

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ալերգիկ ախտահարումներ

Ալերգիան դա օրգանիզմի խեղաթյուրված ռեակցիան է անտիգենային բնույթի որոշակի նյութերի նկատմամբ, որոնք նորմալում չեն առաջացնում մարդկանց մոտ հիվանդագին երևույթներ: Ալերգիայի զարգացման համար կարևոր նշանակություն ունեն էնդոկրին և նյարդային համակարգերը, ինչպես նաև աղեստամոքսային տրակտի վիճակը: Ալերգիայի պատճառ կարող են հանդիսանալ տարբեր նյութեր՝ պարզ և բարդ քիմիական միացություններ (յոդ, բրոմ, սպիտակուցներ, պոլիսախարիդներ), որոնք՝ ներթափանցելով օրգանիզմ առաջացնում են նրա կողմից հումորալ կամ բջջային տիպի իմունային ռեակցիա (բորբոքում, բրոնխիալ մկանների սպազմ, շոկ):

Այն նյութերը, որոնք առաջացնում են ալերգիկ ռեակցիա, կոչվում են ալերգեններ: Ալերգենների քանակը բնության մեջ շատ մեծ է, դրանք բազմաբնույթ են և՛ բաղադրությամբ, և՛ հատկություններով:

Ըստ առաջացման ձևի ալերգենները լինում են էկզոգեն և էնդոգեն: Այն ալերգենները, որոնք թափանցում են օրգանիզմ դրսից կոչվում են էկզոալերգեններ: Ալերգենները, որոնք առաջանում են օրգանիզմում և իրենցից ներկայացնում են սեփական, բայց փոխարկեպված սպիտակուցներ, կոչվում են էնդոալերգեններ (կամ աուտոալերգեններ):

Էկզոալերգենները լինում են ոչ վարակային (բույսերի փոշին, կենցաղային փոշի, կենդանիների մորթին, լվացքի փոշիներ, սննդամթերք) և վարակային բնույթի (բակտերիաներ, վիրուսներ, սնկեր, քլամիդիաներ): Էկզոալերգենները թափանցում են օրգանիզմ շնչառական ուղիներով, մարսողական տրակտով, մաշկի և լորձաթաղանթի միջոցով:

Էնդոալերգենները իրենց հերթին լինում են՝

- բնական կամ առաջնային – օրգանիզմի որոշ կառուցվածքային միավորներ /աչքի ոսպնյակ, տիրեոգլոբուլին և այլն/, որոնք նորմալում չեն առաջացնում ալերգիա
- ձեռքբերովի կամ երկրորդային - առաջանում են օրգանիզմում նյութափոխանակության պրոցեսների խանգարման ժամանակ, տարբեր ինֆեկցիոն և ոչ ինֆեկցիոն գործոնների ազդեցության տակ /բակտերիալ տոքսիններ, ջերմային ազդեցություններ (այրվածքներ և սառեցումներ), ճառագայթում և այլն/

Տարբերում են ալերգիկ ռեակցիաների երեք փուլ՝

1. իմունաբանական
2. ախտաքիմիական (բիոքիմիական)
3. ախտաֆիզիոլոգիական

Իմունաբանական փուլը սկսվում է ալերգենի և օրգանիզմի կոնտակտից, ինչի հետևանքով տեղի է ունենում վերջինիս սենսիբիլիզացիան, այսինքն՝ առաջանում են հակամարմիններ, որոնք ընդունակ են փոխազդել տվյալ ալերգենի հետ: Եթե համակարմինների առաջացման պահին ալերգենը օրգանիզմից հեռացվում է, ապա ախտաբանական փոփոխություններ տեղի չեն ունենում:

Ալերգենի առաջին ներթափանցումը օրգանիզմ ունենում է սենսիբիլիզացնող ազդեցություն: Ալերգենի կրկնակի ազդեցության դեպքում արդեն սենսիբիլիզացված օրգանիզմում նրա հանդեպ առաջանում է կոնալեքս՝ ալերգեն-հակամարմին կամ ալերգեն-սենսիբիլիզացված լիմֆոցիտ:

Այդ պահից սկսվում է ալերգիկ ռեակցիայի ախտաքիմիական փուլը, որը բնութագրվում է կենսաբանական ակտիվ նյութերի, ալերգիայի մեդիատորների (հիստամինի, սերոտոնինի և այլն) դուրս մղմամբ:

Ալերգիկ ռեակցիայի ախտաֆիզիոլոգիական փուլը (կամ կլինիկական դրսևորումների փուլը) հանդիսանում է հյուսվածքների և օրգանների վրա կենսաբանական ակտիվ նյութերի ազդեցության արդյունքը: Այդ փուլում բնորոշ են արյան շրջանառության խանգարումներ, բրոնխների և աղիների մկանների սպազմ, արյան շիժուկի բաղադրության փոփոխում, արյան մակարդելիոլոգիայի խանգարում և այլն:

Ըստ զարգացման մեխանիզմի տարբերում են 4 տիպի ալերգիկ ռեակցիաներ՝

1. արագընթաց
2. ցիտոտոքսիկ
3. Արտյուսի ֆենոմենի տիպի ռեակցիաներ (իմունոկոմպլեքսային)
4. դանդաղընթաց (բջջային գերզգայունություն)

Այս տեսակներից յուրաքանչյուրը ունի հատուկ իմունային մեխանիզմ և իրեն հատուկ մեդիատորներ, ինչը պայմանավորում է հիվանդության կլինիկական պատկերի առանձնահատկությունները:

Առաջին տիպի ալերգիկ ռեակցիան (կոչվում է նաև **անաֆիլակտիկ կամ ատոպիկ**): Այն զարգանում է հակազենի և IgE և IgG տիպի հակամարմինների (ռեազեններ) փոխազդեցության հետևանքով: Ռեազենները ամրացած են բազոֆիլ լեյկոցիտների և պարարտ բջիջների վրա: Երբ ռեազենը միանում է համապատասխան հակազենի հետ, առաջանում է բազոֆիլների և պարարտ բջիջների դեգրանուլյացիա, ինչի հետևանքով միջբջջային տարածություն դուրս են մղվում ալերգիայի մեդիատորներ՝ հիստամին, հեպարին, սերոտոնին, պրոստագլանդիններ: Կլինիկական դրսևորումները ի հայտ են գալիս ալերգենի կոնտակտից 15-20 րոպե հետո: Այդ պատճառով ալերգիայի այդ տիպը կոչվում է «արագընթաց»: Այս տիպին են վերաբերվում անաֆիլակտիկ շոկը, եղնջացանը, բրոնխիալ աստման և այլն:

Երկրորդ տիպի ալերգիկ ռեակցիան (ցիտոտոքսիկ) բնութագրվում է IgG և IgM հակամարմինների առաջացումով, որոնք ընդունակ են ակտիվացնել կոմպլեմենտը: Այս տիպի ռեակցիայի դեպքում հակազենն է ամրացած բջջին: Հակամարմինների և հակազենի միացումը բերում է կոմպլեմենտի ակտիվացմանը: Ցիտոտոքսիկ ռեակցիայի հետևանքով տեղի է ունենում բջիջների քայքայում հետագա ֆագոցիտոզով և քայքայված բջիջների և հյուսվածքների հեռացումով: Այս տիպին են վերաբերվում դեղորայքային ալերգիաները:

Երրորդ տիպի ալերգիկ ռեակցիաների (իմունոկոմպլեքսային) ժամանակ ոչ հակամարմինը և ոչ էլ հակազենը չեն հանդիսանում բջջի բաղադրամասը: Իմունային կոմպլեքսների առաջացումը կատարվում է արյան մեջ կամ միջբջջային նյութում: Այս տիպի ռեակցիայի են մասնակցում IgG և IgM դասին պատկանող հակամարմինները: Իմունային կոմպլեքսները տեղակայվում են անոթների շուրջ կամ նրանց պատի մեջ, ինչը բերում է միկրոշրջանառության խանգարմանը և հյուսվածքների երկրորդային վնասմանը ընդհուպ մինչև մեռուկ: Այս տիպին են վերաբերվում աուտոալերգիկ հիվանդությունները /համակարգային կարմիր գայլախտ/:

Ալերգիկ ռեակցիաների IV տիպի (դանդաղընթաց ալերգիա) ժամանակ որպես հակամարմիններ հանդիսանում են T-լիմֆոցիտները, որոնք իրենց բջջային թաղանթի վրա ունեն հակազենի հետ կապվելու ընդունակ ռեցեպտորներ: Երբ այդպիսի T-լիմֆոցիտը միանում է ալերգենին, առաջանում են բջջային իմունիտետի մեդիատորներ՝ լիմֆոկիններ, որոնք առաջացնում են մակրոֆագերի կուտակում, ինչի հետևանքով զարգանում է բորբոքում և կատարվում է ֆագոցիտոզ: Դանդաղ ընթացող տիպի ռեակցիան սովորաբար զարգանում է օրգանիզմում ալերգենի հետ կոնտակտից մոտ 24-48 ժամ հետո: Բջջային տիպի ռեակցիան ընկած է համարյա բոլոր վիրուսային և բակտերիալ վարակների հիմքում (պալարախտ, սիֆիլիս, բրուցելյոզ և այլն):

Ախտորոշում: Ալերգիկ հիվանդությունների ախտորոշումը կատարվում է ալերգոլոգիական անամնեզի, ախտորոշիչ փորձարկումների և լաբորատոր հետազոտությունների հիման վրա:

Ալերգոլոգիական անամնեզի հավաքման ժամանակ պետք է ուշադրություն դարձնել տարբեր կենցաղային և արդյունաբերական նյութերի հետ կոնտակտին, օրգանիզմի ալերգիկ նախատրամադրվածությանը, հնարավոր էկզո- և էնդոպատճառներին:

Ախտորոշիչ փորձարկումները կատարվում են հիվանդության սուր արտահայտումից 2-3 շաբաթ անց:

Կատարվում են մաշկային փորձարկումներ՝ ապլիկացիոն ձևով՝ դեղորայքային ալերգիան հայտնաբերելու համար և ներմաշկային բակտերիալ և սնկային ծագում ունեցող /ինֆեկցիոն/ ալերգիաները հայտնաբերման համար:

Լաբորատոր հետազոտությունները իրենցից ներկայացնում են՝ բազոֆիլ լեյկոցիտների դեգրանուլյացիայի ռեակցիա (Շելիի տեստ), լեյկոցիտոլիզի ռեակցիա և այլն:

Անաֆիլակտիկ շոկ /choc anaphylacticus/

Սա արագընթաց զարգացող ալերգիկ ռեակցիաների արտահայտման բարձրագույն աստիճանն է: Բերանի լորձաթաղանթի վրա արտահայտումներ չունի: Ստոմատոլոգիական պրակտիկայում հիվանդի մոտ անաֆիլակտիկ շոկ կարող է առաջանալ պլոմբանյութերից, դրոշմանյութերից, անեստետիկներից, անալգետիկներից, հակաբիոտիկներից, որոշ արմատալեցման նյութերից և այլն:

Կլինիկան. Անաֆիլակտիկ շոկը զարգանում է հանկարծակի, մի քանի րոպեի ընթացքում: Հիվանդի մոտ առաջանում է անհանգստության, վախի զգացողություն, անհանգստացում է դժվարացած շնչառությունը, որը սկզբում հաճախակի է, իսկ հետագայում ընդհատումներով: Հիվանդի մոտ դիտվում է սրտխառնոց, փսխում, առատ քրտնարտադրություն, մաշկային ծածկույթների հիպերեմիա, գլխացավ: Բիբերը լայնացած են և լույսի հանդեպ զգայուն չեն: Այս սիմպտոմներին հաջորդում է հավասարակշռության կորուստը և ցնցումները: Անաֆիլակտիկ շոկի ժամանակ դիտվում են փոփոխություններ սիրտ-անոթային համակարգի կողմից՝ տախիկարդիա, թելանման պուլս, զարկերակային ճնշման կտրուկ անկում:

Անաֆիլակտիկ շոկը արտահայտվում է հետևյալ տեսակներով՝

- **հեմոդինամիկ.** առաջանում են ցավեր սրտի շրջանում, կտրուկ նվազում է զարկերակային ճնշումը, նկատվում է ծայրամասային անոթների սպազմ և մաշկային ծածկույթների գունատություն:

- **աաֆիքսիկ** (շնչահեղձական). արտահայտվում է սուր շնչառական անբավարարությամբ, ինչը պայմանավորված է կոկորդի լորձաթաղանթի այտուցով, բրոնխասպազմով և թոքերի այտուցով:

- **ցերեբրալ** (ուղեղային). արտահայտվում է հոգեշարժական գրգռվածությամբ, վախով, գիտակցության խանգարումներով, ջղաձգումներով, շնչառական առիթմիայով:

- **աբդոմինալ.** սուր ցավեր էպիգաստրալ (վերորովայնային), երբեմն սրտի շրջանում:

Տարբերակիչ ախտորոշում.

Անաֆիլակտիկ շոկը պետք է տարբերակել

1. սուր սրտային անբավարարությունից
2. միոկարդի ինֆարկտից
3. էպիլեպսիայից

Բուժում. Անաֆիլակտիկ շոկի ավարտը կախված է ոչ այնքան նրա ընթացքի ծանրությունից, որքան ժամանակին և լիարժեք անցկացված թերապիայից:

Շոկի հետ պայքարը պետք է սկսել անմիջապես առաջին ախտանիշների ի հայտ գալու հետ: Առաջին հերթին պետք է դադարեցնել ալերգենի ներմուծումը օրգանիզմ: Հիվանդին տրվում է հորիզոնական դիրք, բերանի խոռոչից հեռացվում են պրոթեզները և ստորին ծնոտը ֆիքսում են դեպի առաջ դիրքով, որպեսզի կանխեն լեզվային ասֆիկսիան:

Զարկերակային ճնշումը բարձրացնելու համար կատարվում է ներմկանային կամ ենթամաշկային իսկ ծանր դեպքերում՝ ներերակային, 0.5մլ 0.1% ադրենալինի կամ 2-4մլ 0.2% նորադրենալինի լուծույթի ներարկում:

Զարկերակային ճնշման կարգավորումից հետո ներերակային կամ ենթամաշկային ներարկում են հակահիստամինային դեղամիջոցներ՝ դիմեդրոլ, սուպրաստին, տավեգիլ:

Միջին և ծանր ընթացք ունեցող շոկի ժամանակ ներերակային կամ ենթամաշկային ներ են մուծում 1-2մլ պրեդնիզոլոնի 3% լուծույթ:

Բրոնխոսպազմի դեպքում կիրառում են 2.4% էուֆիլինի լուծույթ՝ ներերակային 5-10մլ:

Ցնցումների դեպքում կիրառվում են տրանկվիլիզատորներ և նեյրոլեպտիկներ (սեդուքսեն, էլենիում):

Կվինկեի անգիոնևրոտիկ այտուց (oedema angioneuroticum

Quinke)

Դա մաշկի, շարակցային հյուսվածքի և լորձաթաղանթի սահմանափակ հատվածի արագընթաց զարգացող խորը այտուց է, որը ինքնաբերաբեր կարող է անհետանալ և երբեմն կրկնվել:

Առաջին անգամ այս հիվանդությունը նկարագրվել է գերմանացի թերապևտ Կվինկեի կողմից: Կվինկեի այտուցի ժամանակ խախտված է կենսաբանական ակտիվ նյութերի դեզակտիվացման և ինհիբիիացման համակարգը: Այս հիվանդների մոտ կենսաբանական ակտիվ նյութերը շատ հեշտ են ակտիվանում և տեղի է ունենում էքսուդատի էլք և հյուսվածքների այտուց: Կվինկեի այտուցի առաջացման պատճառ կարող են հանդիսանալ տարբեր սննդամթերքի, դեղորայքային ալերգենների, կոսմետիկ միջոցների, հոտերի ազդեցությունը: Հիվանդության առաջացման մեջ կարևոր դեր է հատկացվում ժառանգականությանը, սոմատիկ հիվանդություններին, քրոնիկական վարակների աղբյուրներին:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդությունը սկսվում է կտրուկ, անսպասելի՝ մի քանի րոպեի ընթացքում մարմնի տարբեր հատվածներում կամ բերանի լորձաթաղանթի վրա զարգանում է արտահայտված սահմանափակ այտուց: Ընդ որում մաշկի կամ լորձաթաղանթի գույնը չի փոխվում: Այտուցի շրջանում հյուսվածքները լարված են, հյուսվածքի վրա սեղմելիս փոսիկ չի առաջանում, շոշափումը ցավոտ չէ: Այտուցը հիմնականում տեղակայված է լինում շրթունքների, կոպերի, կոկորդի, լեզվի և սեռական օրգանների շրջանում: Լեզվի այտուցի ժամանակ այն դժվարությամբ է տեղավորվում բերանի խոռոչում: Լեզվի և կոկորդի այտուցը առավել վտանգավոր են, քանի որ կարող են բերել ասֆիկսիայի արագ զարգացմանը: Եթե Կվինկեի այտուցը ընդգրկում է ուղեղը կամ ուղեղային թաղանթը, ապա ի հայտ են գալիս ներուղիական խանգարումներ (էպիլեպսիաձև նոպաներ):

Կվինկեի այտուցը կարող է պահպանվել մի քանի ժամ կամ օր աննկատ անհետանալ, իսկ հետագայում կարող է պարբերաբար կրկնվել: Հիվանդությունը հազվադեպ է ուղեկցվում ցավերով, հիվանդները ավելի հաճախ զանգատվում են հյուսվածքների լարվածության զգացողությունից:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Կվինկեի այտուցը շրթունքների շրջանում պետք է տարբերակել

1. մակրոխեյլիտից (Մելկերսոն – Ռոզենթալի համախտանիշի ժամանակ)
2. կարմիր քանու ժամանակ շրթունքների բորբոքումից
3. պերիօստիտի ժամանակ դիտվող շրթունքի կոլատերալ այտուց և լիմֆոստագ:

Մելկերսոն-Ռոզենթալի համախտանիշի դեպքում դիտվում է ծալքավոր լեզու, դիմային նյարդաբորբ: Շրթունքների կարմիր քանու բորբոքման ժամանակ ախտահարման շրջանում դիտվում է հիպերեմիա:

Բուժումը: Կվինկեի այտուցի բուժման ժամանակ նախ պետք է անմիջապես դադարեցնել ալերգենի հետ շփումը:

Կիրառվում են հակահիստամինային պրեպարատներ (դիմեդոլ, սուպրաստին, տավեգիլ)՝ միջնկանային, իսկ թեթև դեպքերում՝ հաբերի ձևով օրը 2-3 անգամ: Նշանակվում է անոթների թափանցելիությունը իջեցնող՝ ասկորուտին: Կոկորդի այտուցի ժամանակ ներնկանային ներարկում են 25մգ պրեդնիզոլոն, եթե կան ցուցումներ, հիվանդին տեղափոխում են ստացիոնար՝ անհրաժեշտության դեպքում տրախեոստոմիա կատարելու համար: Ծանր դեպքերում արյան ճնշման անկման ժամանակ ենթամաշկային ներարկում են 01-0.5մլ 0.1% ադրենալինի լուծույթ:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի փոփոխությունները հիպո- և ավիտամինոզների ժամանակ

Վիտամինները ունեն կարևոր նշանակություն օրգանիզմի կենսագործունեության համար: Նրանց մեծ մասը օրգանիզմ են ներմուծվում սննդի հետ, սակայն որոշ քանակություն արտադրվում է աղիների միկրոֆլորայի կողմից և պրովիտամիններից :

Հիպովիտամինոզը առաջանում է վիտամինների անբավարար ներմուծումից կամ դրանց ներծծման խանգարումներից:

Ավիտամինոզը դա որևէ վիտամինի բացակայությունն է օրգանիզմում: Ելնելով վիտամինային անբավարարության զարգացման մեխանիզմներից տարբերում ենք հիպո- և ավիտամինոզի հետևյալ տեսակները՝

1. **ալիմենտար**, որը առաջանում է սննդի հետ վիտամինների անբավարար ներմուծման հետևանքով:

2. **ռեզորբտիվ**, որը առաջանում է աղեստամոքսային տրակտի կողմից վիտամինների ճեղքման և ներծծման խանգարման հետևանքով, ինչպես նաև աղիների միկրոֆլորայի կողմից դրանց սինթեզի խանգարման հետևանքով:

3. **դիսիմիլյացիոն**, որը առաջանում է օրգանիզմում ընդհանուր նյութափոխանակության խանգարման հետևանքով:

Վիտամին B1 (թիամին) - սինթեզվում է օրգանիզմում, ինչպես նաև ներմուծվում է սննդի հետ : Ներծծվելով բարակ աղիներում՝ վեր է ածվում կոկարբոքսիլազայի:

Ֆիզիոլոգիական նշանակությունը կարգավորում է նյութափոխանակության պրոցեսները, մասնավորապես, սպիտակուցային և ածխաջրատային փոխանակությունը: Բացի դրանից այն

մասնակցում է նյարդային իմպուլսների հաղորդման գործընթացին և հեմոպոեզում:

Օրեկան անհրաժեշտ քանակությունը 2-3 մգ է:

Հիպովիտամինոզ B1 բերանի խոռոչում չի բերում որոշակի սպեցիֆիկ փոփոխությունների, սակայն կիրառվում է եռոյակ նյարդի ներիտների և ներալգիաների, պարոզոնտի և լորձաթաղանթի հիվանդությունների բուժման ժամանակ:

Արտադրման ձևերն են՝

հաբեր և դրաժե՝ համապատասխանաբար 0,002գ և 0,01գ լուծույթներ ներարկման համար 3% և 6%

Վիտամին B2 (ռիբոֆլավին) - սինթեզվում է աղիներում, ինչպես նաև ներմուծվում է սննդի հետ: Կուտակվում է ուղեղի հյուսվածքում, սրտամկանում, լյարդում, երիկամներում:

Ֆիզիոլոգիական նշանակությունը - մասնակցում է թթվային-վերականգնողական ռեակցիաներին և նյութափոխանակության պրոցեսներին:

Օրեկան անհրաժեշտ քանակությունը 2-3 մգ է:

Հիպովիտամինոզ B2 բերում է աչքի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի փոփոխության: Բերանի անկյուններում առաջանում են ճաքեր, որոնք ծածկվում են կեղևներով: Դիտվում է շրթունքների չորություն, թփուտում, հիպերեմիա, ուղղահայաց ճաքերի առաջացում: Կեղևներ են առաջանում քթի թևերի և քիթ-շրթունքային ծալքերի շրջանում: Լեզվի պտկիկները ենթարկվում են ապաճի, դիտվում է հիպերեմիա և աֆտոզ փոփոխություններ, հիվանդները նշում են այրոցի և ցավի զգացողություն: ԲՆԼ-ի փոփոխությունները ուղեկցվում են աչքերի ախտահարմամբ՝ արցունքառատություն, կերատիտ, եղջերաթաղանթի մթազում:

Հիպովիտամինոզ B2-ի ախտորոշումը կատարվում է արյան և մեզի մեջ նրա քանակության նվազումով:

Ստոմաթոլոգիայում կիրառում են գլոսիտների, խելլիտների, ալերգիկ ախտահարումների բուժման նպատակով:

Վիտամին B6 (պիրիդոքսին) - սինթեզվում է աղիների միկրոֆլորայի կողմից:

Ֆիզիոլոգիական նշանակությունը - հանդես է գալիս որպես նյութափոխանակության պրոցեսների բիոկատալիզատոր, խթանում է հեմոգլոբինի և լեյկոցիտների առաջացումը: Լեյկոցիտների ֆագոցիտար ակտիվությունը մեծացնելով՝ նպաստում է բնական իմունիտետի զարգացմանը:

Օրեկան անհրաժեշտ քանակությունը – 2-4մգ

Հիպովիտամինոզ B6-ը առաջացնում է անգուլյար ստոմատիտներ, խեյլիտներ և գլոսիտներ:

Պրակտիկ ստոմատոլոգիայում պիրիդոքսինը կիրառվում է դեղորայքային ստոմատիտի, գլոսիտի և խեյլիտի բուժման ժամանակ:

Վիտամին B1-ը և B6-ը նպատակահարմար չէ կիրառել միասին պարէնտերալ ներմուծման համար, քանի որ դժվարանում է նրանց կենսաբանական ակտիվացումը օրգանիզմում:

Վիտամին B12 (ցիանակոբալամին) - օրգանիզմ է ներմուծվում սննդի հետ ,ներծծվում է ստամոքսում Կասլի ներքին գործոնի (գաստրոոմիկոպրոտեին) ազդեցության տակ:

Ֆիզիոլոգիական նշանակությունը - ապահովում է ոսկրածուծում արյան տարրերի նորմալ հասունացումը, բարձրացնում է լեյկոցիտների ֆագոցիտար ակտիվությունը, ակտիվացնում է հակամարմինների և սպիտակուցների սինթեզը:

Օրեկան անհրաժեշտ քանակությունը 2-3մգ

Հիպովիտամինոզ B12. առաջացնում է Ադիսոն-Բիրմերի անեմիա (B12 դիֆիցիտային անեմիա):Սկզբնական նշաններից են լեզվի ախտահարումը,որը արտահայտվում է այրոցի, ծակծկոցի զգացումով, հիպերեմիայի առաջացումով և լեզվի պտկիկների ապաճով (փայլուն լեզու):Միաժամանակ դիտվում է բերանի խոռոչի չորություն:Հետագայում այս երևույթներին ավելանում է ցավ լեզվում սնունդ ընդունելիս:

Ադիսոն-Բիրմերի անեմիան ախտորոշվում է արյան անալիզի միջոցով, որտեղ դիտվում է էրիթրոցիտների և հեմոգլոբինի քանակի նվազում:Հատկանշական է ,որ էրիթրոցիտների քանակը ավելի արագ է իջնում,քան հեմոգլոբինինը, որի հետևանքով դիտվում է հիպերքրոմ անեմիա::

Ստոմատոլոգիական պրակտիկայում ցիանոկոբալամինը օգտագործվում է եռորյակ նյարդի ներալգիայի,լեզվի պարեսթեզիաների և կարմիր գայլախտի բուժման ժամանակ:

Վիտամին B12-ն սովորաբար օգտագործում են B խմբի այլ վիտամինների հետ համակցված:

Վիտամին PP (նիկոտինաթթու) - ներ է մուծվում օրգանիզմ սննդի հետ:

Ֆիզիոլոգիական նշանակությունը – մասնակցում է ածխաջրային, սպիտակուցային և նյութափոխանակային այլ պրոցեսներին:

Օրական անհրաժեշտ քանակն է 15 - 25մգ:

Հիպովիտամինոզ PP – ն բերանի խոռոչում արտահայտվում է լեզվի այտուցով: Լեզուն մեծանում է չափերով, ձեռք է բերում վառ կարմիր գույն, պտկիկները սկզբնական շրջանում ենթարկվում են հիպերտրոֆիայի ապա հարթվում են: Ստոմատոլոգիական պրակտիկայում օգտագործվում է կարմիր տափակ որքինի, պարոդոնտի հիվանդությունների, խոլիտների բուժման ժամանակ:

Վիտամին C (ասկորբինաթթու) – ներ է մուծվում օրգանիզմ սննդի հետ:

Ֆիզիոլոգիական նշանակությունը - անհրաժեշտ է օրգանիզմի նորմալ կենսագործունեության համար, մասնակցում է կոլագենի սինթեզի, ակրոպոլորում է արյունատար անոթների պատերի թափանցելիությունը, մասնակցում է սպիտակուցային փոխանակությանը և բարձրացնում է օրգանիզմի դիմադրողականությունը ինֆեկցիայի ժամանակ:

Օրական անհրաժեշտ քանակությունն է 70-80 մգ:

Հիպովիտամինոզ C-ն բերանի խոռոչում միշտ է արտահայտվում: Առաջին հորթին ի հայտ է գալիս լնդերի խիստ արյունահոսություն և պետեխիալ արյունազեղումներ ԲԽԼ-ի վրա: Հիպովիտամինոզ C- ի խորացման դեպքում գիգիվիտը վեր է ածվում խոցայինի: Տևոժոմ է հիվանդի ընդհանուր վիճակը՝ առաջանում է խիստ թուլություն, հոգնածության զգացում, ցավեր ձկնամկանների շրջանում:

Ստոնատոլոգիական պրակտիկայում օգտագործվում է պարոդոնտի և ԲԽԼ-ի հիվանդությունների ժամանակ:

Ասկորբինաթթուն ցանկալի է նշանակել վիտամին P(ռուտինի)-ի հետ, քանի որ այն հանդիսանում է վիտամին C-ի սինթեզի ստոր:

Արտադրման ձևերն են՝ հաբեր 0.05, 0.1գ, «Ասկորուտինի» հաբեր(0.05գ), 5% Լ-թ ներարկման համար

Վիտամին A(ռետինոլ) - ներ է մուծվում օրգանիզմ սննդի հետ:

Ֆիզիոլոգիական նշանակությունը - անհրաժեշտ է օրգանիզմի աճի համար, մաշկի լորձաթաղանթների նորմալ վիճակի պահպանման համար, բարձրացնում է ԲԽԼ-ի պաշտպանողական հատկությունները տարբեր վնասվածքային գործոնների նկատմամբ:

Օրական պահանջը – 1.5մգ:

Հիպովիտամինոզ A-ն արտահայտվում է հիպերկերատոզի երևույթներով, մաշկի և ԲԽԼ-ի չորությամբ:

Ստոնատոլոգիական պրակտիկայում վիտամին A –ն օգտագործվում է լեյկոպլակիայի և կարմիր տափակ որքինի բուժման, ԲԽԼ-ի տարբեր հիվանդությունների ժամանակ էպիթելիզացիայի պրոցեսները արագացնելու համար, պարոդոնտի հիվանդությունների ժամանակ որպես բուժիչ վիրակապերի հիմք:

Արտադրման ձևերն են՝ դրաժե 10000-25000ՁՄ/Օր, յուղային լուծույթ per os և ներմկանային ներարկումների համար:

Վիտամին E (տոկոֆերոլի ացետատ) - ներ է մուծվում օրգանիզմ սննդի հետ:

Ֆիզիոլոգիական նշանակությունը – հանդիսանում է հակաօքսիդանտ, նպաստում է ճարպալույծ վիտամինների կուտակմանը, բարելավում է ճարպային և հանքային փոխանակությունը: Օրական անհրաժեշտ քանակությունն է՝ 10-25մգ:

Հիպովիտամինոզ E- ն բերանի խոռոչում ոչ մի սպեցիֆիկ նշաններով չի արտահայտվում:

Ստոնատոլոգիական պրակտիկայում օգտագործվում է վիտամինA – ի հետ միաժամանակ, պարոդոնտիտների բուժման և ԲԽԼ- ի էրոզիաների և խոցերի ապլիկացիաների ժամանակ:

Արտադրման ձևերն են՝ դրաժե, յուղային լուծույթ, դրաժե «AEVit»:

ԲԽԼ-ի փոփոխությունները էկզոգեն ինտոքսիկացիաների ժամանակ

Օրգանիզմի էկզոգեն ինտոքսիկացիաները տարբեր դեղամիջոցների և մասնագիտական վնասակար գործոնների ազդեցության հետևանքով: Ընդ որում դեղամիջոցներով ինտոքսիկացիաները հնարավոր են միայն նրանց գերդոզավորման դեպքում, արտազատիչ օրգանների ֆունկցիաների խախտման հետևանքով:

Դեղանյութերի տոքսիկ ազդեցությունը պետք է տարբերել դեղորայքային ալերգիայից: Դեղորայքային ինտոքսիկացիային ժամանակ յուրաքանչյուր դեղամիջոցին բնորոշ է սպեցիֆիկ կլինիկական պատկեր, իսկ թունավորման աստիճանը կախված է օրգանիզմում դեղամիջոցի դոզայից: Այս դեպքում հակամարմիններ չեն արտադրվում, իսկ բուժման ժամանակ օգտագործվում են հակաթույներ և լվացումներ:

Իսկ դեղորայքային ալերգիայի ժամանակ կլինիկական պատկերը և նրա ծանրությունը կախված չեն դեղամիջոցի տեսակից և քանակից: Օրգանիզմում գոյանում են հակամարմիններ, իսկ բուժման ժամանակ օգտագործվում են հակաալերգիկ դեղամիջոցներ /հակահիստամինային/:

Սնդիկ և բիսմուտ պարունակող դեղամիջոցներով թունավորումներ:

Սնդիկ պարունակող դեղամիջոցներով թունավորումները առաջացնում են ընդհանուր և տեղային փոփոխություններ: Ընդհանուր փոփոխությունները արտահայտվում են որպես նյարդային համակարգի և ստամոքս-աղիքային տրակտի խանգարումներ, իսկ տեղայինները՝ ԲԽԼ-ի գունային փոփոխություններից մինչև խոցանեկրոտիկ ախտահարումներ:

Բիսմուտի պրեպարատներով /բիոխինոլ, բիսմոլերոլ և այլն/ թունավորումը առաջացնում են ԲԽԼ-ի գունափոխումներ՝ լնդերի եզրերով, իսկ երբեմն նաև ԲԽԼ-ի այլ հատվածներում առաջանում է մոխրագույն կամ սև բիսմուտային երիզ:

Ցավային զգացողությունը թե սնդիկի և թե բիսմուտի ինտոքսիկացիաների ժամանակ առաջանում է միայն լրծաթադանթի ամբողջականության խախտման դեպքում, իսկ խոցանեկրոտիկ ախտահարումների ժամանակ ի հայտ է գալիս նաև տհաճ հոտը բերանի խոռոչից:

Թունավորում կապարով: Կապարային թունավորումները առաջանում են այն մարդկանց մոտ, որոնք աշխատանքի ժամանակ շփվում են կապարի հետ /կապարի հանքերում, տպարաններում/: Թեթև դեպքերում լնդերին առաջանում է մոխրագույն երիզ, երբեմն բծեր: Ավելի ծանր դեպքերում առաջանում են ասեպտիկ նեկրոզի օջախներ, քանի որ կապարը, կուտակվելով անոթների պատերին, առաջացնում է արյան շրջանառության խաճարումներ: Բացի ԲԽԼ-ից ախտահարվում է նաև մաշկը, որտեղ առաջանում են էրիթեմաներ և բշտեր: Ծանր դեպքերում կարող են առաջանալ անեմիա, ներոզներ, կաթվածներ, նեֆրոպատիաներ:

Բուժման համար օգտագործում են հակաթույներ /ունիթիոլ, սուկցիմեր և այլն/, կալիումի յոդիտի լուծույթ, C և B1 վիտամիններ: Տեղային անցկացվում է բերանի խոռոչի սանացիա, քանի որ կարիոզ խոռոչների և ատամնանստվածքների առկայությունը նպաստում են թունավորման ավելի ծանր ընթացքին: ԲԽԼ-ն մշակվում է քացախաթթվի 1% լուծույթով, որում լուծվում է կապարային փոշին:

