

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
медицина факультеті
Арнайы клиникалық пәндер кафедрасы

Тақырыбы: Мелькерссон-Розенталь синдромы. Шегрен ауруы

Орындаған: Мадиева.М.Б
Топ: СТК-330
Тексерген: Азизжоджаева. Д.Ш

Түркістан, 2017 ж

Жоспар :

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

1. Мелкерссон-розенталь синдромы
2. Мелкерссон-розенталь синдромының клиникасы, диагностикасы, емі
3. Шегрен ауруы
4. Шегрен ауруының емі, клиникалық көрінісі

III. Қорытынды

Мелькерссон-розенталь синдромында клиникалық симптомның триадасы тән:

Беттің ісінуі

Бет жүйкесінің
невралгиясы

қатпарлы
тіл



? Клиникасы

Алғашқы клиникалық белгі өмірінің бірінші жартысында байқалады. Науқастарда жиі түнде еріннің ісінуі, кейде денесінің басқа бөліктерінің ісінуі пайда болады. Ісік жұтқыншаққа, тілдің шырышты қабатына таралуы мүмкін. Науқаста өзіндік түрі болады: ерні қалыңдаған, шеттері қайрылған. ісінген орнын эластикалық консистенциялы, басқанда шұңқыр қалмайды.

Симптомдардың ішінде қайта кездесетіні макрохейлит, ол қызыл жиектің, ерін терісінің шырышты қабатының қабынусыз ісігі. жоғарғы ерін кейде 2-3 есе үлкейеді. ісіктер жақ, мұрын, қас және беттің басқа жұмсақ ұлпаларына, ауыз қуысының шырыш қабатына таралуы мүмкін. Олар қосылып зақымданудың дуффузды ошағын түзеді, беттің барлық жұмсақ ұлпаларын қабындырады.

Екінші жиі кездесетін симптом - бет жүйкесінің зақымдануы. Ол ісіктің дамуына себеп болады немесе онымен бірге дамиды, жиі бет жүйкесінің невропатиясы ісіктен соң пайда болады. жүйкенің зақымдану жағы ауру рецидиві кезінде өзгеруі мүмкін. Кейбір науқастарда жекелей симптомдардың толқын тәрізді ауысуы байқалады. Сирек паталогиялық процеске басқа да бас қаңқа жүйкесі қосылады, атап айтқанда үштік, көзқозғалтқыш, тілжұтқын жүйкелері.

- ? Синдромның үшінші белгісі- тыртысты тіл. Даму аномалиясы болып саналады. Науқастарда көбінесе гранулематозды глоссит байқалады. Гранулематозды түзілулер тілде ғана емес, сонымен қатар еріннің,беттің, лимфа түйіндерінің, асқазан-ішек жолында,дауыс байланыстарында және қастың ісінген ұлпаларында анықталады. Ісік әсерінен сөйлеу және тамақ ішу қиындайды. Ісіктер тұрақты, бірнеше айдан бірнеше жылға сақталады.
- ? Психика депрессивті түрде өзгереді: науқастар тежелген, тынышсыз,жазылуына сенбейді. Асқыну кезінде тітіркенгіш болып қалады. Бас ауруына шағымданады. Жұлын сұйықтығының қысымы көтеріледі, белок мөлшері көбейеді.
- ? Бет жүйкесінің зақымдануының рецидиві суық тиюімен байланысты. Бет жүйкесінің невротиясының дамуы жүйке ісігінің бет каналына дейін таралуымен байланысты, науқастың паралич болатын жағында дәм сезудің төмендеуі және біржақты жасағу байқалады.
- ? Бұл синдромның даму механизмінде тұқымқуалау- жанұялық сипаттағы гипоталамикалық аймақтың құрылымының функционалды жетіспеушілігінің маңызы бар.ол әртүрлі экзогенді эндогенді факторлармен шақырылады. Синдромның дамуын созылмалыинфекцияның асқынуы тонзилит, синустит,ауыз қуысының қабынуы, т.б экзогенді және эндогенді факторлардың әсері жарақат, бастың шаншуы,суық тию, күн радиациясы, эндокриндік бұзылыстар, тағам аллергиясы т.б үдетеді.

Диагностикасы

- ? Беттің және еріннің қабынбаған ісіктерінің дифференциальды диагностикасы кезінде Квинке ісігі тез дамып қалдықсыз жазылатынын есепке алу керек. Мелькерсон-Розенталь синдромында ісік көбіне түнде дамиды, 7-10 тәуліктен 2-3 аптаға созылады, таңертең еріннің ісігі айқын байқалады, кешке біраз басылады, бірақ ремиссия кезінде толық жазылмайды. Диагноз бет жүйкесінің қайталап зақымдануымен бекітіледі, кейбір науқастарда қыртысты тіл немесе гранулематозды глоссит болады.

Емдеуі

? Жедел кезінде тыныштық тәртібін сақтау төсек режимі.

Антихолергиялық препараттарын десенсибирилеуші терапиямен қатар бір уақытта тағайындайды, димедрол, супрастин, дипразин, тавегил.

