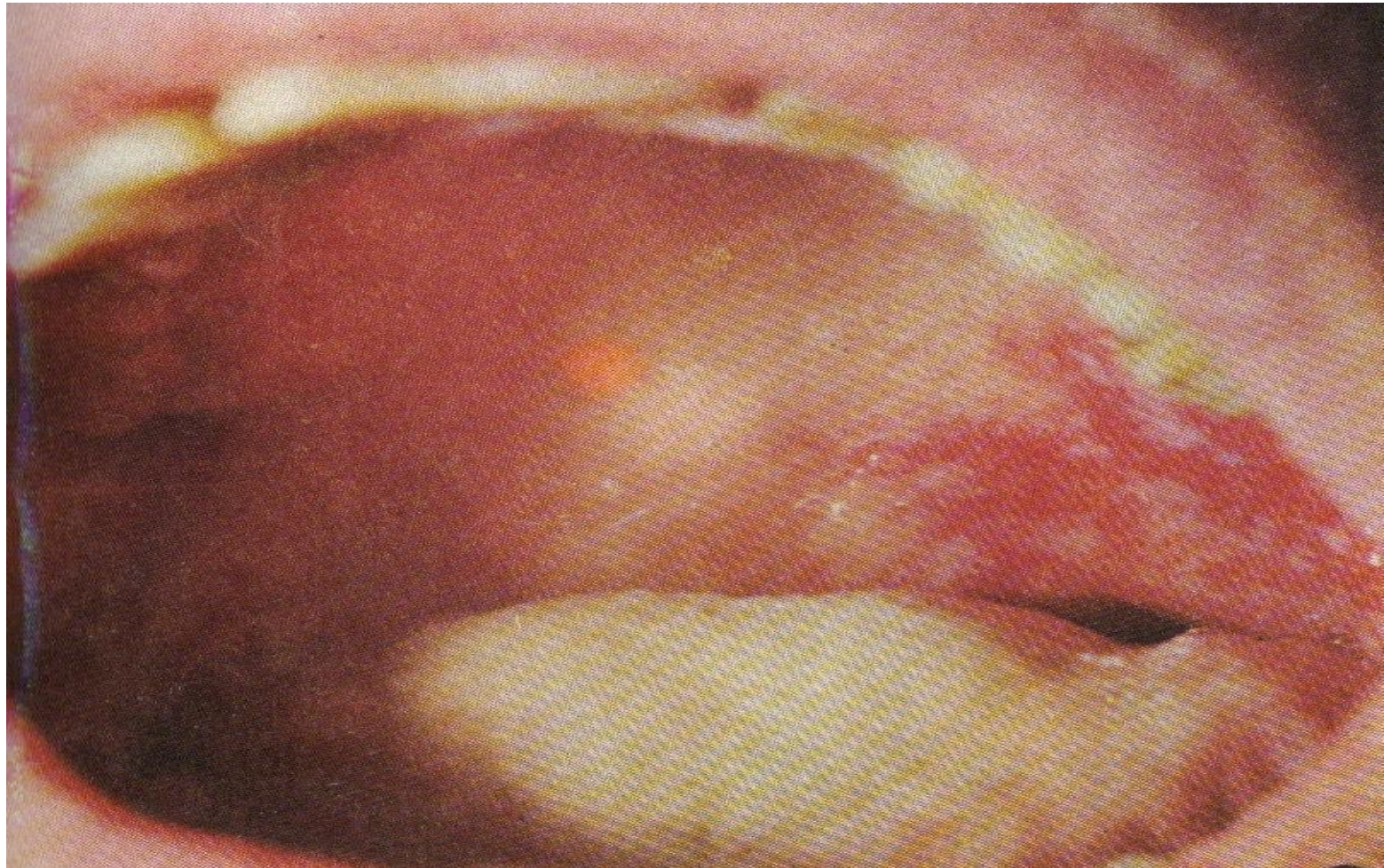


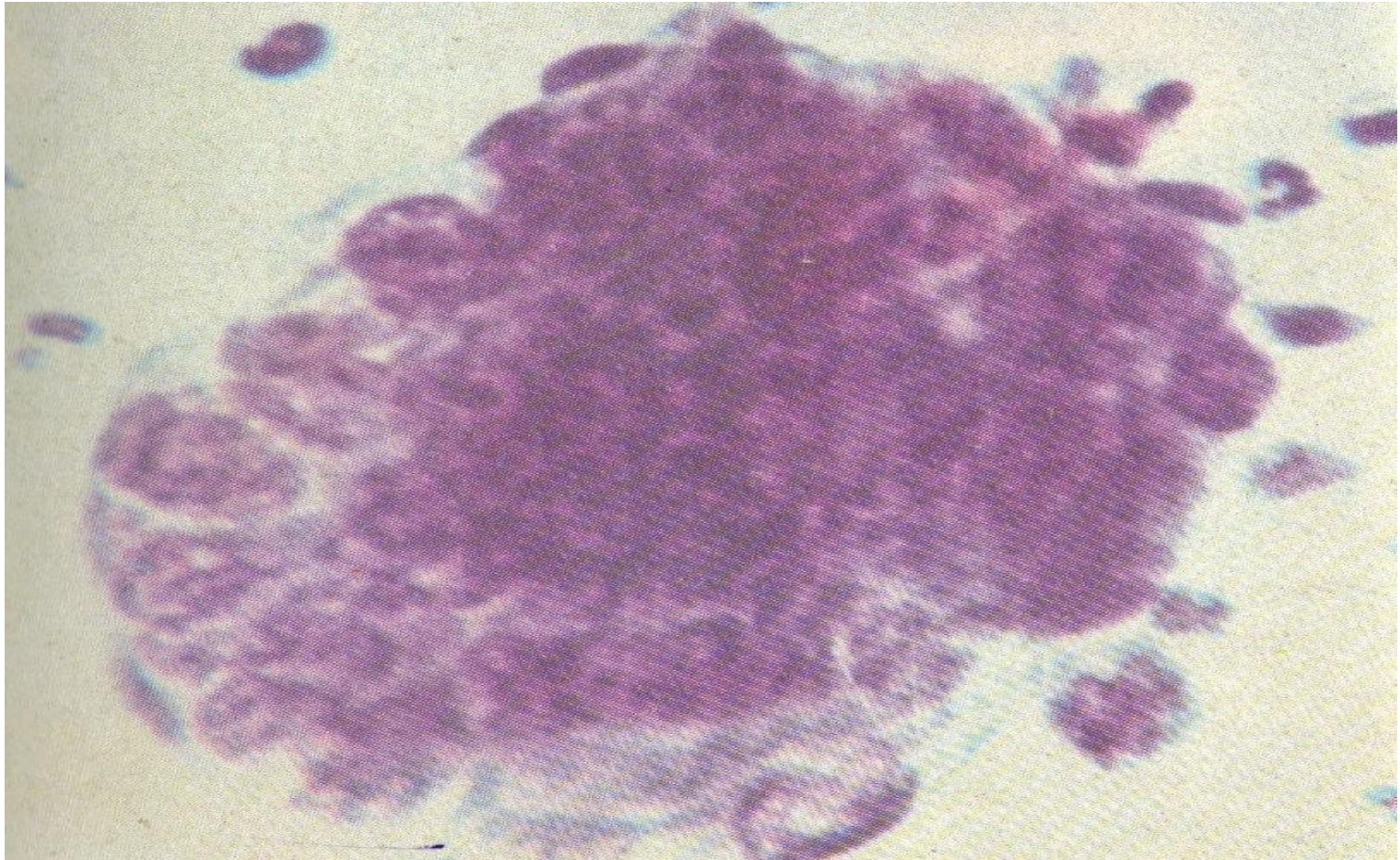


ЖЕДЕЛ ГЕРПЕСТІК ҚАБЫНУЫ

- Көпіршіктер топтасып орналасады,
- Эрозиялардың жиектері тегіс емес,
- Қырмаларда, жағынды-таңбаларда көпядролы алып
клеткалар табылады
-







ЕКІНШІЛІК МЕРЕЗ

- папулардың табанында ауырмайтын инфильтрациясы бар
- Қырмаларда бозғылт трепонема бар
- Аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды, қаттылау-эластикалық консистенциялы (тығыздығы), ауырмайды
- Вассерман реакциясы оң



ЛАЙЕЛЛ СИНДРОМЫ

- Уытты эпидермальды некролиздену
- Эпидермальный токсический некролиз
- Epidermalis toxica necrolysis
- Алғашқы 1956 жылы, кейін 1967 жылы Лайелл сипаттаған.

