




Тақырыбы:

**“Ауыз қуысы ағзаларының арнамалы
аурулары.”**

Орындаған: *Елеусинов А.М.*
Тексерген: *Ахметова С.Ж.*
Факультеті: *Стоматология*
Тобы: *308*



Жоспар

- Негізгі бөлім.
- Кіріспе.

Вирустық аурулар: жедел және созылмалы герпес, белдеме теміреткі, аусыл, вирустық сүйелдер.

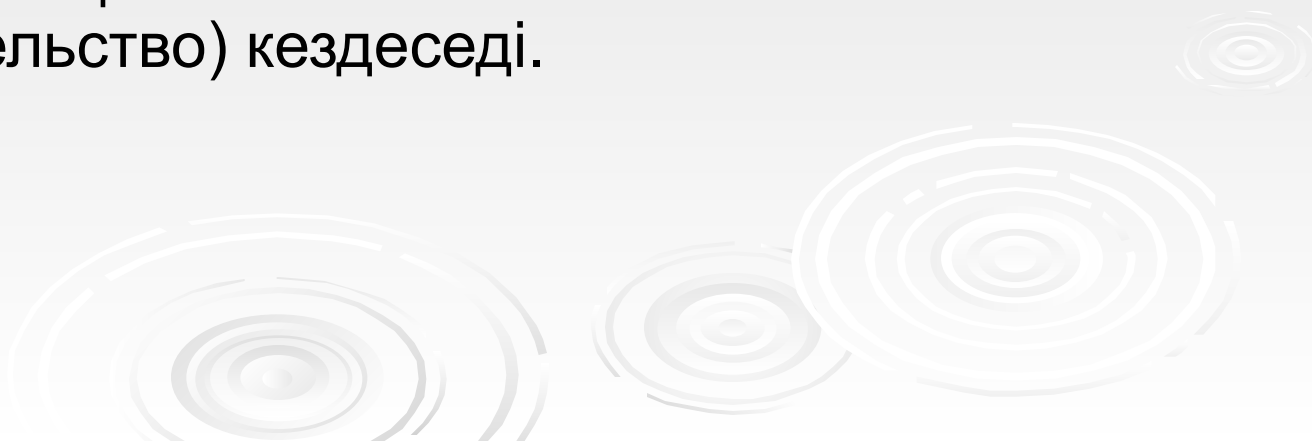
Емі. Қолданылатын заманауи препараттар.

- Қорытынды.



Вирустық аурулар

- Ауыз кілегей қабығы ауруларының ішінде вирустық аурулар ерекше орын алады. Көбіне олар организмде жасырын түрде кездеседі, ал организмнің қарсыластығы төмендеген кезде көбейіп, ауру туындатады. Дені сау адамдардың ауызында қарапайым ұшық вирусы (вирус простого герпеса), цитомегаловирус, аденовирустар, энтеровирустар, реовирустар және басқалары (белгісіз вирустасушылық – бессимптомное вирусносительство) кездеседі.



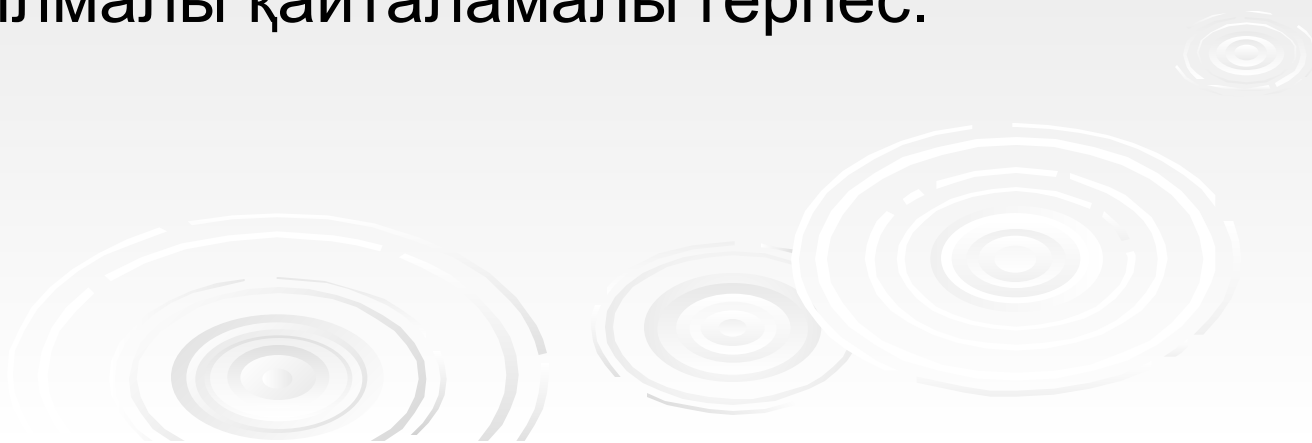
Қарапайым герпес

- **Қарапайым (әдетті) герпес синонимы көпіршікті теміреткі (простой герпес-пузырковый лишай – *herpes simplex*) немесе кәдімгі ұшық** – герпес вирусы туындататын жұқпалы ауру. Антигендік қасиетіне байланысты бұл вирусты негізгі екі типке (1 және 2) бөледі. Бірінші типтегі вирустар ауыздың кілегей қабығын, теріні, ал екінші типтегі вирустар жыныс ағзаларының кілегей қабығын жарақаттайды. Қарапайым ұшық вирусы ДНК-дан тұрады және тікенекті қабат клеткаларының ядросында жасырын өмір сүреді, ыңғайлы жағдайда көбеюге ұшырап, қайталамалы ауру туындатады.
- Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұйғаруынша (1985) жер беті тұрғындарының 90%-на аталмыш вирус жұққан, ал 20-30% жағдайда ауру белгілері білінеді.

- Инфекцияның алғаш рет жұғуы 1-3 жас арасында байқалады. Себебі, бұл кезде баланың қанында анадан алған антидене (пассивті иммунитет) жойылады немесе саны азаяды да, организм вирустық инфекцияны оңай жұқтырады. Көп жағдайда балаға біріншілік герпестік инфекцияның жұғуы аса көп байқалмайды, ал кейбір жағдайда біріншілік герпестік ауру дамиды.
- Біріншілік герпестен сауыққаннан кейін инфекция жасырын түрге ауысып, әртүрлі зиянды ықпалдардың әсерінен (дененің суыққа шалдығуы, тұмау, жүйкелік күйзелістер, витаминдер тапшылығы) жиі қайталануы мүмкін.



- Қарапайым герпес вирусы адамға ауру немесе вирустасушы адамнан тікелей жанасу және ауа-тамшылары арқылы жұғады (герпестік вирус вирустасушылардың сілекейінен де бөлініп алынған).
- Ауыз ішінде герпестік инфекция екі түрде көрініс табады:
 - ауыздың жедел герпестік қабынуы немесе біріншілік;
 - ауыздың қайталамалы герпестік қабынуы немесе созылмалы қайталамалы герпес.

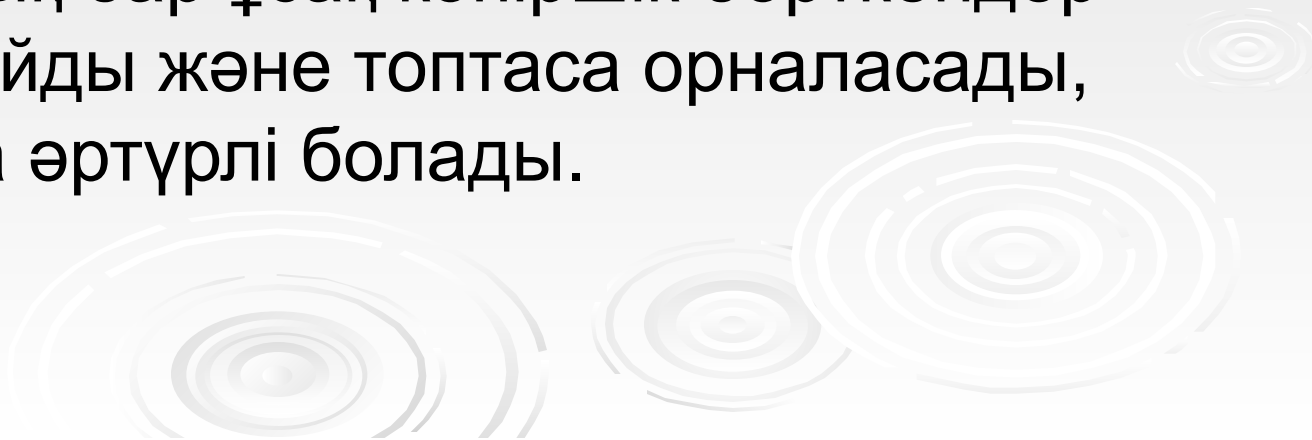


Ауыздың жедел герпестік қабынуы

- ▣ **Ауыздың жедел герпестік қабынуы (острый герпетический стоматит-stomatitis herpetica acuta).** Ауруды ертеректе «ауыздың жедел афтозды қабынуы» деп атаған.
- ▣ Сырқат адамның жалпы жағдайына және кілегей қабықтың жарақатқа ұшырау аймағына байланысты аурудың үш дәрежесін (жеңіл, орташа, ауыр), патогенезіне байланысты 5 кезеңін – инкубациялық, продромалдық, дамушыңы (разгара болезни или высыпаний), басылу (угасания) және жазылу (выздоровления или реконвалесценции) кезеңдерін ажыратады.