Սնդիկային թունավորում: Առաջանում են սնդիկային արտադրություններում աշխատող բանվորների մոտ և սնդիկի գոլորշիների շնչելու պարագաներում /ամալգամով լեցավորման եղանակի խախտման ժամանակ/: Թունավորման ընդհանուր ախտանիշներն արտահայտվում են գրգռվածությամբ, հիշողության և աշխատունակության վատացմամբ:

Բերանի խոռոչում լնդի եզրով առաջանում է սև գույնի երիզ, լինդը արյունահոսում է, առաջանում են խոցանեկրոտիկ ախտահարումներ, որոնք կարող են տարածվել ԲԽԼ-ի այլ հատվածների վրա: Հիվանդները նշում են բերանի խոռոչում տհաճ մետաղական համ, գերթքարտադրություն:

Բուժման առաջին նպատակն է սնդիկ ներմուծման կանգներում և նրա դուրս բերումը օրգանիզմից: Այդ նպատակով նշանակում են հիմնային հեղուկների առատ օգտագործում, ներ են մուծում նատրիումի թիոսուլֆատի լուծույթ, պոլիպիտամիններ և ունիթիոլ, որը ծանր մետաղների հետ առաջացնելով չլուծվող միացություններ, չեզոքացնում է նրանց: Տեղային անցկացվում է բերանի խոռոչի սանացիա, ԲԽԼ-ի մշակում հականեխիզներով, խոցային ախտահարումների դեպքում՝ կերատոպլաստիկներով ապլիկացիաներ:

Բազմաձև արտաքիթթային էրիթեմա

Բազմաձև արտաքիթթային էրիթեման (erytheme exudativum multiforme) լորձաթաղանթի և մաշկի քրոնիկական, բորբոքային հիվանդություն է, որը բնորոշվում է ախտաբանական տարրերի բազմաձևությամբ /բուշտ, բշտիկ, բիծ, եղնջայտուց/:

Հիվանդների մոտ կարող է դիտվել մաշկի կամ բերանի լորձաթաղանթի ինչպես մեկուսացված, այնպես էլ զուգակցված ախտահարում:

Բազմաձև արտաքիթթային էրիթեման ունի սուր սկիզբ և երկարատև կրկնվող ընթացք: Սրացումները նկատվում են առավելապես աշնանը և գարնանը: Ավելի հաճախ հիվանդանում են 20-40 տարեկան տղամարդիկ:

Պատճառագիտությունը և ախտածնությունը վերջնականապես պարզված չեն: Ըստ պատճառագիտության տարբերում են բազմաձև արտաքիթթային էրիթեմայի 2 տարատեսակ՝ իրական կամ իդիոպատիկ և տոքսիկո-ալերգիկ կամ սիմպտոմատիկ: Իրական կամ իդիոպատիկ ձևը ունի վարակա-ալերգիկ բնույթ, հանդիպում է ավելի հաճախ՝ ախտորոշվում է հիվանդների 93%-ի մոտ: Այս ձևի ժամանակ առկա է օրգանիզմի սենսիբիլիզացիա բակտերիալ ալերգենի հանդեպ: Հիպովիտամինոզը, վիրուսային վարակները, սթրեսները նպաստում են բազմաձև արտաքիթթային էրիթեմայի սրացումներին:

Բազմաձև արտաքիթթային էրիթեմայի տոքսիկո-ալերգիկ կամ սիմպտոմատիկ ձևը (Ստիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշ) ախտորոշվում է հազվադեպ, կլինիկական պատկերը նման է բազմաձև արտաքիթթային էրիթեմայի իրական վարակա-ալերգիկ ձևին, բայց ըստ էության հանդիսանում է օրգանիզմի կողմից դեղորայքի հանդեպ (հակաբիոտիկներ, սալիցիլատներ, ամիդոպիրին և այլն) առաջացած հիպերերգիկ ռեակցիա:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդությունը սկսվում է միանգամից ընդհանուր թուլությամբ, ջերմության բարձրացումով մինչև 38–39°C: Հիվանդները ունենում են զլխացավ, ցավ հողերում և մկաններում, կոկորդում: Մեկ-երկու օրից դաստակների, նախաբազուկների, երբեմն դեմքի և պարանոցի վրա առաջանում են մաշկի մակերեսից մի փոքր բարձր կարմրա-կապտավուն բծեր: Նրանց կենտրոնական մասը ներս է ընկնում և ստանում կապտավուն երանգ, իսկ պերիֆերիկը մնում է կարմրա-վարդագույն (կրկարդներ՝ աստղանշաններ): Հետագայում կենտրոնական մասում կարող է առաջանալ ենթաէպիդերմալ բուշտ՝ շճային կամ արյունային պարունակությամբ: Մաշկի ցանավորումը երբեմն ուղեկցվում է քորի և այրոցի զգացումով:

Ավելի հաճախ ախտահարվում է շրթուքների, այտերի, բերանի հատակի, լեզվի, փափուկ քիմքի լորձաթաղանթը: Բերանի խոռոչում բազմաձև արտաքիթթային էրիթեմայի առաջին արտահայտումներից է լորձաթաղանթի գերարյունությունը, այտուցը, ենթաէպիթելիալ բշտերի առաջացումը, որոնք բավականին արագ պատռվում են՝ բացելով էրոզիվ մակերեսներ: Նիկոլսկու ախտանիշը բացասական է: Էրոզիաները ծածկված են դեղնավուն ֆիբրինոզ փառով, իսկ շրթուքների կարմիր երիզի վրա էրոզիաները պատվում են արյունոտ կեղևներով, որոնք դժվարացնում են բերանի բացումը և սննդի ընդունումը: Հիվանդները նշում են ուժեղ ցավ, որը սաստկանում է լեզվի և շրթուքների շարժման ժամանակ: Խիստ դժվարացած է սննդի ընդունումը, ուստի հիվանդները հաճախ քաղցած են մնում, ինչը ավելի է վատթարացնում նրանց վիճակը:

Բերանի խոռոչի անբավարար հիգիենան և ախտահարված ատամների առկայությունը նույնպես ծանրացնում են բազմաձև արտաքիթթային էրիթեմայի ընթացքը: Երբեմն հիվանդության ընթացքը բարդանում է ֆուզոսպիրախետոզի միացմամբ, էրոզիաները պատվում են դեղնա-մոխրագույն հաստ փառով, ատամները և լեզուն նույնպես ծածկվում են փառով, առաջանում է տհաճ հոտ բերանից: Բերանի լորձաթաղանթի հետ միաժամանակ կարող են ախտահարվել աչքի, քթի և սեռական օրգանների լորձաթաղանթը: Շրջանային ավշային հանգույցները մեծացած են, ցավոտ: Թքարտադրությունը ուժեղացած է: Սրացման շրջանը 2-4 շաբաթ է, հիվանդության տևողությունը մոտ 6 շաբաթ: Էրոզիաները ապաքինվում են 7-12 օր անց, առանց սպիների առաջացման:

Արյան պատկերը համապատասխանում է սուր բորբոքային պրոցեսին. լեյկոցիտոզ, երիտասարդ մոնոցիտների քանակի ավելացում, լիմֆոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում:

Բազմաձև արտաքիթթային էրիթեման տևում է տարիներ: Ռեմիսիաների ժամանակ լորձաթաղանթի և մաշկի վրա փոփոխություններ չեն լինում: Հյուսվածաբանական

հետազոտման ժամանակ հայտնաբերվում են ենթաէպիթելային բշտեր, ականտոլիզի երևույթներ չկա: Արտազատված էպիթելը ենթարկվում է նեկրոզի, շարակցահյուսվածքային շերտում նկատվում է բորբոքային ներսփռանք, այտուց:

Տարբերակիչ ախտորոշում

Բազմաձև արտաքիրթային էրիթեման պետք է տարբերակել

- ականտոլիտիկ բշտախտից
- ոչ ականտոլիտիկ բշտախտից
- սուր հերպետիկ ստոմատիտից
- երկրորդային սիֆիլիսից

Բազմաձև արտաքիրթային էրիթեման ի տարբերություն ականտոլիտիկ բշտախտի բնորոշվում է սուր ընթացքով, ախտաբանական տարրերի բազմաձևությամբ, արտահայտված բորբոքային երևույթներով, քսուքների և բշտերի բաղադրության մեջ ականտոլիտիկ բջիջների բացակայությամբ, Նիկոլսկու ախտանիշի բացասական է,:

Ոչ ականտոլիտիկ բշտախտից բազմաձև արտաքիրթային էրիթեման տարբերվում է սուր ընթացքով և սեզոնային բնույթով և ԲԽԼ-ի արտահայտված բորբոքային ռեակցիայով:

Սուր հերպետիկ ստոմատիտից բազմաձև արտաքիրթային էրիթեման տարբերվում է ավելի խոշոր էրոզիաներով, հերպետիկ ստոմատիտին բնորոշ հատվածներում լորձաթաղանթի վրա ախտաբանական տարրերի բացակայությամբ, ինչպես նաև էրոզիայի մակերեսից քերուկում հերպեսի բազմակորիզ բջիջների բացակայությամբ:

Բազմաձև արտաքիրթային էրիթեմայի թեթև ընթացքը նման է երկրորդային սիֆիլիսի ժամանակ էրոզիվ պապուլաներին, որոնց հիմքում միշտ առկա է ներսփռանք, իսկ շուրջը գերարյունություն: Սակայն բազմաձև արտաքիրթային էրիթեմայի ծանր ընթացքի դեպքում լորձաթաղանթի գերարյունությունը տարածուն է: Սիֆիլիսային պապուլաները քիչ ցավոտ են, կամ բոլորովին ցավոտ չեն: Սիֆիլիսի ժամանակ շճաբանական ռեակցիաները դրական են, իսկ մանրէաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են դժգույն տրեպոնեմաներ:

Բազմաձև արտաքիրթային էրիթեմայի տոկսիկո-ալերգիկ ձևը ախտորոշում են անամնեզի (դեղորայքի ընդունման վերաբերյալ) և in-vitro իմունաբանական հետազոտությունների հիման վրա (Շելիի բազոֆիլների դեգրանուլյացիայի տեստ, բջջախտաբանական տեստ): Մաշկի ցանավորման դեպքում ախտորոշումը դժվարություն չի ներկայացնում:

Բուժում: Հիվանդության սրացման շրջանում անց է կացվում սինպտոմատիկ բուժում, որը ուղղված է օրգանիզմի դեգինտոկսիկացիային, դեսենսիբիլիզացիային, հակաբորբոքային թերապիան և ախտահարված լորձաթաղանթի արագ էպիթելավորմանը:

Ընդհանուր բուժում: Նշանակվում են դեսենսիբիլիզացնող պրեպարատներ դիմեդրոլ, սուպրաստին, տավեգիլ, կլարիտին և այլն: Հակաբորբոքային բուժման համար կիրառվում են սալիցիլատներ, կալցիումի պրեպարատներ (կալցիումի գլյուկոնատ, կալցիումի գլիցերաֆոսֆատ և այլն): Նույն նպատակով կիրառում են 30% նատրիումի տիոսուլֆատի լուծույթ (8-10 ներարկում, ամեն օր 10մլ): Անպայմանորեն նշանակվում են «B» խմբի վիտամիններ (B₁, B₂, B₆), ասկորուտին:

Բազմաձև արտաքիրթային էրիթեմայի սրացումը շատ արագ կասեցնում է էտակրիդինի լակտատը (0.05գ օրը 3 անգամ, 10-20 օրվա ընթացքում) լեվամիզոլի հետ զուգակցված (օրը 150մգ շաբաթվա երկու օրը հաջորդաբար, 5 օր ընդմիջումով 2 ամսվա ընթացքում): Լեվամիզոլը հանդիսանում է իմունոմոդուլյատոր և շատ արագ ընդհատում է ցանավորման առաջացումը:

Ծանր ընթացող բազմաձև արտաքիրթային էրիթեմայի ընդհանուր բուժումը պետք է կատարվի ստացիոնարի պայմաններում, որտեղ նշանակվում է համալիր թերապիա՝ հակատոքսիկ, դեսենսիբիլիզացնող, հակաբորբոքային: Այս դեպքում, սովորաբար, կիրառվում են կորտիկոստերոիդ դեղորայք պրեդնիզոլոն (օրը 30-60մգ սկզբնական դեղաբաժին): Պրեպարատը դեղաբաժինով նշանակվում է 5-7 օր, հետագայում ամեն 2-3 օրը դեղաբաժինը պակասեցնում են 5մգ-ով մինչև պրեպարատի լրիվ հանումը:

Դեկսամետազոնի սկզբնական դեղաբաժինն է 3-6մգ: Անց է կացվում հակատոկսիկ և դեսենսիբիլիզացնող թերապիա: Ներերակային ներարկվում է ռեոպոլիզյուկին, հեմոդեզ, նատրիումի տիոսուլֆատ և այլն: Բազմաձև արտաքիրթային էրիթեմայի տոկսիկո-ալերգիկ ձևի ժամանակ պետք է պարզել ալերգեն-պրեպարատը և դադարեցնել նրա ընդունումը:

Տեղային բուժումը ուղղված է բորբոքման և այտուցի վերացմանը, բերանի լորձաթաղանթի արագացված էպիթելավորմանը: Բերանի լորձաթաղանթի դեղորայքային մշակումից առաջ անհրաժեշտ է այն ցավազրկել 1-2% տրիմեկաինի, 1-2% պիրոմեկաինի կամ 1-2% լիդոկաինի լուծույթներով: Ապլիկացիոն անզգայացման համար կիրառում են ատրոպոլներ՝ Lidocain-spray, Anaesthesin-spray և այլն: Ուտելուց առաջ լորձաթաղանթը ցավազրկելու նպատակով նշանակում են թրջոցներ 1-2% տրիմեկաինի լուծույթով: Բերանի լորձաթաղանթի հակասեպտիկ մշակումը կատարում են 0.25% քլորամինի կամ 0.02% քլորհեքսիդինի լուծույթներով: Էրոզիաների նեկրոզված մակերեսները մշակվում են պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներով (ապլիկացիաների եղանակով) տրիպսին, խիմոտրիպսին, լիզոամինոզազա), որից հետո լորձաթաղանթի էպիթելավորումը արագացնելու համար կիրառում են կերատոպլաստիկ միջոցներ՝ կարոտոլին, չիչխանի յուղ, վիտամիններ /A և E-ի յուղային լուծույթները, սոլկոսերիլը, ակտովեգին և այլն: Սրացման շրջանում բերանի լորձաթաղանթի մշակումը պետք է կատարվի օրը 2-3 անգամ:

Բազմաձև արտաքիթթային էրիթենայի արդյունավետ բուժման պարտադիր պայմաններից է քրոնիկական վարակի օջախների հայտնաբերումը և դրանց վերացումը: Հիվանդության ռեմիսիայի շրջանում հիվանդները պետք է ենթարկվեն մանրակրկիտ հետազոտման և բուժման: Մանրէային սենսիբիլիզացիայի դեպքում կատարվում է հիպոսենսիբիլիզացիոն թերապիա այն ալերգենների հանդեպ, որոնց նկատմամբ հայտնաբերված է բարձր զգայունություն: Որպես սպեցիֆիկ դեսենսիբիլիզացիոն բուժման միջոց կիրառվում է ստաֆիլակոկային անատոքսինը: Լավ արդյունք են տալիս հիստոգլոբինի ենթամաշկային ներարկումները (1-2մլ շաբաթը 2-3 անգամ, 8-10 ներարկում), ինչպես նաև հակակարմրուկային և հակաստաֆիլակոկային զամմա-գլոբուլինը (5-7 ներարկում):

Նախահիմնացությունը: Բազմաձև արտաքիթթային էրիթենայի նախահիմնացությունը բարենպաստ է կյանքի համար, սակայն Ստիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշի դեպքում այն կարող է ունենալ ավելի լուրջ բնույթ:

Բեհչետի հիվանդություն

Բեհչետի հիվանդությունը (Տուրենի մեծ աֆտոզ) լորձաթաղանթների համակարգային քրոնիկական հիվանդություն է, որը բնորոշվում է երեք հիմնական կրկնվող ախտանիշներով՝ բերանի խոռոչի և սեռական օրգանների լորձաթաղանթի աֆտոզ ախտահարումներով, աչքերի ախտահարումներով (ուլեիտ, իրիտ): Հիվանդությունը առաջին անգամ նկարագրել է մաշկաբան Behcet-ը 1937թ.: Բեհչետի համախտանիշով հիվանդների մոտ հաճախ նկատվում են նաև մաշկային երևույթներ (երիթեմաներ, վասկուլոներ), հոդերի (արթրալգիա) և նյարդային համակարգի ախտահարումներ:

Tourine-ը 1941թ. նկարագրել է հիվանդության այլ տեղակայման ախտահարումներ՝ մեծ աֆտոզ, որին բնորոշ է աֆտերի ցանավորումը բերանի, սեռական օրգանների և աղիների լորձաթաղանթի վրա, վերջինիս ժամանակ առկա են նաև հանգուցային երիթեմաներ, տրոմբոֆլեբիտներ: Հիվանդությամբ տառապում են հիմնականում 20-30 տարեկան մարդիկ:

Պատճառագիտությունը և ախտածնությունը: Բեհչետի համախտանիշի պատճառագիտությունը և ախտածնությունը վերջնականապես պարզված չեն: Սակայն վերջին տարիներին կատարված հետազոտությունների հիման վրա գիտնականների մեծ մասը ենթադրում է, որ կրկնվող աֆտոզ ախտահարումների հիմքում ընկած են աուտոիմուն երևույթներ, ինֆեկցիոն ալերգիա, վիրուսային գործոն: Կա նաև կարծիք Բեհչետի համախտանիշի հանդեպ ժառանգական նախատրամադրվածության մասին:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդությունը ունի քրոնիկական ընթացք, ռեմիսիաները տևում են մի քանի օրից մինչև մի քանի տարի: Հիվանդության սկզբնական արտահայտումներից են բերանի լորձաթաղանթի վրա առաջացող աֆտաները, որոնք չեն տարբերվում կրկնվող աֆտոզ ստոմատիտի աֆտաներից: Աֆտաները խիստ ցավոտ են, նրանց քանակը շատ չէ՝ 1-5: Աֆտաները կարող են ունենալ տարբեր ձև՝ անցման ծայքում դրանք լինում են երկարավուն, իսկ բերանի խոռոչի մյուս հատվածներում՝ կլոր: Դրանց տրամագիծը մոտ 10 մմ է, շրջապատված են վառ-կարմիր բորբոքային երիզով, պատված են սպիտակ-դեղնավուն փառով, խիստ ցավոտ են և ապաքինումից հետո սպիներ չեն առաջացնում: Սակայն դրանք երբեմն կարող են ավելի խորը բնույթ ունենալ՝ առաջացնելով տձևացնող սպիավորում: Ռեցիդիվները ուղեկցվում են ջերմության բարձրացումով, արտրալգիայով, միոպատիայով:

Արտաքին սեռական օրգանների վրա լորձաթաղանթի և մաշկի վրա, հայտնվում են ցավոտ աֆտոզ-խոցային ցանավորումներ՝ հիմքում խիտ կազմության ներսփռանքով: Ախտահարման տարբերը շրջակա հյուսվածքներից մի փոքր բարձրացած են, դրանց հատակը ծածկված է գորշա-դեղնավուն փառով:

Աչքերի ախտահարումը դիտվում է հիվանդների 70-85%-ի մոտ և երբեմն կարող է հանդիսանալ որպես հիվանդության կլինիկական առաջին դրսևորումներից: Սկզբում զարգանում է լուսավախություն, հետո՝ շատ արագ՝ իրիտ, իրիդոցիկլիտ հիպոպիոնով, այնուհետև ապակենման մարմնի մթազնում, ինչը հետագայում բերում է սինեխիաների առաջացման, որի հետևանքով տեղի է ունենում տեսողության հարաճող նվազում ընդհուպ մինչև կույրություն:

Բեհչետի համախտանիշի ժամանակ մաշկի վրա կարող են հայտնվել հանգուցավոր երիթեմաներ, պիոդերմիկ տարրեր:

Հիվանդների 60-70% մոտ Բեհչետի համախտանիշի ակտիվ փուլում հայտնաբերվում է պատերգիայի ֆենոմեն – նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթի ներմաշկային ներարկման տեղում հանգույցիկի կամ թարախաբշտիկի առաջացում:

Առավել ծանր է համարվում նյարդային համակարգի ախտահարումը, որը ընդանում է մենինգոէնցեֆալիտի ձևով: Բեհչետի համախտանիշի այլ ախտանիշներից առավել հաճախ են հանդիպում կրկնվող էպիդիմիոլիտը, ստամոքս-աղիքային տրակտի ախտահարումները /էրոզիաներ, խոցեր, մալաբսորբցիայի ախտանիշ/, տարբեր տեղակայման վասկուլիտները՝ անևրիզմաների և տրոմբոզների առաջացումով:

Հյուսվածաբանորեն աֆտաների ձևավորման շրջանում նկատվում է լիմֆացիտների և մոնոցիտների ներխուժում էպիթելի մեջ: Էպիթելի քայքայումից հետո առաջանում է էրոզիա, որի հիմքում և եզրագծով հայտանբերվում է նեյտրոֆիլներից, մոնոցիտներից և լիմֆոցիտներից բաղկացած ներսփռանք:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Բեհչետի համախտանիշը պետք է տարբերակել՝

- երկրորդային սիֆիլիսի էրոզիվ պապուլաներից
- հերպետիկ ցանավորումից
- կրկնվող աֆտոզ ստոմատիտից
- Ստիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշից

Բուժումը: Ցուցված է հակահիստամինային միջոցների, հակաբիոտիկների, հակակոագուլյանտների, վիտամինների, կիրառում: Ծանր դեպքերում նշանակում են կորտիկոստերոիդ միջոցներ, օր.՝ դեքսամետազոն օրը 3-6մգ: Լավ արդյունք է դիտվում իմունոմոդուլյատորների՝ լևամիզոլի /դեկարիսի/ կամ կոլխիցինի, կիրառման ժամանակ: Կատարում են արյան պլազմայի փոփոխարկում, նշանակում են զամազլոբուլին:

Շյոգրենի համախտանիշ

Շյոգրենի համախտանիշը համակարգային հիվանդություն է, որը բնորոշվում է արտազատիչ էպիթելի քայքայումով և արտահայտվում է երեք հիմնական աշխատանիշերով՝ չոր կերատոկոնյուկտիվիտ, քսերոստոմիա և ռեմատոիդ պոլիարթրիտ: Հիվանդությունը առաջին անգամ նկարագրել է Sjogren-ը 1933թ.: Մինչև օրս հիվանդության պատճառագիտությունը վերջնականապես պարզված չէ, սակայն հետազոտողների մեծ մասը համարում են Շյոգրենի համախտանիշը քրոնիկական աուտոիմուն հիվանդություն: Այդ մասին են վկայում արյան շիժուկում հայտնաբերված աուտոհակամարմինները, լիմֆոցիտային կազմի որակական փոփոխությունները: Հիվանդությամբ տառապում են գերազանցապես կլինակտերիկ շրջանի տարիքի կանայք (95%):

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդների կողմից ներկայացվող գանգատները կախված են հիվանդության ընթացքի ծանրությունից: Հիվանդության առաջին ախտանիշներն են թքի քանակի նվազումը և նրա մածուցիկության մեծացումը: Այնուհետև առաջանում է լորձաթաղանթի և լեզվի գերարյունություն և այտուց, լեզվի պտկիկների ապաճ: Հիվանդների մոտ առաջանում է այրոցի զգացում բերանի խոռոչում: Չորության զգացումը հետզհետե աճում է և հիվանդների մոտ սնունդ ընդունելիս կամ խոսելիս առաջանում է բերանի խոռոչը անընդհատ խոնավացնելու ցանկություն: Տեղի է ունենում սապրոֆիտ միկրոֆլորայի ակտիվացում, երբեմն առաջանում է սնկային ստոմատիտ: Այդ ընթացքում կարող են նկատվել վերին շնչառական ուղիների լորձաթաղանթի ապաճական փոփոխություններ (չոր տրախեբրոնխիտ, բիսիտ): Հնարավոր է հոտառության նվազում կամ լրիվ բացակայություն:

Հիպոսալիվացիայի աճի հետ հիվանդները գանգատվում են բերանի և աչքերի չորությունից, սննդի ընդունումը դժվարանում է չոր կոնյուկտիվիտ, որը ուղեկցվում է լուսավախությամբ, արցունքների բացակայությամբ: Հիվանդության ավելի ուշ շրջանում առաջանում են սեռական օրգանների լորձաթաղանթի ատրոֆիկ փոփոխություններ, մաշկի թեփոտում, մազերի դյուրաբեկություն:

Հիվանդների մոտ հետզհետե զարգանում է հարականջային և ստորձնոտային գեղձերի ուռչում, ինչը հետագայում կրում է քրոնիկական բնույթ, որի սրացումների ժամանակ հիվանդի մոտ ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 38-40°C: Երբեմն հարականջային գեղձում առաջանում են քարեր:

Հյուսվածաբանական հետազոտությունը բերանի լորձաթաղանթում հայտնաբերում է օջախային լիմֆոցիտար ներսփռանք, ենթալորձաթաղանթային գեղձերի սեկրետոր ակտիվության անկում: Թքագեղձերի հյուսվածաբանական հետազոտությունը հայտնաբերում է լիմֆոցիտներով և պլազմատիկ բջիջներով ներսփռանք:

Ախտորոշում: Շյոգրենի համախտանիշի ախտորոշումը հիմնավորվում է թքագեղձերի, աչքերի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի միաժամանակյա ախտահարմամբ:

Տարբերակիչ ախտորոշումը պետք է կատարվի կսերոստոմիայից:

Բուժումը համալիր է: Այն կատարում են միաժամանակ ռևմատոլոգը, ակնաբույժը և ստոմատոլոգը: Ցուցված են պրեդնիզոլոն, ցիտոստատիկ իմունոդեպրեսանտներ, ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային միջոցներ, վիտամինոթերապիա (A, B12, E, C): Եթե գեղձային պարենխիման վնասված չէ, ապա նշանակում են թքարտադրությունը խթանող միջոցներ

(պիլոկարպին, գալանթամին և այլն): Թքագեղձերի տարածուն և կայուն ախտահարման դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժում (սուբտորալ պարոտիդեկտոմիա):

Ստիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշ

Սուր լորձաթաղանթա-մաշկա-աչքային համախտանիշ – իրենից ներկայացնում է բազմաձև էքսուդատիվ երիթեմայի ծանր ձևը: Հիմնականում զարգանում է որպես դեղորայքային ախտահարում, որը կարող է առաջանալ ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային պրեպարատներից, սուլֆանիլամիդներից և այլն:

Հիմնական ախտաբանական փոփոխությունները տեղի են ունենում ծածկային էպիթելում և արտահայտվում են սպոնգիոզով և բալոնացվող դիստրոֆիայի տեսքով: Բուլ լորձաթաղանթի պոկիկավոր շերտում արտահայտվում է այտուցի և ներսփռանքի ձևով:

Կլինիկա: Հիվանդությունը սկսվում է բարձր ջերմությամբ և հողացավերով: Ջերմությունը այնուհետև դանդաղ իջնում է և մնում կայուն սւբֆիրիլ 3-4 շաբաթ: Հիվանդությունը ուղեկցվում է բշտային և էրոզիվ ախտաբանական տարրերի առաջացումով, աչքերի ծանր ախտահարումով՝ կոնյուկտիվայի և հազվադեպ եղջերաթաղանթի վրա խոցերի և բշտերի առաջացումով: Ստիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշի մշտական նշաններից է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ընդհանուր ախտահարումը, որը ուղեկցվում է սպիտակ թաղանթային փառով պատված տարածուն էրոզիաների առաջացումով: Հիվանդների մոտ զարգանում է նաև վուլվովագինիտ:

Մաշկային ցանր բնորոշվում է բազմազանությամբ - երիթեմա, հանգույցիկներ, բշտեր, բշտիկներ: Հանգույցիկները հաճախ կենտրոնական մասում ներս են ընկնում, ստանալով կոկարդի տեսք: Շուրթերի կարմիր երիզի վրա, լեզվին, փափուկ և կարծր քիմքին առաջանում են բշտիկներ շիճուկային էքսուդատով, որոնց բացվելուց հետո առաջանում են ցավոտ էրոզիաներ: Կարող է ախտահարվել նաև քթի և սեռական օրգանների լորձաթաղանթը:

Հնարավոր է նաև թոքաբորբի և էնցեֆալոմիելիտի զարգացում մահացու ելքով:

Բուժումը: Խորհուրդ է տրվում կորտիկոստերոիդային /60-80մգ/ և դեզինտոքսիկացիոն թերապիա, լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ, հակահիստամինային պրեպարատներ, սալիցիլատներ: Տեղային – ցավազրկողներ /անեստետիկներ/, պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներ, լիզոցիմ, հակասեպտիկներ, իմունոմոդուլյատորներ, կորտիկոստերոիդ և կերատոպլաստիկ քսուկներ:

Իսկական բշտախտ

Իսկական կամ ականտոլիտիկ բշտախտը դա բուլլեոզ դերամատոզ է, որը բնորոշվում է անփոփոխ մաշկի կամ լորձաթաղանթի վրա ականտոլիզի հետևանքով ներէպիթելային բշտերի առաջացմամբ:

Հիվանդությունն ունի երկարատև քրոնիկական ընթացք՝ տարբեր տևողությամբ ռեմիսիաներով:

Տարբերում են ականտոլիտիկ բշտախտի 4 կլինիկական ձև՝

1. հասարակ (վուլգար)
2. ծլողական
3. թերթանման
4. սեբորեային (էրիթեմատոզ)

Պատճառագիտությունը պարզված չէ, սակայն գոյություն ունեն ականտոլիտիկ բշտախտի առաջացման վիրուսային և աուտոիմուն տեսություններ:

Ախտածնություն: Ներկայումս ապացուցված է իսկական բշտախտի ախտածնության մեխանիզմում աուտոիմուն պրոցեսների առաջատար դերը: Հիվանդանում են և՛ կանայք, և՛ տղամարդիկ 40-60 տարեկան հասակում:

Հասարակ բշտախտ (*pemphigus vulgaris*): Մյուս ձևերի համեմատ հանդիպում է ավելի հաճախ: Հասարակ բշտախտի ժամանակ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը ախտահարվում է ավելի հաճախ՝ մոտ 75% դեպքերում: Սովորաբար սկսվում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի կամ ընկալի ախտահարումից հետո միայն տարածվում մաշկի վրա:

Կլինիկան: Հասարակ բշտախտը արտահայտվում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և շրթունքների վրա եզակի, շատ բարակ թաղանթով բշտերի գոյացումով՝ շճային կամ հեմոռագիկ պարունակությամբ: Մշտական մացեռացիայի հետևանքով բշտերը արագ բացվում են՝ առաջացնելով էրոզիաներ: Էրոզիաները ունեն կլոր կամ օվալ ձև, կամ երկարաձիգ ճեղքի տեսք, ալ կարմիր են, ցավոտ: Պատված են բարակ ֆիբրինային փառով: Դրանք տեղակայվում են անփոփոխ կամ քիչ բորբոքված լորձաթաղանթի մակերեսին: Էրոզիաների չափերը տարբեր են՝ փոքր չափից մինչև մեծ մակերեսներ: Երբեմն բշտերի փոխարեն գոյանում են սպիտակ թաղանթներ, որոնց արտազատումից հետո բացվում է էրոզիվ մակերես: Հնարավոր է հիպերսալիվացիա: Նիկոլսկու ախտանիշը դրական է: Հիվանդության առաջընթացի ժամանակ նոր առաջացած բշտերի և արտահայտված ականտոլիզի հետևանքով էրոզիաների քանակը և չափերը մեծանում են: Էրոզիաների էպիթելավորումը ընթանում է դանդաղ, նույնիսկ մեծ դեղաբաժիններով կորտիկոստերոիդներ ընդունելուց հետո: Հիվանդները գանգատվում են ուժեղ ցավից, որը սաստկանում է հատկապես սնունդ ընդունելիս կամ խոսելիս: Մեծ մակերեսներով էրոզիաների ժամանակ կարող է միանալ երկրորդային վարակ(ներխային միկրոֆլորա), որը բնութագրվում է սպեցիֆիկ տիաճ հոտով բերանի խոռոչից:

Ծլողական բշտախտի ժամանակ էրոզիաները փոքր են և պատված դեղնամոխրագույն փառով: Էրոզիաների հատակը գերաճումների պատճառով անհարթ է: Հատակը հեշտությամբ արնահոսում է: Գերաճումները բարձրանում են էրոզիաների մակերեսներից 1-2սմ: Նիկոլսկու ախտանիշը դրական է: Երկրորդային թարախածին միկրոֆլորայի առկայության հետևանքով բերանի խոռոչից սպեցիֆիկ հոտ է գալիս:

Թելանման ձևին բնորոշ է դեմքին և մազածածկույթային հատվածներում հարթ, փափուկ բշտերի առաջացումը: Բշտերը միաձուլվում են՝ առաջացնելով մեկ մեծ բուշտ: Բշտերը պատռվելով առաջացնում են էրոզիվ մակերեսներ, որոնք նման են մաշկի այրվածքի: Էպիդերմիսի շերտազատումից հետո նրա տակ առաջանում են նոր

բշտեր:Նիկոլսկու ախտանիշը խիստ դրական է:ԲԽԼի և օրգանիզմի այլ հատվածների լորձաթաղանթը հազվադեպ է ներգրավվում պրոցոսի մեջ:

Սեբորեային բշտախտը հազվադեպ է հանդիպում:Սկսվում է դեմքի ցանավորումից,որը նման է թիթեռի թևիկների:Ճարպային սեբորեայի ֆոնի վրա առաջանում է էրիթեմատոզ օջախ՝պատված բարակ և փուխր դեղնավուն կեղևով:Հազվադեպ կարող է ախտահարվել նաև ԲԽԼ-ն:Նիկոլսկու ախտանիշը լավ արտահայտված է:

Շրթունքների կարմիր երիզի վրա և բերանի անկյուններում նույնպես հնարավոր է բշտերի և էրոզիաների առաջացում,որոնք ծածկված են հեմորագիկ կեղևով:

Մաշկի վրա բշտերը առաջանում են հիմնականում հագուստի հետ շփման տեղերում: Բշտերը պատռվում են, առաջացնելով խիստ ցավոտ էրոզիաներ: Հագուստի անգամ թեթևակի հպումը առաջացնում է սաստիկ ցավ, ինչի պատճառով հիվանդները ժամերով գտնվում են անշարժ վիճակում:

Բշտախտի ժամանակ Նիկոլսկու ախտանիշը դրական է: Գոյություն ունի այս ախտանիշի 3 տարատեսակ.