Уытты аллергиялық реакциялардың ең ауыр түрі.



ЛАЙЕЛЛ СИНДРОМЫ

- Тері және кілегей қабықтың эпителий қабатының некролизденуі.
- “күйген тері синдромы”
- 30-50% жағдайда өліммен аяқталады.
- Көбінесе дәрілер (сульфаниламидтер, антибиотиктер, салицилаттар, барбитураттар, безгекке қарсы дәрілер, В₆ витаминін) қабылдағаннан кейін дамиды.
- Цитологиялық зерттеу кезінде акантолизденген клеткалар анықталады.



НАУҚАСТЫ АУРУДЫҢ ДАМУ КЕЗІНДЕГІ ТЕКСЕРУ ЖОСПАРЫ

- 1) қанның жалпы анализі, микрореакция;
- 2) Никольский симптомы;
- 3) цитологиялық зерттеу - таңба-жағынды акантолизденген клеткаларды анықтау;
- 4) иммунологиялық тестер (лимфоциттердің бласттрансформациялануы, Шелли тесті немесе базофилдердің гранулоцитариялануы, лейкоцитоздену реакциясы);

Аурудың қайталама аралас кезеңдерінде:

- 1) бактериальды аллергияларға сынама;
- 2) дәрілерге жоғарғы сезімталдықты анықтау, күмән тұғызған дәрімен сынама жүргізу
- 3) бет-жақ саласында жергілікті инфекцияның ошақтарын анықтау



КЕШЕНДІ СИМПТОМАТИКАЛЫҚ ЕМ

- Уыттануын азайту
- Десенсибилизациялануды күшейту
- Жалпы жағдайды жақсарту
- Ауыздағы жарақат ошағының жазылуының тездету





ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕСІ


Жалпылай ем

– натрий салицилат 0,5-1,0 г. Тәулігіне 4 рет

 Антигистаминдік дәрілер – супрастин, фенкарол
0,025 г тәулігіне 3 рет

 В тобындағы витамин жиынтығы, аскорбин
қышқылы

 Этакридин лактат – 0,05 г тәулігіне 3 рет, 10-20
күндей

 Левамизоль (декарис) – тәулігіне 150 мг, бір
аптада екі күн қатарынан, 5 күндік үзіліспен (4-6
апта)



ОРТА ДӘРЕЖЕСІ

- Жоғарыда аталған дәрілер
- Дене қызыуын төмендететін дәрілер
- Натрий тиосульфат 30% ертіндісі 10 мл көктамырға күніне 1 рет (барлығы 8-10 инъекция)
- Гемодез 200 мл күніне 1 рет



АУЫР ДӘРЕЖЕСІ (ИНФЕКЦИЯЛЫ-АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ТҮРІ)

- Кең спектрлі антибиотиктер
- Преднизолон күніне 20-30 мг, 5-7 күннен кейін 2-3 күнде 1-5 мг-ға азайтады
- Антигистаминдік дәрілер
- Натрий тиосульфат 30 % ертіндісін
- Гемодез, реополиглюкин, глюкоза ертіндісі С витаминімен
- Витаминдер
- Саңырауқұлаққа қарсы дәрілер



СТИВЕНС-ДЖОНС СИНДРОМЫ

- Аурухана жағдайында емдеу қажет
- Преднизолон үлкен мөлшерін – 60-80 мг
- Уытсыздандырушы дәрілер – көктамырға реополиглюкин, гемодез, физиологиялық ертінді, глюкозаның 5% ертіндісі



ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ТҮРІ

- Дәрі-аллергенді анықтап және оны қабылдауды тоқтату
- Емді жоғарыда көрсетілгендей жарақаттың ауырлығына байланысты