▣ **Клиникалық көрінісі.** Инкубациялық кезеңі 1-4 күнге созылады. Бұл кезең герпестік вирус жұққаннан кейін басталады, организмге енген вирустар жақын орналасқан лимфа түйіндеріне жетіп, көбейе бастайды. Сондықтан осы аталған және продромалдық кезеңдерде аймақтық лимфа түйіндері ұлғая бастайды және ауырады. Ауру жедел басталады, ауырлығына байланысты дене қызуы $37-41^{\circ}$ C көтеріледі, организмнің жалпылай уыттану белгілері байқалады - әлсіздік, салғырттық, дымкәстік, бас ауруы, еттердің сыздауы, лоқсу және құсу, іші өтуі сияқты. Бала тынышсызданып, ұйқысы қашады, тері түсі бозғылтанады, тамақ қабылдаудан бас тартады, емшек ембейді. Кейде жоғары температура әсерінен бұлшық еттері тырысады, түнде еттері сіресіп қалады (ригидность затылочных мышц).

- Продрамалдық кезеңде ауыз кілегей қабығында жайыла қызарған ошақтарпайда болып, ісіну, домбығу байқалады, балаларда сонымен қатар қызыл иектің катаралды қабынуы орын алады, кейде қызылиек жиегі эрозияланып кетуі де мүмкін. Ересек балалар мен үлкен адамдар ауыз ішінің ысып, күйіп, сыздап ауыратынына, қышуына, сілекейдің көп бөлінуіне шағымданады. Кешікпей ішінде мөлдір сұйық бар ұсақ көпіршік бөрткендер шыға бастайды және топтаса орналасады, сандары да әртүрлі болады.



- Бірнеше сағаттан кейін бөрткендер жарылып, орнында диаметрі 1-5 мм домалақ, сопақ пішінді беті ақшыл-сұр түсті өліетті қақпен немесе сары-сұр фибринді қақпен жабылған эрозиялар пайда болады.

(сурет-1). Көптеген көпіршіктердің бірігіп барып жарылуынан пайда болған эрозиялар белгілі пішінсіз полигоналды (көпбұрышты) болып келеді. Көпіршік бөрткендер көбіне таңдайда, тілдің үстінде, ұшында, қызылиекте, ұртта, ерін кілегей қабығында орналасады. Бөрткендер шыға бастасымен дене қызуы төмендей бастайды, кейде олар бірнеше рет қайталап шығуы мүмкін.

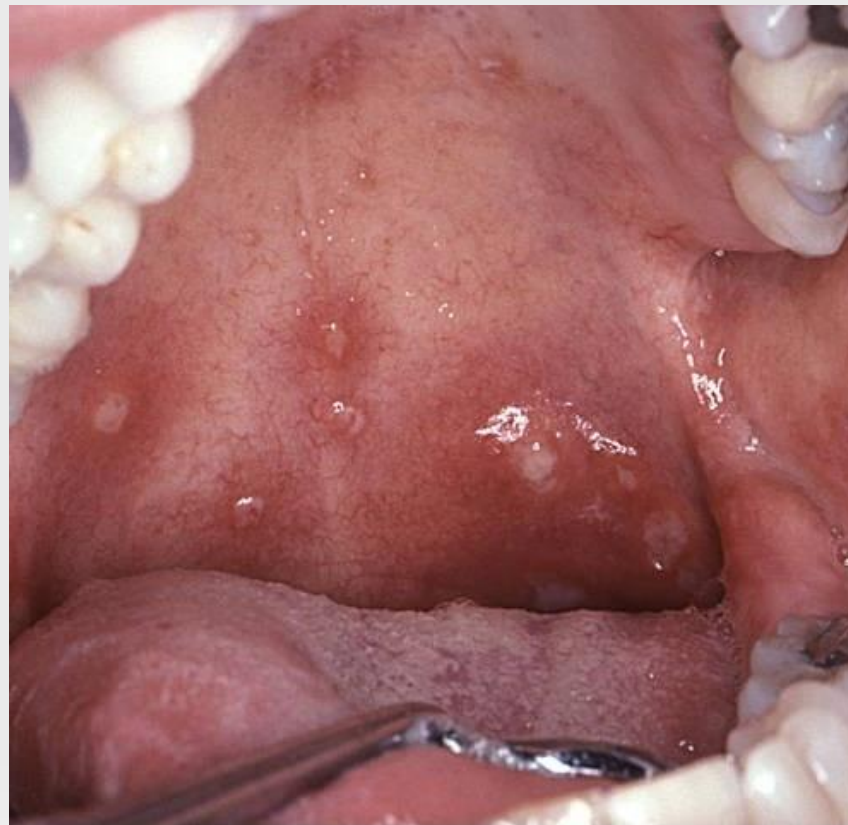
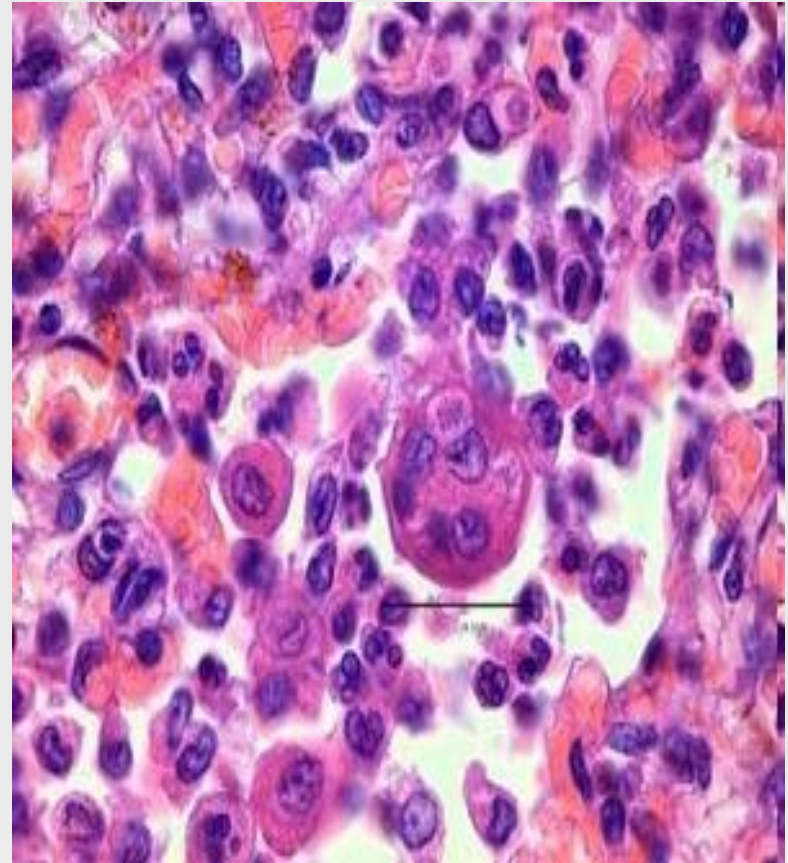


Photo courtesy of CDC – Sol Silverman, Jr., DDS

Сурет-1.