Дегидратация мақсатында фуросемид, урегит, глицеринді жеміс шырынына араластырып қолданады, 2 рет тамақтан кейін. Бұл ем нәтижесіз болғанда көктамырға 10 мл 30 пайыз тиосульфат натрий ерітіндісін енгізеді.

? Аурудың басында глюкокартикоид курсы тағайындайды. Емді мөлшерін азайта отырып тоқтатады.

? Арнайы емес уммунотерапия ретінде пирогенал, физикалық емдеу әдістерінен фонофорез немесе диадинамикалық токтар қолданылады.

Бірмезгілде бет жүйкесінің невропатиясын емдеуді жүргізеді.

ШЕГРЕН СИНДРОМЫ

Шегрен синдромын, басқашалап ауыз, көз қуыстарының құрғақтық синдромы да деп атайды, көбінше 40 жастан асқан әйелдерде етек кірі тоқтаған, менопауза дәуірінде ұшырайды. Аналық бездері гиперфункция болған жас әйелдерде де болуы мүмкін. Бұл синдром көп ревматизмдік ауруларда да ұшырап тұрады. Олар: склеродермия, түйінді периартерит, саркоидоз. Медицина статистикасына сүйенсек, бұл синдром 25% ревматоидты артриттерде, 10% коллагендік аурулармен, 50-100% аутоиммун бауыр ауруларында кездеседі.

Тарихы

Швециялық Шегрен деген көз дәрігері 1933 жылы осы синдромды ашқан. 1965 жылы осы жалпы синдромның ішінен Шегрен ауруы бөлініп шықты.

Этиология

Келіп шығуы белгісіз, бірақ осы аурудың келіп шығуында генетикалық бейімділіктің маңызы бар.

Патогенез

Шегрен ауруы аутоиммунды, оның ішінде иммунды-кешенді сырқаттар қатарына жатып, ревматизмдік аурулар тобымен бірге дамиды. Осы ауруларды шақырушы себептердің Шегрен ауруына қатысы бар. Бұл ауру көктемде күзде қозып тұруы мүмкін.



Клиникасы

- ? Ауру асқынусен және ремиссиямен өтеді және барлық ішкі секреция бездерінің қызметінің төмендеуімен көрінеді. Науқас ауызының, тамақ, мұрын шырышты қабатының құрғауына, жұтынудың қиындауына шағымданады. Кейде дауыстың сырылдауы, құрғақ жөтел пайда болады. Сілекей жетіспеушілігі кезінде сілекей бездің үлкеюі, қабынуы байқалады. Айқын шегрен синдромы үшін мынадай үштік тән: паротит, кератоконъюнктивит, артрит. Сілекей аз бөліну салдарынан ксеростомия, шайнау және жұтынудың бұзылуы, тістің үдемелі кариесі, екіншілік глоссит, хейлит дамиды. Артрит созылмалы деформирленген полиартрит ретінде өтеді. Науқас терісі құрғақ, депигменттелген, тер бөлу төмен, тырнақ өсуі бұзылады.
- ? Ауыз құрғауына қоса науқатарда екіжақты құрғақ кератоконъюнктивит дамиды. Аурудың кеш сатысында көру жиілігі төмендейді. Тексергенде жарықтан қорқу, қабақтың аздап гиперемиясын, кератоконъюнктивальды қапшықтағы жабысқақ бөліндіні байқайды. Қосымша ретінде диспротеинемия, жеңіл анемия, т.б қосылады.

Емдеуі

- ? Шырышты қабаттардың құрғауын төмендету үшін жасанды жас тамызады, ауыз қуысын жиі хлорит натрий изотоникалық ерітіндісімен шаю, ауыздың шырышты қабатын А витамині концентраты немесе балық майымен аппликация жасау. Бір мзгілде холинимиметикалық заттар тағайындайды, жиі гидрохлорид пилокарпиннің 2 пайыздық сулы ерітіндісін. Ішке карбахолин 0,001г 3 рет
- ? Глюкокартикоидтар, жиі преднизалон. Тамыркеңейткіш заттар Б тобының витаминдері тағайындайды.
- ? Массаж және физиотерапия. Ауыз қуысының гигиенасының сақтау өте маңызды. Барлық науқастарда седативті препараттар тағайындайды: бромид валерианамен, диазепам, хлордиазепоксид және т.б

Қорытынды

- Шегрен-шырышты қабаттардың құрғауы деп аталатын синдром. Ол өзіндік формада және әртүрлі жүйелі ауруларда кездеседі. Этиологиясымен патогенезі толық зерттелмеген. Инфекция, суық тию, қатты шаршау, жүйкеге шамадан тыс артық күш түсу үдетуші факторларға жатады.
- Мелькерссон-розенталь синдромында еріннің кейде дененің басқа бөліктерінің ісінуі пайда болады. Ісік жұтқыншақпен, тілдің шырышты қабатына таралуы мүмкін. Көп жағдайда ісіктің себебі анықталмайды.