ЖЕРГІЛІКТІ ЕМІНІҢ МАҚСАТЫ

- Ауыру сезімін азайту.
- Қабыну үрдісін тежеу.
- Екіншілік инфекция қосылуының алдын алу.
- Жаралы ошақтардың жазылуын тездету



ЖЕРГІЛІКТІ ЕМІ:

- **Жансыздандыру** - жергілікті анестетиктерді бастырма ретінде немесе ауызды булау үшін (тримекаинның 2-3%, лидокаинның 2%, пиромекаинның 2% ертінділері), аэрозольды препараттар – Xylostesin-spray, Lidocain-sprey, Anaesthesin-spray.
- Ауыз қуысының **антисептикалық өңдеу** (0,25-0,5% H_2O_2 , хлоргексидинның 0,06% ертіндісі, хлораминнің 0,25% ертіндісі, 0,02% фурациллин ертіндісі).



- Жұмсақ тіс қақтарды алу
- Өліеттенген тіндерді протеолитиздеуші ферменттермен (трипсин, химотрипсин) бастырма қойып-ыдыратып алу, қабықшаларды жұмсарту.
- Жалқықтану, қабыну үрдістерді тежеу, қан тамырларының өткізгіштігін азайту үшін жарақат ошақтарын аэрозолді кортикостероидті препараттармен (оксикорт-аэрозоль, фторокорт-аэрозоль, оксциклозоль-аэрозоль) өңдеу.



- Эрозиялы ошақтардың жазылуын тездететін дәрілермен бастырма қою – каротолін, итмұрын және шырғанақ, зәйтүн майлары, 0,02% тезан линименті, А және Е витаминдерінің майлы ертінділері



ТЕРІ БЕТІНДЕ

- Жалқықты бөрткендерді кортикостероидты және мырышты жақпалармен өңдеу
- Құрғақ бөрткендерді өңдеудің қажеті жоқ
- Дақта бөрткендер аймағында қатты қышу, ысып-күю сезімдер мазаласа – 2% салицил спиртімен, Кастеллани сұйығымен өңдеу
- Көздің кілегейлі қабығын – 0,5% гидрокортизон немесе преднизолон жақпасымен, 0,1% дексаметазон ертіндісімен өңдеу.



КЕШЕНДІ ЕМНІҢ ҚҰРАМЫНА ФИЗИОТЕРАПИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ЖАТАДЫ:

- Ультракүлгін сәулесі
- Озонмен емдеу
- Гелий-неон лазерінің сәулесі
- биоэлектрон



АУРУДЫҢ ҚАЙТАЛАМА АРАЛЫҚ КЕЗЕҢІНДЕ СПЕЦИФИКАЛЫҚ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯЛАУ

- Стафилококкты анатоксиндерді енгізу
- Гистоглобин – тері астына 1-2 мл аптасына 2-3 рет, емдеу курсы 8-10 инъекция.
- Қызылшаға және стафилококқа қарсы гамма-глобулинді үш күнде бір рет 2 мл тері астына (емдеу курсы 5-7 инъекция)
- Этакридина лактат 0.05 г күніне 3 рет – 10-20 күн.



ЕКІНШІЛІК ИНФЕКЦИЯ ҚОСЫЛҒАН КЕЗІНДЕ:

- Кең спектрлі антибиотиктер (сифлокс, цифран, ципролет, сумамед, цефтриабол и т.д.).
- Антипротозойды препараттары (трихопол).



ИММУНДЫҚ ЖҮЙЕНІҢ ҚЫЗМЕТІН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ

- ▣ **Левамизол (декарис)** – 150 мг 2 күн аптасына 1 рет (қан құрамын бақылау).



АУРУДЫҢ БАРЫСЫ

- **Токсико-аллергиялық түрі** – оңды (аллергендерілерді қабылдамау керек)
- **Инфекционно-аллергиялық түрі** – организмды сауықтандыру кезінде және созылмалы инфекция көзін жойған жағдайда оңды
- **Стивенса-Джонсон және Лайелла синдромдары** кезінде аурудың барысын болжау қиын.