- Пайда болған эрозия ошақтары 5-7 күнде жазыла бастайды.
- Продрамалды кезеңде дамыған аймақтық лимфаденит пен қызылиек қабынуы аурудың барлық кезеңінде, тіптен эрозиялар жазылғаннан кейін де 5-10 күн шамасында сақталады. Аурудың орташа ұзақтығы 1-3 аптаға созылады.
- Аурудың алғашқы кезеңінде сілекейдің реакциясы қышқылданып (рН -5,8-6,4), сауыға бастағанда бейтараптана бастайды немесе әлсіз сілтілік ортаға ауысады. Лизоцимнің мөлшері төмендеп, интерферон жойылады. Гистологиялық зерттеулер нәтижесі герпестік көпіршік бөрткендердің тікенекті қабат ішінде баллонды және вакуольді дегенерациялану, акантолиздену үрдісінің нәтижесінде дамитынын дәлелдеген. Осыған байланысты аурудың алғашқы 2-3 күнінде жарақат ошағынан алынған жағынды-таңбада көпдролы алып клеткалар анықталады. Бұл клеткаларға бояулық және өлшемдік (диаметрі 30-120 мкм) көптүрлілік (полиморфизм) тән. Клеткалардың ортасында бірнеше ядролардан (2-3 тен оншақтыға дейін) тұратын конгломерат орын алған, ядрошықтар (нуклеолы) анықталмайды (**сурет-2**).



Сурет-2

Сараптамалы диагностикасы

- Аурудың алғашқы күндерінде және қайталану кезінде көпіршік бөрткендер сұйығынан герпес вирусын бөліп алуға болады, ал қанда вирусқа қарсы антидене титры аурудың кезеңіне сай жоғарылай бастайды.
- Ауыздың жедел герпестік қабынуын нақтылау үшін иммунофлюоресценциялық әдістерді, антигенмен терішілік сынамаларды, серологиялық реакцияларды қолдануға болады.
- Аурудың сараптамалы диагностикасы көптүрлі жалқықты эритемамен, дәрілер әсерінен дамыған қабынулармен, басқа вирустық аурулармен (белдеме теміреткі, аусыл), буллезді дерматоздармен, ауызқызылиектің өліеттеніп – жаралана қабынуымен (Венсан гингивостоматиті) жүргізіледі.

Созылмалы қайталама герпес

- **Созылмалы қайталама герпес (хронический рецидивирующий герпес)** жиі орын алатын эндогендік (жасырын) инфекция, көбінесе герпес немесе қарапайым ұшық вирусы бірінші рет жұғып, ауыздың жедел герпестік қабынуымен ауырған адамдар арасында кездеседі.
- Организмде қарапайым ұшық вирусы өмір бойы сақталып қалады. Аурудың қайталануы иммундық жауаптың (реакцияның) бұл вирустың антигендік құрылымына толыққанды болмауының нәтижесі.
- Иммунитеттің нашарлауы әртүрлі жұқпалы аурулар (тұмау, жоғарғы тыныс жолдары жедел инфекциясы) кезінде, суыққа жалдығу, жүйкелік күйзелістер, дисменорея жағдайында орын алады.



Қайталамалы ұшық теріні жиі жарақаттайды. Ерін герпесі (лабиальный герпес) кезінде бөрткендер еріндер жиегімен қатар әртүрлі аймақтағы тері бетіне (қолдар мен аяқтардың, белдің) шығады (сурет-3). Бұл кезде бөрткендер белгілі бір аймақта орын тебуі мүмкін немесе бір жерден екінші жерге көше отырып орналасуы мүмкін. Қайталамалы ұшық кезінде бөрткендер көздің конъюнктивасы мен көз алмасының мүйізді қабығына да шығуы мүмкін.

Сурет-3

- Қайталамалы герпеске тән классикалық бөрткендер қызарған және домбыққан негізде топтаса орналасқан диаметрі 2-5 мм ұсақ көпіршік бөрткендер. Алғашқы күндері көпіршік бөрткендердің ішіндегі сұйық мөлдір болады және біртіндеп күңгірттеніп қоюланады. Бірнеше сағаттан немесе 1-2 тәуліктен соң бөрткендер жарылып, әртүрлі көлемді эрозиялы ошақтарға айналады.
- Кейде ұсақ көпіршік бөрткендер бір-бірімен қосылып, көпкамралы (көпқуысты) жазық күлбіреуік бөрткен құрылады және жарылған кезде біраз көлемді көпбұрышты эрозиялы ошақ пайда болады.
- Еріндер жиегіндегі және терідегі бөрткендердің сұйығы 3-4 күннен кейін кеуіп бортпылдақтау сары түсті қабықшаға айналады. Қабықшалар кейде қызыл-қоңыр түсті (қан араласуы нәтижесінде) немесе сары-жасыл түсті (іріңді жалқық пайда болса) болуы мүмкін.

- Бөрткендердің саны көп болған жағдайда аймақтық лимфа түйіндері ұлғаюы мүмкін. Біртіндеп эрозиялы ошақтар жазылып, қабықшалар түседі де 7-10 тәулікте науқас сауыға бастайды.
- Қайталамалы герпес кезінде әдеттегі көпіршік бөрткендермен қатар атипиялық бөрткендер де орын алады. Қалыңдаған тері аймағында дақты-папулезді бөрткенде шығуы мүмкін (аурудың abortивті түрі). Ал теріасты майлы қабат жақсы дамыған аймақтарда (еріндер, екі ұрт аймақтары) аурудың домбыққан түрі байқалады. Бұл кезде бөрткендер шыққан аймақ қатты домбығып қызаруы нәтижесінде бет пішіні қатты бұзылады және көпіршік бөрткендерді анықтау қиынға соғады.
- Ауыз ішінде созылмалы қайталамалы герпес кезінде бөрткендер мүйізгектенетін эпителиймен жабылған аймақтарға (қатты таңдай, бекіген қызылиек, тілдің үсті).



Сараптамалы диагностикасы, диагнозды нақтылау

- Қайталамалы герпесті (ауыздың қайталама герпесті қабынуын белдеме теміреткіден, екіншілік мерезден, ауыздың қайталама афталы қабынуынан телшешектен) ажырата білу керек.
- Аурудың диагнозын нақтылау үшін экспресс - әдіс немесе жарықтанатын антиденелер (флюоресцирующих антител МФА) қолданады. Бұл кезде спецификалық жарықтануды кілегей қабықтағы немесе терідегі жарақат ошағынан алынған қырмада анықтауға болады.
- Қарапайым герпес вирусы антигеніне құрылған антиденелерді (JgM, JgY) серологиялық зерттеулердің көмегімен анықтауға болады. Антиденелер титрінің 4 рет немесе одан да артық жоғарылауы біріншілік герпестік инфекцияға тән.
- Вирустар әсерінен өзгерген эпителий клеткаларын анықтау үшін цитологиялық әдіс қолданылады. Жабынды эпителийдің тікенекті қабатында баллонды дегенерациялану нәтижесінде клеткаішілік қоспасы (включения) бар көпядролы алып клеткалар пайда болады және олар аурудың алғашқы бірінші күндерінде анықталады. Сонымен қатар дүние жүзінде қарапайым герпесті молекулярлық деңгейде анықтау үшін коммерциялық ДНК-сүңгі (ДНК-зонд) құрастырылған.