1. Եթե ունեւիով բռնել բշտի ծածկը կամ էրոզիայի եզրային մասում էպիթելի վերին շերտը և ձգել, ապա տեղի կունենա էպիթելի շերտազատում չախտահարված հատվածների սահմաններում:

2. Լորձաթաղանթի կամ մաշկի ախտահարված օջախների միջև գտնվող չախտահարված հատվածների շփումը բերում է բշտերի կամ էրոզիաների արագ առաջացմանը:

3. Ախտահարված օջախից հեռու տեղակայված հատվածների շփումը, նույնպես բերում է այդ հատվածի էպիթելի վերին շերտի շերտազատմանը:

2 և 3 տարատեսակները վկայում են ականտոլիզի ինտենսիվության ուժեղացման մասին:

Բուժման բացակայության դեպքում հիվանդությունը արագ առաջընթաց է ունենում: Մաշկի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա առաջանում է տարածուն ցանավորում, հիվանդի ընդհանուր վիճակը վատանում է (ընդհանուր թուլություն, ջերմաստիճանի բարձրացում մինչև 39°C, դիարեա, ստորին վերջույթների այտուց): Այս դեպքում հիվանդությունը կարող է ունենալ լետալ ավարտ:

Ախտորոշումը կատարվում է կլինիկական արտահարումների, Նիկոլասկու դրական ախտանիշի, բջջաբանական հետազոտությունների արդյունքների (էրոզիայի հատակից վերցված քսուք արտատպվածքում հայտնաբերվում են ականտոլիտիկ՝Տցանկի բջիջներ) հիման վրա:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Ականտոլիտիկ բշտախտը անհրաժեշտ է տարբերակել բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բուլլեոզ ախտահարումներից՝

1. բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմայից
2. պեմֆիգիոդից
3. դեղորայքային ալերգիայից
4. կարմիր տափակ որքինի բուլլեոզ ձևից
5. Դյուրինգի հերպեցիաձև դերմատիտից
6. բարորակ ոչականտոլիտիկ բշտախտից/միայն ԲԽԼի/

Բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմայի ժամանակ բշտերը ենթաէպիթելային են, Նիկոլսկու ախտանիշը բացասական է, հիվանդությունը ունի սուր սկիզբ ,կարճաժամկետ ընթացք,սեզոնային ռեցիդիվներ, լորձաթաղանթի արտահայտված բորբոքում:

Պեմֆիգոիդի ժամանակ բշտերը ենթաէպիթելային են, ինչի հետևանքով դրանք գոյատևում են ավելի երկար, հիվանդանում են 60 տարեկանից բարձր անձինք, Նիկոլասկու ախտանիշը բացասական է, բջջաբանական հետազոտության արդյունքում ականտոլիտիկ բջիջներ չեն հայտնաբերվում/Տցանկի բջիջներ/:

Դեղորայքային ալերգիայի տարբերակմանը օգնում են անամնեզը և ալերգոլոգիական փորձերը, բշտերը ենթաէպիթելային են, դեղորայքը բացառելու կամ փոխելու դեպքում բշտերը անհետանում են, Նիկոլսկու ախտանիշը բացասական է, ականտոլիտիկ բջիներ չեն հայտնաբերվում:

Կարմիր տափակ որքինի բուլլեոզ ձև ժամանակ բշտերը ենթաէպիթելային են, բշտերի շուրջ կամ լորձաթաղանթի այլ հատվածներում առկա են բազմաթիվ հանգույցիկներ, ականտոլիզը բացակայում է:

Դյուրինգի հերպետիզացիոն դերմատիտի դեպքում առանձին ԲԽԼ-ի ախտահարում չի հանդիպում, բշտերը ենթաէպիթելային են, լարված, գտվում են այտուցված և գերարյունային լորձաթղաբթի հիմնապտկերի վրա; բշտերի առաջացումը ուղեկցվում է այրոցով և քորով, ցանը հազվադեպ է տեղակայվում լորձաթաղանթի վրա, Նիկոլասկու ախտանիշը բացասական է, ականտոլիտիկ բջիջներ չեն հայտնաբերվում, հիվանդների մոտ առկա է յոդի հանդեպ բարձր զգայունություն:

Բարորակ ռզականտոլիտիկ բշտախտը տեղակայվում է միայն բերանի լորձաթաղանթի վրա, բշտերը ենթաէպիթելային են, հաստ ծածկով, հաճախ հեմոռագիկ պարունակությամբ, ականտոլիտիկ բիջները բացակայում են:

Բուժումը: Հիմնական բուժումը կատարվում է կորտիկոստերոիդներով: Մնացած դեղորայքը (ներառյալ ցիտոստոտիկները) կիրառվում է բարդությունների վերացման համար, որոնք կապված են գլյուկոկորտիկոիդների ընդունման հետ:

Ընդհանուր բուժում: Կիրառվում է պրեդնիզոլոն (50-80մգ/օրը), մեթիլպրեդնիզոլոն, դեքսամետազոն՝ հարվածային դեղաբաժիններով (8-10 մգ/օրը): Հարվածային դեղաբաժինները ընդունում են մինչև նոր բշտերի առաջացման դադարեցումը և էրոզիաների որոշ չափով էպիթելավորումը (10-15 օր), որից հետո դեղաչափը պակասեցնում են. պրեդնիզոլոնը յուրաքանչյուր 5օրը 5մգ-ով հասցնելով 20-30մգ/օրը, այնուհետև շարունակում են իջեցնել շատ զգույշ (արյան պատկերի լաբորատոր հսկողությամբ) մինչև ինդիվիդուալ մինիմալ չափը, որը պրեդնիզոլոնի համար կազմում է մոտ 10-15մգ, իսկ դեքսամետազոնի համար 0.5-1մգ:

Կորտիկոստերոիդների երկարատև ընդունումը առաջացնում է կողմնակի երևույթներ՝ զարկերակային ճնշման բարձրացում, ոսկրերի օստեոպարոզ, թոմբազոյացման արագացում: Այս երևույթների նվազեցման համար նշանակում են կալիումի քլորիդ (2-3գ/օրը), վիտամին C, անաբոլիկ ստերոիդ, իմունոդեպրեսանտներ և ցիտոստատիկներ:

Տեղային բուժումը ուղղված է ցավային զգայունության վերացմանը: Կիրառվում են հականեխիչ (0.25% քլորամին, 0.02% քլորհեքսիդին) և անզգայացնող լուծույթներ, էպիթելավորումը արագացնող միջոցներ (կորտիկոստերոիդ քսուլքներ օրինակ ֆլուցինաբ/): Շրթունքների կարմիր երիզի ախտահարման դեպքում կիրառվում են հակաբիոտիկներ, կորտիկոստերոիդներ, վիտամին A և լազերոթերապիա:

Դյուրինգի դերմատիտ

Դյուրինգի դերմատիտը մաշկի քրոնիկական հիվանդություն է, որին բնորոշ է պոլիմորֆ ցանավորում: Բավականին հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն է, որի ժամանակ ԲԽԼ-ն ախտահարվում է ընդամենը 10% հիվանդների մոտ:

Պատճառագիտությունը և ախտածնությունը մինչև օրս պարզված չեն: Ժամանակակից պատկերացումներով Դյուրինգի դերմատիտը կրում է աուտոիմուն բնույթ: Հիվանդության պատճառագիտությունում որոշակի դեր ունի յոդի հանդեպ գերզգայունությունը: 3-5% կալիումի յոդի լուծույթի ընդունման դեպքում առաջնում է այս հիվանդությանը բնորոշ ցանավորում: Այս հիվանդությունը բազմապատճառային է, հիմնականում առաջանում է այն անձանց մոտ, ովքեր ունեն խնդիրներ կապված բարակ աղիների հետ, այսպես կոչված մալաբսորբցիայի համախտանիշ:

Կլինիկան: Հիվանդությունը սովորաբար սկսվում է սուբյեկտիվ զգացողություններով՝ այրոցի ծակծկոցի զգացում մաշկի վրա, ընդհանուր թուլություն, որոնք հիվանդը նշում է ցանավորումից մի քանի ժամ կամ օր առաջ: Ցանավորման պոլիմորֆիզմը բնութագրվում է էրիթեմատոզ բծերի, բշտերի և բշտիկների և պապուլոպեզիկուլների զուգակցված արտահայտումով, որոնք առաջանում են ինչպես այտուցված և էրիթեմատոզ, այնպես էլ առողջ մաշկի վրա: Ցանավորումը սիմետրիկ է, տեղակայվում է վերջույթների ծալման մակերեսներին, ուսերին, ոտնատեղին, դեմքին, գլխի մազածածկույթի մասում:

Բերանի լորձաթաղանթի մեկուսացված ախտահարում չի դիտվում:

Բերանի գերարայունային և այտուցված լորձաթաղանթի վրա առաջանում են պապուլաներ, բշտեր և բշտիկներ, երբեմն առաջանում են միայն ենթաէպիթելային բշտիկներ, որոնք ունեն խմբավորված գծային տեղակայում, թափանցիկ պարունակությամբ և հաստ, ամուր ծածկով, որը հիշեցնում է հերպեսին: 3-4 օրից բշտերը պատռվում են առաջացնելով ալ կարմիր երոզիաներ: Նիկոլսկու ախտանիշը բացասական է, ականտոլիտիկ բջիջներ չեն հայտնաբերվում: Երոզիաները թույլ ցավոտ են, բերանի խոռոչում գոյատևում են 2-3 շաբաթ: Դրանց էպիթելավորումից հետո մնում են հիպո- և հիպերպիգմենտավորված բծեր: Ախտահարման օջախները բերանի խոռոչում ավելի հաճախ տեղակայվում են այտերի և քիմքի լորձաթաղանթի վրա:

Հիվանդությունը կրում է ցիկլային բնույթ:

Արյան պատկերում և բշտերի պարունակության մեջ հայտնաբերվում է եոզինոֆիլիա:

Ախտորոշումը կատարվում է տիպիկ կլինիկական պատկերի հիման վրա, արյան պատկերում և բշտերի պարունակության մեջ եոզինոֆիլիայի և յոդի պրեպարատների հանդեպ գերզգայության հիման վրա:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Դյուրինգի դերմատիտը պետք է տարբերակել.

- իսկական ականտոլիտիկ բշտախտից
- ոչ ականտոլիտիկ բշտախտից
- բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմայից
- բուլլեոզ տոկսիկոդերմիայից

Բուժումը: Դյուրինգի դերմատիտի բուժման համար կիրառվում են սուլֆոնային պրեպարատներ՝ դիաֆենիլսուլֆոն և այլն: Միաժամանակ նշանակում են նաև ասկորբինաթթու, ռուտին, B խմբի վիտամիններ, հակահիստամինային դեղամիջոցներ: Հիվանդության ծանր ընթացքի դեպքում կիրառում են նաև կորտիկոստերոիդներ (40-50մգ 2-3 շաբաթվա ընթացքում, դեղաչափի հետագա իջեցումով մինչև 2.5-5մգ չափը):

Հիվանդին նշանակվում է նաև սննդակարգ: Հիվանդության պրոգնոզը բարենպաստ է:

Պենֆիգոիդ (ոչ ականտոլիտիկ բշտախտ)

Այս խմբի մեջ մտնում են բշտային դերմատոզները, որոնք ի տարբերություն իսկական բշտախտի չեն ուղեկցվում ականտոլիզով:

- Լևերի բուլլեոզ պենֆիգոիդ կամ ոչ ականտոլիտիկ բշտախտ
- սպիավորող պենֆիգոիդ կամ աչքի բշտախտ
- միայն բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բարորակ ոչ ականտոլիտիկ բշտախտ

Էթիոլոգիա: Վերջնականապես պարզաբանված չէ, գլխավոր դեր են կատարում աուտոիմուն պրոցեսները:

Բոլոր տեսակի պենֆիգոիդներին բնորոշ է.

- ականտոլիզի բացակայությունը,
- բշտիկների սուբէպիթելյար տեղակայումը
- արտահայտված բորբոքումը
- ականտոլիտիկ բջիջների բացակայությունը
- Նիկոլսկին «բացասական» է, երբեմն կեղծ դրական

Բուլլեոզ պենֆիգոիդ: Դիտվում է 60 բարձր տարիքում, ախտահարվում է մաշկը, բերանի խոռոչի, թքի, սեռական օրգանների լորձաթաղանթը:

Կլինիկան: Բնորոշ է մեծ (0.5-2սմ), լարված, սուբէպիթելյար բշտիկների առաջացում էրիթեմատոզ կամ անփոփոխ էպիդերմիսի և բերանի լորձաթաղանթի վրա: Հաճախ տեղակայվում է աճուկային ծալքերում, որովայնի ստորին հատվածում, վերին վերջույթների ծալման տեղում: Հիվանդների 1/3 մոտ ախտահարվում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը: Այտուցված հիպերեմիկ լորձաթաղանթի ֆոնի վրա առաջանում են բշտեր՝ շճային կամ հենոռագիկ պարունակությամբ, 5-22մ տրամագծով, պահպանվում են մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր, որից հետո նույն տեղում առաջանում է էրոզիա ծածկված ֆիբրինային փառով: Ի տարբերություն ականտոլիտիկ բշտերի էրոզիաները էպիթելավորվում են 10-15 օրից՝ սպիի և ատրոֆիայի բացակայությամբ, բայց որոշ ժամանակից հետո կարող են նորից առաջանալ: Սիրված տեղակայումը ԱՅ գծի շրջանն է, բերանի խոռոչում ցանավորումն անցավ է, մաշկի վրա ուղեկցվում է քորով, այրոցով և ցավով: Հազվադեպ պրոցեսը տեղակայում է լնդի վրա, վեստիբուլյար մակերեսը հիպերեմիկ է, այտուցված, արյունահոսում է: Այս դեպքում Նիկոլսկին «դրական» է:

Տարբերակիչ ախտորոշում.

1. ականտոլիտիկ բշտախտ
2. Դյուրինգի հերպեցիաձև դերմատիտ
3. բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմա
4. բուլլեոզ տոքսիկոդերմիտ

Ականտոլիտիկ բշտախտը տարբերակում են հիմնվելով կլինիկական առանձնահատկությունների վրա, պենֆիգոիդին բնորոշ է.

- առաջանում է մեծ տարիքում
- առաջանում են լարված մեծ բժտեր
- առաջացած էրոզիաները շուտ էպիթելավորվում են
- Նիկոլսկին «բացասական» է
- ականտոլիտիկ բջիջներ չկան

2. բնորոշ է

- մաշկի վրա ցանավորումը պոլիմորֆ է

- ուղեկցվում է այտուցով և քորով
 - լորձաթաղանթի ախտահարումը բնորոշ չէ
3. էքսուդատիվ երիթեմա
- ընթանում է սուր
 - հանդիպում է երիտասարդ տարիքում
 - բշտիկները տեղակայվում են բերանի խոռոչի այտուցված և հիպերեմիկ լորձաթաղանթի ու մաշկի վրա
4. բուլլեոզ տոքսիկոդերմիտ
- առաջանում է դեղերի օգտագործումից
 - ցանավորումը կրում է պոլիմորֆ բնույթ

Բուժում: Լավագույն արդյունք տալիս են կորտիկոստերոիդները (պրեդնիզալոն 30-40մգ/օրը), որոշ դեպքերում լավ արդյունք է տալիս կոմբինացված բուժումը՝ պրեդնիզալոնը ցիտոստատիկների հետ: Նշանակում են նաև պոլիվիտամիններ, K, Ca պրեպարատներ, սեդատիվ միջոցներ:

Սպիավորող պեմֆիգոիդ: Հանդիպում է հիմնականում կանանց մոտ, հիվանդների միջին տարիքը 50տ.: Բնորոշ է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի, կոնյուկտիվայի ախտահարում, հիվանդների 1/3 մոտ կա ցան մաշկի վրա:

Բերանի խոռոչում բշտերը 0.2-1.5սմ չափի են, առաջանում են հիպերեմիկ կամ անփոփոխ լորձաթաղանթի վրա: Տիպիկ տեղակայումը փափուկ քիմքն է, լեզվակը, նշիկները, թշի լորձաթաղանթը: Բշտիկները լարված են, ունեն ամուր ծածկ, շճային կամ հենոռագիկ պարունակությամբ:

ԲԽԼ-ի փոփոխությունները սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների ժամանակ

ԲԽԼ-ի փոփոխությունները սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների ժամանակ կախված են շրջանառող արյան և անոթային համակարգի փոփոխության աստիճանի հետ: Հիվանդությունների կոմպենսացված վիճակներում որպես օրենք չեն հանդիպում որևէ փոփոխություններ:

ԲԽԼ-ի ցիանոզ, այտուց, շուրթերի կապտածություն

Հանդիպում են հիմնականում սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների դեկոմպենսացված ձևերի ժամանակ՝ հիպերտոնիկ հիվանդություն, սրտի ռևմատիկ ախտահարումների և այլն: Այտերի լորձաթաղանթի վրա հայտնվում են կողմնային ատաների արտատպվածքները, որոնք զուգակցվում է շուրթերի կապտածության հետ: Լեզվի այտուցը կարող է հասնել զգալի աստիճանի, ինչի հետևանքով այն մեծանում է չափերով՝ դժվարեցնելով խոսարը: Միոկարդի ինֆարկտի ժամանակ լեզվի այտուցը զուգակցվում է գույնի փոփոխությամբ, ճաքերի, էրոզիաների և խոցերի առաջացմամբ: Այս փոփոխությունների արտահայտվածությունը կախված է հիմնական հիվանդության ծանրության աստիճանի հետ: Հիմնականում ախտահարումները առաջանում են այն հատվածներում, որտեղ լորձաթաղանթը կոնտակտի մեջ է մտնում պրոթեզների (օրինակ լնդի մարզինալ եզր) հետ: Հիմնական հիվանդության լավացմանը զուգահեռ տեղի է ունենում լորձաթաղանթի փոփոխությունների ինքնաբերաբար անհետացում, լավացում: Չնայած փոփոխությունների զգալի աստիճանին, հիվանդները սուբյեկտիվ գանգատներ չեն ներկայացնում, սակայն բժիշկը պարտավոր է անցկացնել ավելի խորացված գնում, պատճառը գտնելու համար: Անհրաժեշտ է տարբերակիչ ախտորոշում անցկացնել համապատասխան ՄՍՏ-ի և ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ ԲԽԼ-ի փոփոխությունների միջև:

ԲԽԼ-ի բշտա-անոթային համախտանիշ

Ըստ Մաշկիելյանի և համահեղինակների նկարագրության, բնութագրվում է տարբեր ճափերի պինդ բշտերի առաջացմամբ, որոնք ունեն թափանցիկ կամ հեմոռագիկ պարունակություն: Բշտերի առաջացումը պայմանավորված է ՄԱՀ-ի հիվանդությունների ժամանակ ԲԽԼ-ի անոթների թափանցելիության մեծացման և անոթների պատերի փխրունանալու հետ, ինչի պատճառով նրանք պայթում են՝ առաջացնելով համապատասխան տեղում բշտեր: Բացի նշվածից, առկա է նաև էպիթելի և լորձաթաղանթի ենթադիր շարակցահյուսվածքային շերտի միջև կապի թուլացում, որը կապված է բազալ թիթեղի դեստրուկցիայի հետ: Ըստ Տ.Բ. Լեմեցկու, Կուլաժենկոյի փորձի ժամանակ առկա է մազանոթների անկայունություն վակուոմի նկատմամբ: Բշտա-անոթային համախտանիշը առաջանում է հիմնականում 40-75 տարեկան կանանց մոտ: Բուշտը առաջանում է հանկարծակի, հաճախ սնունդ ընդունելիս: Բշտերի առաջացումը կապված է նաև ճնշման բարձրացման հետ, որի մասին հիվանդները չեն էլ կասկածում: Բշտերը առաջանում են փափուկ քիմքի, լեզվի կողմնային հատվածների և այտերի լորձաթաղանթի վրա: Կարող են անփոփոխ մնալ մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր, երբեմն անհայտանում են՝ այդպես էլ չբացվելով: Սակայն հաճախ նրանք բացվում են՝ առաջացնելով էրոզիաներ, որոնք կախված չափերից էպիթելիզացվում են 3-7 օրվա

ընթացքում: Էրոզիաներից վերցված քուրքներում հանդիպում են պերիֆերիկ արյան համակարգի բջիջներ, ականթոլիտիկ բջիջները բացակայում են, Նիկոլսկու ախտանիշը բացասական է:

Տարբերակիչ ախտորոշումը անց են կացնում բշտախտի, անգիոմայի և բազմաձև արտաքիրթային էրիթեմայի միջև:

Բուժումը կապված է հիմնական հիվանդության բուժման հետ, բացի այդ նշանակում են դեղամիջոցներ, որոնք ամրացնում են անոթների պատերը, օրինակ ասկորոտին, կոմպլամին: Տեղային բուժման էությունը կայանում է ԲԽ-ի սանացիայի, հականեխիչներով(քլորհեքսիդին, քլորամին) մշակումների և հետագայում էպիթելիզացիա խթանող դեղամիջոցների կիրառման մեջ(վիտամին Ա,Ե, մասուրի և չիչխանի յուղ, ակտովեգինի և սոլկոսերիլի քուրք):

ԲԽԼ-ի խոցանեկրոտիկ ախտահարումներ՝ տրոֆիկ խոցերի առաջացմամբ

Այս տիպի փոփոխություններ առաջանում են այն հիվանդների մոտ, ովքեր ունեն արյան շրջանառության 2-3-րդ տիպի խանգարումներ: Ընդհանուր փոփոխությունների(թուլություն, հևոց, ծայրանդամների այտուց) ֆոնի վրա առաջանում է նաև բերանի խոռոչի ցավոտություն, դժվարեցնելով սննդի ընդունումը: Լորձաթաղանթի վրա առջանում է մեկ, երբեմն մի քանի խոցեր: Չարգանում են տրոֆիկ(սնուցախանգարումային) խոցեր, որոնց նպաստում է վնասված ատամների եզրերի, սխալ պատրաստված պրոթեզների եզրերի վնասումը և այլ տրավմատիկ գործոններ: Ամենից հաճախ խոցերը տեղակայվում են լեզվի կողմնային մակերեսներին, թշերի լորձաթաղանթին, բերանի խոռոչի հատակին, քիմքի վրա և այլն: Խոցի եզրերը անհարթ են, հատակը պատված սպիտակամոխրագույն նեկրոտիկ փառով: Նեկրոզված զանգվածները երկարատև չարտանկվելու դեպքում ձեռք են բերում մուգ գույն: Տրոֆիկ(սնուցախանգարումային) խոցերի բնորոշ հատկանիշն է շրջապատող հյուսվածքներում բորբոքման բացակայությունը: Նեկրոտիկ պրոցեսը կարող է տարածվել հարևան հատվածների վրա, օրինակ դեմքի այլ հատվածներ, քթոմպան: Բերանից գալիս է տհաճ հոտ, թուրք դառնում է մաճուցիկ: Նկարագրված են դեպքեր, երբ նեկրոզի պրոցեսները տարածվել են ոսկրերի վրա, առաջացնելով սեկվեստորներ և հետագայում ոսկրային դեֆեկտներ: Նեկրոզված հյուսվածքների արտանկման ժամանակ կարող է լինել արյունահոսություն, երկարատև գոյության դեպքում հնարավոր է չարորակացում:

Ախտորոշում

Խոցի մակերեսից վերցված քերուկի ցիտոլոգիական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում են ոչ մեծ քանակի դեգեներացիայի, փոփոխման ենթարկված էպիթելի բջիջներ, որը արտահայտվում է բջիջների չափերի փոփոխությամբ, հստակ սահմանների բացակայությամբ, պիկնոզով: Առկա են քայքայման տարբեր փուլերում գտնվող նեյտրոֆիլներ, հիստոցիտային շարքի բջիջների քանակի նվազում, ինչը խոսում է ընթացքի առեակտիվության մասին:

Ախտաբանական անատոմիան ցույց է տալիս քրոնիկական բորբոքում, լայնածավալ նեկրոզով և ինտերստիցիալ հյուսվածքի գերաճով, անոթների սկլերոտիկ փոփոխություններով և նյարդային թելերի վնասումով:

Տարբերակիչ ախտորոշումը

Տարբերակում ենք տրավմատիկ խոցերից, չարորակ նորագոյացության խոցոտումից, տուրեքկոլյոզային խոցից, Վենսանի խոցանեկրոտիկ ստոմատիտից, արյան հիվանդությունների ժամանակ բխ.-ի խոցանեկրոտիկ ախտահարումներից:

Բուժումը

Բուժումը անց են կացնում թերապևտի հետ միաժամանակ: Ընդհանուր բուժումը ուղղված է սիրտ-անոթային համակարգի ախտահարումների վերացմանը, սակայն դա բավարա չէ, անհրաժեշտ է լինում և ընդհանուր բուժում ստացիոնարում:

Տեղային կիրառում են սիմպտոմատիկ բուժում ըստ ցուցումների: Անհրաժեշտ է վերացնել վնասող գործոնները, պրոտեոլիտիկ ֆերմենտների օգնությամբ հեռացնում են նեկրոզված զանգվածները, մշակում հականեխիչներով և կերատոպլաստիկներով(վիտամին Ա-ի, Ե-ի, չիչխանի, մասուրի յուղային լուծույթներով, պրոպոլիսով, ցիգերովով): Նշանակվում է ինայոդական, բարձրակալորիական, վիտամիններով հարուստ դիետա:

ԲԽԼ-ի ախտահարումները ներգատիչ համակարգի հիվանդությունների ժամանակ

Ներգատիչ գեղձերի ֆունկցիայի փոփոխությունը առաջացնում է հյուսվածքներում նյութափոխանակության և սնուցման արտահայտված խանգարումներ:

Շաքարախտ: Հիվանդության հիմքում ընկած է ածխաջրատային փոխանակության խանգարումը: Բերանի խոռոչում դիտվում են հետևյալ փոփոխություններ՝ չորություն /կսերոստոմիա/, կատարային ստոմատիտ և գլոսիտ, սնկային ստոմատիտ և ուտախտ, ԲԽԼ-ի պարէսթեզիաներ և սնուցման խանգարումներ:

Կսերոստոմիան զարգանում է ջրազրկման հետևանքով: ԲԽԼ-ը դառնում է թույլ խոնավացած կամ չոր, խամրած, այտուցված, հաճախ գերարյուն, առկա է մեծ քանակության փառ: Հաճախ չորությունը զուգակցվում է ուժեղ ծառավի զգացումով, լեզվում, շրթունքներում և լնդերում այրոցի և ծակծկոցի զգացողությամբ:

Կատարային ստոմատիտը և գլոսիտը առաջանում են վարակի ներթափանցման, հեշտ վնասելիության, ԲԽԼ-ի պատնեշային ֆունկցիայի խանգարման հետևանքով: Թեթև մեխանիկական վնասվածքների տեղերում առաջանում են արնազեղումներ, երբեմն էրոզիաներ, խոցեր, ճաքեր: Այս դեպքում հիվանդները գանգատվում են ցավից, որը առաջանում է տաք, կծու կամ չոր սնունդ ընդունելիս: Էրոզիաները և խոցերը ունեն երկարատև ընթացք ԲԽԼ-ի վերականգնողական հատկությունների նվազման հետևանքով: Հաճախ ախտահարվում են նաև պարոտոնտի հյուսվածքները: Սկզբում զարգանում է կատարային գինգիվիտ լնդերի արտահայտված այտուցով և արնահոսությամբ: Ապա այն փոխակերպվում է պարոտոնտիտի, որն ունի զարգացման արագ ընթացք: Հաճախ զարգանում են պարոտոնտալ թարախակույտեր:

Սնկային ստոմատիտը և ուտախտը զարգանում են օրգանիզմի դիմադրողականության կտրուկ անկման պատկերի վրա զարգացող դիսբակտերիոզի, ինչպես նաև թքում որոշ ֆերմենտների քանակի նվազման հետևանքով: ԲԽԼ-ի կանդիդոզը շաքարախտի ժամանակ բնութագրվում է կայուն և համառ ընթացքով: Հատկապես հաճախ հանդիպում է սնկային ուտախտը, որի ժամանակ բերանի անկյուններում առաջանում են սպիտակ-մոխրագույն կեղևներով պատված ճաքեր:

ԲԽԼ-ի պարէսթեզիաները առաջանում են դրա չորության հետ մեկ տեղ: Դիտվում է ԲԽԼ-ի այրոցի զգացողություն, կարող է նվազել համային զգացողությունը քաղցրի, թթվի և աղիի նկատմամբ: Նյարդային համակարգի ախտահարումները արտահայտվում են ներհտով և եռորյակ նյարդի ներալգիայով:

ԲԽԼ-ի սնուցման խանգարումները բնութագրվում են տրոֆիկ խոցերի առաջացմամբ, որոնք ունեն երկարատև ընթացք և դանդաղ են վերականգնվում:

Բուժումը անց է կացվում էնդոկրինոլոգի հետ մեկ տեղ: Բերանի խոռոչում անց է կացվում սիմպտոմատիկ բուժում: Սնկային ախտահարումների ժամանակ – հակասնկային դեղամիջոցներ /դեկամին, դիֆլյուկան, նիզորալ/; տրոֆիկ խոցերի ժամանակ – սնուցումը և վերականգնողական պրոցեսները խթանող դեղամիջոցներ /սանգվիրիտրին, կոկարբոկսիլազա, Ե խմբի վիտամիններ/; ածխաջրատային փոխանակությունը լավացնող միջոցներ:

Միքսեդեման զարգանում է վահանազեղծի թերֆունկցիայի ժամանակ: Հիվանդության գլխավոր ախտանիշն է մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի տարածուն լորձային այտուց: Այտուցը առաջանում է ավշային արտահոսքի խախտման,

օրգաններում և հյուսվածքներում սպեցիֆիկ լորձային նյութի կուտակման հետևանքով: Այդ նյութը բաղկացած է գլիկոզամինոգլիկաններից, որոնք պահում են ջուրը՝ առաջացնելով այտուց: Հիվանդի դեմքը ունի յուրօրինակ տեսք՝ քիթը և շրթունքները հաստացած են, վերին կոպերը այտուցված, դեմքի արտահայտությունը անտարբեր: Դիտվում է ԲՄԼ-ի դժգունություն, այտուց և չորություն: Լեզուն մեծացած է, երբեմն չի տեղավորվում բերանի խոռոչում: Մանկական հասակում հիպոթիրեոզի ժամանակ դիտվում է էմալի հիպոպլազիա, հիպոսալիվացիա, կարիեսով ախտահարման բարձր ինտենսիվություն, ուշանում են ատամների ծկթման ժամկետները:

Բուժումը անց է կացնում էնդոկրինոլոգը: Ստոմատոլոգի կողմից կատարվում է բերանի խոռոչի սանացիա, անհրաժեշտության դեպքում՝ սիմպտոմատիկ բուժում:

Իգենկո-Կուշինգի հիվանդությունը զարգանում է մակերիկամների կողմից հորմոնների գերարտադրման հետևանքով: Բնութագրվում է ոսկրային հյուսվածքի, այդ թվում նաև ծնոտների, օստեոպորոզով, առաջացնում է նախատրամադրվածություն պարօդոնտի հիվանդությունների նկատմամբ: ԲՄԼ-ն այդպիսի հիվանդների մոտ այտուցված է, լեզվի և այտերի վրա նկատվում են ատամների արտատպվածքները: Որոշ հիվանդների մոտ զարգանում է մակրոխլետիտ: Մուցոզական խանգարումները բերում են էրոզիաների և խոցերի առաջացմանը: Հաճախ դիտվում է կանդիդոզ:

Բուժումը նույնն է:

Ադրիսոնի հիվանդությունը պայմանավորված է մակերիկամների կողմից հորմոնների արտադրման պակասից կամ բացակայությունից: Հիվանդությանը բնորոշ հատկանիշն է – մաշկի և ԲՄԼ-ի սպեցիֆիկ գունավորում: Բերանի խոռոչում, շրթունքների վրա, լեզվի և լնդերի եզրով, այտերի լորձաթաղանթի վրա ի հայտ են գալիս կապտավուն կամ սև բծեր և գուլեր, որոնք առաջանում են մեծ քանակությամբ մելանինի կուտակման հետևանքով: Դրանք լորձաթաղանթի մակերեսից բարձր չեն: Մուբյեկտիվ զգացողությունները հիվանդների մոտ բացակայում են:

Բուժումը նույնն է:

Տարածուն տոքսիկ խալիպ /Диффузный токсический зоб/ զարգանում է վահանազեղձի հիպերպլազիայի և գերֆունկցիայի հետևանքով: Հիվանդները գանգատվում են ԲՄԼ-ի այրոցի զգացողությունից, համազգացության նվազումից, ընդհանուր ինքնազգացողության վատացումից: ԲՄԼ-ը դժգույն է, այտուցված: Երբեմն հայտնաբերվում է դեսկվամատիվ գլոսիտ: Այս հիվանդությանը բնորոշ է ատամների վաղաժամ ծկթում, էմալի զարգացման անկանոնություններ:

Բուժումը նույնն է:

Յուվենիլ գինգիվիտը հանդիպում է երիտասարդների մոտ սեռական հասունացման շրջանում: Դրա առաջացմանը նպաստում են նաև տեղային վնասակար գործոնները /բերանի խոռոչի անբավարար հիգիենա, կծվածքի անկանոնություններ և այլն/: Լնդի լորձաթաղանթը այտուցված է, գերարյուն, հեշտ արնահոսում է: Ստորին ծնոտի կենտրոնական ատամների շրջանում զարգանում է լնդապոկիկների և լնդի եզրի գերած:

Բուժում: Անհրաժեշտ են հիգիենիկ միջոցառումներ, ատամնաքարի հեռացում, բերանի խոռոչի սանացիա: Հիպերտրոֆիկ գինգիվիտի դեղորայքային բուժումը անց են կացնում ընդունված եղանակով:

Հղիների գինգիվիտը արտահայտվում է միջատամնային պտկիկների, երբեմն էլ լնդի եզրի գերաճով: Առաջանում են “կեղծ” լնդագրպանիկներ, արնահոսություն լնդերից: Երբեմն գերաճած լնդապտկիկները հասնում են ատամների կտրող եզրին, ինչը առաջացնում է ցավոտություն և արնահոսություն սնունդ ընդունելիս: Մեծ մասամբ, ծննդաբերությունից հետո հղիության գինգիվիտը ինքնաբերաբար վերանում է:

Բուժում: Բերանի խոռոչի հիգիենայի պահպանում, հակաբորբոքային ատամի մածուկների կիրառում: Եթե ծննդաբերությունից հետո գինգիվիտի երևույթները պահպանվում են, ապա անց է կացվում դրա բուժումը ընդունված եղանակով:

Լեզվի հիվանդություններ

Լեզվի ախտաբանական փոփոխությունները հնարավոր են ինչպես օրգանիզմի համակարգային հիվանդությունների ժամանակ, այնպես էլ հանդես կարող են գալ որպես առանձին հիվանդություններ:

Որոշ հիվանդությունների ժամանակ լեզվի փոփոխությունները կրում են յուրահատուկ բնույթ՝ օրինակ Հունտերյան լեզու /հիպոքրոմ անեմիայի ժամանակ/, մորեզույն լեզու /քութեշի ժամանակ/, լեզվի չորացում /շաքարային դիաբետի ժամանակ/ և այլն:

Այն հիվանդությունները, որի ժամանակ ախտահարվում է միայն լեզուն, կոչվում են առաջնային լեզվաբորբեր/glossitis/:

Լեզվի սուր կատարային բորբոքում /glossitis acuta catarrhalis/

Այսպես է կոչվում լեզվի լորձաթաղանթի մեկուսացված բորբոքումը: Հիմնական պատճառը վնասված էպիթելի միջով կոկային վարակի ներթափանցումն է ավելի խորը շերտեր: Վնասվածքի պատշառ կարող են լինել կարիոզ ատամների սուր եզրերը, անօրակ մետաղական պրոթեզները, հիգիենայի բացակայությունը:

Հիվանդությունը սկսվում է լեզվի ցավի առաջացումով, որը ուժեղանում է սնունդ ընդունելուց և խոսելուց: Լեզվի մակերեսը գերարյուն է, այտուցված, կողմնային մակերեսին նկատվում են ատամների հետքերը, մակերեսը պատվում է փառով: Լեզուն մեծանում է և կարծրանում: Հատկապես մեծանում են սնկանման պտկիկները, որոնք առանձնանում են փառով պատված մակերեսի վրա: Նկատվում է համաչափ գերթքարտադրություն:

Բուժումը – պատճառի վերացում, հականեխիչների գոլ լուծույթներով ողողումներ /օրեկան 6-8 անգամ – երիցուկ, կադնու արմատ, հազարատերև/:

Լեզվի թարախակույտ /abscessus lingue/

Առաջանում է լեզվի վնասվածքից, սուր գլոսիտներից: Ջարգանում է շատ արագ և ունի ծանր ընթացք: Տարբերում են մակերեսային թարախակույտեր, որոնք տեղակայվում են անմիջապես լորձաթաղանթի տակ և խորանիստ, որոնք առաջանում են լեզվի մկանային շերտերի հաստության մեջ:

Զննման ժամանակ հայտնաբերվում է լեզվի այտուց, բորբոքային օջախին համապատասխան լորձաթաղանթի տեղային գերարյունություն: Շոշոփումը ցավոտ է, լեզուն կոշտ, շարժունակությունը սահմանափակված, ֆունկցիան դժվարացած:

Լեզվի հաստության մեջ գտնվող աբսցեսի ժամանակ հիվանդի ինքնազգացողությունը վատացած է, ջերմաստիճանը բարձրացած, արյան մեջ լեյկոցիտոզ, էՆԱ-ն բարձրացած: Լեզուն այտուցված է, մեծացած, այտուցը անցնում է բկանք, առաջացնելով հևոց և շնչահեղձություն: Ավշային հանգույցները մեծացած են, ցավոտ:

Բուժումը – վիրաբուժական՝ թարախակույտի բացում, դրենավորում, հականեխիչներով լվացումներ:

Ծալքավոր լեզու /Lingua plicate/

Սա համարվում է լեզվի զարգացման անկանոնություն: Հանդիպում է ինչպես մեծահասակների, այնպես էլ երեխաների մոտ: Ուղեկցվում է մակրոգլոսիայի և աշխարհագրական լեզվի հետ, ինչպես նաև հանդիսանում է Մելկերսոն-Ռոզենտալի համախտանիշի ախտանիշներից մեկը:

Ծալքավոր լեզվին բնորոշ է լեզվի մեջքի վրա տեղակայված, մեծ մասամբ սիմետրիկ երկայնակի և լայնակի ակոսներ: Ամենախորը երկայնակի ակոսը անցնում է լեզվի միջին գծով, սկսելով լեզվի ծայրից և հասնելով մինչև ակոսավոր պտկիկների շրջան: Ծալքերի հատակը և պատերը պատված են նորմալ պտկիկներով: Հաճախ լեզուն մեծացած է, գանգատները բացակայում են: Վատ հիգիենայի դեպքում ծալքերի մեջ կարող են զարգանալ սնկային կամ կոկային ֆլորա:

Շեղանկյունաձև լեզու /glossitis rhombica/

Դա լեզվի քրոնիկական բորբոքային հիվանդություն է, որը ունի բնորոշ կլինիկական տեսք և տեղակայում: Այն տեղակայվում է լեզվի մեջքի շրջանում, միջին գծով, ակոսավոր պտկիկների առջև՝ շեղանկյունաձև կամ ձվաձև օջախի տեսքով:

Պատճառագիտություն – մի մասը գտնում են, որ դա էմբրիոգենեզի խանգարում է, մյուսները քրոնիկական կանդիդով, քանի որ օջախում գրեթե միշտ հայտնաբերվում են Candida խմբի սնկեր: Հանդիպում է հիմնականում տղամարդկանց մոտ, հատկապես ծխողների:

Կլինիկա – օջախի չափերն են՝ երկարությունը-1,5-5 սմ, իսկ լայնությունը 0,5-2,5 սմ, սովորաբար լինում է մեկ օջախ, սակայն կարող են հազվադեպ հանդիպել նաև 2-3 օջախներ: Օջախի մակերեսը զրկված է պտկիկներից և շոշոափելիս պնդացած է:

Կլինիկակա ընթացքի տարբերությունը թույլ է տվել առնաձևացնել շեղանկյունաձև գլոսիտի 3 տարատեսակ՝

1. տափակ/հարթ/ - ախտահարված օջախը հարթ է, փայլուն, կարմիր կամ վարդագույն երանգի, չի բարձրանում լորձաթաղանթի վրա: Շոշոփման ժամանակ հայտնաբերվում է անցավ կոշտություն
2. թմբիկավոր – օջախը կազմված է տարբեր չափերի թմբիկներից, որոնք իրարից բաժանվում են ակոսներով: Մակերեսը կարմիր է՝ ցիանոտիկ երանգով, առանց պտկիկների:
3. պապիլոմատոզ – օջախը ունենում է անհարթ ուռուցքանման մակերես, որը բարձրանում է շրջակա լորձաթաղանթից: Կոշտություն շոշոփման ժամանակ չի հայտնաբերվում: Երբեմն օջախի կենտրոնը կարող է եղջրանալ և տալ նրան կաթնասպիտակ գույն:

Երեք կլինիկական ձևերն էլ ընթանում են առանց արտահայտված կլինիկական նշանների: Հազվադեպ անընդհատ գրգռման և հիգիենայի բացակայության պայմաններում կարող է աճել:

Տարբերակիչ ախտորոշում – տարբերում են՝

Տափակ ձևը

- դեսկվամատիվ գլոսիտից
- ավիտամինոզից

Թմբիկավորը և պապիլոմատոզը

- ուռուցքներից
- կանդիդոզից

Բուժում – սանացիա, հակասնկային/երթե հայտնաբերվում է/, երբեմն կրիոթերապիա

Մև «մազոտ» լեզու **/lingua villosa nigra/**

Բնութագրվում է թելանման պտկիկների գերաճով և ողջերացումով: Հիմնականում հիվանդությունը հանդիպում է տղամարդկանց մոտ: Հաճախ հանդիպում է ծխախոտը չարաշահողների մոտ: Այս ժամանակ էպիթելը ենթարկվում է ապաճի, նրանում ավելանում է պիգմենտը, որը նպաստում է պտկիկների գույնի փոփոխմանը՝ ծղոտագույնից մինչև սև: Ենթադրվում է, որ գունավորումը կարող է լինել նաև սննդային պիգմենտներից: Գունավորումը երբեմն կապում են քրոմատոգեն բակտերիաների գործունեության հետ:

Կլինիկական ախտանիշները թույլ են արտահայտված, հիվանդը բերանում զգում է անախորժ կան չոր զգացողություն, օտար մարմնի առկայություն: Երբեմն երկարացած պտկիկները գրգռում են քիմքը՝ առաջացնելով սրտխառնոց:

Օջախը տեղակայվում է լեզվի մեջքի վրա և ունենում է եռանկյան կամ ձվաձև տեսք: Հիվանդությունը տևում է 2-3 շաբաթ: Բակտերիոլոգիական հետազոտման ժամանակ կարող են հայտնաբերվել լեպտոտրիխինաեր:2

Տարբերակիչ ախտորոշում – տարբերում են՝

- այլ պիգմենտավորումներից/դոզորայքային, ալիմենտար և պիգմենտո - պապիլյար դիստրոֆիայից/

Բուժումը – բերանի խոռոչի սանացիա, տրավմատիկ գործոնների վերացում, կերատոլիտիկների օգտագործում/ 3-5% ռեզորցին, 5-10% սալիցիլային սպիրտի լուծույթով լեզվի մեջքի մշակում/: Կարելի է նաև օջախի տակ ներարկել 0,25% CaCl₂ լուծույթ: Արտահայտված պտկիկների գերաճի դեպքում ցուցված է կրիոդեստրուկցիա:

Դեկվամատիվ գլոսիտ **/glossitis desquamativa/**

Այլ կերպ աշխարհագրական լեզու, էքֆոլիատիվ կամ թափառող գլոսիտ: Հաճախ հանդիպում է աղետամոքսային տրակտի հիվանդություններով, էնդոկրին խանգարումներով, ռևմատիկ հիվանդությունների մոտ:

Պատճառ են հանդիսանում վիրուսները, ալերգիկ գործոնը, ժառանգական նախաստրամադրվածությունը մեծ դեր ունի:

Հիմնականում հանդիպում է երեխաների մոտ – սա լեզվի մեջքային մասի բուն լորձաթաղանթի բորբոքային-դիստրոֆիկ հիվանդություն է:

Կլինիկա – Պրոցեսը սկսվում է լեզվի մեջքի վրա սպիտակա-մոխրագույն տարածքի առաջացումով, որը հետագայում ուռչում է, իսկ կենտրոնում թելանման պտկիկները վերանում են՝ մերկացնելով ալ կարմիր կամ վարդագույն մակերես: Օջախը արագ մեծանում է և տարածվում հարևան շրջաններ: Դեկվամացիայի օջախնորում վառ արտահայտված երևում են սնկանման պտկիկները: Օջախի մեծացման հետ նրա կենտրոնում սկսվում է նոր թելանման պտկիկների աճ, այսպիսով դեկվամացիայի օջախին հաջորդում է նորմալ պտկիկներով օջախը՝ տալով լեզվին աշխարհագրական քարտեզի տեսք:

Ըստ Ա.Ռիբակովի և Գ.Բանչենկոյի տարբերում են՝

- մակերեսային դեկվամատիվ գլոսիտ
- գերաճական /հիպերպլաստիկ/
- լիխենոիդ /որքինային/:

Մակերեսայինի ժամանակ կլինիկան ունի դասական ընթացք:

Հիպերպլաստիկ ձևը բնորոշվում է լեզվի թելանման պտկիկների հաստացումով և մեծ քանակությամբ սպիտակավուն ձառի առաջացումով:

Լիխենոիդ ձևի ժամանակ առաջանում են տարբեր ձևերի և չափերի դեկվամացիայի օջախներ, շրջապատված են խմբավորված թելանման պտկիկներով:

Լեզվի տեսքը կարող է փոփոխվել ամեն օր:

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարում են

- կարմիր տափակ որքինից
- լեյկոպլակիայից
- երկրորդային սիֆիլիսի վահանիկներից
- B₂ B₆ B₁₂ հիպովիտամինոզից
- ալերգիկ ստոմատիտներից

Հյուսվածաբանորեն՝ էպիթելի բարակեցում, թելանման պտկիկների տափակեցում, պարակերատոգ, բուն լորձաթաղանթի թույլ այտուց և բորբոքային ներսփռանք:

Բուժումը՝ սանացիա, հականեխիչ, կերատոպլաստիկներ և այլն:

Գլոսալգիա Glossalgia

Առանց նկատելի փոփոխությունների ընթացող ախտաբանական վիճակ է, որը բնորոշվում է լեզվի ցավով կամ տհաճ զգացողություններով:

Պատճառագիտության մեջ մեծ դեր է հատկացվում վեգետատիվ նյարդային խանգարումներին: Կարելի է հանդիսանալ որևէ ընդհանուր հիվանդության ախտանիշ (շաքարային դիաբետ, անեմիաներ, հոգեկան խանգարումներ, Շյոգրենի հիվանդություն, երբեմն բերանի խոռոչի կանդիդոզ, ԿՏՈ, ալվերոլիտ և այլն):

Կլինիկա: Հիմնական գանգատը՝ ցավ, այրոցի զգացողություն, ծակծկոց կամ թմրածություն լեզվի շրջանում: Ցավը կարող է ճառագայթել: Այն չունի մշտական բնույթ, արտահայտվում է կամ երեկոյան կամ գիշերը, խոսելիս և ուտելիս բացակայում է: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը քիչ գերարյուն է, փայլուն, թուեր փրփրոտ, երբեմն լեզվի աննշան այտուց:

Կարբերում են լեզվային նյարդաբորբ, երբ ցավը կրում է նոպայաձև բնույթ և սաստկանում է ուտելուց կամ խոսելուց:

Բուժումն անցկացնելիս անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել տեղային և ընդհանուր գործոնների վրա: Միջոցառումներից են՝ խերանի խոռոչի սանացիա, տրավմատիկ գործոնների վերացում, կերատոլիտիկների օգտագործում – 3-5% ռեզորցինի, 5-10% սալիցիլային սպիրտով լեզվի մեջքի մշակում: Ցուցված է նաև օջախի տակ ներարկել 0,25% CaCl₂ լուծույթ: Պտկիկների արտահայտված գերաճի դեպքում՝ կրիոդեստրուկցիա:

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹԻ ԱԽՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ՈՐՈՇ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

ՔՈՒԹԵՇ:

Սուր վարակիչ հիվանդություն է, որի հարուցիչն է հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկը: Վարակի ներթափանցման ուղիներն են բկանցքը և քթարմպանը: Պրոցեսի մեջ ներգրավվում են լիմֆատիկ հանգույցները:

Կլինիկա:

ԲԽԼ-ի փոփոխությունները քութեշի ժամանակ հանդիսանում են հիվանդության վաղ և բնորոշ ախտանիշներ: Բերանի խոռոչում տարածուն կատարալ ստոմատիտը ի հայտ է գալիս մաշկի ցանավորման հետ միաժամանակ կամ դրանից 1 օր առաջ: Նշիկների և փափուկ քիմքի լորձաթաղանթը դառնում է վառ կարմիր, հիպերեմիայի հատվածը խիստ սահմանազատված է: Երկրորդ օրը առաջանում է կետային էնանտեմա, որը տարածվում է այտերի և լնդերի լորձաթաղանթին: Միաժամանակ մաշկի էրիթեմատոզ ֆոնի վրա ի հայտ է գալիս կետային վառ կարմիր ցան: Գունատ է մնում միայն կզակի և բերանի շուրջ գտնվող մաշկը՝ Ֆիլատովի քիթ-շրթունքային եռանկյունին: Հիվանդության 2-3 օրը զարգանում է կատարալ, լակունար կամ մեռուկային անգինա: Ենթաձևոտային ավշային հանգույցները մեծանում են, դառնում են ցավոտ: Լեզուն ծածկվում է մոխրասպիտակավուն փառով: Հիվանդության 3-4 օրը լեզվի էպիթելի դեկվամացիայի հետևանքով այն մաքրվում է փառից, դառնում է չոր, փայլուն և վառ կարմիր: Լեզվի թելանման պտկիկները ապաճի են ենթարկվում, իսկ սնկանմանները գերաճում են՝ լեզվին տալով մորու տեսք (մորանման լեզու): Կարող են ախտահարվել են նաև շրթունքները, դրանք դառնում են այտուցված, հիպերեմիկ, երբեմն պատված ճաքերով ու խոցերով:

Տարբերակիչ ախտորոշում:

Տարբերակում են հետևյալ հիվանդություններից՝
դիֆտերիա
կարմրուկ
անգինա
արյան հիվանդություններ

Ցանի առկայությունը դեմքի և մարմնի մաշկին, նշիկների վրա զանգվածային փառի բացակայությունը, ավշային հանգույցների ներգրավվումը և մանրէաբանական հետազոտությունը թույլ են տալիս բացառել դիֆտերիան:

Ֆիլատով-Կոպլիկի բծերի առկայությունը բնորոշ է միայն կարմրուկին:

Ի տարբերություն կատարալ և նեկրոտիկ անգինաների՝ քութեշի ժամանակ դիտվում է մաշկի ցանավորում, շուրթերի ճաքեր և «մորենման» լեզու:

Մաշկի ցանավորումը և սուր բորբոքային պրոցեսին բնորոշ արյան պատկերը բացառում են արյան հիվանդությունները:

Բուժում: Իրականացվում է ընդհանուր և տեղային բուժում:

Ընդհանուր բուժման համար նշանակվում են B, C և P վիտամիններ, ստրեպսիլս և հիպոսենսիբիլիզացնող միջոցներ:

Տեղային բուժման համար նշանակվում են բերանի խոռոչի ողողումներ արհեստական լիզոցիմով, երիցուկի թուրմով, ինչպես նաև ապլիկացիաներ (միկրոցիդ + նովոկային): Շուրթերի ճաքերի ժամանակ նշանակում են կալանխոյեի հյուր, կարատոլին և անեսթեզին (դեղձի յուղի հիման վրա):

ԿԱՐՄՐՈՒԿ:

Կարմրուկի հարուցիչն է polinosa morbillarum վիրուսը (պարամիկտովիրուսների ընտանիքի ՌՆԹ – պարունակող վիրուս): Վարակումը տեղի է ունենում օդակաթիլային ճանապարհով: Կարմրուկին բնորոշ է հիվանդության նախանշանային շրջանում այտերի հիպերեմիկ լորձաթաղանթին (մեծ աղորիքների շրջանում) 1-2մմ տրամագծով կլոր սպիտակա-դեղնավուն բծերի առաջացումը (Ֆիլատով-Կոպլիկի բծեր), որոնք քիչ բարձր են շրջակա լորձաթաղանթից: Հիվանդության ծաղկման շրջանում բծերը անհայտանում են:

Հետագայում, մաշկի ցանի առաջացման հետ, կամ անմիջապես դրանից առաջ փափուկ քիմքի լորձաթաղանթին ի հայտ է գալիս կարմրուկային էնանթեմա՝ փոքր, կլորավուն կամ երկարավուն բաց կամ վառ կարմիր բծեր: Ֆիլատով-Կոպլիկի բծերի առկայությունը հանդիսանում է կարմրուկի բացարձակ նշան:

Տարբերակիչ ախտորոշում:

Տարբերակում են հետևյալ հիվանդություններից՝
կաթնախտ
սուր հերպետիկ ստոմատիտ
քուրեշ

Ֆիլատով-Կոպլիկի բծերի տեղակայումը, մաշկի և փափուկ ու կարծր քիմքի միաժամանակյա ցանավորումը և մանրէաբանական հետազոտությունը թույլ են տալիս տարբերակել կարմրուկը կաթնախտից:

Մաշկի ցանավորումը, Ֆիլատով-Կոպլիկի բծերի առկայությունը, քիմքի վրա կարմրուկային էնանթեման, ԲԽԼ-ի վրա պոլիցիկլիկ էրոզիաների և աֆտաների բացակայությունը, նաև հերպետի հսկա բջիջների բացակայությունը բջջաբանական հետազոտության ժամանակ թույլ են տալիս տարբերակել կարմրուկը սուր հերպետիկ ստոմատիտից:

Մորենման լեզվի և անգինայի, ինչպես նաև Ֆիլատովի քիթ-շրթունքային եռանկյունու բացակայությունը և մանրէաբանական հետազոտության տվյալները թույլ են տալիս բացառել քուրեշը:

Բուժում:

Նշանակվում են բերանի խոռոչի հաճախակի լվացումներ և ողողումներ ֆուրացիլինով, սոդայի լուծույթով, արհեստական լիզոցիմով կամ կատարում են ցողում կոլուստանով օրը 3-6 անգամ:

ԶՐԾԱՂԻԿ:

Հարուցիչն է Varicella Zoster վիրուսը: Հիվանդությունը ունի սուր սկիզբ՝ մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացմամբ և մաշկի ցանավորումով: Միաժամանակ ցանավորում է առաջանում բերանի խոռոչում՝ լեզվի, կարծր քիմքի, բկանցքի լորձաթաղանթի վրա, ավելի հազվադեպ՝ լնդերին և շրթունքներին:

Ջրծաղիկի ախտաբանական տարրն է բշտիկը: Դրանք բերանի խոռոչում անկայուն են, արագ պատրվում են՝ առաջացնելով փոքր, կլոր մոխրա-վարդագույն էրոզիաներ, որոնք հիշեցնում են վառ կարմիր բորբոքային երիզով աֆթաներ: Ջրծաղիկի ցանը առաջանում է մի քանի փուլերով՝ 1-2 օր ընդմիջումներով: Դրա հետևանքով ցանավորման տարրերը գտնվում են իրենց զարգացման տարբեր փուլերում՝ բշտիկներ, էրոզիաներ, կեղևներ (կեղծ բազմաձևություն): Հիվանդության 3-4 օրերին ցանավորման տարրերը չորանում են, մարմնի ջերմաստիճանը իջնում է, հիվանդի ընդհանուր վիճակը լավանում է:

Տարբերակիչ ախտորոշում:

Անցկացվում է՝

սուր հերպետիկ ստոմատիտի հետ

Բերանի խոռոչում թափանցիկ բաղադրությամբ բշտիկների առկայությունը, նաև մաշկի քոր առաջացնող վեզիկուլյար ցանավորումը թույլ են տալիս բացառել սուր հերպետիկ ստոմատիտը:

Բուժումը: Անհրաժեշտ է բերանի խոռոչի մանրակրկիտ խնամք իրականացնել՝ երկրորդական ինֆեկցիայի կանխման համար: Ախտահարման տարրերը մշակվում են 1%-անոց բորաթթվի լուծույթով կամ բիվանոլի 1:1000 լուծույթով, երբեմն օգտագործվում է հակաբիոտիկների և նովոկայինի խառնուրդը: Նշանակում են ողողումներ՝ արհեստական լիզոցիմի և 0,25% նովոկայինի լուծույթի խառնուրդով, իմուդոնով, ցիտրալի լուծույթով:

ԳՐԻՊ:

Սուր ռեսպիրատոր հիվանդություն է, որի հարուցիչը հիմնականում A, B, և C խմբի վիրուսներն են:

Գրիպի ժամանակ հիվանդության հենց սկզբում զարգանում է կատարալ ստոմատիտ՝ վառ արտահայտված հիպերեմիայով, պարեսթեզիայով և լորձաթաղանթի այրոցի զգացումով: 1-2 օրից փափուկ քիմքի լորձաթաղանթին առաջանում է կարմիր կորեկանման ցանավորում, որը հանդիսանում է մանր թթագեղձերի արտատար ծորանների էպիթելի գերաճի հետևանք:

Գրիպի վաղաժամ ախտանիշներ կարող են լինել նաև ԲՄԼ-ի դեսկվամատիվ և նույնիսկ դեգեներատիվ-մեռուկային պրոցեսները, որոնք արտահայտվում է վառ հիպերեմիայով, էպիթելի դեսկվամացիայի ուժեղացմամբ, պետեխիաների և հեմոռագիկ պարունակությամբ մանր բշտիկների առաջացմամբ: Բշտիկները արագ պատռվում են, թողնելով վառ կարմիր ցավոտ էրոզիաներ և աֆտաներ: Օրգանիզմի և ԲՄԼ-ի ցածր դիմադրողականության պայմաններում և երկրորդային ինֆեկցիայի միացման դեպքում էրոզիաները և աֆթաները կարող են խոցոտվել, ինչի հետևանքով զարգանում է աֆթոզ-խոցային կամ խոցանեկրոտիկ ստոմատիտ:

Բուժումը: Կատարալ ստոմատիտի ժամանակ ցուցված է բերանի խոռոչի մանրակրկիտ հիգիենիկ խնամք և հականեխիչ միջոցների կիրառում: Աֆթաների, խոցերի և էրոզիաների դեպքում ցուցված է դրանց մշակումը հականեխիչներով, ցավազրկող և հակավիրուսային պրեպարատներով (օքսոլինային, ֆլորենալային, տեբրոֆենային քսուլներ, ինտերֆերոն): Էրոզիաների և խոցերի արագ էպիթելիզացիայի համար կարելի է օգտագործել կերատոպլաստիկներ:

Կանդիդոզ

Կանդիդոզը (candidosis) դա հիվանդություն է, որը առաջացնում են Candida խմբի խմորանման սնկերը:

Ախտածնությունը և պատճառագիտությունը:

Ախտաբանական փոփոխություններ առավել հաճախ առաջացնում են Candida albicans, Candida tropicalis, Candida crusei. Candida սնկերը բերանի խոռոչում կարող են տեղակայվել լորձաթաղանթի վրա, կարիոզ խոռոչներում, արմատախողովակներում: Մունկը «սիրում» է թթու միջավայր (pH=5.8-6.5) և արտադրում է բազմաթիվ ֆերմենտներ, որոնք քայքայում են սպիտակուցները, ճարպերը և ածխաջրերը:

Ախտաբանական հատկությունների արտահայտումը հիմնականում կախված է մակրոօրգանիզմի վիճակից: Կանդիդոզի զարգացման մեջ մեծ դեր է հատկացվում իմուն համակարգի թուլացմանը, բացի այդ հիվանդության զարգացմանը կարող են նպաստել՝ չարորակ նորագոյացությունները, ՄԻՎ-վարակը, պալարախտը, էնդոկրինոպատիաները, ադետամոքսային հիվանդությունները ինչպես նաև կորտիկոստերոիդներով, ցիտոստատիկներով և հակաբիոտիկներով երկարատև բուժումը: Ճառագայթումը, ոզելից խմիչքների և թմրանյութերի օգտագործումը նույնպես նպաստում է կանդիդոզի զարգացմանը: Կանդիդոզի զարգացման մեջ մեծ դեր է հատկացվում ԲՄԼ-ի վիճակին և իմունիտետին: Կանդիդոզի զարգացմանը նպաստում է ԲՄԼ-ի քրոնիկական վնասվածքը ատամների սուր եզրերով կամ անորակ պրոթեզներով: Քրոնիկական վնասվածքի հետևանքով ԲՄԼ-ի լորձաթաղանթի ռեզիստենտականության իջեցումը նպաստում է Candida սնկերի հեշտ ներխուժմանը և հիվանդության զարգացմանը: Բացի այդ, Candida խմբի սնկերը լավ աճում են ակրիլային պլաստմասերից պատրաստված շարժական պրոթեզների մակերեսին և նպաստում են քրոնիկական բորբոքման պահպանմանը պրոթեզի տակ:

ԲՄԼ-ի կանդիդոզը առավել հաճախ հանդիպում է նորածինների և մեծահասակների մոտ:

Վերջին տարիներին հակաբիոտիկների, ցիտոստատիկների և կորտիկոստերոիդների լայն կիրառման հետ կապված նկատվում է կանդիդոզով ախտահարման աճ: Հակաբիոտիկների երկարատև կիրառումը հանգեցնում է բերանի խոռոչի դիսբակտերիոզի, ընկճվում է բերանի ռեզիդենտ միկրոֆլորան, կտրուկ աճում է պայմանական-ախտածին Candida սնկերի վիրուլենտականությունը և զարգանում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հիվանդություն: Կորտիկոստերոիդների երկարատև ընդունումը նույնպես ընկճում է օրգանիզմի ռեակտիվականությունը, խանգարում է ածխաջրային փոխանակությունը, և բարենպաստ պայմաններ ստեղծում սնկերի զարգացման համար:

- Ըստ Շեկլյակովի տարբերում են կանդիդոզի հետևյալ տեսակները՝
- լորձաթաղանթների, մաշկի և եղունգների մակերեսային կանդիդոզ
 - երեխաների քրոնիկական տարածուն կանդիդոզ
 - վիսցերալ (համակարգային) կանդիդոզ

Կլինիկական պատկերը: Ըստ կլինիկական ընթացքի տարբերում են սուր և քրոնիկական կանդիդոզ: Սուր կանդիդոզը կարող է ընթանալ կաթնախտի կամ սուր ապաճական կանդիդոզի ձևով: Քրոնիկական կանդիդոզը կարող է արտահայտվել երկու ձևով՝ քրոնիկական հիպերպլաստիկ և քրոնիկական ապաճական:

Սուր պսևոմենթրանոզ կանդիդոզը (կաթնախտ) (candidosis acuta s.soor) բերանի խոռոչի կանդիդոզի ամենից հաճախ հանդիպող ձևերից է: Հիվանդությունը հաճախ առաջանում է կրծքի հասակի երեխաների մոտ և ունի ավելի թեթև ընթացք: Առավել հաճախ ախտահարվում է լեզվի մեջքը, այտերի, շրթունքների և քիմքի լորձաթաղանթը: Լորձաթաղանթը հիպերեմիկ է և չոր՝ ծածկված սպիտակ շոռանման փառով, որը բարձր է լորձաթաղանթի մակերեսից: Փառը կազմված է դեսկվամացիայի ենթարկված էպիթելային բջիջներից, սննդի մնացորդներից, միցելիումից: Հիվանդության սկզբում փառը հեշտությամբ հեռացվում է մերկացնելով հարթ, փոքր ինչ այտուցված, հիպերեմիկ մակերես: Ծանր և բացիոզի դեպքերում փառը դառնում է ավելի խիտ և դժվար է հեռացվում, մերկանում է երոզիվ մակերես: Հիվանդները նշում են այրոցի զգացում բերանի խոռոչում, ցավ սնունդ (հատկապես կծու) ընդունելու ժամանակ:

Սուր պսևդոմենբրանոզ գլոսիտը պետք է տարբերակել դեսկվամատիվ գլոսիտից, որի ժամանակ լեզվի մեջքի վրա առաջանում է էպիթելի դեսկվամացիայի օջախներ, որոնք թափառում են լեզվի մեջքով և շրջապատված են շերտազատվող էպիթելով:

Սուր կանդիդոզային ստոմատիտը պետք է տարբերակել լեյկոպլակիայից և կարմիր տափակ որքինից: Լեյկոպլակիայի և կարմիր տափակ որքինի ժամանակ սպիտակ փառը և հանգույցիկներն առաջանում են գերեղջերացման հետևանքով և այդ պատճառով դրանք հեռացնել հնարավոր չէ: Վերջնական ախտորոշումը կատարվում է մանրէաբանական հետազոտության հիման վրա:

Սուր ապաճական կանդիդոզ (candidosis acuta atrophica): Այդ ձևին բնորոշ է խիստ ցավոտություն, այրոց և բերանի խոռոչի չորություն: Բերանի լորձաթաղանթը վառ կարմիր է և չոր: Լեզվի մեջքը դառնում է մորեգույն, չոր է, փայլուն, թելանման պտկիկները ապաճած են: Փառը բացակայում է կամ գտնվում է միայն լեզվի ծալքերում և հեռացվում է դժվարությամբ:

Սուր ապաճական կանդիդոզը պետք է տարբերակել պրոթեզների պլաստմասայի հանդեպ ալերգիկ ռեակցիայից: Այս դեպքում կարևոր է պրոթեզի հեռացումից հետո հետևել բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի փոփոխություններին և կատարել մանրէաբանական հետազոտություն:

Սուր կանդիդոզների ժամանակ հիվանդների մոտ ընդհանուր երևույթներ չեն դիտվում:

Քրոնիկական հիպերպլաստիկ կանդիդոզ (candidosis chronica hyperplastica): Բնորոշվում է բերանի խոռոչի հիպերեմիկ լորձաթաղանթի վրա, հաստ, լորձաթաղանթին ամուր կպած փառի առաջացմամբ հանգույցիկների կամ վահանիկների տեսքով: Փառը սովորաբար տեղակայվում է լեզվի մեջքին և քիմքին: Լեզվի վրա ախտահարվում է շեղանկյունաձև գլոսիտին հատուկ մասը: Քիմքի վրա տեղակայվելու դեպքում կանդիդոզն ունի պապիլյար հիպերպլակիայի տեսք: Հիվանդության երկարատև ընթացքի ժամանակ փառը ներծծվում է ֆիբրինով, գոյանում են դեղնա-մախրավուն թաղանթներ, որոնք ամուր կպած են լորձաթաղանթին: Փառը հեռացվում է դժվարությամբ, նրա տակ մերկանում է հիպերեմիկ արյունահոսող էրոզիվ մակերես: Հիվանդները զանգատվում են բերանի խոռոչի չորությունից, այրոցի զգացումից, իսկ էրոզիաների առկայության դեպքում նաև ցավից:

Քրոնիկական հիպերպլաստիկ կանդիդոզը պետք է տարբերակել լեյկոպլակիայից և կարմիր տափակ որքինից:

Քրոնիկական ապաճական կանդիդոզ (candidosi chromica artrophica): Այս կանդիդոզը նկատվում է լորձաթաղանթի պրոթեզային մակերեսի վրա: Պրոթեզային դաշտին համապատասխանող լորձաթաղանթը հիպերեմիկ է, այտուցված և ցավոտ: Պրոթեզի տակ նկատվում են էրոզիաներ և պապիլոմատոզ: Հիվանդները զանգատվում են բերանի խոռոչի չորությունից և ցավից: Լորձաթաղանթին զուգահեռ ախտահարվում են նաև բերանի անկյունները (ուտախտ) և լեզուն (կանդիդոզային ապաճական գլոսիտ): Այս երեք զուգորդված ախտահարումները (քիմքի, լեզվի ու բերանի անկյունների) այնքան բնորոշ են քրոնիկական ապաճական կանդիդոզին, որ նրա ախտորոշումը դժվարություն չի ներկայացնում:

Կանդիդոզային ապաճական գլոսիտի ժամանակ լեզվի մեջքը կարմիր գույն է, չոր, փայլուն, թելանման պտկիկները ենթարկված են ապաճի: Խորը ծալքերում առկա է ապիտակամոխրագույն փառ, որը դժվարությամբ է հեռացվում:

Մանրէադիտակի տակ փառում հայտնաբերվում է Candida խմբի սնկերի միցելներ և սպորեր:

Տարբերակիչ ախտորոշումը պետք է կատարել կարմիր տափակ որքինից, ակրիլային պլաստմասներից առաջացած ալերգիկ ստոմատիտից, դեղորայքային ստոմատիտից և սիֆիլիտիկ հանգույցիկներից:

Խմորասնկային ուտախտ: Առաջանում է հիմնականում տարեց մարդկանց մոտ, որոնք ունեն կծվածքի բարձրության իջեցում: Խորը ծալքերի առկայությունը բերանի անկյուններում և թքով մշտական մացերացիան ստեղծում են այդ հատվածում բարենպաստ պայմաններ խմորման սնկերի զարգացման համար: Հիվանդները զանգատվում են այրոցի և ցավի զգացումից բերանի անկյուններում: Օջախը ծածկված է հեշտ հեռացվող մոխրագույն թափանցիկ խրթեշներով, նուրբ կեղևներով կամ փառով: Այս տարրերի հեռացումից հետո մերկանում են չոր կամ քիչ խոնավ մակերեսով էրոզիաներ կամ ճաքեր:

Պրոցեսը կարող է տարածվել շրթունքի կարմիր երիզի վրա՝ առաջացնելով կանդիդոզային խեյլիտ: Այն արտահայտվում է այտուցով, հիպերեմիայով, մոխրագույն խրթեշների առկայությամբ և մանր լայնական դասավորված ճաքերով:

Խմորասնկային ուտախտը պետք է տարբերակել *ստրեպտոկոկային ուտախտից*, որի համար բնորոշ է առատ արտադրություն, մաշկի վրա տարածվող հիպերեմիա, էրոզիան ծածկված է լինում մեղրա-դեղին կեղևով: Պետք է տարբերակել նաև *կարծր շանկրից և սիֆիլիտիկ հանգույցիկներից, որոնք հիմքում ունեն պինդ ներսփռանք*:

Ախտորոշում: Կանդիդոզի ախտորոշման համար հիմնվում են հիվանդի բնորոշ գանգատների, կլինիկական տվյալների և լաբորատոր հետազոտությունների վրա:

Կատարվում է լորձաթաղանթի և պրոթեզի մակերեսից վերցրած քերուկի միկրոսկոպիկ հետազոտություն Candida սնկերի հայտնաբերման նպատակով: Յետազոտման նյութը վերցվում են առավոտյան, ատամները դեռ չմաքրած վիճակում, առանց որևէ սնունդ ընդունելու: Նորմայում Candida խմբի սնկերը հայտնաբերվում են եզակի խմորանման բջիջների տեսքով: Կանդիդոզի ժամանակ հայտնաբերվում են բողբոջվող և չբողբոջվող բջիջների կուտակումներ, պսևդոմիցելիումի բարակ ճյուղավորվող թելերը:

Բուժումը

Ընդհանուր բուժում: Ներքին ընդունման համար նշանակվում են հակասնկային դեղամիջոցներ՝ նիզորալ կամ պիմաֆուցին:

Լավ հակասնկային ազդեցություն ունի դեկամինը, որն օգտագործվում է կարամելի ձևով՝ 1-2 կարամել օրը 6-8 անգամ:

Ամֆոգլյուկամին՝ նշանակվում է per os 200 000 ՄԱ օրը 2 անգամ ուտելուց հետո և տեղային՝ քսուքի ձևով:

Արտահայտված հակասնկային ազդեցություն ունի նաև դիֆլյուկանը՝ 50-100մգ օրը 1 անգամ:

Բերանի չորության դեմ նշանակում են 2-3% կալիումի յոդիդի լուծույթ 1 ճաշի գդալ օրը 2-3 անգամ ուտելուց հետո: Մաշկի, լորձաթաղանթի միջոցով արտազատվող յոդն ունի ֆունգիստատիկ հատկություններ:

Հիվանդի ընդհանուր վիճակը լավացնելու համար նշանակում են վիտամիններ B, PP, C:

Տեղային բուժում: Բերանի խոռոչի ամբողջ լորձաթաղանթի տեղային բուժման համար կիրառվում են հետևյալ քսուքները՝ 0.5% դեկամինային, ամֆոտերիցին B, կլոտրիմազոլի 1% քսուք:

ԲԽԼ-ն և շրթունքի կարմիր երիզը մշակում են անիլինային ներկիչների լուծույթներով (առաջին հերթին մանուշակագույն)

Բերանի խոռոչի թթվային միջավայրը դեպի հիմնային ուղղելու համար նշանակում են ռոդոուններ 2% նատրիումի հիդրոկարբոնատի, 2-5 % բորակի և 2% բորաթթվի լուծույթներով:

Խմորասնկային ուտախտի և խեյլիտի դեպքում էֆֆեկտիվ է նիստատինի, 5% լուրինի, 0,5% դեկամինի և կլոտրիմազոլի քսուքները:

Բերանի խոռոչի ախտահարումները դերմատոզների ժամանակ

Կարմիր գայլախտ (lupus erythematoses)

Տարբերում են կարմիր գայլախտի երկու ձև.