- Бақылауда болған 121 науқасқа иммунологиялық цитологиялық зерттеулер жүргізудің нәтижесінде, төмендегі жағдайлар анықталды. Созылмалы қайталама герпес организмнің созылмалы уыттануын және сенсублизациялануын туындатады, осының нәтижесінде гуморальдық және клеткалық тізбегінде ауытқу бар иммунитет жетіспеушілік белгілері дамиды



Емі

- Ауруды жалпылай емдеу патогенездік этиотроптық емдеуді қарастырады. Ол үшін десенсибилизациялаушы (супрастин, тавегил, пипольпен, зиртек,), гипосенсибилизациялаушы (натрий тиосульфаты, кальций глюконаты) дәрілер, ал жаралы-инфилтративті түрінде кортикостероидты препараттарды (преднизолон, дексаметазон) арнаулы схемамен тағайындайды. Жалпылай иммунитетті көтеру үшін витаминдер жиынтығын (Гинтон, Геримакс, Витрум), Прадент, Иммунал, натрий нуклеинаты, иммунорм, жергілікті иммунитетті жоғарылату үшін имудон, трахсикан тағайындайды. Аурудың экссудативті түрінде аскорутин, «С» витаминінің жоғары мөлшерін (200-300 мг) тағайындаған да тиімді.
- Жергілікті емі ауыз ішіндегі жарақат ошақтарын уақытша жансыздандырып, антисептикалық өңдеуді, қабыну, домбығу үрдістерін жоюды (бутадион жақпасы, глюкокортикоидты жақпалар), ақаулы ошақтардың жазылуын жеделдететін шараларды (вирусқа қарсы жақпалар, метилурацил жақпасы, кератопластиктерден бастырма қою) қарастырады. Патогенездік емдеу курсы бітіп, ақаулы ошақтар жазылғаннан кейін (ремиссиялану кезеңі) вирусқа қарсы иммунитет көтеретін дәрілерді (неовир, циклоферон) арнаулы жүйемен бұлшық етке енгізеді.
- Физиотерапиялық емдеу әдістерінен ультра күлгін сәулені (ИГНЛ) қолданып емдеуге болады.
- Жоғарыда аталған емдеу курсы жақсы нәтиже берген жағдайдың өзінде де аурудың қайталануының алдын алу үшін әрбір үш айда вирусқа қарсы жалпылай иммунитетті көтеруге арналған дәрілермен емдеу курсы жүргізіп тұрады (бір жылға кейде екі жылға дейін).

Белдеме теміреткі

- ***Белдеме теміреткі немесе белдеме герпес (опоясывающий лишай, опоясывающий герпес – herpes zoster)*** нейтропты ДНК-құрамды герпес вирустары қатарына жататын, антигендік құрамы жағынан және басқақасиеттерімен «жел шешек» вирусына ұқсас немесе солтектес вирус (*Varicella Zoster*) туындататын ауру. Аурудың дамуы бала кезінде «жел шешекпен» ауырған және ауру қоздырғыш вирус латентті жағдайда өмір сүріп, өзіне қолайлы кездерде баскөтеріп, белсенділігін жоғарылатуымен байланысты

- Аурудың инкубациялық кезеңі 7-8 тәулікке созылады да, жедел ағыммен басталады және жарақаттанған нерв тармақтары бойымен таралатын ұстамалықатты ауыру сезімі, ысып-күй, жарақаттанған нервтену аймағындағы парестезиялық белгілер қатты мазалайды. Науқастың жалпы жағдайы өзгеруі негізінде (бастың ауруы, әлсіздік асқа тәбеттің болмауы, ұйқының қашуы, дене қызуының $37-39^{\circ}\text{C}$ аралығында көтерілуі) жарақаттанған нервпеннервтену аймағында қатты қызарып, ісінген тері мен кілегей қабық бетінде топтаса түзулер құра орналасқан көпіршік бөрткендер пайда болады (сурет а). Бет-жақ сүйегі аймағында көбінесе үшті және бет нервтері тармақтары жарақаттанады. Ауыз кілегей қабығы жарақаттанған кезде бөрткендер үштік нервтің екінші және үшінші тармақтары бойында орналасады (сурет б). Бөрткендер көбінесе жабынды эпителий ішінде дамиды, оңай жарылып, әртүрлі көлемді және пішінді, бір-бірімен қосылуға дайын эрозиялы ошақтарға айналады және беттері сары-сұр түсті өліетті-фибринді қақпен жабылады, қатты ауырып мазалайды.

а)



б)



Сурет-4. Белдеме теміреткі
а) ұрттың кілегейлі қабығындағы тармақтанып орналасқан көпіршіктер
б) еріннің қызыл жиегі мен иек терісіндегі көпіршіктер, беттері қабыршақтармен жабылған эрозиялы ошақтар.

- Көпіршік бөрткендердің сұйығы алғашқы кезде түссіз мөлдір болып, біртіндеп күңгірттенеді немесе геморрагиялық және іріңді жалқыққа айналады. Бөрткендер бет аймағының белгілі бір жағын жарақаттап, асимметриялықпен орналасады.
- Тері бетінде көпіршік бөрткендер кеуіп, қабықшаларға айналады, жарақат ошағы жазылып қабықшалар түскеннен кейін орнында пигменттену ошағы көпке дейін сақталады.
- Көпіршік бөрткендердің серозды экссудаты көп кешікпей геморрагиялық сұйыққа ауысуы (арудың гемморрагиялық түрі) немесе іріңді сұйыққа (арудың гангренозды түрі) ауысуға мүмкін. Мұндай жағдайлар көбіне бойында күрделі ілеспелі аурулары (лимфогранулематоз, лимфолейкоз, қатерлі ісіктер, АИТВ-инфекциясы, қант диабеті, гипертония) науқастарға орын алады.

- Белдеме герпестің ағымы үштік нервтің қабынуымен, нервалгиясымен үштік және бет нервтерінің жартылай салдануымен, гиперестезиялық, парастезиялық белгілерімен есту қабілетінің төмендеуімен, ми және ми қабығының қабынуымен (менингит және менингоэнцефалит) асқынуы мүмкін және неврологиялық өзгерістер ұзаққа созылуы мүмкін.
- Ауру кез-келген жастағы адамдарда кездеседі және оның дамуына әртүрлі жағдайларда (жұқпалы аурулар, күйзелістер, суыққа шалдығу, созылмалы шаршау) иммунитеттің төмендеуі жүйткіл болады. Аурудың ұзақтығы 2-4 аптаға созылады.
- Белдеме теміреткімен бір рет ауырған адамда аурудың қайталану кезеңдері болмайды. Егер қайталанған болса, науқастың иммунитет жетіспеушілік себептерін анықтау үшін, толық тексеру керек.
- Аурудың алғашқы күндері ауыз кілегей қабығындағы эрозиялы ошақтардан алынған жағынды-таңбада көпдролы алып клеткалар анықталады (вирус туындатқан баллонды дегенерациялану нәтижесінде пайда болған).

Сараптамалы диагностикасы

- Белдеме теміреткіні үштік нерв невралгиясынан (бөрткендер шыққанға дейін), қарапайым герпестен (ауыздың жедел және созылмалы герпестік қабынуларынан), ауыздың аллергиялық қабынуынан тері жарақаттанған кезде – тілмеден (ротистое воспаление) және экземадан ажырату керек.
- Белдеме теміреткіні (герпесті) анықтауға өте маңызды ерекшелік – жарақаттану аймағының біржақтылығы, қатты ауыру сезімінің мазалауы және оның нерв сегментері бойымен таралуы.
- Аурудың диагнозын толық нақтылау үшін қосалқы зерттеу әдістерін вирусологиялық (вирусты жас көпіршік бөрткендер, омыртқа сұйықтарынан, қаннан бөліп алу), цитологиялық, қанның жалпылай құрамын зерттеулер.

Емі

- Ауруды емдеудің негізгі мақсаты – ауыру сезімін басу, көпіршік бөрткендердің шығуын тежеу, аурудың неврогендік асқынуларының алдын алу. Осыған байланысты жалпылай және жергілікті емдеу шараларын қарастырады және төмендегі дәрілерді таңдап тағайындайды:
- 1) анальгетиктер мен стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер: парацетомол (0,2-0,4 г, күніне 2-3 рет), ацетинсалицил қышқылы (0,25-0,5 г.күніне 3-4 рет), бутадион, реопирин де тағайындауға болады.
- 2) вирусқа қарсы дәрілер: бонафтон (0,1 г.күніне 3-5 рет), 5 күндік айналыммен (циклмен) 1-2 күн үзіліс жасап, 3 емдеу курсы жүргізеді; метисазон (0,6 г күніне 2 рет); ацикловир (0,2 г күніне 5 рет); фамцикловир (0,25 г күніне 3 рет); емдеу курсы 7 тәулік; рибамидил (0,2 г күніне 3-4 рет), емдеу курсы 7-10-14 тәулік.

- 3) антигистаминдік дәрілер: супрастин, тавегил, фенкорол, пипольфен, бір таблеткадан күніне 2-3 рет, емдеу курсы 10-14 тәулік; зиртек, бір таблеткадан күніне 1 рет, емдеу курсы 7 тәулік.
- 4) витаминді заттар: витамин В12 (цианокобаламин) 200-500 мкг күнде немесе күнара бұлшық етке енгізіледі, емдеу курсы 2 апта; витамин В1 (тиамин бромиді) – 2,5-5% бір мл ертіндісі бұлшық етке енгізіледі, емдеу курсы 10-30 инъекциядан тұрады; витамин В6 (пиридоксин хлориді) 5% екі мл ертіндісі бұлшық етке енгізіледі, емдеу курсы 20-25 инъекциядан тұрады.
- Сонымен қатар басқа витаминдер жиынтығымен де емдеу курсы (поливит, ундевит,) жүргізуге болады. 5) Эрозиялы-жаралы ошақтардың жазылуын жеделдететін белокты анаболизаторлар (метилурацил, метацил, пентоксил), биогендік ынталандырушылар да (апилак, алой, женьшень-мыңжылдық тунбалары) тағайындауға болады.
- Жергілікті емі жарақат ошағын уақытша жансыздандыруды, ауыз ішін толық антисептикалық өңдеуді, қабынуға қарсы, вирусқа қарсы, эпителиндіруші дәрілерден туратын дәрілерден бастырма (аппликация) қою сияқтыкешенді шараларды қарастырады.

Аусыл

- **Аусыл, синонимы ауыздың эпизоотикалық қабынуы (ящур, эпизоотический стоматит – *aphthae epizooticae*).**
- Arhtovirus текті РНК – құрылымды вирустар туындататын жұқпалы ауру. Аусылмен қостұяқты үй жануарлары және жабайы хаюндар (қой, ешкі, сиыр, доңыз, бұғылар сияқты) ауырады және олардан адамдарға жұғады. Ауру малдардан адамға жанасу жолымен тұрмыстық заттар арқылы (вирус малдың сүтінде, сілекейінде, зәрінде және нәтижесінде аурудың клиникалық белгілері білінгенге дейін анықталады). Көпіршік бөрткендер сұйығында және афталардың бөлінген жалқықты вирустар көп мөлшерде кездеседі және өте жұқпалы болып келеді. Көпшілік жағдайда ауру дұрыс өңделмеген тағамдық мал өнімдері (сүт, ірімшік, айран, ет) арқылы жұғады. Науқас адам бірден-бір ауру жұқтырушы көз болып табылады. Сүтті қайнатып немесе пастеризацияланған кезде вирустар толық жойылады, қайнатылмаған сүттен дайындалған қышқыл тағамдарда вирус көп сақталмайды. Вирустың организмге енуінің екінші жолы – бүтіндігі бұзылған тері мен ауыздың, мұрынның, көздің кілегей қабаттары (аусылмен ауру науқаспен немесе жануарлармен қатынаста болған жағдайда). Вирус жұғуының үшінші жолы – ауа-тамшылары арқылы (жөтелу немесе түшкіру кезінде).

- Аурудың инфекциялық кезеңі 18 сағаттан 7 тәулікке дейін. Аусылдың клиникалық үш түрін ажыратады: бәсең (стертая) жедел (острая) және созылмалы (хроническая).
- Бәсең түрі жеңіл ағымды болады. Тері мен кілегей қабық беттерінде бірлі-жарымды көпіршік бөрткендер шығып, біртіндеп афталарға айналады. Аурудың ұзақтығы 5-7 тәулік.
- Аусылдың жедел түрі жиі кездеседі. Бұл кезде науқастың дене қызуы $38-39^{\circ}\text{C}$ дейін жоғарылап, бойын әлсіздік билейді, басы ауырып, бұлшық еттері сыздайды, ауызының іші ысып-күйіп, ашып ауырады. Бір-екі тәуліктен кейін домбыға қызарған кілегей қабық бетіне диаметрі 1-5 мм ұсақ көпіршік бөрткендер (везикулалар) шығады және көбінесе қызыликте, тілде, таңдайда және еріндерде (ауыздың алдыңғы бөлігінде) орналасады.

- Бөрткендердің сандары да әртүрлі болады (15-150 шамасында). бірнеше сағаттан кейін көпіршік бөрткендер сұйығы қоюланып күңгірт-сары түстенеді және 18-24 сағат арасында көпіршік бөрткендер жарылып жиегі онша тегіс емес эрозиялы ошақтарға айналады. Көпіршіктер жарылғаннан кейін дене қызуы төмендеді, бірақ науқастың жалпы жағдайы жақсара қоймайды. Сілекей көп бөлініп, тіл қатты домбығып, көлемі ұлғаяды, жұтыну және сөйлеу қиындайды. Еріндер жиігіндегі көпіршік бөрткендер сұйығы кеуіп қабықшалар пайда болады. Аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды және ауырады. Көпіршік бөрткендер мұрынның, конъюнктиваның, жыныс ағзаларының да кілегей қабық бетіне шығуы мүмкін.
- Аусыл кезінде тері де жиі жарақаттанады және көпіршік бөрткендер аяқ пен қол саусақтарының арасындағы қатпарларда, тырнақтардың негізінде пайда болады және қатты қышып, күйіп және қызып мазалайды.

- Ауыз кілегей қабығындағы эрозиялар 5-7 күннен кейін жазыла бастайды, науқастың жалпы жағдайы жақсара бастайды және сауығы уақыты 15-20 тәулікке созылады.
- Аусыл ауыр ағымды болған жағдай бөрткендер ауыз ішіне, мойын, кеуде және арқа терілеріне қайталап шығуы мүмкін және көптүрлік сипатқа ие болып дақты-папулалы бөрткендер де орын алады.
- Аусылмен балалар ауырған жағдайда оны ауыздың жедел герпестік қабынуынан, жел шешектен ажырату керек. Ересектер ауырған кезде дәрілерден туындаған аллергиядан, көптүрлі жалқықты қызармадан ажырату қажет.
- Аурудың диагнозы клиникалық белгілеріне, эпидемиологиялық анамнезіне (ауруға ұшыраған малдармен қатынаста болу, қайнамаған сүтті пайдалану), эпизоотикалық ахуалға, лабораториялық зерттеулер негізіне сүйене отырып қойылады.

- Егер дәрігер-стоматолог емдеуге келген науқаста аусыл болуы тұралы күмән тұса, дереу жергілікті ветеринарлық қызметке хабар беру керек (аймақтағы эпидемиологиялық ахуалды анықтау үшін).
- **Емі.** Ауруды емдеу үшін вирусқа қарсы дәрілерді жалпылай және жергілікті емдеу үшін қолданылады. Сонымен қатар дене қызуын төмендейтін, антигистаминдік дәрілерді де ұмытпау керек. Ауыз ішіндегі жарақат ошақтары екіншілік инфекциямен (кандидоз, спирохетоз) асқынбауы үшін саңырауқұлақтарға қарсы дәрілер (нистатин, низорал, ламизил), фузобактерияларға қарсы (трихопол, бактрим) тағайындайды.



- Ас қабылдауды жеңілдету үшін тағамдар қабылдау алдында ауыз кілегей қабығын анестетиктер-ертінділерімен ауыз ішін бұлау немесе аэрозольды ертінділерін (Лидокаин-аэрозоль) шашып қолдану тұралы кеңес беріледі. Терідегі бөрткендерді анилинді бояғыштардың (бриллиант жасылы, метилен көгі) ертінділерімен өңдейді. Қазіргі кезде құрамында анестетиктер мен кератопластиктер (эрозияның жазылуын тездететін) бар дәрілер аэрозоль түрінде (асколь, олазоль, легразоль) шығара бастады. Оларды ас қабылдау алдында және ас қабылдағаннан кейін ауызды антисептиктер ертіндісімен шайғаннан кейін қолданған тиімді.



Вирусты сүйелдер

- Вирусты сүйелдер- көлемі 1мм-ден 1см-ге дейін жететін вирус құрамдас қатерсіз түзілістер. Қоздырғышы: папиллома вирусы. Ауыз қуысы шырышты қабатында вирусты сүйелдердің екі түрі кездеседі: жалпақ, өткірұшты.



Папилломавирус

- Вирион қабықшасы болмайды диаметрі 50-55 нм. Капсид 72 капсомерден тұрады. Геном ДНҚ. Вирусты инфекция науқаспен жанасқанда жұғады. Инфекцияның ену жолы ағзаның микротравмасы.