1. Քրոնիկական (սկավառականման)
2. Սուր (համակարգային)

Երկու ձևի ժամանակ էլ հիվանդությունը ընթանում է մաշկի բաց տեղամասերի և երբեմն բերանի լորձաթաղանթի ախտահարումով: Բերանի լորձաթաղանթի մեկուսացված ախտահարում համարյա չի դիտվում: Հիվանդանում են ավելի հաճախ կանայք 20-40 տարեկան հասակում:

Պատճառագիտություն և ախտածնություն:

Կարմիր գայլախտը համակարգային հիվանդություն է չպարզված պատճառագիտությամբ և բարդ պաթոգենեզով: Ժամանակակից պատկերացումներով կարմիր գայլախտը պատկանում է ռևմատիկ և աուտոիմուն հիվանդությունների շարքին: Ենթադրվում է, որ հիվանդությունը զարգանում է տարբեր ինֆեկցիոն և ոչինֆեկցիոն ազդակների հանդեպ սենսիբիլիզացիայի արդյունքում: Նախատրամադրող գործոններ են հանդիսանում ալերգիան որևէ ճառագայթների և ցրտի հանդեպ, ինչպես նաև՝ քրոնիկական ինֆեկցիայի օջախը: Կան տվյալներ ժառանգական նախատրամադրվածության վերաբերյալ:

Քրոնիկական (սկավառականման) կարմիր գայլախտ

Սովորաբար սկսվում է մաշկի բաց տեղամասերի ախտահարումով՝ ճակատի, քթի, այտերի և այլն: Դեմքի վրա ախտահարման օջախը իր ձևով նմանվում է թիթեռի: Բերանի խոռոչի ախտահարումները գերազանցապես տեղակայվում են շրթունքների կարմիր երիզի վրա: Մաշկային ախտահարմանը բնորոշ են՝ գերարյունությունը, գերեղջերացումը և ապաճը:

Ախտահարումը ընթանում է փուլերով:

Առաջինը՝ էրիթեմատոզ փուլը բնորոշվում է 1-2 թեթև այտուցված, հստակ սահմաններով հետզհետե մեծացող բծերի առկայությամբ: Բծերը մեծանալով միաձուլվում են, ստանում թիթեռի տեսք, որի մեջքը գտնվում է քթի վրա, իսկ թևերը՝ այտերի: Բծերի առաջացումը կարող է ուղեկցվել այրոցի և ծակծկոցի զգացումով:

Երկրորդ փուլում՝ գերեղջերացող-ներսփռանքային - ախտահարված օջախներում առաջանում է ներսփռանք և դրանք ընդունում են ամուր սկավառականման ձև, որոնց մակերեսը ծածկված է մոխրասպիտակավուն խրթեշներով:

Երրորդ՝ ատրոֆիկ փուլում ախտահարման օջախի կենտրոնում առաջանում է սպիտակ գույնի ատրոֆիա, ինչի արդյունքում օջախը ամուր կպած է ստորադիր հյուսվածքներին:

Քրոնիկական կարմիր գայլախտի ժամանակ բերանի լորձաթաղանթի ախտահարումները արտահայտվում են հիմնականում կարմիր երիզի վրա: Շրթունքների կարմիր երիզի վրա դիտվում է ախտահարման 4 կլինիկական ձև՝

1. տիպիկ (սովորական)
2. առանց կլինիկապես արտահայտված ապաճի և եղջերացման
3. էրոզիվ-խոցային
4. խորը

Տիպիկ ձևի ժամանակ շրթունքների կարմիր երիզին նկատվում է օջախային կամ տարածուն ներսփռանք, ծածկված մոխրասպիտակավուն խրթեշներով, որոնց հեռացումից առաջանում է արյունահոսություն և ցավ: Տիպիկ ձևի ժամանակ պաթոհիստոլոգիորեն էպիթելում դիտվում է պարակերատոզ, հիպերկերատոզ, ականտոզ, բազալ շերտի վակուոլ դիստրոֆիա, որոշ տեղերում՝ ատրոֆիա:

Առանց կլինիկորեն արտահայտված ապաճի ձևին բնորոշ է դիֆուզ գերարյունություն, մակերեսին՝ գեր- և պարակերատոզ խրթեշներով, որոնք շերտազատվում են ավելի հեշտ, քան տիպիկ ձևի ժամանակ: Ապաճը բացակայում է:

Էրոզիվ-խոցային ձևին բնորոշ է շրթունքների խիստ արտահայտված բորբոքում՝ էրոզիաների, ճաքերի և խոցերի առաջացումով, որոնք ծածկված են արյունա-թարախային կեղևով: Դրանց շուրջը դիտվում է գերարյունություն և գերեղջերացում: Հիվանդներին անհանգստացնում է ուժեղ ցավը, որը սաստկանում է սնունդ ընդունելիս:

Խորը ձևը (Կապոշի-Իրգանգի) հանդիպում է ավելի հազվադեպ և բնորոշվում սահմանափակ հանգուցավոր գոյացության առաջացումով, որի մակերեսը գերարյունային է և եղջերացող:

Շրթունքների կարմիր երիզի գայլախտը երբեմն բարդանում է երկրորդային գլանդուլյար խեչիտի առաջացումով:

Կարմիր գայլախտի ժամանակ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը ախտահարվում է ավելի հազվադեպ: Ախտահարման դեպքում օջախները տեղակայվում են այտերի լորձաթաղանթի վրա՝ ատամների հպման գծով, լեզվի և քիմքի վրա: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա տարբերում են կարմիր գայլախտի 3 կլինիկական ձև՝

1. տիպիկ
2. էքսուդատիվ-հիպերեմիկ
3. էրոզիվ-խոցային

Տիպիկ ձևին բնորոշ են կանգային հիպերեմիայի օջախներ՝ ներսփռանքով և հիպերկերատոզով, կենտրոնում՝ ատրոֆիա, ծայրամասերում՝ հիպերկերատոզ:

էքսուդատիվ-հիպերեմիկ ձևին բնորոշ է արտահայտված բորբոքումը, որի պատճառով ատրոֆիան և հիպերկերատոզը քիչ են նկատվում: Տրավմատիկ գործոնների ազդեցության հետևանքով այս ձևը բավականին արագ փոխակերպվում է էրոզիվ-խոցայինի:

Էրոզիվ-խոցային ձևի ժամանակ ախտահարման օջախների կենտրոնում առաջանում են ցավոտ էրոզիաներ կամ խոցեր, որոնց շուրջը նկատվում են ճառագայթաձև սպիտակ գծեր, իսկ ծայրամասերում հիպերկերատոզի երևույթները ուժգնանում են: Էրոզիվ-խոցային ձևը կարող է չարորականալ:

Կարմիր գայլախտի օջախի առաջացումից հետո որպես օրենք մնում է ատրոֆիկ սպի:

Քրոնիկական կարմիր գայլախտը ունի երկարատև ընթացք (տասնյակ տարիներ):

Ախտորոշումը դժվարություն չի ներկայացնում, եթե ախտահարման օջախները առկա են նաև մաշկի վրա: Եթե դիտվում է բ.խ.լ.-ի կամ շրթունքների մեկուսացված ախտահարում, ապա ախտորոշման համար պահանջվում են հետազոտման լրացուցիչ մեթոդներ (հյուսվածաբանական, իմունոհորիզոնոգիական, լյումինեսցենտային):

Տարբերակիչ ախտորոշում

Քրոնիկական կարմիր գայլախտը պետք է տարբերակել՝

1. կարմիր տափակ որքինից
2. պալարախտային գայլախտից
3. լեյկոպլակիայից

Շրթունքների կարմիր երիզին տեղակայվելու դեպքում անհրաժեշտ է տարբերակել նաև.

1. ակտինիկ խեչիտից
2. Մանգանտոտիի նախաքաղցկեղային խեչիտից

Բուժումը սկսում են հիվանդի ընդհանուր հետազոտումով՝ քրոնիկական ինֆեկցիաների և սոմատիկ հիվանդությունների հայտնաբերման նպատակով: Դեղորայքային միջամտությունը սկսում են խինոլինային շարքի (դեկագիլ, պլակվեճոլ) պրեպարատների կիրառումով միաժամանակ նշանակում են պրեդնիզոլոն (10-15մգ/օր), լայն կիրառում են վիտամինային կոմպլեքսները B2, B6, B12, նիկոտինաթթու, ասկորբինաթթու: Իմունոկարգավորիչներ՝ դեկարիս, տիմալին, T-ակտիվին:

Տեղային բուժման համար կիրառում են կորտիկոստերոիդների քսուկներ («Ֆլուցինար», «Սինալար» և այլն): Էրոզիվ-խոցային ձևի ժամանակ բացի կորտիկոստերոիդային քսուկներից կիրառվում են հակաբիոտիկներ և հակամանրէային միջոցներ:

Սուր (համակարգային) կարմիր գայլախտ: Հանդիսանում է համակարգային ծանր հիվանդություն: Բնորոշ է բաժրձ ջերմությունը, ցավեր հողերում, մկաններում ներքին օրգանների ախտահարումներ (էնդոկարդիտ, պոլիարտրիտ, աղեստամոքսային ուղիների ախտահարումներ և այլն): Արյան պատկերում՝ լեյկոպենիա, անեմիա, արագացված ԷՍԱ:

Նրանից թե սրացման ժամանակ որ ախտահարումն է գերակշռում տարբերում են կարմիր գայլախտի հողա-մաշկային, երիկամային, սիրտ-անոթային, աղեստամոքսային և հեմատոլոգիական տարատեսակները:

Սուր կարմիր գայլախտի ժամանակ բ.խ.լ.-ի փոփոխություններ նկատվում են հիվանդների 60%-ի մոտ: Այտերի, քիմքի և լնդերի լորձաթաղանթի վրա առաջանում են հիպերեմիկ, այտուցված բծեր, հեմորագիկ պարունակությամբ տարբեր չափերի բշտեր, որոնք հետագայում դառնում են արյունաթարախային փառով ծածկված էրոզիաներ: Մաշկի վրա առաջանում են հիպերեմիկ բծեր, իսկ երբեմն՝ այտուց և բշտեր: Դրանց տեղակայման մասերն են՝ դեմքը, պարանոցը, վերջույթները: Կարող է դիտվել բնորոշ «թիթեռնիկ» ախտահարման ձևը՝ այտուցված, վառ կարմիր մաշկը երբեմն ծածկված է լինում բշտերով, բազմաթիվ էրոզիաներով:

Կարմիր գայլախտի այս ձևին բնորոշ է առաջընթացը, որի ժամանակ հետզհետե ընդգրկվում են տարբեր հյուսվածքներ և օրգաններ:

Ախտորոշումը կատարվում է մաշկային ախտահարումների և ներքին օրգանների վիճակի հիման վրա, ինչպես նաև ոսկրուղեղի և արյան մեջ «կարմիր գայլախտի բջիջների» հայտնաբերումով՝ LE բջիջներ (lupus erythematodes):

Բուժումը պետք է սկսել ստացիոնարում և որքան հնարավոր է վաղ շրջանում: Հիվանդության ակտիվ շրջանում նշանակում են մեծ դեղաչափերով գլյուկոկորտիկոիդներ: Բուժումը սկսում են սուր շրջանում պրեդնիզոլոնի հարվածային դեղաչափերով՝ 60մգ-ից: 3 ամսվա ընթացքում այն հասցնում են 35մգ, այնուհետև հաջորդ 6 ամսվա ընթացքում այն հասցնում են 15մգ. Պրեդնիզոլոնի քանակի իջեցումը կատարվում է շատ զգույշ՝ ամբողջ ընթացքում կատարվում է ընդհանուր վիճակի հսկողություն լաբորատոր տվյալների հիման վրա: Որից հետո որոշվում է տվյալ հիվանդի անհատական միևնույն դեղաչափը (սովորաբար՝ 5-10մգ): Հանքային փոխանակության խանգարումների կանխարգելման համար նշանակվում են կալիումի պրեպարատներ (կալիումի քլորիդ):

Սուր շրջանի վերացումից հետո կատարվում է կարմիր գայլախտի կոմբինացված բուժում՝ կորտիկոստերոիդների միևնույն դեղաչափի հետ միաժամանակ նշանակվում են ամինախինոլինային պրեպարատներ (պլակվեճիլ կամ դեկագիլ՝ 1 հաբ քնելուց առաջ):

Կարմիր տափակ որքինը (lichen ruber planus)

Կարմիր տափակ որքինը - մաշկի և լորձաթաղանթների քրոնիկական բորբոքային հիվանդություն է, որին բնորոշ է եղջերացող պապուլաների առաջացումը:

Հիվանդությունը ավելի հաճախ հանդիպում է 40-60 տարեկան կանանց մոտ: Կարմիր տափակ որքինի ժամանակ մաշկի և լորձաթաղանթի միաժամանակյա ախտահարում դիտվում է մոտ 25% հիվանդների մոտ, իսկ ԲԽԼ-ի մեկուսացված ախտահարում, առանց մաշկային փոփոխությունների՝ 75% հիվանդների մոտ: Հիվանդությունը կարող է տեղակայվել նաև օրգանիզմի մյուս լորձաթաղանթների վրա՝ սեռական օրգանների, կերակրափողի, ստամոքսի, շաղկապենու:

Պատճառագիտությունը վերջնականորեն պարզված չէ: Գոյություն ունեն այս հիվանդության առաջացման նյարդային, վիրուսային, իմունոալերգիկ, ժառանգական և ինտոկսիկացիոն տեսություններ: Կարմիր տափակ որքինը որպես օրենք, ընթանում է քրոնիկական հիվանդությունների հիմնապատկերի վրա՝ աղեստամոքսային, հիպերտոնիկ, շաքարային դիաբետի, նեվրոզների, իմուն համկարգի խանգարումների: Կարմիր տափակ որքինի ընթացքի սրացման համար կարևոր նշանակություն ունեն վնասվածքները (ատամների սուր եզրերը, անորակ պրոթեզները), գալվանիզմի երևույթը, պրոթեզների պլաստմասայի հանդեպ ալերգիկ ռեակցիան:

Կլինիկա: Ախտահարման հիմնական մորֆոլոգիական տարրն է կլոր կամ պոլիգոնալ եղջերացած պապուլան մինչև 2մմ տրամագծով: Մաշկի վրա դրանք սովորաբար տափակ են, ունեն վարդագույն կամ կապտա-կարմրավուն երանգ: ԲԽԼ-ի վրա՝ մշտական մացերացիայի հետևանքով, պապուլաները ձեռք են բերում սպիտակա-մոխրագույն երանգ: Կարմիր տափակ որքինին բնորոշ հատկությունն է պապուլաների միաձուլումը, որի ժամանակ ստացվում է ձյան փաթիլ հիշեցնող պատկեր: Պապուլաները լորձաթաղանթի մակերեսից փոքր ինչ բարձր են և հաղորդում են դրան խորդուբորդ տեսք: Լեզվի մեջքին և կողմնային մակերեսներին միաձուլված պապուլաները առաջացնում են հիպերկերատոտիկ վահանիկներ, պտկիկները այդ շրջանում հարթված են:

Կարմիր տափակ որքինի բնորոշ տեղակայումն է այտերի լորձաթաղանթը մեծ աղորիքների հպման գծով նաև լեզվի մեջքը և կողմնային մակերեսները:

Տարբերվում են կարմիր տափակ որքինի հետևյալ ձևերը՝

- տիպիկ (հասարակ)
- էքսուդատիվ-հիպերեմիկ
- էրոզիվ-խոցային
- բշտային /բուլյոզ/

- հիպերկերատոտիկ

Տիպիկ ձևը հանդիպում է մնացած ձևերից ավելի հաճախ: Տեսանելի անփոփոխ լորձաթաղանթի վրա առաջանում են սպիտակավուն պապուլաներ ծյան փաթիլների, ժանյակների տեսքով: Սուբյեկտիվ գանգատները քիչ են արտահայտված, կարող է նկատվել այրոցի, ձգվածության, անհարթության և ԲԽԼ-ի չորության զգացողություններ: Հաճախ հիվանդությունը ընթանում է անախտանիշ:

Էքսուդատիվ-հիպերեմիկ ձևը հանդիպում է ավելի հազվադեպ: Պապուլաները տեղակայվում են այտուցված և հիպերեմիկ լորձաթաղանթի վրա: Հիվանդը ունենում է այրոցի զգացում, ցավեր, որոնք սաստկանում են կծու սնունդ ընդունելիս և խոսելիս:

Էրոզիվ-խոցային ձևը բոլոր ձևերից ամենածանրն է: Կարող է առաջանալ որպես տիպիկ կամ էքսուդատիվ-հիպերեմիկ ձևերի բարդություն վնասվածքային գործոնների ազդեցության հետևանքով: Այս ձևի ժամանակ հիպերեմիկ և այտուցված լորձաթաղանթի վրա դիտվում էրոզիաներ և խոցեր, որոնց շուրջ տեղակայված են եղջերացած պապուլաները: Էրոզիաները և խոցերը ունեն անկանոն ձև, պատված են ֆիբրինային փառով, որի հեռացումից հետո հեշտ արյունահոսում են: Էրոզիաները և խոցերը չափազանց ցավոտ են, գոյատևում են երկար, երբեմն ամիսներ և տարիներ շարունակ չեն ենթարկվում էպիթելավորման: Որոշ դեպքերում հնարավոր է դրանց չարորակացում:

Բուլյոզ ձևը հանդիպում է հազվադեպ: Տիպիկ սպիտակավուն պապուլաների ցանավորումից բացի այս ձևին բնորոշ է նաև ամուր ծածկով 2-3մմ-ից մինչև 1-1,5սմ տրամագիծ ունեցող բշտերի առաջացումը: Բշտերը ունեն շճային կամ հեմորագիկ պարունակություն: Դրանք գոյատևում են մի քանի ժամից մինչև 2 օր: Դրանց տեղում առաջացած էրոզիաները բավականին արագ էպիթելավորվում են, ինչով և տարբերվում են էրոզիվ-խոցային ձևից:

Հիպերկերատոտիկ ձևը նույնպես հանդիպում է շատ հազվադեպ: Այս ձևին բնորոշ է լորձաթաղանթի մակերեսից բարձրացող տարբեր ձևերի խիստ արտահայտված սահմաններով հիպերկերատոտիկ վահանիկների առկայությունը: Հիպերկերատոզի օջախների շուրջ դիտվում է հանգույցիկային ցանավորում:

Կարմիր տափակ որքիմի բոլոր ձևերը կարող են փոխակերպվել մեկը մյուսի:

ԲԽԼ-ի վրա կարմիր տափակ որքիմի օջախները 1% դեպքերում կարող են չարորականալ: Չարորակացման նշաններն են՝ եղջերացման կտրուկ արագացում և ախտահարման օջախի հիմքի կամ եզրերի պնդացում:

Ախտահյուսվածաբանական փոփոխությունները էպիթելում բնորոշվում են հիպեր-, պարակերատոզի և ականտոզի երևույթներով:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Կարմիր տափակ որքինը պետք է տարբերակել՝

- Լեյկոպլակիայից
- Կանդիդոզից
- Կարմիր գայլախտից
- հանգույցիկավոր սիֆիլիսից
- ալերգիկ ստոմատիտից
- քրոնիկական վնասվածքից
- Բուուենի հիվանդություննից

Ի տարբերություն կարմիր տափակ որքինի, Լեյկոպլակիայի ժամանակ ախտահարման տարր է հանդիսանում բիծը, ԲԽԼ-ն փոփոխված չէ, պապուլաները բացակայում են: Լեյկոպլակիայի օջախները տեղակայվում են բերանի խոռոչի առաջնային հատվածներում՝ այտերի և բերանի անկյունների շրջանում:

Կանդիդոզի ժամանակ ԲԽԼ-ի վրա բացակայում է տափակ որքինին բնորոշ պատկերը (ժանյակներ, ձյան փաթիլներ), սպիտակ փառը հեշտությամբ հեռացվում է, իսկ մանրէաբանական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում են *Candida* ցեղի սնկերը:

Կարմիր գայլախտի օջախները հիմնականում տեղակայվում են շրթունքների, այտերի, հազվադեպ՝ քիմքի վրա: Դրանք հիպերեմիկ են, ներսփռանքով, հիպերկերատոզը դիտվում է միայն օջախի սահմաններում: Օջախի կենտրոնում առկա է ապաճի հատված: Հանգույցիկային տարրերը բացակայում են:

Սիֆիլիտիկ պապուլաները տարբերվում են ավելի մեծ չափերով, դրանց մակերեսը պատված է հեշտ հեռացվող սպիտակա-մոխրագույն փառով: Վասերմանի ռեակցիան դրական է, քսուկում հայտնաբերվում են դժգույն տրեպոնեմաներ:

Ալերգիկ ստոմատիտից կարմիր տափակ որքինը տարբերակում են անամնեստիկ տվյալների և ալերգաբանական փորձերի արդյունքների հիման վրա:

Քրոնիկական մեխանիկական վնասվածքի ժամանակ ախտահարման շրջանը համապատասխանում է տրավմատիկ գործոնի ազդեցությանը և արագ վերանում է վերջինի հեռացումից հետո:

Բուժումը:

Կատարվում է բերանի սանացիա:

Բոլոր կլինիկական ձևերի ժամանակ նշանակվում են սեդատիվ միջոցներ (վալերիանա, տրանկվիլիզատորներ):

Տիպիկ և էքսուդատիվ-հիպերեմիկ ձևի ժամանակ ներքին ընդունման համար նշանակում են վիտամին A, անհրաժեշտ է նաև B խմբի վիտամինների երկարատև ընդունում (հատկապես նիկոտինաթթու): Միաժամանակ վիտամին A-ի լուծույթը օգտագործում են տեղային ապլիկացիաների տեսքով:

Էքսուդատիվ-հիպերեմիկ և էրոզիվ-խոցային ձևերի ժամանակ արդյունավետ է նիկոտինաթթվի կիրառումը, որը ներարկում են ախտահարված օջախի տակ (1մլ 1% նիկոտինաթթու+1% նովոկաին), կատարվում է 15-20 ներարկում՝ օրը մեջ:

Էրոզիվ-խոցային և բուլյոզ ձևերի ժամանակ կատարվում է զուգակցված բուժում՝ կորտիկոստերոիդների և հակամալարիային պրեպարատների միջոցով՝ պրեդնիզոլոն կամ դեքսամետազոն և խինգամին (դելագիլ): Նաև օգտագործվում է խոնսուրիդ ապլիկացիաների կամ ներարկումների տեսքով անմիջապես ախտահարված օջախի տակ: Խոնսուրիդը խթանում է էրոզիաների և խոցերի էպիթելիզացիան, ունի հակաբորբոքային ազդեցություն:

Տեղային բուժման համար նշանակում են հակաբորբոքային լուծույթներով ողողումներ /երիցուկ, շալֆեյ, քլորամին/, էպիթելավորումը արագացնելու համար ապլիկացիաների ձևով կիրառվում են վիտամիններ A և E-ի յուղային լուծույթներ, «Սոլկոսերիլ» և «Ակտովեգին» քուլկները և այլն:

Քերանի լորձաթաղանթի դիմադրողականությունը և վերականգնողական հատկությունը խթանելու համար կիրառում են թրջոցներ 0.25% լիզոցիմի լուծույթով:

Կարևոր նշանակություն ունեն նաև ֆիզիոթերապևտիկ բուժման որոշ եղանակները՝ լազերոթերապիա, էլեկտրոֆորեզ:

Երկար ընթացք ունեցող և կոնսերվատիվ բուժման հանդեպ կայուն էրոզիաները, խոցերը և հիպերկերատոզի օջախները անհրաժեշտ է հատել հետագա հյուսվածաբանական հետազոտությամբ:

Լավ արդունք է տալիս նաև կրիոդեստրուկցիան:

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Համաձայն արդիական պատկերացումների՝ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և պարոտոզների ախտահարումների ախտածնության և ախտաբանության մեջ մեծ դեր են խաղում օրգանիզմի այլ օրգան-համակարգերի հիվանդությունները: Օրգանիզմի ընդհանուր հիվանդությունների ֆոնի վրա զագացող բարդությունների հետագոտումը ցույց է տվել, որ առավելագույն արագ առաջացող և կարևոր արտաքին ախտահարումները հայտնաբերվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա: Այդ ախտահարումների առաջացման մեխանիզմները, կլինիկան և բուժման հարցերը մինչև այժմ էլ արդիական են գործնական ստոմատոլոգիայի համար:

Ընդհանուր հիվանդությունների մեջ, որոնք ուղեկցվում են բերանի խոռոչի օրգանների ախտահարումներով, առանձին տեղ են գրավում արյունաստեղծ համակարգի հիվանդությունները: Չ՞է որ դեռ սաղմնային շրջանում հենոպոետիկ բջիջները տեղակայված են լինում սաղմի "բերանի խոռոչի" լորձաթաղանթի շրջանում, և այդ կապը պահպանվում է մարդու ամբողջ կայնքի ընթացքում, ինչի պատճառով էլ հենոպոետի բոլոր խանգարումները առաջին հերթին արտահայտվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթում: Այդ իսկ պատճառով ստոմատոլոգը կարող է լինել ընդհանուր հիվանդության նշանների առաջին և ճիշտ ժամանակին ախտորոշողը, և ցուցաբերել այդպիսի հիվանդներին հատուկ մասնագիտական մոտեցում:

Ինչպես հայտնի է, արյունը և նրա բաղադրիչ մասերը շատ կարևոր դեր են խաղում կապելով օրգանիզմի բոլոր օրգան-համակարգերը և ապահովելով նրանց նորմալ աշխատանքը: Արյան բաղադրիչ մասերը առաջանում և զարգանում են ոչ թե արյան մեջ, այլ արյունաստեղծ օրգաններում՝ ոսկրածուծում, լիմֆատիկ հանգույցներում և փայծաղում:

Արյունաստեղծումը անցնում է երեք տարբեր ուղղություններով՝

- էրիթրոպոեզ /կարմիր արյան ստեղծում/,
- լեյկոպոեզ /սպիտակ արյան ստեղծում/
- թրոմբոցիտոպոեզ:

1. ԿԱՐՄԻՐ ԱՐՅԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Արյան կարմիր գնդիկները - էրիթրոցիտները - առաջանում են կարմիր ոսկրածուծում, որը տեղակայված է երկար խողովակավոր ոսկրերի էպիֆիզներում, գանգի ոսկրերում, կրծոսկրում, կողերում և ողերում:

Ոսկրածուծի միայն 20-30%-ն է մասնակցում էրիթրոպոեզին: Հասուն էրիթրոցիտները արյան մեջ պահպանվում են մոտ 120 օր, ինչից հետո քայքայվում են փայծաղում: Էրիթրոցիտների հիմնական դերը օրգանիզմում՝ գազերի /O₂ և CO₂/ տեղափոխությունն է, որին անմիջականորեն մասնակցություն ունի հեմոգլոբինը: Նրա կազմի մեջ են մտնում՝ սպիտակուցային մասը - գլոբինը /96%/, և երկաթի /Fe/ ատոմները: Այդ իսկ պատճառով Fe-իոնները նույնպես կարևոր դեր են խաղում էրիթրոպոեզում:

Fe-ը ներծծվում է ստամոքս-աղիքային տրակտի ամբողջ երկայնքով, և նրա քանակը կախված է օրգանիզմի կարիքներից:

Էրիթրոպոեզի վրա մեծ ազդեցություն ունի նաև B խմբի վիտամինները և ֆոլեաթթուն: Հատկապես մեծ է vit B₁₂ դերը, որը օրգանիզմում սինթեզվում է հաստ աղիքի մանրէների կողմից: Սննդից vit B₁₂ ներծծվում է միայն ստամոքսում Կասլի ներքին ֆակտորի առկայության դեպքում, որը բացակայում է ստամոքսի քաղցկեղի, ատրոֆիկ գաստրիտի /ապաճային ստամոքսաբորբ/ և պերնիցիոզ անեմիայի դեպքում: Ենթադրվում է, որ vit B₁₂ լյարդում ակտիվացնում է ֆոլեաթթուն, դարձնելով նրան ֆոլեինաթթու, որը և անմիջականորեն ազդում է ոսկրածուծի վրա՝ խթանելով էրիթրոպոեզը:

Նաև պետք է նշել, որ հեմոգլոբինի սինթեզում պորֆիրինի առաջացման փուլում, կարևոր դեր է հատկացվում vit B₆-ին, որը մասնակցում է Fe-իոնների հեմ ներմուծման գործում:

Առողջ մարդկանց մոտ պերիֆերիկ արյան մեջ հայտնաբերվում է՝

- էրիթրոցիտներ՝ - արական սեռի մոտ - 4,0 - 5,0 մլն/մմ³
- իգական սեռի մոտ - 3,9 - 4,7 մլն/մմ³
- հեմոգլոբին /Hb/ - արական սեռի մոտ - 13,0 - 16,0 գ%
- իգական սեռի մոտ - 12,0 - 14,0 գ%

Այսպիսով, կարելի է եզրակացնել, որ ինչպես Fe-իոնների քանակի պակասը /ներծծման խանգարումներ, երկարատև արյունահոսություններ և այլն/, այնպես էլ vit B₁₂-ի պակասը կարող է առաջացնել էրիթրոպոեզի խանգարումներ: Այդ իսկ պատճառով առանձնացնում են Fe-դեֆիցիտային և vit B₁₂-դեֆիցիտային անեմիաներ:

Fe-դեֆիցիտային անեմիան /աբլորիդրիկ անեմիա, հետարյունահոսային անեմիա, քլորոզ/ զարգանում է Fe-իոնների ներծծման խանգարման, երկարատև արյունահոսությունների, անացիդ գաստրիտի, քրոնիկ ինֆեկցիաների և այլ դեպքերում: Հիվանդությունը հաճախ հանդիպում է 30-40 տարեկան հասակում, զարգանում է դանդաղ և ունի քրոնիկ ընթացք: Հիվանդի պերիֆերիկ արյան մեջ հայտնաբերվում է էրիթրոցիտների պակաս /նորմայի ստորին սահմանի շրջանում/, իսկ հեմոգլոբինի խտությունը իջնում է 40-60%-ով: Գունային ցուցանիշը ցածր է 1-ից /0,7/:

Հիվանդները գանգատվում են թուլությունից, գլխապտույտից, գլխացավերից, անհանգիստ քնից, արագ հոգնածությունից, երբեմն մաշկի որոշ հատվածների, հատկապես մատների, զգայնության խանգարումներից: Հաճախ արտահայվում են նաև խանգարումներ ստամոքս-աղիքային և սիրտ-անոթային համակարգերում: Հիվանդի մաշկը գունատ է, կարող են հայտնաբերվել տրոֆիկ փոփոխություններ ինչպես մաշկի, այնպես էլ եղունգների և մազային ծածկույթների շրջանում:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը լինում է գունատ, իսկ փոփոխությունների հիմքում ընկած են սնուցման խանգարումները, որոնք կապված են Fe-իոնների պակասի հետ: Հաճախ հիվանդները գանգատվում են համային և հոտառական զգացողության խանգարումներից, ինչը արտահայտվում է սննդի անախորժակ ընդունումով, ոչ սննդային մթերքի /կավիճ, ատամի մածուկ, ավազ և այլն/ օգտագործումով սննդի մեջ, ինչպես նաև այրոցի և պարեսպեզիայի զգացումով լեզվում, հատկապես ծայրին:

Թքարտադրությունը քչացած է, ինչը բերում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի չորության, և հիվանդը կարիք է ունենում անընդհատ ջուր խմելու:

Հաճախ բերանի անկյունում առաջանում են ցավոտ ուտիչներ և ճաքեր:

Ախտորոշվում է կատարալ լնդաբորբ, ծանր դեպքերում պարոդոնտիտ, որը ուղեկցվում է տարբեր աստիճանի արյունահոսությամբ:

Օբյեկտիվորեն լեզուն այտուցված է, պտկիկները ապաճած, հիմնականում լեզվի ծայրին, մարմինը կարմրած է: Ծանր դեպքերում լեզվի բոլոր պտկիկները ապաճում են, լեզուն դարձնում է փայլուն - փայլեցված լեզու /Յունտեր-Սելլերի գլոսիտի տեսքով/:

Ախտահարվում են նաև ստամոքսը քրոնիկ ընթացող կարիեսով, էմալը կորցնում է փայլը, ստամոքսը դառնում են փխրուն, հայտնաբերվում է ստամոքսի ախտաբանական մաշվածություն:

Vit B₁₂-դեֆիցիտային անեմիայի /պերնիցիոզ անեմիա, Ադդիսոն-Բիրմերի անեմիա և այլն/ հիմքում ընկած է vit B₁₂-ի պակասը, ինչը բերում է բջիջներում նուկլեինաթթուների և սպիտակուցների փոխանակության խանգարումները:

Գտնում են, որ vit B₁₂-դեֆիցիտային անեմիայի պատճառ կարող է հանդիսանալ ստամոքսի լորձաթաղանթի կողմից “Կապի ներքին գործոնի” սինթեզի խանգարումը, ինչը բերում է vit B₁₂-ի ներծծման պրոցեսի խախտմանը:

Հիվանդանում են հիմնականում 40 տարեկանից բարձր կանայք: Արյան մեջ էրիթրոցիտների քանակը զգալի պակասում է, գունային ցուցանիշը 1-ից բարձր է:

Հիվանդները գանգատվում են ընդհանուր թուլությունից, գլխապտույտից, գլխացավերից, սրտխառնոցից, ցավերից սրտի շրջանում: Մաշկը գունատ է, տեղ-տեղ կարող է պիգմենտավորված լինել:

Բերանի խոռոչում առաջին ախտանիշները լեզվի ներքին փոփոխություններն են, երբ հիվանդները նշում են լեզվի այրոցի և ցավի զգացում, համային զգացողության խանգարումներ: Լեզվի պտկիկները արագ ապաճում են, լեզուն ստանում է փայլուն տեսք, մեջքի վրա առաջանում են ալ կարմիր բծեր /Յունտեր-Սելլերի գլոսիտ/: Երբեմն հայտնաբերվում են պետեխիաներ և էլիպսոիդներ, կարմրավուն բծեր այտերին և շուրթերին: Շատերի մոտ հայտնաբերվում են լնդաբորբի և պարոդոնտիտի երևույթներ, որոնք ուղեկցվում են լնդային արյունահոսություններով:

Ատամների կարիոզ պրոցեսները ունեն արագ ընթացք:

Էրիթրեմիա - “իրական” պոլիցիտեմիա, Վակեզի հիվանդություն - բնորոշվում է արյունաստեղծ համակարգի բոլոր բջիջների հիպերպլազիայով, հատկապես էրիթրոիդ շարքում:

Հիվանդության պատճառը մինչև այսօր էլ վերջնականորեն պարզված չէ: Հանդիպում է 30 տարեկանից բարձր մարդկանց մոտ:

Հիվանդները գանգատվում են գլխացավից, գլխապտույտից, անքնությունից, ընդհանուր թուլությունից և ընկճումից: Հաճախ բնորոշվում է ականջներում աղմուկով և աչքերի առջև “կետերի” զգացումով:

Հետազոտման ժամանակ ուշադրություն է գրավում մաշկի մուգ կարմիր գույնը: Լինում է քթային, ստամոքս-աղիքային և միզա-սեռական համակարգերից արյունահոսություն: Լյարդը և փայծաղը լինում է մեծացած, արյան ճնշումը՝ բարձրացած:

Օայրամասային արյան մեջ կտրուկ բարձրանում է էրիթրոցիտների քանակը /մինչև 7 մլն/մմ³/, հեմոգլոբինի քանակը նույնպես բարձրացած է 18-22գ%, լեյկոցիտների քանակը հասնում է մինչև 15000: Արյան ընդհանուր ծավալը մեծացած է մինչև 10-15 Լ: Շատացած է նաև թրոմբոցիտների քանակը:

Բերանի խոռոչում փոփոխությունները արտահայտվում են հիմնականում լորձաթաղանթի գույնի մգացումով. նա ստանում է բալագույն երանգ: Կարծր քիմքը մնում է գունատ և ցայտուն տարբերվում է կարմրած փափուկ քիմքից /Կուպերմանի ախտանիշ/: Հնարավոր են արյունահոսություններ լնդերից, հատկապես պայմանավորված վնասվածքներով:

Վիրաբուժական միջամտությունները, հատկապես ատամների հեռացումը, կարող են բերել դժվար կանգնեցվող արյունահոսությունների:

2.ՍՊԻՏԱԿ ԱՐՅԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ֆիզիոլոգիական պայմաններում լեյկոցիտները առաջանում են ոսկրածուծում, լիմֆատիկ հանգույցներում և փայծաղում: Ոսկրածուծում առաջանում են գրանուլոցիտները /լեյկոցիտներ, որոնք ցիտոպլազմայում ունեն հատիկավորում/ - նեյտրոֆիլներ, էոզինոֆիլներ, բազոֆիլներ և անհատիկավոր /ագրանուլոցիտ/ մոնոցիտներ: Լիմֆատիկ հանգույցներում և փածախում առաջանում են լիմֆոցիտները:

Լեյկոպոեզը ղեկավարվում է հումորալ, հորմոնալ և նյարդային համակարգերի կողմից: Լեյկոցիտները ունեն տարբեր ֆունկցիաներ օրգանիզմում՝

ա/ նեյտրոֆիլներ – մակրոֆագեր - կատարում են օրգանիզմում պաշտպանիչ դեր սուր ինֆեկցիաների ժամանակ՝ ֆագոցիտոզի և մի շարք ակտիվ ֆերմենտների շնորհիվ:

բ/ էոզինոֆիլներ – մասնակցում են սպիտակուցային բնույթի նյութերի դեզինտոքսիկացիայի և օրգանիզմի ալերգիկ ռեակցիաների մեջ:

գ/ բազոֆիլներ - մասնակցում են ալերգիկ ռեակցիաների, ինչպես նաև սինթեզում են գեպարին, որը մասնակցում է օրգանիզմի հակամակրոֆիլ համակարգում, արգելակելով թրոմբների առաջացումը:

դ/ լիմֆոցիտներ /անհատիկավոր լեյկոցիտներ/ - մասնակցում են հակամարմինների սինթեզին, ինչպես նաև հանդես են գալիս որպես տոքսիկոֆագեր:

ե/ մոնոցիտներ /անհատիկավոր լեյկոցիտներ/ - կարող են մասնակցել ֆագոցիտոզին, ինչպես նաև վերափոխվել մակրոֆագերի և ֆիբրոբլաստների:

Այս բոլոր բջիջները ինքնուրույն ֆունկցիաները կարող են լիարժեք կատարել միայն հասուն վիճակում:

Այդ իսկ պատճառով, երբ խախտվում է լեյկոպոեզը, պերիֆերիկ արյան մեջ հայտնաբերվում են և քանակով ավելանում ոչ հասուն բջիջներ, որոնք չեն կարող կատարել իրենց ֆունկցիաները:

Սպիտակ արյան հիվանդություններից առավելագույնս տարածված են լեյկոզները, այդ իսկ պատճառով մենք կանգ կառնենք միայն այդ նոզոլոգիայի վրա:

Լեյկոզները արտահայտվում են լեյկոցիտների արագընթաց հիպերպլազիայով: Ըստ ընթացքի՝ տարբերակում են սուր և քրոնիկ լեյկոզներ: Լեյկոզի սրությունը պայմանավորված է նրա ընթացքի արագությամբ և պերիֆերիկ արյան մեջ լեյկոցիտների հիմնական զանգվածի որակական հատկանիշներով:

Լեյկոզների պատճառագիտությունը դեռ հայտնի չէ, սակայն գոյություն ունեն մի քանի տեսություններ՝ ինֆեկցիոն-վիրուսային, ճառագայթային, նյութափոխանակային, գենետիկ, նեոպլաստիկ վարկածները:

Այժմ ներկայացնում ենք մի քանի տվյալ լեյկոցիտների քանակի մասին նորմալ պերիֆերիկ արյան մեջ՝

լեյկոցիտներ – 4,0 – 9,0 հազ/մմ³

նեյտրոֆիլներ – 2,0 – 5,5 հազ/ մմ³

էոզինոֆիլներ – 20 – 300 մմ³

բազոֆիլներ – 0 – 65 մմ³

լիմֆոցիտներ – 1,2 – 3,0 հազ/ մմ³

մոնոցիտներ – 90 – 600 մմ³

թրոմբոցիտներ - 180,0 – 320,0 հազ/ մմ³

Սուր լեյկոզ: Տարբերակում են սուր լեյկոզի հետևյալ տեսակները, կախավժ բջիջների տեսակից՝ լիմֆոբլաստիկ, միելոբլաստիկ, մոնոբլաստիկ, պրոմիելոցիտային և չրիֆերենցված: Հիմնականում հանդիպում է երիտասարդ տարիքում՝ մինչև 40 տարեկան:

Սուր լեյկոզները ունենում են համակարծակի սկիզբ, արագ ընթացք և հաճախ կրկնօրինակում են այլ հիվանդությունների՝ գրիպ, թոքաբորբ, անգինա և այլն:

Հիվանդները հիմնականում զանգատվում են ընդհանուր թուլությունից, արագ հոգնածությունից, գունատությունից, ոսկրային ցավերից, քրտնածությունից, կրկնվող սուբֆիբրիլ ջերմությունից:

Հետազոտման ժամանակ հիվանդների մոտ հայտնաբերվում են հեմոռագիկ դիաթեզի արտահայտումներ՝ պետեխիաներ, արյունազեղումներ, էլիտիմոզներ, քթային, արգանդային և ստամոքս-աղիքային տրակտի արյունահոսություններ: Բացահայտվում են նաև խոցանեկրոտիկ բարդություններ՝ նեկրոտիկ անգինա, պլերիտ, թոքաբորբ, խոցեր և նեկրոզի օջախներ բերանի խոռոչում և միզա-սեռական օրգանների շրջանում:

Սուր լեյկոզի ժամանակ բերանի խոռոչի ախտաբանական փոփոխությունները այնքան վառ են, որ շատ հետազոտողներ գտնում էին, որ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը հանդիսանում է հիպոտոտիկ լեյկոզի վիրուսի՝ ”մուտքի դարպասներ”: Այժմ այդ փոփոխությունների երկրորդայնությունը ապացուցված է:

Լեյկոզի արտահայտումները բերանի խոռոչում կարելի է բաժանել 3 խմբի՝ հեմոռագիկ, խոցա-նեկրոտիկ, հիպերպլաստիկ:

Հեմոռագիկ ախտանիշը /Նկ.1/ արտահայտվում է առաջին հերթին արյունահոսությունով լնդերից, ինչը շատ հաճախ հանդիսանում է լեյկոզի առաջին և երկար ժամանակ միակ ախտանիշը: Բացի այդ լեյկոզին բնորոշ են ներլորձաթաղանթային արյունահոսություններ՝ պետեխիաներ, էլիտիմոզներ, հեմատոմաներ և հեմոռագիկ բշտեր, որոնց փոխարեն հետագայում առաջանում են արյունահոսող էռոզիաներ և խոցեր: Արյունահոսությունը կարող է սկսվել նույնիսկ անցյալ վնասվածքից՝ ատամների լվացում, կոշտ սննդի ընդունում և այլն, ավելորդ է նշել բժշկի միջամտությունները:

Հաճախ որոշ հիվանդների մոտ գերակշռում են խոցա-նեկրոտիկ ախտահարումները /Նկ.2/, որոնց խորությունը և տարածվածությունը վկայում են ընդհանուր պրոցեսի սրության մասին: Նեկրոզը և խոցոտումները սկսվում են լնդային եզրից՝ տարածվելով բերանի խոռոչի մյուս շրջանների վրա: Ըստ խորության ախտահարումները բաժանում են՝

- մակերեսային - աֆտաներ, որ իրենցից ներկայացնում են էրոզիաներ, անհարթ եզրերով և հիպերեմիկ “պսակով”, պատված սպիտակ ֆիբրոզ փառով, որը անհնար է հեռացնել,
- խորը – մաքուր, ցավոտ խոցեր են, որոնք հաճախ արյունահոսում են:

Էրոզիաները և խոցերը հաճախ տեղակայված են լինում լորձաթաղանթի առավելագույնս հեշտ վնասվող շրջաններում. այտերին՝ ատամների հպման գծով, լեզվի կողմնային մակերեսներից, ոչ ճիշտ պլոմբավորված և պրոթեզավորված ատամների շրջանում: Խոցերը շրջապատող հյուսվածքներում բորբոքային ռեակցիան բացակայում է: Ռեզիդուար լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են, երբեմն ցավոտ:

Հաճախ հեմոռագիկ ախտանիշը զուգորդվում է խոցա-նեկրոտիկի հետ՝ լնդերի գերաճի ֆոնի վրա /Նկ.3/: Այս երեք ախտանիշների համակցումը /արյունահոսություն, խոցոտում և լնդերի գերաճ/ Thom-ը առաջարկել է անվանել “լեյկեմիկ ստոմատիտ”

Հյուսվածաբանորեն հայտնաբերվում է լնդի լորձաթաղանթի լեյկեմիկ ինֆիլտրացիա: Գերաճ նկատվում է նաև բերանի խոռոչի լիմֆոիդ ապարատի շրջանում՝ մեծանում են բկանցքային և լեզվային նշիկները:

Հաճախ լեյկոզի սկզբնական շրջանում հնարավոր են ցավեր ինտակտ ատամներում, ինչը բացատրվում է կակղանի և պերիոդոնտի բջիջների մետապլազիայով:

Լեյկոզով հիվանդների մոտ կարելի հաճախ հանդիպել սնկային ախտահարումներ – կանդիդոզ /Նկ.4/: Հիվանդները զանգատվում են բերանի խոռոչի չորությունից, համազգացության խանգարումներից, ցավից ծամելիս և սնունդ ընդունելիս, լեզուն նման է “խոզանակ”-ի: Առաջանում է սպիտակ փառ, որին, ի տարբերություն սովորական կանդիդոզի, չի առաջնորդում կատարալ գինգիվիտ, այլ փառը պատում է գունատ լորձաթաղանթը: Փառը հեռացվում է դժվարությամբ՝ վնասելով լորձաթաղանթը:

Դեռ քննարկման ենթակա են այս ախտաբանական պրոցեսների առաջացման մեխանիզմները: Որոշ հեղինակներ գտնում են, որ դրանց հիմքում ընկած է մոտակա արյունատար անոթների թրոմբոզը; մյուսները՝ լեյկոպոետիկ համակարգի պաշտպանական ֆունկցիայի ընկճումը, երրորդ խումբը՝ լորձաթաղանթի դիստրոֆիկ պրոցեսները:

Մեր հետազոտությունները բջիջների բիոքիմիական մակարդակի վրա ցույց են տվել նաև, որ լեյկոզով հիվանդների մոտ տեղի են ունենում բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բջիջների կենսաթաղանթների լիպիդ-լիպիդային հարաբերությունների խանգարումներ:

Նկատվում է նաև ֆոսֆորի պակաս A₂ ֆերմենտի և լիպիդների գերօքսիդացման պրոցեսների ակտիվություն: Այս բոլոր պրոցեսները բերում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բջիջների կենսաթաղանթների ֆիզիոլոգիական ֆունկցիաների խանգարման, ինչը կարող է հինք հանդիսանալ ախտաբանական փոփոխությունների առաջացման:

Քրոնիկ լեյկոզներ: Բնորոշվում են երկարատև ընթացքով և համեմատաբար սակավ կլինիկական նշաններով: Տարբերակում են քրոնիկ միելոլեյկոզ և լիմֆոլեյկոզ: Տառապում են միջինից բարձր տարիքի մարդիկ:

Բերանի խոռոչում արտահայտվում են հիմնականում արյունահոսությունով լնդերից, հատկապես որևէ վիրաբուժական միջամտությունից հետո: Հազվադեպ հանդիպում են նաև էրոզիվ-խոցային ախտահարումներ, հատկապես միելոլեյկոզի ժամանակ: Կարող է հայտնաբերվել նաև լնդերի գերաճ:

Քրոնիկ լիմֆոլեյկոզի ժամանակ հիմնական արտահայտությունը բերանի խոռոչի լիմֆոիդ ապարատի գերաճն է: Հիվանդները զանգատվում են բերանի խոռոչի չորությունից, երբեմն օտար մարմնի առկայության զգացումից լեզվի տակ և կոկորդում, պատճառային լնդային արյունահոսություններից, կամ աֆտաների առաջացումից բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա: Նշիկները մեծացած են, ինչի պատճառով կլման ակտը դժվարացած է:

Ազրանուլոցիտոզներ - անեյտրոֆիլոզ, ալեյկոզ, ալեյկիա, ազրանուլոցիտար անգինա - կլինիկա-հեմատոլոգիական համախտանիշ է, որը բնորոշվում է արյան գրանուլոցիտների ամբողջովին կամ մասնակի վերացումով:

Հիմնական պատճառ են հանդիսանում որոշ դեղամիջոցների, իոնիզացնող ճառագայթների, ալերգիկ հիվանդությունների ճնշող ազդեցությունը արյունաստեղծման պրոցեսի վրա: Բացի քանակական փոփոխություններից՝ այս ժամանակ նկատվում է նաև նեյտրոֆիլների շարժողական և ֆագոցիտար ակտիվության ընկճում:

Այս անենը բերում է օրգանիզմի ընդհանուր դիմադրողականության ընկճմանը վարակի նկատմամբ, և հիվանդության կլինիկական նկարագրի մեջ առաջին պլան են գալիս տարբեր ինֆեկցիոն բարդություններ:

Պատճառագիտության մեջ մեծ դեր է հատկացվում որոշ դեղամիջոցների՝ ամիդոպիրինի, անալգինի, բարբիտուրատների, սուլֆանիլամիդների, որոշ հակբիոտիկների, հակազիստամինային և այլ պրեպարատների ընդունմանը:

Հաճախ հիվանդանում են կանայք, 30-40 տարեկանից բարձր:

Սուր ազրանուլոցիտոզը բնորոշվում է սուր սեպսիսի և նեկրոտիկ բարդությունների կլինիկական ախտանիշների համադրումով: Ջարգանում է միանգամից, ունի արագ ընթացք. մի քանի օրվա կամ շաբաթվա ընթացքում կարող է բերել մահվան: Հիմնականում զարգանում է ամիդոպիրինի ընդունումից հետո:

Սկզբնական շրջանում բնորոշ է թուլություն, աշխատունակության անկում, սուր ցավեր կոկորդում և բերանի խոռոչում: Հետագայում բարձրանում է մարմնի ջերմաստիճանը և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա առաջանում են նեկրոտիկ փոփոխություններ: Խանգարվում է ծանելու և կլման ակտերը, զարգանում է ծանիչ մկանների կոնտրակտուրա:

Հիվանդությունը կարող է բարդանալ բրոնխոպնևմոնիայով, սեպտիկ միոկարդիտով, հեպատիտով, ստամոքս-աղիքային տրակտի խախտումներով:

Բերանի խոռոչում հաճախ զարգանում է նեկրոտիկ անգինա, խոցա-նեկրոտիկ գինգիվիտ և ստոմատիտ, լեզվի և փափուկ քիմքի խոցոտում, հետագա թափանցակումով: Ծանր դեպքերում կարող է առաջանալ լեզվի և բերանի խոռոչի հատակի գանգրենա:

Որոշ հիվանդների մոտ հիվանդությունը սկսվում է թեթև ցավերով կոկորդում, գունատությամբ, թուլությամբ, դեպրեսիայով, ջերմաստճանի բարձրացումով: Բերանի խոռոչում նկատվում է առատ թքարտադրություն, լեզուն պատվում է գորշ փառով: Բկանցքը, փափուկ քիմքի լեզվակը, մակկոկորդը հիպերեմիկ են, այտուցված, լնդերը ունեն ցիանոտիկ գույն: Կարմրած լորձաթաղանթի վրա առաջանում է կետային, փխրուն, դժվար հեռացվող սպիտակ փառ, որ նման է կանդիդոզի փառի: Հաջորդ օրը այդ փառը ստանում է գորշ կանաչ գույն: Բերանի խոռոչից գալիս է գարշահոտություն: Կտրիչների շրջանի լնդերի եզրերից սկսվում է նեկրոտիկ պրոցես:

Ստոմատոլոգների պրակտիկայում եղել են դեպքեր, երբ ատամնացավը եղել է ազրանուլոցիտոզի առաջին ախտանիշներից մեկը:

Քրոնիկ ազրանուլոցիտոզը ունի կրկնվող բնույթ և երկարատև բարորակ ընթացք: Բերանի խոռոչի ախտահարումները հայտնաբերվում են ռեցիդիվների ժամանակ և համապատասխանում են սուր ազրանուլոցիտոզի կլինիկային: Ռեմիսիայի շրջանում բնորոշվում է լնդերի կայուն այտուցով և ցիանոզով, առանց նեկրոտիկ պրոցեսների:

3. Թրոմբոցիտոպենիաներ

Թրոմբոցիտոպենիաները – հեմոռագիկ դիաթեզները – ներկայումս տարբերակում են ըստ ախտածնական ֆակտորի 3 խմբի՝

1. Դիաթեզներ, պայմանավորված արյան մակարոցելիոլոթյան համակարգի խանգարումներով՝

ա/ հեմոֆիլիա

բ/ թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա /Վերլիոֆի հիվանդություն/

2. Դիաթեզներ, պայմանավորված անոթային համակարգի խանգարումներով՝

ա/ հեմոռագիկ վասկուլիտ /Շենլեյն-Յենոխի հիվանդություն/

բ/ հեմոռագիկ անգիոմատոզ /Ռանդյու-Օսլերի հիվանդություն/

գ/ C - ավիտամինոզ

3. Դիաթեզներ, պայմանավորված ինչպես արյան, այնպես էլ անոթային գործոններով

ա/ անգիոհեմոֆիլիա /Վիլլեբրանդի հիվանդություն/

Յենոխիլիա: Դա բնածին, գենետիկորեն փոխանցվող հիվանդություն է: Այս հիվանդությամբ տառապում են հիմնականում տղաները, քանի որ նա փոխանցվում է սեռական X թրոմոսոմի միջոցով: Նրա հիմքում ընկած է մակարոնան համակարգի VIII /հակահեմոֆիլիկ գլոբուլինի/ կամ IX /Քրիստմաս-ֆակտորի/ գործոնի բնածին բացակայությունը, ինչը բերում է արյան մակարոցելիոլոթյան I փուլի՝ ակտիվ սիժուկային /պլազմատիկ/ թրոմբոպլաստների առաջացման, խախտման:

Այդ իսկ պատճառով հիմնական կլինիկական արտահայտությունը արյունազեղումներն են ենթամաշկային և ենթալորձաթաղանթային բջջանքի մեջ, ուժգին, մեծ վնասվածքներից հետո, հատկապես հոդերի մեջ:

Բժիշկ-ստոմատոլոգի համար մեծ դժվարություն է ներկայացնում այդպիսի հիվանդների մոտ միջամտություններ կատարելը, հատկապես վիրաբուժական: Նախքան որևէ միջամտություն կատարելը պետք է անցկացնել մեծ նախապատրաստական աշխատանք՝ արյան փոխներարկում, հատուկ պրոթեզի նախապատրաստում և տեղադրում և այլն: Հեռացված ատամի ավելում /ատամնաբուժում/ տամպոնավորվում է թրոմբինի լուծույթով թրջված տամպոններով:

Թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա /Վերլիոֆի հիվանդություն/: Պատճառ կարող է հանդիսանալ աուտոիմուն հակաթրոմբոցիտ հակամարմինների սինթեզը, ինչպես նաև որևէ էնզիմի բնածին պակասը: Հիվանդությունը հանդիպում է հիմնականում երիտասարդ կանանց մոտ:

Ի տարբերություն հեմոֆիլիայի, արյունահոսությունները կարող են սկսվել նույնիսկ աննշան վնասվածքից: Հնարավոր են ներքին արյունահոսություններ, հատկապես վտանգավոր են ներգանգային և ներուղեղային արյունահոսությունները: Սակայն, ի տարբերություն հեմոֆիլիայի, ներհոդային արյունազեղումները բացակայում են: Հատկանշական են քթային և լնդային առատ արյունահոսությունները: Հիմնականում արյունահոսում է լնդային պտկիկը, լինդը լինում է նեկրոզված և պատված կապտագորշագույն մակարոցելներով, որոնց հետ նույնիսկ աննշան հպումը բերում է արյունահոսության: հայտնաբերվում են արյունազեղումներ նաև փափուկ քիմքի, լեզվի լորձաթաղանթի վրա: Հաճախ հիվանդները բողբոջում են գարշահոտությունից բերանի խոռոչից:

Վիրաբուժական բոլոր միջամտությունները իրենց մեջ վտանգ են պարունակում և պահանջում հատուկ նախապատրաստական աշխատանքներ:

Հեմոռագիկ վասկուլիտ /Շենլեյն-Յենոխի հիվանդություն/ - արտահայտվում է արյունահոսություններով, որոնց պատճառ կարող են լինել մանր անոթների ալերգիկ ախտահարումները: Հանդիպում է երիտասարդ տարիքում:

Ուժգին արյունահոսություններ բնորոշ չեն: Հայտնաբերվում է հեմոռագիկ սիմետրիկ ցան, որը կարող է հանդիպել նաև բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա: Հատկապես բնորոշ են ներհոդային թռչող արյունազեղումները:

Հիվանդությունը ունի քրոնիկ ընթացք ռեցիդիվներով: Արյան մակարոցելիոլոթյունը խանգարված չէ:

Բերանի խոռոչում միջամտությունների համար պետք է հաշվի առնել ընդհանուր ալերգիկ ֆոնը և ձեռնարկել մի շարք աշխատանքներ վերքի վարակումը կանխարգելելու նպատակով:

Հեմոռագիկ անգիոմատոզ /Ռանդյու-Օսլերի հիվանդություն/ - ունի ժառանգական բնույթ և պայմանավորված է մազանոթների և արտերիոլաների պատի բնածին դիստրոֆիայով, ինչի պատճառով առաջանում են անոթների սահմանափակված լայնացումներ – տելեանգիոէկտազիաներ, ինչպես մաշկի, այնպես էլ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա, որոնք հետագայում կարող են արյունահոսել և պատճառ հանդիսանալ Fe-դեֆիցիտային անեմիայի:

C - ավիտամինոզը բերում է մազանոթների թափանցելության բարձրացման և արյունահոսությունների: Այդ ժամանակ լնդերը այտուցվում են և ստանում են կապտավուն երանգ, պատվում են արյան մակարդուկներով, փխրուն են և հեշտությամբ արյունահոսում: Լորձաթաղանթի վրա հայտնաբերվում է կետային ցան: Երկարատև C - ավիտամինոզը կարող է բերել ատամների շարժունակության, նույնիսկ կորուստի, ինչից հետո ատամնաբնից լինում է արյունահոսություն, հիվանդները բողոքում են քաղցր համից բերանում:

Անգիոհեմոֆիլիա /Վիլլեբրանդի հիվանդություն/ - կրում է ժառանգական բնույթ, հիմքում ընկած են մազանոթային հեմոստազի և արյան մակարդելիության I փուլի խանգարումները:

Արտահայտվում է առատ արյունահոսություններով լորձաթաղանթներից՝ քթի, բերանի խոռոչի, լնդերի, ստամոքս-աղիքային տրակտի: Փոքր վիրահատությունները, ինչպիսին է ատամի հեռացումը, կարող են ուղեկցվել առատ, կյանքի համար վտանգավոր արյունահոսություններով, իսկ մեծերը՝ ոչ: Այդ իսկ պատճառով բոլոր միջամտություններին պետք է նախորդեն նախապատրաստական աշխատանքներ:

Այսպիսով, կարելի եզրակացնել, որ արյան հիվանդությունները իրենց արտահայտությունները ունեն բերանի խոռոչում և կարող են հիմք հանդիսանալ արագ և ճիշտ ախտորոշման համար, ինչպես նաև շատ դեպքերում վատթարացնում են հիվանդի ընդհանուր վիճակը:

Բուժում

Արյունաստեղծ համակարգի հիվանդություններով տառապող հիվանդների բերանի խոռոչի բարդությունների բուժումը հանդիսանում է ընդհանուր համալիր բուժման մի մաս: Հիմնականում բերանի խոռոչի ախտահարումների բուժումը կրում է սիմպտոմատիկ բնույթ, և նրա էֆեկտիվությունը կախված է ընդհանուր հիվանդության բուժման տակտիկայի հետ:

Բերանի խոռորի սանացիան պետք է հնարավորին չափ անցկացնել ընդհանուր հիվանդության ռեմիսիայի շրջանում, որն իր մեջ ներառի քայքայված ատամների և արմատների հեռացում, ատամնափառի հեռացում, կարիոզ խոռոչների պլումբավորում, պարոդոնտի հիվանդությունների բուժում:

Լեյկոպլակիա

/Leucoplacia/

Դա բերանի խոռոչի և շրթունքի կարմիր երիզի խրոնիկական հիվանդություն է, որը ուղղորդվում է էպիթելի գերեղջերացումով և բուն լորձաթաղանթի բորբոքումով: Հանդիպում է մեծամասամբ միջին և մեծ տարիքի տղամարդկանց մոտ: Հանդիսանում է ֆակուլտատիվ նախաքաղցկեղ:

Պատճառագիտություն – հիմնական դերը հատկացվում է տեղային գրգռիչներին/մեխանիկական, ջերմային, քիմիական/, ամենահաճախ պատճառ է հանդիսանում ծխախոտի օգտագործումը, որի ընթացքում բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա ցուցաբերվում է համակցված գրգռիչ ազդեցություն /ջերմային և քիմիական/: Նաև պատճառ կարող են լինել երկարատև ազդող թույլ ազդակները /ալկոհոլը, կծու և այլն/, ատամների սուր եզրերը, մեծ քանակի ատամնաքարերը, սխալ պատրաստված պրոթեզները, ինչպես նաև գավանիզմը:

Լեյկոպլակիայի զարգացման մեջ մեծ դեր են խաղում նաև որոշ էնդոգեն գործոններ՝ ստամոքս-աղիքային տրակտի ախտահարումներ, հիպովիտամինոզ A, հորմոնալ խանգարումները:

Կլինիկան – սկզբնական շրջանում կլինիկական նշանները աննկատ են, սովորաբար սկսվում են էպիթելում սպիտակամոխրագույն օջախի առաջացումով, եղջերացած տարրերի առկայությամբ: Օջախը առաջանում է չփոփոխված լորձաթաղանթի վրա: Լեյկոպլակիայի օջախների յուրահատուկ տեղակայման գոտի է հանդիսանում այտերի լորձաթաղանթը՝ ատամների հպման գծով առջևի հատվածում, բերանի անկյունները, շրթունքի կարմիր երիզը առանց մաշկի: Հազվադեպ լեզվի մեջքին և կողմնային հատվածները:

Միտոզների մոտ բնորոշ տեղակայումն է քիմքը/Տապեյների լեյկոպլակիա/: Տարբերակում են լեյկոպլակիայի հետևյալ տեսակները՝

1. տափակ կամ հասարակ
2. վերուկոզ կամ գորտնուկավոր
3. էրոզիվ

Այս տեսակները կարող են վերափոխվել մեկը մյուսով, կարող են արտահայտվել միանգամից բոլոր ձևերը նույն հիվանդի մոտ:

Սովորաբար սկսվում է տափակ ձևից: Տափակ կամ հասարակ լեյկոպլակիան /leucoplakia plana/: Սովորաբար սուբյեկտիվ զգացումներ չի առաջացնում և հայտնաբերվում է հանկարծակի: Երբեմն հիվանդները նշում են այրոցի և ձգվածության զգացում և լորձաթաղանթի անսովոր տեսք: Լեզվային տեղակայման ժամանակ կարող է փոփոխվել համազգայնությունը: Հիմնական ձևաբանական տարրն է գերեղջերացող բիծը, որը իրենից ներկայացնում է էպիթելի հատվածի մզացում էպիթելի սահմաններով, որը չի բարձրանում լորձաթաղանթի մակերեսից: Մակերեսը անհարթ է և չոր: Բերանի անկյուններում տեղակայված բիծը ունենում է եռանկյան տեսք, այտերի կամ շուրթերի վրա - օվալ:

Վերուկոզ լեյկոպլակիա /leucoplakia verrucoza/- տափակին հաջորդող փուլն է: Դրան նպաստում է տեղային գրգռիչները, սուր եզրերը, ծխելը, նախկին օջախների քրոնիկ տրավման /կծելը/, կծու սնունդը, գավանիզմը:

Հիմնական նշանը – արտահայտված եղջերացումն է, օջախը զգալի բարձրացած է լորձաթաղանթի նկատմամբ, գույնը փոփոխված է: Շոշափման ժամանակ՝ մակերեսային պնդացում, ցավը արտահայտված չէ: Հիվանդների հիմնական զանգատներն են անհարթությունը և ձգվածության զգացողությունը, սնունդը ընդունելիս այրոց և ցավ:

Տարբերակում են վահանաձև և գորտնուկավոր ձևերը:

Վահանաձևը ունի սահմանափակ կաթնա-սպիտակավուն վահանիկի տեսք, բարձր է լորձաթաղանթից և ունի հստակ սահմաններ:

Գորտնուկավորը բնութագրվում է ամուր թմբիկային գոյացությունների արկայությամբ, որոնք բարձր են լորձաթաղանթի մակերեսից: Այս ձևը կարող է չարորականալ: Շոշափումը անցավ է, զգացվում է կարծր ինֆիլտրատ:

Էրոզիվ լեյկոպլակիան նախորդ երկու ձևերի բարդացումն է՝ վնասվածքի հետևանքով: Հիվանդի մոտ առաջանում է ցավի զգացողություն, որը ուժգնանում է տարբեր գրգռիչներից: Սովորաբար տափակ կամ վեռուկոզ լեյկոպլակիայի ֆոնի վրա առաջանում են էռոզիաներ, ճաքեր և խոցեր: Էրոզիաները դժվարությամբ են էպիթելանում և հաճախ կրկնվում:

Ծխողների Տապեյների լեյկոպլակիա: Հիմնականում ախտահարվում է կարծր քիմքի և նրան հարող փափուկ քիմքի լորձաթաղանթը: Ախտահարված շրջանում լորձաթաղանթը սպիտակամոխրագույն է, հաճախ ծալքավոր: Կարծր քիմքի հետին մասում արտահայտված են կարմիր կետեր – կիստայանման լայնացած մանր թքագեղձերի էլանցքները: Լեյկոպլակիայի այս տեսակը դարձելի է՝ ծխելու գործոնը հեռացնելու դեպքում հիվանդությունը վերանում է:

Հյուսվածաբանորեն՝ էպիթելի հաստացում եղջրացող և հատիկավոր շերտերի հաշվին: Հիպերկերատոզի օջախները հաջորդում են պարակերատոզի օջախներ: Շարակցահյուսվածքային հենքում արտահայտված բորբոքային ներսփռանք:

Չարորակացման հնարավորություն ունեն

- տափակը – 3-5%
- վեռուկոզը և էրոզիվը – 20-30%

Չարորակացման նշաններն են

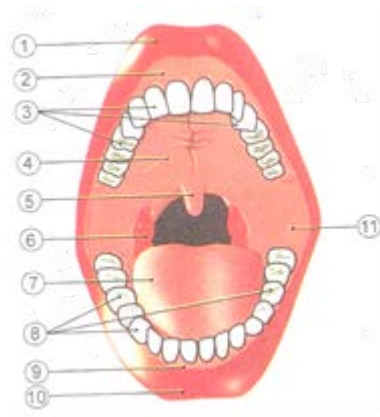
- եղջրացման պրոցեսի արագացում
- օջախի չափերի արագ մեծացում
- վահանիկի և էրոզիայի հիմքում պնդացման առաջացում
- էրոզիվ մակերսին պտկիկավոր գերաճի առաջացում
- արյունահոսություն վնասվածքից
- չբուժվող ճաքերի առաջացում

Տարբերակիչ ախտորոշում.

- կարմիր տափակ որքին - /ձևաբանական տարրերով/
 - կարմիր գայլախտ - /ձևաբանական տարրերով/
 - երկրորդային սիֆիլիս – փառը հեռացվում է, տրեպոնեմաների հայտնաբերում
 - քրոնիկ հիպերպլաստիկ կանդիդոզ - փառը հեռացվում է, սնկերի հայտնաբերում
 - Բուուենի հիվանդություն – տեղակայվում է փափուկ քիմքի և տոնզիլաների վրա
 - փափուկ լեյկոպլակիա – փառը հեռացվում է, քանի որ առաջանում է պարակերատոզի հետևանքով
 - եղջրացող տափակբջջային քաղցկեղ – ատիպիկ բջիջների հայտնաբերում
- Բուժումը՝ վնասվածքային գործոնի հեռացում և վիտամինոթերապիա:

Բերանի խոռոչի անատոմիա և հյուսվածաբանություն

Բերանի խոռոչը (*cavitas oris*) մարսողական համակարգի սկզբնական հատվածն է, որը սահմանափակվում է առջևից՝ շուրթերով, կողքերից՝ այտերով, վերևից՝ կարծր և փափուկ քիմքով, հետևից բկանցքով, իսկ ստորին սահմանը բերանի խոռոչի հատակն է:



1. Վերին շուրթ
2. Վերին լինդ
3. Վերին ծնոտի ատամներ
4. Կարծր քիմք
5. Փափուկ քիմքի լեզվակ
6. Նշիկներ
7. Լեզու
8. Ստորին ծնոտի ատամներ
9. Ստորին լինդ
10. Ստորին շուրթ
11. Այտ

Բերանի խոռոչը մեկ օրգան չէ, այն մի շարք օրգանների և հյուսվածքների համալիր է, որն կատարում է որոշակի ֆունկցիաներ՝

1. Ծամոդական՝ ատամների շնորհիվ:
2. Խոսակցական, որին մասնակցում են լեզուն, ատամները, շուրթերը, քիմքը:
3. Մարսողական՝ թքի մի շարք ֆերմենտների շնորհիվ կատարվում է որոշ նյութերի քայքայում, իսկ լորձաթաղանթի թափանցելիության շնորհիվ՝ դրանց ներծծում:
4. Պաշտպանական՝ թքի մեջ գտնվող մի շարք նյութերի, բջիջների և լորձաթաղանթի ընտրողական թափանցելիության շնորհիվ: Այստեղ մեծ նշանակություն ունեն նաև նշագեղձերը:
5. Զգացողական՝ ինչպես ցավային, այնպես էլ բերանի խոռոչին հատուկ համային զգացողություն լեզվի համազգաց պտկիկների շնորհիվ:

Բերանի խոռոչը ատամնաշարով բաժանվում է 2 հատվածի.

ա) բերանի խոռոչի նախադուռ (*vestibulum oris*), որը մի կողմից այտերի և շուրթերի, իսկ մյուս կողմից ատամնաշարի միջև գտնվող տարածությունն է: Այստեղ՝ վերին մեծ աղորիքների շրջանում բացվում է հարականջային թթագեղձի ծորանը, ինչպես նաև լորձաթաղանթի ծալքերի շնորհիվ առաջանում են սանձիկներ՝ կենտրոնական և կողմնային:

բ) բուն բերանի խոռոչ (*cavitas oris propria*), որը սահմանափակվում է առջևից և կողքերից՝ ատամնաշարով, վերևից՝ կարծր և փափուկ քիմքով, հետևից՝ բկանցքով, իսկ ստորին սահմանը բերանի խոռոչի հատակն է:

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹ /Tunica mucosa oris/

Բերանի խոռոչն ամբողջովին պատված է լորձաթաղանթով: Ի տարբերություն օրգանիզմի այլ հատվածների լորձաթաղանթների՝ այն ունի մի շարք առանձնահատկություններ՝ կայուն է ֆիզիկական, ջերմային, մեխանիկական և քիմիական գրգռիչների նկատմամբ, ինչպես նաև պատնեշ է վարակի ներթափանցման դեմ:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը կազմված է 3 շերտից.



1. Էպիթելային շերտ,
2. բուն լորձաթաղանթ,
3. ենթալորձային շերտ:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վերին շերտը տափակ էպիթել է, որը կազմված է երեք շերտից.

1. Հիմնային կամ բազալ շերտ, որը սահմանազատում է էպիթելը բուն լորձաթաղանթից, կազմված է մեկ շերտ խիտ դասավորված բջիջներից, որոնց միջով չեն անցնում արյունատար անոթներ և նյարդեր:

2. Փշաձև շերտը կազմված է բազմաձև բջիջներից, որոնք դեպի վերին մակերեսային շերտը ստանում են տափակ տեսք:

3. Մակերեսային շերտը կազմված է տափակ, խիտ դասավորված բջիջներից: Ըստ տեղակայման և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի այդ հատվածի մեխանիկական ծանրաբեռնվածության՝ այս շերտը կարող է լինել եղջերացող (լեզվի դորզալ մակերես, լնդեր, կարծր քիմք) և չեղջերացող:

Բուն լորձաթաղանթը խիտ շարակցական հյուսվածք է, որը կազմված է հիմնական նյութից (մուկոպոլիշաքարներ), թելիկներից (կոլագենային, էլաստինային, արգիրոֆիլ) և բջիջներից (ֆիբրոբլաստներ, մակրոֆագեր, պլազմոցիտներ, պարարտ բջիջներ, լիմֆոցիտներ և այլն): Բացի այդ, այս շերտը հարուստ է արյունատար անոթներով, նյարդերով և մանր թթազեղձերով:

Բուն լորձաթաղանթը բաժանվում է 2 շերտի՝

1. Պտկիկավոր. էպիթելի մեջ ընկղմվում է պտկիկների տեսքով, որի շնորհիվ էլ կատարվում է էպիթելի բջիջների սնուցումը:

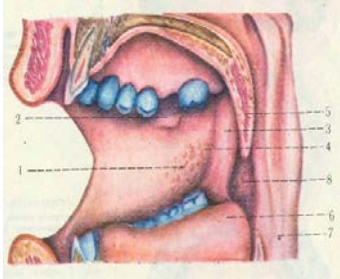
2. Ցանցային (անոթային). այս շերտն ավելի հարուստ է արյունատար անոթներով և նյարդերով:

Առանց ընդգծված սահմանի բուն լորձաթաղանթը վերածվում է ենթալորձային շերտի (*tunica submucosa*), որը կազմված է փուխր շարակցական հյուսվածքից: Այս շերտը լորձաթաղանթի որոշ հատվածներում բացակայում է՝ լեզու, կարծր քիմք, լնդեր: Այստեղ բուն լորձաթաղանթը ամուր սերտաճում է վերնոսկրին, իսկ լեզվի վրա՝ միջմկանային շարակցական հյուսվածքին, որտեղ համեմատաբար անշարժ է:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ամենահաստ շերտը գտնվում է շուրթերի և այտերի վրա, իսկ ամենաբարակը՝ լեզվի տակ:

ԱՅՏԵՐ /Buccae/

Կազմված են մկանային խրճերից և ճարպային հյուսվածքից, արտաքինից պատված են մաշկով, իսկ ներսից՝ լորձաթաղանթով: Այս շրջանում լավ արտահայտված է ենթալորձային շերտը՝ հարուստ մանր լորձային և թքային գեղձերով: Ատամների հպման գծով հետին հատվածում հանդիպում են մանր ճարպագեղձեր՝ Ֆորդայսի գեղձեր: Այտային լորձաթաղանթը չի եղջերանում: Վերին մեծ աղորիքների շրջանում բացվում է հարականջային թքագեղձի ծորանը:



1. Ֆորդայսի գեղձեր
2. Հարականջային թքագեղձի ծորանի բացվածք
3. Թևակերպածնոտային ծալք
4. Թևակերպածնոտային ակոս
5. Փափուկ քիմք
6. Լեզու
7. Բկանցք
8. Նշագեղձ

ՇՈՒՐԹԵՐ /Labium/

Շուրթերը մկանային օրգան են, որոնք գտնվում են մաշկից լորձաթաղանթ անցման հատվածում: Շուրթերը սահմանափակում են բերանի ճեղքը և կազմում են բերանի բացվածքը /rima oris/: Կազմված են երեք հատվածից՝ մաշկային, միջանկյալ կամ կարմիր երիզ, լորձաթաղանթային: Կարմիր երիզը մաշկի և լորձաթաղանթի միջանկյալ մասն է, որտեղ գտնվում են մանր թքագեղձեր, ճարպագեղձեր, իսկ մազարմատներ բացակայում են: Կարմիր երիզը պատված է բազմաշերտ տափակ եղջերացող էպիթելով:

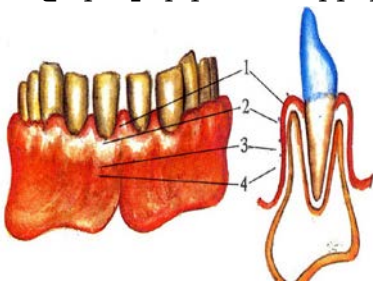
Շուրթերի հիմքում ընկած է բերանի օղակաձև մկանը: Շուրթերը մասնակցում են խոսելու, սնունդ ընդունելու և այլ գործողություններին:

Բերանի խոռոչի նախադռային շրջանում շուրթերի լորձաթաղանթը միջին գծով առաջացնում է ծալքեր՝ կենտրոնական սանձիկներ (frenuli centralis): Ծալքեր են առաջանում նաև ժանիքների շրջանում (frenuli lateralis):

ԼՆԴԵՐ /Gingiva/

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի այն հատվածը, որը ծածկում է վերին և ստորին ծնոտների ատամնաբնային ելուններն ու շրջապատում ատամների վզիկային մասը, կոչվում է լնդ: Այստեղ ենթալորձային շերտը բացակայում է, ուստի լորձաթաղանթը սերտաճած է վերնոսկրին և անշարժ է: Ծնոտների ատամնաբնային ելունների հիմքի հատվածում լորձաթաղանթը դառնում է շարժուն, քանի որ այստեղ արդեն առկա է ենթալորձային շերտ: Լնդի շարժուն և անշարժ հատվածների միջև ընկած հատվածը կոչվում է անցման ծալք:

Անշարժ լնդերում տարբերակում են 3 հատված՝



1. լնդային պտկիկ. գտնվում է միջատամնային տարածություններում,

2. եզրային լինդ (*gingiva marginalis*). շրջապատում է ատամները վզիկային հատվածներում,
3. ավելոյար (ատամնաբնային) կամ ամրացած լինդ. պատում է ատամնաբնային ելունի հատվածը մինչև անցման ծալք:

Լնդային լորձաթաղանթում գեղձերը բացակայում են:

ԿԱՐԾՐ ՔԻՄՔ /Palatum durum/

Կարծր քիմքի լորձաթաղանթը նույնպես չի պարունակում ենթալորձային շերտ և ամուր ամրացած է քիմքի վերնուկրին: Վերին ծնոտի ատամնաբնային և քմային ելունների կազմած անկյան շրջանում գտնվում են ճարպային և ավշային հյուսվածքների կուտակումներ: Աջ և ձախ քմային ելունների միացման շրջանում առաջանում է ոսկրային հաստացում (*torus palatine*) որն որոշ մարդկանց մոտ լինում է լավ արտահայտված:

Կարծր քիմքը անջատում է բերանի խոռոչը քթի խոռոչից:

ՓԱՓՈՒԿ ՔԻՄՔ /Palatum molle/

Փափուկ քիմքը լորձաթաղանթով պատված մկանային շերտ է, որը կարծր քիմքի շարունակությունն է: Միջին գծով փափուկ քիմքը ունի փոքրիկ ելուն՝ լեզվակ (*uvula*): Կողմնային շրջաններում փափուկ քիմքից իջնում է 2 ծալք՝ քիմքլեզվային և քիմքըմպանային, որոնց միջև տեղադրված է քմային նշագեղձը:

Փափուկ քիմքը մասնակցում է կլման ակտին՝ փակելով քթըմպանի հատվածը, արգելակելով սննդի անկումը քթի խոռոչ:

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՀԱՏԱԿ

Բերանի խոռոչի հատակը պատված է բարակ լորձաթաղանթով, որն առաջացնում է բազմաթիվ ծալքեր, միանում է լեզվի ստորին հատվածին՝ առաջացնելով լեզվի սանձիկը, որի երկու կողմերում բացվում են ենթաստործնոտային և ենթալեզվային թթագեղձերի ծորանները:

ԼԵԶՈՒ /Lingva/

Մկանային օրգան է, որը ծածկված է լորձաթաղանթով: Լեզուն անատոմիորեն բաժանվում է 3 մասի՝ արմատ, մարմին, ծայր:

Լեզվի մեջքային հատվածի լորձաթաղանթն ամուր սերտաճած է միջմկանային շարակցական հյուսվածքին, իսկ ենթալորձային շերտը բացակայում է: Էպիթելը եղջերացող է: Լեզվի ստորին հատվածի լորձաթաղանթը հարուստ է ենթալորձային շերտով, շարժուն է և չեղջերացող:

Լեզվի մեջքի հատվածում բուն լորձաթաղանթի պտկիկավոր շերտը լավ արտահայտված է և առաջացնում է լեզվի պտկիկներ: Տարբերում են 4 տեսակի լեզվի պտկիկներ.

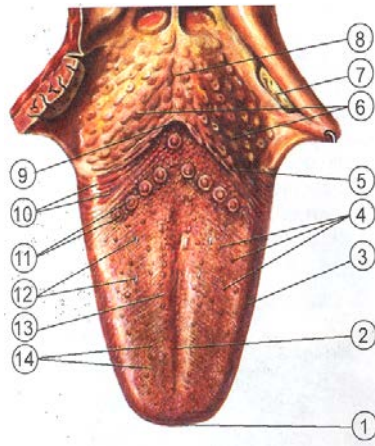
1. *Թելանման* (*papilla filiformis*). քանակով բոլորից շատն են, տարածված են լեզվի մեջքի ամբողջ մակերեսով, ապահովում են լեզվի շոշափելիքային զգացողությունը, չունեն համազգաց նյարդային վերջավորություններ: Զգում են սննդի ձևը, կոնսիստենցիան, չափը և այլն:

2. *Մնկանման* (papilla fungiformis). կարմիր կետերի տեսքով տեղակայված են առավելապես լեզվի ծայրային հատվածում: Հարուստ են համային ընկալիչներով (ռեցեպտորներով), հատկապես՝ քաղցր:

3. *Տեղանման* (papilla foliatae). ծալքերի տեսքով տեղակայված են հիմնականում լեզվի կողմնային մակերեսներում: Հարուստ են համազգաց ընկալիչներով ռեցեպտորներով, հատկապես՝ թթու:

4. *Ակոսավոր կամ պատնեշավոր* (papilla vallatae). թվով 7-11 հատ են (մշտապես կենտ քանակով են), լատինական V տառի տեսքով տեղակայված են լեզվի արմատի և մարմնի սահմանագծում: Ամեն պտկիկը պատված է առանձին ակոսով, որտեղ բացվում են փոքր թթագեղձերի ծորաններ (էրների շճային գեղձեր): Պտկիկները պարունակում են մեծ քանակության համազգաց ընկալիչներ, հատկապես՝ դառը:

1. Լեզվի ծայր
2. Լեզվի միջին գիծ
- 3., 10. Տերևանման պտկիկներ
- 4., 12. Սնկանման պտկիկներ
5. Սահմանային ակոս
6. Լեզվային նշիկներ
7. Քմային նշիկներ
8. Լեզվի արմատ
9. Լեզվի կույր անցք
11. Պատնեշավոր (խրամատապատ) պտկիկներ
13. Լեզվի մեջք
14. Թելանման պտկիկներ



Ակոսավոր պտկիկների շարքի հետևում գտնվում են ավշային հյուսվածքի կուտակումներ, որոնք ձևավորում են լեզվի նշիկները:

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ԼՈՐՉԱԹԱՂԱՆԹԻ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԸ

1. Պաշտպանական. պայմանավորված է մի շարք հանգամանքներով.

ա) անթափանցելիություն մանրէների նկատմամբ (բացի տուլյարեմիայի, դաբաղի և կատաղության վիրուսներից) լորձաթաղանթի սեփական շերտի պաշտպանիչ բջիջների (մակրոֆագեր, լիմֆոցիտներ, լեյկոցիտներ, հիստիոցիտներ և այլն) շնորհիվ,

բ) էպիթելի եղջերացում և արտազատում,

գ) էպիթելի բջիջների բարձր ռեգեներատոր (վերականգնողական) և միտոտիկ ակտիվություն,

դ) նյութափոխանակության ակտիվություն,

ե) լեյկոցիտների արտազաղթ դեպի բերանի խոռոչ,

զ) թքի որոշ բաղադրիչների մանրէասպան հատկություններ,

է) բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ընտրողական ներծծողական հատկություն և ֆիզիկական կայունություն:

2. Կառուցողական (պլաստիկ). Պայմանավորված է էպիթելի բարձր միտոտիկ ակտիվությամբ:

3. Զգայական. կատարում են բերանի խոռոչում առկա ընկալիչները, որոնք օժտված են շոշափելիքային, ջերմային, համային, ցավային զգայարաններով:

4. Ներծծման. պայմանավորված է լորձաթաղանթի՝ որոշ օրգանական և անօրգանական միացություններ (ամինաթթուներ, հակաբիոտիկներ, շաքարներ, յոդ, կալիում և այլն) ներծծելու հատկությամբ:

5. Արտազատիչ. թքի արտադրություն փոքր և մեծ թքագեղձերով:

6. Իմունային. պայմանավորված է բջջային տարրերում առկա սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ իմունային պաշտպանության գործոններով (Լանգհանսի բջիջներ, պլազմատիկ բջիջներ, իմունոգլոբուլիններ և այլն):

7. Ջերմակարգավորող ֆունկցիան ավելի զարգացած է կենդանիների շրջանում, իսկ մարդկանց շրջանում շատ աննշան:

Ø³ Ýñ³ 1 Ç³ 3 İ áí Ñ»İ³ 3 ½áİ Ùß Ý »Õ³ Ý³ İ Ý»ñÁ, İ³ Èİ³ Í Ñ»İ³ 3 ½áİ Ùß Ý Ýá³ İ³ 3 İ ÇÓ
ÉÇÝáĐ»Ý µçç³ µ³ Ý³ İ³ Ý, Ùß Ýñç³ µ³ Ý³ İ³ Ý" 2 Δαρωανωλιν:

´ çç³ µ³ Ý³ İ³ Ý Ñ»İ³ 3 ½áİ áóÁİáóÝÁ İ³ İ³ 3 ñí áĐ ÷ µçç³ ÇÝ İ³ ññ»ñÇ İ³ éáóóÍ³ 3 Í Ù³ ÇÝ
÷ á÷ áÈ áóÁİáóÝ»ñÁ . Ý³ Ñß İ »Éáó Ñß Ùß ñ: 2 Ù Ñ»İ³ 3 ½áİ áóÁİáóÝÁ İ³ ñ»ÉÇ ÷ 3 Ýó İ³ óÝ»É
µáñµáú³ ÇÝ á ñáó»éÇ ó³ Ýİ³ ó³ Í ÁÝÁ³ óúÇ " ÷ áóÇ Á³ Ùß Ý³ İ: ´ çç³ µ³ Ý³ İ³ Ý
Ñ»İ³ 3 ½áİ áóÁİ Ý Ñß Ùß ñ Ñ»İ³ 3 ½áİ Ùß Ý ÝáóÁİ³ ñáÓ»Ý Ñß Ý Çé³ Ý³ É

3 . ùéáđ -3 ñİ³ 3 İ á í³ Í ùÁ

µ. ù»ñİİłÁ

. . á áóÝİ óÇ³ Ý

1. µ»ñ³ ÝÇ È áéááÇ È³ óÙß Ý Ñ»Óáđ Ç Ýèİ³ 3 Í ùÁ

κ. ρηνωυηω

Ρυνιρ-ωñİ³ 3 İ á í³ Í ùÝ»ñÁ èİ³ 3 ÝáĐ»Ý 2 ÙÇçáóáÍ : 2 é³ çÇÝ¹ »á ùáĐ Δαρωα³ ½ñİ³ 3 Í
3 é³ ñİ³ 3 Ù İ³ 3 Ý³ á³ 3 İ ÇÝ Ñá áĐ »Ý çñá½Ç³ ÇÝ İ³ 3 Ù È áóÇÝ: Áéİ¹ ÁÍ³ ñÑß é³ Ý»ÉÇ Ùß è»ñÇó
èİ³ 3 Ý³ Éáó Ñß Ùß ñ ù.İ³ 3 . áñí áĐ »Ý³ 3 Ñß İ»ñİ³ 3 İ³ 3 Ý é»İ ÇÝ, áñÁ İİ ñİ áĐ »Ý Ý»Ö
éİáóÝİ İ Ý»ñáÍ /5B/ " »é³ óÝ»Éλ³ 3 Èİ³ 3 Ñß ÝáĐ. 2 Ù é»İ ÇÝ» éİáóÝİ Á Ñá áĐ »Ý İ »ñ³ ÇÝ
Ùß İ »ñ»éÇÝ, 3 Ýáó»ñİ³ " 3 é³ ñİ³ 3 Ù İ³ 3 Ý³ á³ 3 Í áóÝ:

Բերուկը ստանում են խոցի հատակից, հիպերպլաստիկ և ուռուցքային գերաճումներից:
Այդ նպատակով հետազոտվող հատվածից հեռացնում են մետոկացած զանգվածը և հարթիչի
կամ մածկիչի օգնությամբ կատարում են քերուկ:

Տարածուն ախտահարումների դեպքում հետազոտում են բերանի խոռոչի լվացման
հեղուկի նստվածքը Յասինովսկու մեթոդով ողողումներից հետո:

á áóÝİ óÇ³ Ý Ù. İ³ 3 . áñí áĐ »Ý³ 3 Ý¹ »á ù»ñáĐ, »ñµ³ 3 ÝÑñ³ Á»İ³ 3 Ñ»İ³ 3 ½áİ Ùß Ý
ÝáóÁÁ èİ³ 3 Ý³ É³ Èİ³ 3 Ñß ñİ³ 3 Í Ññç³ ÝÝ»ñÇ È áñ³ ÝÇèİ Ùß è»ñÇó İ³ 3 Ù ÉÇÝ³ 3 İ Çİ
Ñß Ý. áóÝ»ñÇó: á áóÝİ óÇ³ Ý İ³ 3 3 ñáĐ»Ý երկար³ è»ÇÇ" Ý»ñ³ ñİ ÇÇÇ ÙÇçáóáÍ :

Ø³ Ýñç³ µ³ Ý³ İ³ Ý Ñ»İ³ 3 ½áİ áóÁİáóÝÁ 3 Ýó ÷ İ³ 3 óí áĐ µáÉñ³ 3 Ý¹ »á ù»ñáĐ, »ñµ
Ñß ñİ³ 3 í áñ ÷ ×İ³ »É ÑÇ³ 3 Ý¹ áóÁİ Ý İ³ . Ùß Ý á³ 3 İ ×³ éÁ, éá »óÇÝ Çİ ÑÇ³ 3 Ý¹ áóÁİáóÝ»ñÇ
Á³ Ùß Ý³ İ (éÇÝ ÇÇÉ, á³ 3 È ñ³ Èİ , èÝİ³ 3 ÇÝ ÑÇ³ 3 Ý¹ áóÁİáóÝ»ñ " 3 ÇÈ): Đ»İ³ 3 ½áİ Ùß Ý ÝáóÁÁ
í »ñóí áĐ ÷ 3 é³ 3 í áí Ù Ý³ 3 ÝáÇÍ Ç×³ 3 Í áĐ, ÙÇÝ³ 3 3 İ³ 3 ÙÝ»ñÇ Ùß ùñáĐÁ İ³ 3 Ùµ»ñ³ 3 ÝÇ áóÇóáĐÁ:

2 Èİ³ 3 µ³ 3 Ý³ İ³ 3 Ý Ùß ÝñçÇ İ »é³ 3 Í Á á³ 3 ñİ»Éáó " µáóÁ Ùß Ý Ñß Ùß ñ ×Çİ¹ 1 »Óáñ³ 3 Ù³ 3 ÇÝ
ÁÝİ ñáóÁİáóÝ İ³ 3 3 ñ»Éáó Ñß Ùß ñ İ³ 3 3 ñí áĐ ÷ Ñ»İ³ 3 ½áİ 3 í áÓ ÝáóÁÇ ó³ 3 Ýú: Đ³ 3 3 í áđ 3 3 ñ³ 3 Í Ç
İ³ 3 èİ³ 3 3 Í Ç¹ »á ùáĐ Çñ³ 3 3 Ý³ 3 óí áĐ ÷ Ñ×³ 3 µ³ 3 Ý³ 3 3 Ý é³ 3 3 Í óÇ³ 3 Ý»ñ: 3 3 é»ñ Ùß 3 ÝÇ é³ 3 3 Í óÇ³ 3 Ý
(Í á Úá È Ù»Ýİ Ç İ³ 3 á Ùß 3 Ý é³ 3 3 Í óÇ³) Çñ³ 3 3 Ý³ 3 óí áĐ ÷ èÇÝ ÇÇÉÇ³ Èİ áñáß Ùß 3 Ý Ñß Ùß ñ, è³ 3 Ç Ç
é³ 3 3 Í óÇ³ 3 Ý µéáó»Éá½Ç³ Èİ áñáß Ùß 3 Ý համար:

Ե×³ µ³ 3 Ý³ İ³ 3 Ý é³ 3 3 Í óÇ³ 3 Ý»ñÁ 3 Í Çñ³ éáĐ »Ý 3 3 " ÒÆ Đ-áÍ ÑÇ³ 3 3 Ý¹ 3 Ý»ñÇ³ 3 Èİ áñáß Ùß 3
Ñß Ùß ñ:

Նախաքաղցկեղային հիվանդություններ

Նախաքաղցկեղային հիվանդություններ ասելով հասկանում ենք քրոնիկական ընթացքով երկար բորբոքային պրոցեսներ (ընդհանուր դիսպլաստիկ փոփոխություններով կամ առանձին նոզոլոգիաներ), որոնց հիման վրա հաճախ կամ միշտ առաջանում են չարորակ նորագոյացություններ:

Այն նախաքաղցկեղային հիվանդությունները, որոնք միշտ են վեր ածվում քաղցկեղների, կոչվում են օբլիգատ, իսկ մնացածը, որոնց ֆոնի վրա միշտ չէ որ առաջանում է քաղցկեղ, կոչվում են ֆակուլտատիվ: Ասելով նախաքաղցկեղային հիվանդություն անհրաժեշտ է հասկանալ կլինիկական, մորֆոլոգիական և բիոքիմիական փոփոխությունների համալիր: Մորֆոլոգիական փոփոխությունների մեջ մտնում են՝ էպիթելի ատիպիկ գերաճը, նրա պրոլիֆերացիան ստորև գտնվող հյուսվածքների մեջ առանց ինվազիայի, բջջային ատիպիզմը, դեպոյարիզացիան, պրոտոպլազմատիկ կորիզների առաջացումը և այլն: Բիոքիմիական փոփոխությունները արտահայտվում են հյուսվածքներում ֆոսֆատազայի առկայությամբ, ջրի քանակի ավելացումով, թիոլային թույններով սպիտակուցային նյութերի կապումով: ԲՄԼ-ի և շրթունքի կարմիր երիզի նախաքաղցկեղային հիվանդություններն ունեն չարորակացման բարձր հակում: Նրանք բնութագրվում են քաղցկեղի օբյեկտիվ նշանների բացակայությամբ, սակայն պաթոգեն գործոնների առկայությամբ՝ ենթարկվում են մալիգնիզացիայի: Այս հիվանդությունների կլինիկական դրսևորումները բավականին տարատեսակ են, ինչը դժվարեցնում է ախտորոշումը: Մյուս կողմից, կանխատեսումը կախված է մի շարք գործոններից՝ օրգանիզմի ընդհանուր վիճակից, լոկալ ստատուսից և կանցեռոզեններից: Անբարենպաստ գործոնների վերացումից հետո հնարավոր է ախտաբանական տարրերի հետ զարգացումը, պրոցեսի կայունացումը առանց որոշակի փոփոխությունների կամ հետագա զարգացում առանց վերափոխման հակման: Անբարենպաստ հիմնապատկերի պահպանման դեպքում դիտվում է օջախի չարորակացում:

Չարորակացման հիմնական ախտանիշը կարող է հանդիսանալ կլինիկական պատկերի կտրուկ փոփոխությունը, այսինքն՝ խոցի կամ ուռուցքի աճի արագացում, ուռուցքի խոցոտում կամ էկզոֆիտ աճ: Հաջորդ հատկանշական տարրերից են՝ օջախի արյունահոսությունը, հիպերկերատոզի առկայությունը, ներսփռանքը և կոշտացումը: Կոնսերվատիվ բուժման արդյունքի բացակայության դեպքում 7-10 օրվա ընթացքում անհրաժեշտ է ուռուցքաբանի կոնսուլտացիա:

1976թ.-ին ընդունվել է լորձաթաղանթի և շրթունքի կարմիր երիզի նախաքաղցկեղային հիվանդությունների դասակարգումը:

ԲՄԼ-ի նախաքաղցկեղային հիվանդություններ

Ա) չարորակացման բարձր հավանականությամբ – օբլիգատ

1) Բոուենի հիվանդություն

Բ) չարորակացման ցածր հավանականությամբ – ֆակուլտատիվ

1) լեյկոպլակիա(վերուկոզ, էրոզիվ)

2) պապիլոմատոզ

3) կարմիր գայլախտի և կարմիր տափակ որքինի էրոզիվ-խոցային և հիպերկերատոտիկ ձևերը

4) հետճառագայթային ստոմատիտ

Շրթունքի կարմիր երիզի նախաքաղցկեղային հիվանդություններ

Ա) չարորակացման բարձր հավանականությամբ – օբլիզատ

- 1) գորտնուկավոր նախաքաղցկեղ
- 2) սահմանափակ նախաքաղցկեղային հիպերկերատոզ
- 3) Մանգանտոտիի խեյլիտ

Բ) չարորակացման ցածր հավանականությամբ – ֆակուլտատիվ

- 1) լեյկոպլակիա (վերուկոզ, էրոզիվ)
- 2) կերատոականթոմա
- 3) մաշկային եղջյուր
- 4) պապիլոմա-եղջերացումով
- 5) կարմիր տափակ որքինի և կարմիր գայլախտի էրոզիվ - խոցային և հիպերկերատոտիկ ձևերը
- 6) հետճառագայթային խեյլիտ