Вирусты сүйелдердің клиникасы

- ⊙ *Жалпақ сүйел- тығыз папула(түйіншек) тәрізді шырышты қабаттан аз мөлшерде шығыңқы орналасады. Шекарасы анық, дөңгелек пішінді.*
- ⊙ *Өткірұшты сүйел- өткірұшты емізікшеге ұқсас ашық-қызыл түсті. Элементтер бір-бірімен қосылып вегетация түзеді. Локализациясы: ауыз қуысының алдыңғы бөлігі, ауыз бұрышы, тілдің алдыңғы бөлігінің бүйір беті. Сирек кызылиекте , еріннің қызыл жиегінде, ауыз бұрышының сыртында кездеседі. Шырышты қабаттың вирусты сүйелдері қол терісінің сүйелдерімен бірге кездеседі.*

Емі

□ *Жергілікті 3% оксолин, 0,5% бонафтон, 0,5% флоренал, 0,5% теброфен т.б.*

Вирусқа қарсы препараттармен күніне 3-4 рет өңдеу. Ауыз қуысы санациясы, ауыз қуысы гигиенасы.



Герпангина

- Герпангина- А, В
Коксаки вирусымен
шақырылатын жедел
инфекциялық ауру. Ауыз
қуысы мен
жұтқыншақтың
серозды қабынуын
туындатады. Коксаки А
ол энтеровирусқа
жатады. Мектепке
дейінгі кіші мектеп
жасындағы балаларда
жиі кездеседі. Ерте
жаста герпангина ауыр
түрде өтеді.



Симптомдары

- *Ауру температурааның күрт жоғарылауынан басталады жалпы жағдай нашарлайды, тамақтан бас тартады, басы ауырып, жүрегі айныйды, диарея, жұтынғанда ауру сезімі пайда болады. Оған бұлшықет ауыруы, іштегі ауру сезімі қосылады. Ерте жаста (судороги) болады. Ауыз жұтқынишақ шырышты қабаты қабынады, ісінеді, майда нүкте тәрізді қызыл түсті папулезді бөртпемен жабылады. Бірнеше сағаттың ішінде папулалар везикулаға айналады. Іші мөлдір сұйықтыққа толған, көлемі 1-8мм болады. Элементтер саны 20 ға жуық. Везикулалар жарылып жараға айналады беті фибринді қақпен жабылады. Фибринозды қақ іріңге ұқсас боп кетеді бірақ жанындағы тінмен бірігіп кеткен, алынбайды. Ауырады, ашиды, тағам қабылдау қиындайды, лимфа түйіндері ауырады. Аурудың ұзақтығы 6 күн, артынан жазыла бастайды. Бір рет ауырған науқас вирус тасымалдаушы және инфекцияның ошағы болып қалады.*

- *Коксаки вирусы ауа тамшылы, фекальды-оральды жолмен жұғады. Жаз мезгілінде ауру жиілей түседі. Мұрын жұтқыншаққа енген вирус ішекке лимфа түйіндеріне өтіп сол жерде көбейеді. Үшінші күні қанға өтіп, қан арқылы нерв, бұлшықет тініне оңай таралады.*



Диагностика

Локализациясына қарап болжасама диагноз қойылады. Жұтқыншақтың артқы қабырғасы, жұмсақ таңдай, миндалина. Нақты диагноз қою үшін көпіршік ішіндегі сұйықтығын тексереміз, қандағы антиденені анықтау, иммуноферментті анализ, комплемент байланыстыру реакциясы, тікелей емес гемагглютинация реакциясы



Емі

- Науқасты оқшаулау, сұйық тағам қабылдау. Науқасты госпитализациялау. Симптоматикалық ем: жергілікті емге антисептиктер ауру сезіміне қарсы ем, 10% натрий тетрабораттың глицеріндегі ерітіндісі, 5% димексидтегі марборан, кастеллан сұйықтығы, метилен көгі, шалфей, 2% лидокаин. Антигистаминді препараттар: супрастин, диазолин, кальций глюконат. Жалпы әлсіздікті болдырмау үшін: стероидты емес қабынуға қарсы препараттар (ибупрофен, нимесулид)



Везикулярлы стоматит

- Везикулярлы стоматит- зоонозды жедел вирусты инфекция, ауыздың шырышты қабатын, қылызиек, жұтқыншақты зақымдайды. Синдромы-бөртпелер(сыпы). Қоздырғышы- энтеровирус. Инкубациялық кезең 5-6 күн. Бөртпелер ауыз қуысында сонымен қатар алақан мен табанда пайда болады. Қоздырғышы вирус болғандықтан баланы оқшаулау керек. Инфекцияны таратушы жәндіктер болып табылады. Жаз айларында жиі кездеседі.



Рисунок 5. HFMD

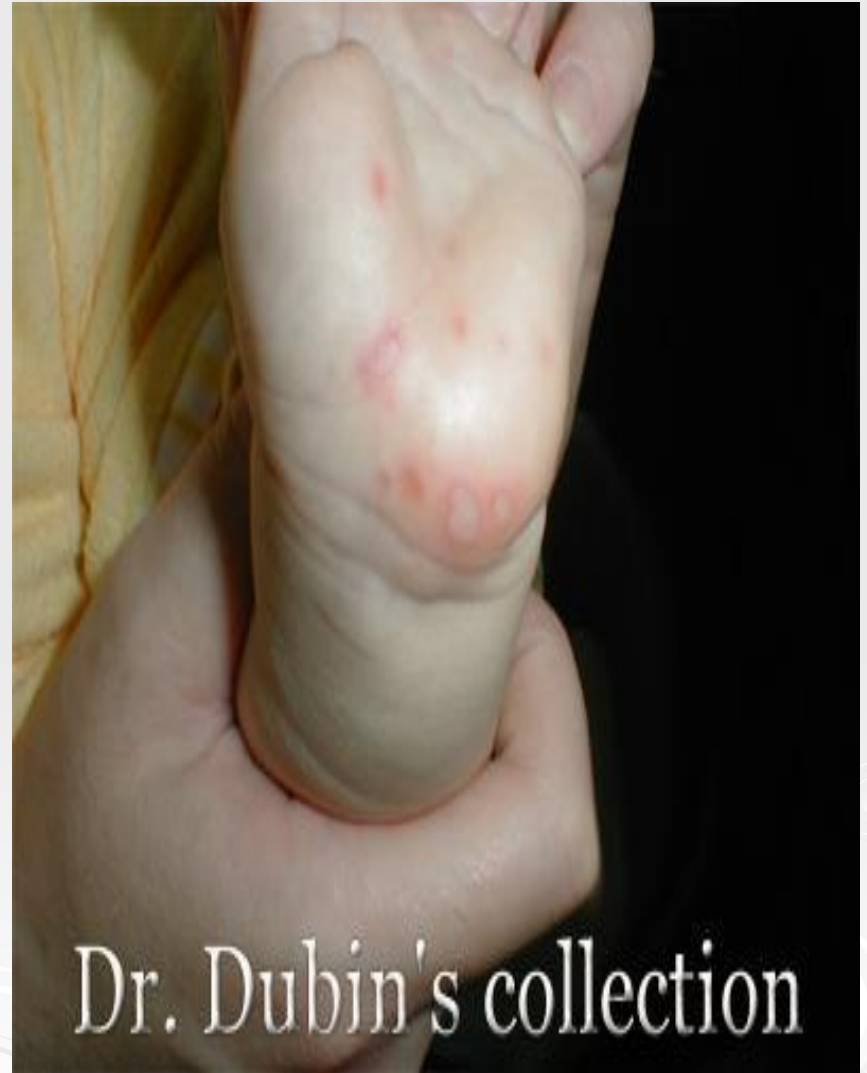
Синдромдары

Везикулярлы стоматитті басқа аурулардан ажырату қиындық туғызбайды, өйткені синдрмы-бөрткендер бетте алақан мен табанда орналасады. Балада тұрақты қышу мен мен ауру сезісі бірге жүреді. Асқынуы: Менингит, энцефалит, парез.



Симптомдары

Жоғары температура (40°C дейін), шаршау, терлеу, бұлшықеттегі ауру сезімі, әлсіздік, бас ауру, көздегі ауру сезімі, тамақтың ауыруы, лимфа түйіндер ұлғайған, іші сұйықтыққа толған көпіршіктердің болуы, олар ауырады. Локализациясы: қызылик, жұтқыншақ, таңдай, ұртта. Конъюнктивит (20%) пайда болады. Тұмау (20%) пайда болады. Жиі симптомсыз өтуі де байқалады.



Диагностика

- *Стоматологқа, инфекционистқа қаралу;*
- *Серологиялық тексеру;*
- *Вирусологиялық тексеру;*
- *Салыстырмалы диагностиканы: ауыз қуысындағы вирусты көпіршіктерден, герпестік ангинадан, герпестік стоматиттен ажыратамыз.*



Емі

- *Симптоматикалық ем тағайындаймыз:*
- *постельный режим;*
- *Сұйық тағам қабылдау;*
- *Температура түсіретін препараттар;*
- *Ауыз қуысын өңдеу;*
- *Вирусқа қарсы терапия;*



Адамның иммунитет тапшылық вирусы (АИТВ) инфекциясы

- **Адамның иммунитет тапшылық вирусы (АИТВ) немесе ВИЧ (вирус иммунодефицита человека)** соңғы кезеңі иммунитет тапшылық синдромымен (ЖИТС-СПИД) сипатталатын өте ауыр ағымды жұқпалы аурудың қоздырғышы болып табылады.
- Бұл ауру және оның қоздырғышы өткен ғасырдың 80-ші жылдарының басында белгілі бола бастағанымен, аз уақыт аралығында жержүзінің көп елдеріне тарап, пандемиялық сырқаттар қатарынан орын алады.
- ЖИТС - өте қауіпті жұқпалы ауру, көбінесе еңбекке қабілетті және адам өсімін беретін жас адамдарды жарақаттайды. Ауру ұзақ уақыт дамиды және өлімен аяқталу көрсеткіші өте жоғары.
- Адамның иммунитет тапшылығы вирусы ретровирустар тобына жатады және оның осылай атауы себебі, онда рибонуклеин қышқылынан (РНҚ) информацияны (ақпаратты) дезоксирибонуклеин қышқылына (ДНҚ) беретін фермент – кері транскриптаза (обратная транскриптаза) бар. АИТВ Т4 – лимфоциттерді жарақаттауы салдарынан олар жойылып кетеді.

- Вирус қанның басқа клеткаларын (макрофагтар, моноциттер) қантамырларының эндотелий клеткаларын, ішек кілегейлі қабығының, жүйке жүйесі клеткаларын да жарақаттауы мүмкін. Алғашқыда вирус клеткалар бетіне сорылып, біртіндеп ішіне ауысады да ядроның генетикалық кодына орналасады және ұзақ уақыт адам организмінде жасырын сақталады. Организмге қолайсыз жағдай қалыптасқанда вирустың белсенділігі артып, көбейе бастайды. Вирустың ұрпағы клетканы бұзады және бұзылған клеткадан шыққан вирус жаңа клеткаларға ауыса бастайды. Осының нәтижесінде адамның клеткалық иммунитет жүйесі бұзылып, шартты-патогенді микрофлораға қарсыласу қабілін жоғалтады, әртүрлі инфекцияларды қабылдағыш болады немесе жүре дамыған иммунитет тапшылық синдромы (ЖИТС) дамиды.

- Қазіргі кезде вирустың екі типі анықталған: ВИЧ-1 және ВИЧ-2. сыртқы ортада вирус тұрақты емес, 56°С жылулықта 30 минутке өледі, 70-80° - 10 минутке өледі, 70% этил спирті, сутегінің 3 % асқын тотығы, лизлдың 5% ертіндісі натрий гипохлоритінің 0,2% ертіндісі 10 минут ішінде вирустың белсенділігін жояды.
- Адамның иммунитет тапшылығы вирусы инфекциясының (АИТВИ) көзі ЖИТС-мен ауру адам немесе ауру белгісіз вирус тасушы болып саналады.
- Вирус жұққан адамның барлық биологиялық сұйықтарында (қан, шауһет, омыртқа жұлыны сұйығы, сілекей, емшек сүті, қынап сұйығы) әртүрлі мөлшерде вирус бөлшектері кездеседі. Ең эпидемиялық жағынан қауіпті саналатын сұйық – қан және сперма. Ауру қоздырғыш вирус жыныс жолдары арқылы, қан және оның препараттарын құю кезінде, жақсы зарарсыздандырылмаған дәрігерлік аспаптар арқылы, ару анадан жас нәрістеге берілуі арқылы жұғады. Эпидемиялық қауіпті топқа наркокомандар, гомосексуалдар, жезөкшелікпен айналысатын әйелдер мен ерлер жатады. АИТВ-инфекциясы 3 жолмен беріледі: жыныстық, парентиральдық және периантальдық.

- АИТВ – жұққан адамдар өмір бойы жазылмайды. Бірақ көпшілігінде ұзақ жылдар аурудың ешбір белгілері білінбеуі де мүмкін. Сондықтан олар өздерін аурумын деп санап, арнаулы маман-дәрігерге көрінбегендіктен, вирус таратушы болып қала береді.
- АИТВ-инфекциясының клиникалық көріністері мен белгілері көп және әртүрлі. Ағымы 4 кезеңге бөлуге болады, бірақ әрбір вирус жұққан науқаста осы кезеңдердің қатар орын алуы міндетті емес.
- АИТВ – инфекциясының жедел кезеңі вирус жұққаннан бір немесе бірнеше аптадан кейін даму мүмкін. Бұл кезде әлі инфекцияға серопозитивті реакция дамыған, ол негізінде инфекция жұққаннан кейін 6-12 апта өткен соң байқалады.
- Аурудың I кезеңі анық белгісіз дамиды немесе жайылған лимфаденопатиямен сипатталады. Бұл кезде белден жоғары аймақта әртүрлі топтағы лимфа түйіндерінің бірнешеуі диаметрлері 1 см үлкен болып ісінеді және бұл үрдіс үш айға дейін сақталады. Одан кейін олардың көлемі бірде кішірейіп, бірде үлкейіп, кейде кері дамып, жойылып кетуі де мүмкін.

- Аурудың II кезеңін «ЖИТС-мен байланысты кешен» («связанный со СПИД комплекс» - ССК) деп атайды. Бұл кешенге тән көріністер мен белгілер: салмақтың азаюы, іштің өтуі, дымкәстік, ең тез шаршағыштық, асқа тәбеттің тоқтығы, түнде жиі терлеу, есін жоғалтуға әкелетін неврологиялық өзгерістер, шеткейлік нейропатиялар. Бұлардың бәрі ауық-ауық көрініс табады. Сонымен қатар бұл кезеңде тері мен ауыз кілегейлі қабығының кейбір ауруларға тән жарақаттануы орын алады. Ол аурулар: түкті лейкоплакия, белдене теміреткі, ауыздың қайталамалы герпестік қабынуы.
- Аурудың III кезеңін «аурудың аралық кезеңі» («промежуточная стадия болезни») деп атайды. Бұл кезеңдегі клиникалық көріністер аурудың ерте белгілері білінгеннен кейін біраз уақыттан соң, ЖИТС-ы толық көрініс берер алдында орын алады. Ауыз ішінде кандидоз, түкті лейкоплакия, ауыздың жедел герпестік қабынуы, қайталамалы герпестің өршу белгілері көрініс табады. Сонымен қатар өкпе туберкулезі, альвеолярлық өкпе қабынуы да жиі кездеседі.

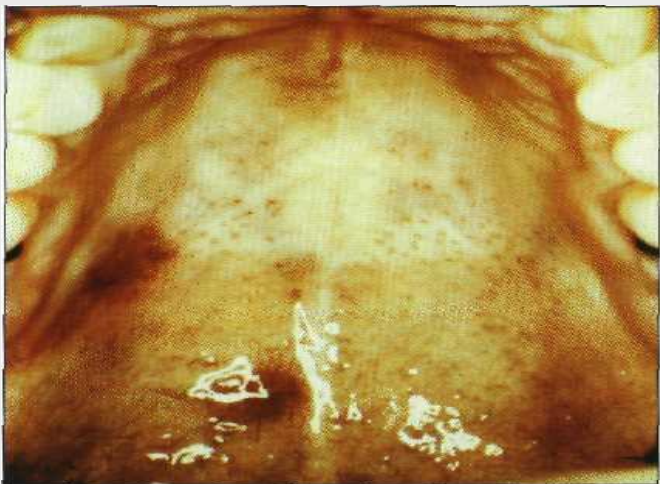
- Аурудың IV кезеңінде (аурудың соңғы кезеңі) ЖИТС-ның өте ауыр клиникалық белгілері толық көрініс табады. Бұл көрініс шартты-патогенді микрофлораның әсері – қабыну үрдістерінің, Капоши саркомасы сияқты ісіктердің пайда боулы нәтижесінде туындайды. Осы кезеңіндегі ЖИТС-натән инфекцияларға өкпенің пневмоцистіқабынуы, токсоплазмоз, жүйелі кандидоз, криптококкоз, бактериалдық және сальмолнеллездік немесе вирустық септицимия жатады. Бұл кезеңде лимфомалардың ауыр түрлері, кахексия неврологиялық ауытқулар (есін жоғалту, ақылы азайғандық) орын алуы мүмкін.
- Ағзалар мен жүйелердің жарақаттары кері дамымайтын немесе беті қайтпайтын үрдістерге жатады және біріннен соң бірі жаңа аурулар пайда болады және оларға ешқандай көнбейді, науқас қысқа уақыт ішінде жан тәсілім етеді.

- АИЖВ – инфекциясының диагнозы эпидемиологиялық, клиникалық және зертханалық зерттеулер нәтижесінде қойылады. Олардың ішінде маңызды болып саналатын серологиялық сынамалар, иммуноблотингпен (вестерн-блот) дәлелденетін иммунсорбенттік анализ (EJISA), иммунофлюоресценциялау немесе радиоиммунологиялық және вирусты бөліп алу әдістері.
- Инфекция жұққандардың 20% алғашқы 5 жыл ішінде ЖИТС-пен ауырады; ал 10 жылдан кейін 50% жуығы ауырады.
- Организмнің иммундық қорғанысының төмендеуі және жүре-жүре жоюылуының нәтижесінде ауыз кілегейлі қабығы тіндері көптеген микроорганизмдердің әсеріне төзімсіз болады. Сондықтан АИТВ – инфекциясының бастапқы және кейінгі кездері кезінде ауыз ішінде әртүрлі патологиялық үрдістер дамиды және әртүрлі тітіркендіруші ықпалдар әсеріні ағымы ауырлана түседі. Ауыз ішінде көрініс табатын аурулар - әртүрлі инфекциялы (жұқпалы) аурулар, неопластикалық үрдістер, неврогендік ауытқулар және б. соңғы жылдардағы медициналық басылымдарда ауыз тіндерінің 40 түрлі жарақаттары келтірілген.

- Ауыз ішіндегі АИТВ-инфекциясы көріністерінің Лонданда (1992) бекітілген жұмысшы жүйесі:
- I топ, аталған инфекциямен тікелей байланысты аурулар (ассоциированные с ВИЧ - инфекцией):
 - 1. Кандидоздар (эритемалы-атрофиялаушы, жалғанжарғақты, гиперпластикалы);
 - 2. Түкті лейкоплакия.
 - 3. Қызылиек жиегінің қабынуы, қызылиектің өліеттеніп – жаралана қабынуы, пародонттың бұзыла қабынуы.
 - 4. Капоши саркомасы.
 - 5. Неходжкин лимфомасы.
- II топ, аталған инфекциямен неғайбыл байланысты жарақаттар:
 - Бактериялық инфекциялар.
 - Сілекей бездері аурулары.
 - Вирустық инфекциялар.
 - Тромбоцитопениялық пурпура.
- III топ, АИТВ-инфекциясы кезінде орын алатын, бірақ онымен байланысты емес аурулар.
- Бұл жарақаттардың орыс тіліндегі жүйесі төмендегідей.
- I группа – поражения, четко связанные с ВИЧ-инфекцией.
 - 1. Кандидозы (эритематозный, псевдомембранозный, гиперпластический).
 - 2. Волосистая («волосатая») лейкоплакия.
 - 3. Маргинальный гингивит, язвенно-некротический гингивит, деструктивный пародонтит.
 - 4. Саркома Капоши.
 - 5. Неходжкинская лимфома.
- II группа – поражения, менее четко связанные с ВИЧ-инфекцией.
 - Бактериальные инфекции.
 - Болезни слюнных желез.
 - Вирусные инфекции.
 - Тромбоцитопеническая пурпура.
- III группа – поражения, которые могут быть при ВИЧ-инфекции, но не связаны с ней.

□ Капоши саркомасы

- Капоши саркомасы АИТВ жұққан адамдарда кездесетін жаңа құрылымдардың ішінде бірінші орын алады. Екіншілік аурулардың ішінде 30-50% жағдайда кездеседі. Бұл құрылым ретикулоангиоматозға немесе қантамырларынан дамыған қатерлі ісіктер қатарына жатады. Капоши саркомасын туындататын вирус деген жорамал бар.



Сурет-6 ЖИТС кезіндегі
Капоши саркомасы
а) таңдайда,
б) қызылиекте

- Капоши саркомасы АИТВ-жұққан жас науқастарда жиі кездеседі және тез жайылып, өте жедел дамиды. Алғашқы белгілері бөкседе, баста, жыныс ағзалары аймағында көрініс табады. Теріде және ауыз кілегейлі қабығында бөрткендер ассиметриялы жеке-жеке немесе топтала орналасады және оларға көптүрлілік тән. Жарақат ошақтары дақтар, түйіншектер, түйіндер және ісіктер түрінде кездеседі. Ауыз ішінде таңдайда, ұртта, тілде, қызылиекте, бадамша бездерде, көмейде орналасады (сурет-6. а, б). Ангиоматозды дақтардың көлемі әртүрлі, түстері қызыл-қоңыр, сұр немесе қара-күлгін болып келеді. Дақтың бетінде және төңірегінде телеангиэктазиялар орын алып, жиектері қан құйылуынан пайда болған сары-жасыл түсті жолақпен қоршалады. Дақтардың бетінде клеткалар шоғырлануы нәтижесінде кілегейлі қабық бетінен көтеріңкі орналасқан түйіншіктер, түйіндер, тоғалар (бляшки) пайда болады. Түйіндердің көлемі әртүрлі болып келеді (тас бұршақ көлемінен грек жаңғағының көлеміне дейін). Біртіндеп түйіндер бір-бірімен қосылып, бұдырмақты ісікке айналады. Ісіктер ыдырауға ұшырап, жазылмайтын жаралар пайда болады және жарадан аққан қан тоқтамай, кейде өлімге әкеліп соғуы мүмкін. Жаралар беті кейде өліетті-қанды қақпен жабылады. Ісікті құрылымдар көбейіп, көптеген кілегейлі қабықтар мен ағзаларға жайылады. Ісікті құрылымдар көбінесе плазматикалық клеткалардан тұрады.
- Емі. Капоши саркомасын сәулемен емдейді, химиотерапиялық шаралар қолданылады, интерферон тағайындауға да болады.

| Қарапайым герпес | Простой герпес | Simple herpes |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Жедел герпестік стоматит | Острый герпетический стоматит | Sharp herpetic stomatitis |
| Лимфа түйіні | Лимфатические узлы | Lymph nodes |
| Ойық жара | эрозия | Erosion |
| бөртпе | высыпание | Pouring out |
| Ауыз қуысының шырышты қабаты | Слизистая оболочка полости рта | Mucous membrane of cavity of mouth |
| Қызылиек қабыну | Воспаление десен | Inflammation of gums |
| антидене | антитела | Antibodies |

| Қан | кровь | Blood |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Дәрі | Лекарства | Medications |
| Көпіршік | Пузырь | bubble |
| Тері | Кожа | Skin |
| Қабыну | Воспаление | Inflammation |
| Физиотерапиялық ем | Физиотерапевтическое лечение | Physical therapy treatment |
| Сүйел | бородавка | Wart |
| Бұлшықеттегі ауру сезімі | Боль в мышцах | Pain is in muscles |

| Жұтқыншақ | Глотка | Gullet |
|--------------------|------------------|---------------|
| Иммундық жүйе | Иммунная система | Immune system |
| Қабық | Корка | Crust |
| Қызылиектің ісінуі | Отек десны | Edema of gum |



Әдебиеттер:

1. Под редакцией проф. Г. М. Барера. Терапевтическая стоматология “Заболевания слизистой оболочки полости рта”, стр 69-71. Москва 2010.
2. Курякина Н. В. Терапевтическая стоматология детского возраста. Москва 2001. стр 543-549.
3. Персин А. С. “Стоматология детского возраста”. Учебник М – 2006
4. В. И. Куцевляк “Детская терапевтическая стоматология”.
 - Под ред. Г. М. Берера “Терапевтическая стоматология.
 - Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта” 2005 г.
- <http://luga-help.do.am/load/71-1-0-728>
- <http://meddostup.ru/sovremennye-preparaty>