Այս դասակարգման մեջ ներառված չեն հազվադեպ չարորակացող հիվանդությունները (տափակ լեյկոպլակիա, քրոնիկական ճաք և այլն), ինչպես նաև ակտինիկ և մետերոլոգիական շրթնաբորբերը, սպիները, սպիավոր ատրոֆիան:

Բռունի հիվանդություն

Իրենից ներկայացնում է նախաքաղցկեղային դերմատիտ, որը նկարագրվել է 1912թ.–ին Բռունի կողմից և համեմատած մյուս նախաքաղցկեղների հետ, ունի ամենաբարձր չարորակացման հավանականությունը, բնորոշվելով cancer in situ հասկացությամբ: Հաճախ հանդիպում է 40-70 տարեկան տղամարդկանց մոտ: Տեղակայվում է փափուկ քիմքի և լեզվակի վրա, հետմոյսար շրջանում, ինչպես նաև լեզվի վրա:

Կլինիկա – կլինիկական պատկերը ԲԽԼ-ում բավականին բազմազան է: Հաճախ հանդիպում են մեկ, հազվադեպ 2 և ավելի ախտահարման օջախներ: Ախտահարման օջախի անհամաչափ եղջերացման հետևանքով պատկերը նմանվում է կարմիր տափակ որքինին և լեյկոպլակիային: Հստակ սահմաններով ախտահարված մակերեսը տեղ-տեղ պատված է էրոզիաներով և պտկիկավոր գերաճումներով, հարթ է կամ թավշանման, ունի կանգային կարմիր (բալագույն) երանգ: Երկարատև ընթացքի դեպքում առկա է լորձաթաղանթի ապաճ և օջախի ներփքում: Լեզվի վրա ախտահարման օջախում պտկիկներն անհետանում են: Մի քանի օջախների միացման դեպքում առաջանում է անկանոն ուրվագծերով վահանիկ: Մուրյեկտիվ զգացողությունները կարող են բացակայել:

Սակայն ոչ միշտ է հիվանդությունը ընթանում հստակ կլինիկական պատկերով: Նկարագրված են դեպքեր, երբ առկա է միայն փոքր գերարյուն հատված կամ պատկերը կլինիկորեն չի տարբերվում լեյկոպլակիայից: Երբեմն ախտահարման օջախների սպիտակամոխրագույն պատկերը հիշեցնում է կարմիր տափակ որքինը, իսկ ծալքավոր տեսքը՝ լեյկոպլակիան: Վերջինս հանդիպում է այտերի լորձաթաղանթին տեղակայվելու դեպքում:

Ախտահյուսվածաբանական պատկերը՝ թույլ արտահայտված հիպեր և պարակերատոզ, միշտ առկա են ականթոզ և լայնացած էպիթելային ելուստներ: Բազալ շերտը պահպանված է, ինվազիվ աճը բացակայում է, փշաձև շերտում առկա է cancer in situ – ի պատկեր, այսինքն ներէպիթելային տափակաբջջային քաղցկեղի, որը չի ուղեկցվում ներսփռանքային աճով: Այս շերտում հանդիպում են տձև բջիջներ, երբեմն բազմաթիվ կորիզներով: Հնարավոր է փշաձև շերտի առանձին բջիջների կերատինիզացիա: Կարող են առաջանալ իրական եղջերային մարգարիտներ:

Հիվանդության ընթացքը: Երկարատև (տարիներ), հաճախ ոչ բարենպաստ ընթացք: ԲԽԼ-ին տեղակայման դեպքում բերում է վաղ ինվազիայի:

Կանխատեսումը - առանց բուժման՝ անբարենպաստ:

Ախտորոշումը - ԲԽԼ-ի տեղակայման դեպքում դժվարացած է: Ախտորոշումը հաստատվում է միայն հյուսվածաբանական հետազոտության արդյունքի հիման վրա:

Տարբերակիչ ախտորոշում

1. լեյկոպլակիա
2. կարմիր տափակ որքի

Բուժում – ախտահարման օջախի հեռացում առողջ հյուսվածքների սահմաններում: Հեռացման հնարավորության բացակայության դեպքում կիրառել կիզակետային ռենտգենոթերապիա:

Չրթունքի կարմիր երիզի գորտնուկավոր **(հանգուցավոր) նախաքաղցկեղ**

Նկարագրել է Մաշկիլեյսոնը 1965թ.-ին, որպես ինքնուրույն կլինիկական ձև, որը ունի չարորակացման մեծ հակում: Հաճախ հանդիպում է 40-ից բարձր տարիքի տղամարդկանց մոտ՝ տեղակայվելով հիմնականում ստորին շրթունքի վրա: Այն կազմում է շրթունքի բոլոր նախաքաղցկեղների 7%-ը:

Կլինիկա- ախտահարման օջախը խիստ սահմանազատված հանգուցիկ է, որի մակերեսը պատված է բարակ սպիտակա-մոխրագույն ամուր կպած խրթեշներով: Հանգուցիկի չափերը տատանվում են 4մմ-ից մինչև 1սմ, այն ունի ամուր կազմություն և բարձրացած է կարմիր երիզի մակերեսից 3-5մմ-ով: Հանգուցիկը կարող է ունենալ բաց վարդագույնից մինչև կանգային կարմիր գույն:

Հիվանդների մեծ մասի մոտ հանգուցիկների մակերեսը պատված է խրթեշներով, որոնք ամուր կպած են ստորադիր հյուսվածքին՝ հիշեցնելով գորտնուկ կամ եղջերացող պապիլոմա:

Հանգուցիկի շոշափումը անցավ է: Գորտնուկավոր նախաքաղցկեղը տեղակայվում է անփոփոխ կարմիր երիզի վրա:

Հյուսվածաբանական պատկերը իրենից ներկայացնում է տափակ էպիթելի լայն պտկիկավոր գոյացությունների տեսքով խիստ սահմանափակ պրոլիֆերացիա ինչպես վերադիր այպես էլ ստորադիր շերտեր: Պրոլիֆերացիան տեղի է ունենում փշաձև շերտի լայնացման հետևանքով: Աննշան հիպերկերատոզը հաճախ զուգակցվում է պարակերատոզի օջախների հետ, նկատվում է փշաձև բջիջների դիսկոմալեկսացիա և պոլիմորֆիզմ: Շարակցական հյուսվածքում առկա է կլոբջջային ներսփռանք՝ լիմֆոցիտների, պլազմատիկ բջիջների և լաբրոցիտների մեծ քանակությամբ:

Ախտահարման տարրերը բավականին արագ կարող են չարորականալ (հիվանդության սկզբից 1-2 ամիս անց):

Կլինիկորեն անհնար է ախտորոշել չարորակացման սկիզբը: Հարկավոր է ուշադրություն դարձնել օջախի չափերի կտրուկ մեծացմանը, եղջերացման արագացմանը, էրոզիաների առաջացմանը և տարրերի խոցոտմանը:

Տարբերակիչ ախտորոշում

1. հասարակ գորտնուկ – տարբերվում է գորտնուկավոր նախաքաղցկեղից թելանման պտկիկավոր գերաճումների առկայությամբ և օջախի ծայրամասով եղջերացող շերտի հիպերտրոֆիայով
2. պապիլոմա – տարբերվում է գորտնուկավոր նախաքաղցկեղից ոտիկի առկայությամբ, փափուկ կոնսիստենցիայով, սակայն որոշիչ է հանդիսանում հյուսվածաբանական հետազոտությունը
3. կերատոականթոմ – օջախի կենտրոնում գտնվում է խառնարան, որի պերիֆերիկ եզրերը գլանակի տեսքով բարձրացած են և ունեն կարմրավուն գույն, կենտրոնում խառնարանը լցված է եղջերային զանգվածներով, որոնց հեռացումից հետո առաջանում է ձագարանման փոսություն
4. պիոզեն գրանուլեմա – առկա է ոտիկ, ունի ալ կարմիր գույն և փափուկ կոնսիստենցիա

Բուժումը – վիրաբուժական հեռացում առողջ հյուսվածքների սահմաններում, հետագա հյուսվածաբանական հետազոտությամբ:

Սահմանափակ նախաքաղցկեղային հիպերկերատոզ

Որպես ինքնուրույն հիվանդություն նկարագրվել է 1965թ.-ին Մաշկիլեյսոնի կողմից: Բոլոր նախաքաղցկեղների շարքում հանդիպում է 8% դեպքերում, հիվանդանում են 30-ից բարձր տարիք ունեցող տղամարդիկ: Պրոցեսը հիմնականում տեղակայվում է ստորին շրթունքի կարմիր երիզի վրա, կենտրոնից քիչ կողք:

Կլինիկական պատկերը – ախտահարման օջախը խիստ սահմանափակ է, ունի պոլիգոնալ տեսք, 0,2 x 0,5 մինչև 2 x 1.5սմ չափերով: Մակերեսը ծածկված է սպիտակամոխրագույն բարակ խրթեշներով, որոնք ամուր կպած են ստորադիր հյուսվածքին: Հիմնականում օջախը ներհրված է, սակայն խրթեշների գերկուտակումների ժամանակ օջախը կարող է փոքր ինչ բարձրանալ: Սահմանափակ հիպերկերատոզի օջախն ունի տափակ մակերես և հազվադեպ է զարգանում բորբոքային երևույթների ֆոնի վրա:

Հյուսվածաբանական պատկերը – Արտահայտվում է էպիթելի սահմանափակ հատվածների պրոլիֆերացիա դեպի հյուսվածքի խորքը, հաճախ ուղեկցվելով փշաձև բջիջների դիսկոմալեկսացիայով և մակերեսային հիպերկերատոզով:

Ընթացքը – գորտնուկավոր նախաքաղցկեղից համեմատաբար դանդաղ է ընթանում, սակայն կարող է չարորականալ հիվանդության սկզբից 6 ամիս անց: Չարորակացման կլինիկական նշաններն են՝ եղջերացման ուժեղացումը և տարրերի հիմքում կոշտացումների առաջացումը: Սակայն այս նշանները ի հայտ են գալիս սովորաբար չարորակացումից շատ ժամանակ անց: Ճշգրիտ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է կատարել բիոպսիա, որքան հնարավոր է շուտ:

Տարբերակիչ ախտորոշում

1. Լեյկոպլակիա (օջախի մակերեսին հիպերկերատոտիկ խրթեշների բացակայություն)
2. Կարմիր գայլախտ (բորբոքային երևույթների առկայություն, ապաճ, կարմիր գայլախտի օջախները ավելի մեծ են)
3. Կարմիր տափակ որքին (ախտահարման օջախում ներսփռանք և բորբոքային գունավորում)

Երբ կարմիր տափակ որքինի ժամանակ, կարմիր երիզի վրա առաջանում են խրթեշներ, նրանք ավելի կոպիտ են երևում, քան սահմանափակ հիպերկերատոզի ժամանակ:

Սահմանափակ հիպերկերատոզի չարորակացման կլինիկական նշաններն են՝ եղջերացման պրոցեսի ուժեղացումը, էրոզիաների և խոցերի առաջացումը և կոշտացումը տարրի հիմքում: Մակայն այս նշանները ի հայտ են գալիս չարորակացումից շատ ժամանակ անց, հետևաբար սկսվող չարորակացման միակ ախտորոշման եղանակը դա բիոպսիան է: **Բուժում**- վիրաբուժական՝ հեռացում առողջ հյուսվածքի սահմաններում և պարտադիր հյուսվածաբանական քննություն:

Մանգանտոսի հղկող նախաքաղցկեղային խեյլիտ

1933թ. Մանգանտոսին նկարագրել է ստորին շրթունքի կարմիր երիզի յուրատեսակ էրոզիվ փոփոխություններ, որոնք հակված էին վերափոխվելու տափակ բջջային քաղցկեղի և կոչեց այն Մանգանտոսի հղկող նախաքաղցկեղային խեյլիտ: Այս խեյլիտն ունի չարորակացման բարձր հավանականություն (օբլիգատ է): Հանդիպում է հիմնականում 50-60տ տղամարդկանց մոտ:

Էթիոլոգիա, պաթոգենեզ- Այս խեյլիտի առաջացման մեջ հիմնական դեր է հատկացվում հյուսվածքներում տարիքային տրոֆիկ փոփոխություններին, հատկապես ստորին շրթունքում: Այս փոփոխությունները հատկապես արտահայտված են երկրորդային աղենտիայով կամ ստորին ֆրոնտալ ատամների քայքայմամբ մարդկանց մոտ: Այդ պատճառով, որոշ մարդկանց մոտ, ստորին շրթունքի տրոֆիկայի խանգարումներով, հեշտությամբ առաջանում է դեստրոֆիկ պատասխան ռեակցիա այնպիսի գրգռիչների հանդեպ, ինչպիսին են ինսուլյացիան, սուր և քրոնիկական վնասվածքները, ծխելը: Պաթոգենեզում որոշակի դեր ունի նաև հիպովիտամինոզ A-ն և աղեստամոքսային խանգարումները:

Կլինիկա - Մանգանտոսի խեյլիտի կլինիկական պատկերը բազմազան է: Սովորաբար ախտահարված օջախն ունի օվալ կամ տև էրոզիայի տեսք, հաճախ հարթ՝ կարծես հղկած հագեցած կարմիր մակերեսով: Որոշ հիվանդների մոտ էրոզիան պատված է թափանցիկ բարակած էպիթելով: Բավականին հաճախ էրոզիայի մակերեսին առաջանում են կեղևներ, որոնց հեռացումից հետո էրոզիան կարող է մի փոքր արյունահոսել, իսկ կեղևազուրկ էրոզիաները, նույնիսկ թեթև վնասումից, չեն արյունահոսում: Հյուսվածքների հիմքում և էրոզիայի շուրջ կոշտացում սովորաբար չկա: Մի շարք հիվանդների մոտ էրոզիան տեղակայվում է թեթև գերարյուն և ներսփռանքային հիմքի վրա, բորբոքային ռեակցիան տարածվում է 1-1.5սմ էրոզիայի սահմաններից, երբեմն կարող է լինել ավելի տարածված: Այս հիմնապատկերային բորբոքումը հանդես է գալիս թեթև կանգային հիպերեմիայի և կարմիր երիզի ինֆիլտրացիայի տեսքով: Հիմնապատկերային բորբոքման տարբերանշանը նրա անկայունությունն է:

Սովորաբար լինում է 1 էրոզիա , հազվադեպ 2, ծայրահեղ հազվադեպ՝ 3: Հիվանդների մի մասի մոտ առաջացած էրոզիան կարող է մնալ անփոփոխ երկար ժամանակ, բայց հաճախ էրոզիան հանկարծակի էպիթելավորվում է, իսկ հետո արագ նորից առաջանում միևնույն կամ ուրիշ տեղում:

Հյուսվածաբանական պատկերը բնութագրվում է էպիթելի դեֆեկտով, որը լցված է խիտ դիֆուզ ինֆիլտրատով: Այն կազմված է՝ լիմֆոցիտներից, հիստիոցիտներից, պլազմատիկ բջիջներից և լաբրոհիտներից: Էրոզիայի եզրերով էպիթելը գտնվում է ականտոզի վիճակում: Փշածն բջիջները տեղ-տեղ գտնվում են տարբեր աստիճանի դիսկոմպլեկսացիայի և ստիպիայի վիճակում:

Հիվանդության ընթացքը քրոնիկական է: Պատճառային գործոնի ազդեցության պահպանման դեպքում տեղի է ունենում պրոցեսի վերափոխում քաղցկեղի տարբեր

Ժամկետներում (հիվանդության սկզբից 3 ամսից մինչև 2 տարի): Ճիշտ կատարված բուժումը, նույնիսկ կոնսերվատիվ, կարող է բերել ապաքինման:

Տարբերակիչ ախտորոշում

1. Կարմիր գայլախտի երոզիվ ձև – երոզիաներից բացի լինում է արտահայտված կանգային էրիթեմա, հիպերկերատոզ, սպիավոր ապաճ
2. Կարմիր տափակ որքինի երոզիվ-խոցային ձևից՝ պարտադիր է մանր սպիտակամոխրագույն պապուլաների առկայությունը, որոնք առաջացնում են նուրբ պատկեր
3. Բշտախտից - Նիկոլսկու ախտանիշը դրական է, ակնատոլիտիկ բջիջների առկայություն, ախտահարվում է ոչ միայն կարմիր երիզը, այլ նաև ԲԽԼ-ն
4. Էքսուդատիվ էրիթեմիայից - ունի սուր սկիզբ, ալ կարմիր էրիթեմա, այտուցված կարմիր երիզ և ԲԽԼ-ի արտահայտված ցավ
5. հերպետիկ երոզիայից – ցանավորման շրջանը կարճատև է

Բուժում Կիրառում են էպիթելավորումը խթանող դեղամիջոցներ, գրգռող գործոնների թուլացում կամ հեռացում, ադեստամոքսային հիվանդությունների բուժում, մետեորոլոգիական և գլանդուլյար խեյլիտների բուժում և այլն: Կարևոր նշանակություն ունի բերանի խոռոչի սանացիան և պրոթեզավորումը: Եթե բջջաբանական հետազոտության ընթացքում չեն հայտնաբերվում չարորակացման նշաններ, ապա վիրաբուժական միջամտություններից առաջ կարելի է անց կացնել կարճատև (2-3 ամիս), ընդհանուր և տեղային կոնսերվատիվ բուժում: Էֆեկտիվ է վիտամին A-ի կոնցենտրատների կիրառումը 10 կաթիլ օրը 3 անգամ, հորմոնալ քսուքներով ապլիկացիաներ, ինչպես նաև 5% մեթիլուրացիլային և սոլկոսերիլային քսուքներ, կոմպլամին կամ նիկոտինաթթու, ներոբոլ և ուրիշ պրեպարատներ, որոնք կանխում են օրգանիզմի ծերացումը և լավացնում են դեմքի փափուկ հյուսվածքների արյան շրջանառությունը:

Տեղային՝ նշանակում են կորտիկոստերոիդների քսուքներ (հատկապես հիմնապատկերային բորբոքային երևույթների ժամանակ), դիֆիոմիցինային քսուք: Չարորակացման դեպքում կատարվում է օջախի վիրաբուժական հեռացում՝ առողջ հյուսվածքների սահմանում, պարտադիր հյուսվածաբանական հետազոտությամբ:

Եղջերականթում

Keratoacanthoma

/kera – եղջերանյութ, acantha- փուշ/

Եղջերականթումը /բարորակ ականթում/ արագ զարգացող և ինքնաբերաբար հետաճող էպիդերմալ բարորակ ուռուցք է, որը հաճախ չարորականում է: Հանդիպում է շուրթերի կարմիր երիզին, շատ հազվադեպ լեզվի վրա, չի հանդիպում բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին: Պատճառագիտության մեջ մեծ տեղ են տալիս վիրուսային վարկածին, ինչպես նաև երկարատև արևահարմանը, քրոնիկական վնասվածքներին, խեժերի ազդեցությանը:

Կլինիկա: Հիվանդությունը սկսվում է շուրթի կամ լեզվի վրա գորշա-կարմրավուն խիտ կիսագնդաձև հանգույցիկի առաջացումով, որի կենտրոնում գտնվում է ձագարանման փոսություն: Մեկ ամսվա ընթացքում հանգույցիկը մեծանում է մինչև 2,25x1սմ չափերի: Տարրի կենտրոնում ձագարանման փոսությունը լցված է եղջերային զանգվածներով, որոնք

հեշտ հեռացվում են, մերկացնելով խառնարանանման փոսություն խիտ գլանակաձև եզրերով: Եղջերականթումը միաձուլված չէ ստորադիր հյուսվածքներին, շարժուն է և համարյա անցավ: Հնարավոր են էլքի երկու տարբերակ՝

- 6-8 ամիս հետո ինքնաբերաբար հետաձ, փոքր սպիի առաջացմամբ վերափոխվում է քաղցկեղի

Հյուսվածաբանորեն եղջերականթումը իրենից ներկայացնում է խիստ սահմանազատված, շրջապատող հյուսվածքներից փոքր ինչ բարձր էպիթելիալ ուռուցք, մեծ եղջրային խցանով: Էպիթելում նկատվում են ականտոզի երևույթներ: Երբեմն նկատվում է կեղծէպիթելային հիպերպլազիա:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Տարբերակում են՝

- գորտնուկավոր նախաքաղցկեղից
- քաղցկեղի էկզոֆիտ ձևից
- վարակիչ մոյուսկից

Բուժումը – վիրաբուժական հեռացում առողջ հյուսվածքների սահմանում

Մաշկային եղջուր

Իրենից ներկայացնում է հսկայական հիպերկերատոզով էպիթելի հիպերպլազիայի սահմանափակ օջախ, որը կլինիկորեն ունի արտահայտված եղջրային էլուստի տեսք: Մաշկային եղջուրը առաջանում է շրթունքների կարմիր երիզի վրա, առավել հաճախ ստորին, սովորաբար 60 տարեկանից բարձր անձանց մոտ: Հաճախ հանդիպում է մեկ մաշկային եղջուր, բայց կարող են հանդիպել երկու և ավելի: Երբեմն մաշկային եղջուրը կարող է առաջանալ լեյկոպլակիայի, պալարախտային գայլախտի կամ սպիերի ֆոնի վրա:

Կլինիկա: Մաշկային եղջուրի կլինիկական արտահայտումները շատ բնորոշ են: Ախտահարումները իրենցից ներկայացնում են սահմանափակ օջախ մինչև 1սմ տրամագծով: Այս հիմքից դուրս է գալիս կոնաձև եղջուր, որի բարձրությունը շրթունքի վրա կարող է հասնել 1սմ-ի: Եղջուրն ունի գորշավուն կամ գորշ-շականակագույն երանգ, խիտ կազմություն, միաձուլված է իր հիմքի հետ, որը երբեմն փոքր-ինչ բարձրացած է շրջապատող կարմիր երիզից:

Մաշկային եղջուրը քրոնիկական հիվանդություն է, որը կարող է տևել տարիներ, բայց ցանկացած պահի կարող է չարորականալ: Չարորակացման կասկածներ կարող են լինել մաշկային եղջուրի շուրջ բորբոքային պրոցեսի առաջանալուց, նրա հիմքի խտանալուց և եղջրացման ինտենսիվության արագացմամբ, սակայն վերջնական պատասխան կարելի է ստանալ հյուսվածաբանական հետազոտումից հետո:

Բուժում: Մաշկային եղջուրը հեռացնում են առողջ հյուսվածքների սահմաններում, հետագա հյուսվածաբանական հետազոտությամբ:

Գլոսալգիա (ստոմալգիա)

Գլոսալգիան (գլոստոդինիա, լեզվի պարէսթեզիա, գլոսոպիրոզ) դա հիվանդություն է, որը բնութագրվում է լեզվի լորձաթաղանթի տարբեր հատվածների այրոցով, ծակծկոցներով, հազվադեպ ցավով՝ առանց տեղային տեսանելի փոփոխությունների: Ավելի հազվադեպ, քան լեզվում, նման զգացողություններ կարող են առաջանալ շրթունքներում, կարծր քիմքում կամ բերանի խոռոչի ամբողջ լորձաթաղանթի վրա: Այդ դեպքում հիվանդությունն անվանում են ստոմալգիա կամ շրթունքի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի պարէսթեզիա, բերանային այրոցի սինդրոմ:

Գլոսալգիայով հիվանդների մեջ մեծ թիվ են կազմում 40 տարեկանից բարձր կանայք, տղամարդիկ հիվանդանում են 5-6 անգամ հազվադեպ:

Էթիոլոգիա և պաթոգենեզ: Ներկա ժամանակներս հիմքեր կան գլոսալգիան համարել պոլիէթիոլոգիկ հիվանդություն: Պաթոգենեզում գլխավոր դերը պատկանում է վեգետատիվ նյարդային համակարգի ախտահարումներին, որն ապահովվում է նյարդառեֆլեկտոր շղթայի գրգռմամբ, նրա տարբեր մակարդակներում: Այս խանգարումներն ունեն հաճախ ֆունկցիոնալ, հազվադեպ՝ օրգանական բնույթ: Գլոսալգիան հաճախ զարգանում է աղեստամոքսային համակարգի և լյարդի հիվանդությունների, կենտրոնական և ծայրամասային նյարդային համակարգի հիվանդությունների, էնդոկրին խանգարումների ֆոնի վրա:

Մի շարք հեղինակներ, որպես ստոմալգիայի ախտածնության գործոն համարում են ակրիլային պրոթեզներում գտնվող մոնոմերների բարձր մակարդակը: Մակայն ոչ բոլորն են հաստատում, որ հիվանդության զարգացման մեջ հիմնական պատճառը դա ակրիլային պրոթեզների նկատմամբ ակերզիկ ռեակցիան է: Առավել հավանական պատճառներից կարող են լինել պրոթեզներով մեխանիկական գրգռումները և պարաֆունկցիոնալ սովորությունները: Նկարագրված են մեծ թվով քիմիական նյութեր և դեղորայքային միջոցներ (էնալոպրիլ, կապտոպրիլ, իզինոպրիլ), որոնք ունակ են բերել պաթոլոգիական փոփոխությունների՝ բերանային տեղակայմամբ:

Կլինիկական պատկեր: Հիվանդները գանգատվում են լեզվում մշտական կամ պարբերաբար այրոցից, քորի զգացողությունից, խոսելուց հետո հոգնածության զգացողությունից, հազվադեպ՝ լեզվի ցավից և պարէսթեզիայից: Ստոմալգիայի ժամանակ նման զգացողություններ առաջանում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի այլ հատվածներում: Հիվանդների ավելի քան 30%-ը գանգատվում են բերանի խոռոչի չորությունից: Տիպիկ զգացողություններն ուժեղանում են խոսելուց հետո, անհանգստության զգացումից, երեկոյան: Բնութագրական է, որ սնունդ ընդունելու ժամանակ այդ նշանները վերանում են: Տեղակայվում են լեզվի ծայրին և կողմնային հատվածներին, հազվադեպ՝ լեզվի մեջքի և արմատի շրջանում: Այդ զգացողությունների հատվածները հստակ սահմաններ չունեն, նրանց տեղակայումը կարող է փոփոխվել: Տարբեր ինտենսիվությամբ հիվանդության բուժման բացակայության դեպքում, այն տևում է ամիսներ, տասնյակ տարիներ, կամ կարող է անհետանալ (նույնիսկ երկար ժամանակով), հետագայում հայտնվել, կամ հազվադեպ՝ ընդհանրապես անհետանալ:

Ստոմալգիայով տառապող բազմաթիվ հիվանդներ գանգատվում են համի զգացողության խանգարումից՝ դիսգևզիայից, որը հայտնաբերվել է հիվանդների 68%-ի մոտ (հատկապես դառը): Մինչև 95% հիվանդների մոտ դիտվում է տազնապի և դեպրեսիայի զգացում: Կանայք, որոնք տառապում են ստոմալգիայով, հատկապես դաշտանադադարի

շրջանում, նշում են լեզվի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի գրգռվածություն:

Ստոմալգիայի (գլոսալգիայի) ժամանակ լորձաթաղանթի օբյեկտիվ փոփոխությունները բացակայում են կամ աննշան են (այտուցվածություն, առանձին պտկիկների հիպերտրոֆիա, լեզվի երակների վարիկոզ լայնացում):

Տարբերակիչ ախտորոշում: Գլոսալգիան (ստոմալգիան) անհրաժեշտ է տարբերակել՝

1. *լեզվի օրգանական հիվանդություններից* - հիմնական տարբերությունը կայանում է նրանում, որ գլոսալգիայի ժամանակ բացակայում են լեզվի օբյեկտիվ փոփոխությունները:

2. *լեզվի սուր և քրոնիկ վնասվածքներից*, որոնց դեպքում ցավն ու այրոցը մշտական են և տեղակայված են միևնույն տեղում: Վնասակար գործոնի հեռացումից հետո ցավն անհետանում է:

3. *Ներալգիայից*, որը գլոսալգիայից տարբերվում է կտրուկ, կարճատև ցավային նոպաներով, որոնք գրեթե միշտ ունեն միակողմանի բնույթ և տեղակայված են այն հատվածում, որը նյարդավորվում է եռորյակ և լեզվաըմպանային նյարդերի համապատասխան ճյուղերով:

4. *Ներիտից*: Ներիտին բնորոշ է ցավի տեղակայումը, որը խիստ համապատասխանում է ախտահարված նյարդին, միևնույն ժամանակ տեղի է ունենում սովյալ գոտու զգայունության անկում: Այսպես, լեզվի նյարդաբորբի ժամանակ ցավը միակողմանի է և տեղակայված է լեզվի առաջային 2/3-ում: Հենց այդ շրջանում, մասամբ կամ ամբողջությամբ, ընկնում է մակերեսային զգայունությունը, որն արտահայտվում է թմրածության և պարէսթեզիայի զգացողությամբ: Նյարդաբորբի ժամանակ ցավն ուժեղանում է սնունդ ընդունելիս և լեզվի շարժումների ժամանակ :

5. *Օդոնտոգեն ցավերից*:

Բուժումը: Անհրաժեշտ է կոմպլեքս բուժում՝ դեղորայքային, ֆիզիոթերապիա, ասեղառեֆլեքսոթերապիա, լազերոթերապիա, հիպերբոլիկ օքսիգենացիա, հոգեբուժություն: Առաջին փուլում կատարվում է մանրամասն ստոմատոլոգիական հետազոտություն, որի նպատակն է հայտնաբերել տեղային պաթոլոգիական փոփոխություններ, որոնք կարող են պատճառ հանդիսանալ կամ խթանել բերանի խոռոչում այրոցի առաջացմանը: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է բերանի խոռոչի սանացիա:

Դեպրեսիայով տառապող հիվանդներին նշանակում են հակադեպրեսանտներ՝ սերոտոնինի հակադարձ զավթման սելեկտիվ ինհիբիտորներ (պրոզակ 20-40մգ օրը) և եռցիկլիկ հակադեպրեսանտ՝ ամիտրիպտիլին օրեկան մինչև 200 մգ: Տագնապով տառապող հիվանդներին նշանակում են տրանկվիլիզատորներ՝ բենզոդիազեպան-ֆենոզեպամ խմբի 0,25-0,5 մգ, օրեկան 2-3 անգամ:

Միկրոցիրկուլյացիայի լավացման համար, հատկապես այն անձանց մոտ, ովքեր ունեն անոթային հիվանդություններ և ողնաշարի վզիկային հատվածի դեգեներատիվ փոփոխություններ, ցուցված են պենտօքսիֆիլին՝ օրեկան 300-600մգ, և նիկոտինաթթու:

Քսերոստոմիայի ժամանակ, թքագեղձերի ֆունկցիայի խթանման նպատակով նշանակում են պիլոկարպին 5մգ, օրեկան 1անգամ՝ ենթալեզվային :

Համային զգացողության խանգարում

Համային զգացողության խանգարումները (dysgeusia) հանդիպում են դիմային նյարդի ախտահարման ժամանակ, եթե ախտահարման օջախը տեղակայված է դիմային նյարդի խողովակում (Ֆալոպյան խողովակ): Դա կապված է այն բանի հետ, որ դիմային նյարդի տվյալ հատվածում, նրա հետ միասին, անցնում է թմբկալարը, որի կազմի մեջ մտնում են համային հաղորդիչներ: Այդ հաղորդիչները լեզվի առաջային 2/3-ի համային ընկալիչներից ինֆորմացիան փոխանցում են մեծ կիսագնդերի կեղև: Տվյալ դեպքում համապատասխանաբար դիտվում է լեզվի առաջային 2/3-ի համային զգացողության միակողմանի անկում:

Դիմային խողովակներից դուրս, համային թելիկները տեղակայված են լեզվային նյարդի կազմի մեջ: Այդ պատճառով նրա բորբոքման ժամանակ նույնպես դիտվում է լեզվի առաջային 2/3-ի համային զգացողության անկում, բայց այլ ախտանիշների համակցությամբ: Անհրաժեշտ է նշել, որ համային զգացողության միակողմանի անկումը լեզվի հետին 1/3-ում պայմանավորված է լեզվաբնականային նյարդի ախտահարմամբ: Համային զգացողության լրիվ երկկողմանի, հազվադեպ միակողմանի անկումը դիտվում է ԿՆՀ-ի օրգանական ախտահարումների ժամանակ (ուղեղի ուռուցք, նեյրոսիֆիլիա):

Համային սոխուկները հիմնականում տեղակայվում են լեզվի լորձաթաղանթում, այդ պատճառով նրանց ախտահարող էթիոլոգիական գործոնները, որոնք առաջացնում են համային զգացողությունների խանգարումներ, բազմազան են՝ վիրուսային ինֆեկցիաներ, ալերգիկ գլոսիտ, ճառագայթային ախտահարումներ, վնասվածքներ, ավիտամինոզներ A և B, Շեգրենի համախտանիշ, ստամոքս-աղիքային համակարգի հիվանդություններ և այլն: Այդ դեպքում ախտորոշվում է լեզվի թելանման պտկիկների դեսկվամացիա, որի հետևանքով նրանք մերկանում են և դառնում հասանելի գրգռման համար: Նման դեպքերում համային զգացողությունները վերականգնվում են թելանման պտկիկների ռեգեներացիայի հետ մեկտեղ:

Թթու համն առաջանում է այն հիվանդների մոտ, որոնց մոտ դիտվում է գալվանիզմ: Բերանի խոռոչում տհաճ համի զգացողության պատճառ կարող է հանդիսանալ գինգիվիտը, պարոդոնտիտը, պերիօդոնտիտը: Դառը և թթու համի զգացողություն կարող է դիտվել հեպատոխոլեցիստիտի և գաստրիտի ժամանակ: Համի խանգարում կամ նրա լրիվ կորուստ հնարավոր է հիստերիայի ժամանակ:

Բուժումը: Անց է կացվում նյարդաբանի կողմից՝ այդ հիվանդությունների թերապիայի սկզբունքներին համապատասխան, և հաշվի առնելով նրանց էթիոլոգիան:

Թքարտադրության խանգարումները

Թքարտադրության խանգարումները կարող են պայմանավորված լինել թքագեղձերի նյարդավորման, բուն թքագեղձերի և բերանի խոռոչի ախտահարումների հետ:

Տարբերում են թքարտադրության խանգարման երկու տեսակ՝

-հիպերսալիվացիա

-հիպոսալիվացիա, և նրա ծայրահեղ աստիճանը՝ քսերոստոմիա:

Հիպերսալիվացիա: Էթիոլոգիական գործոնները, որոնք առաջացնում են հիպերսալիվացիա, հանդիսանում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի սուր բորբոքային պրոցեսները, որոնք

ուղեկցվում են թքարտադրության բարձրացմամբ՝ ոչ պայմանական ռեֆլեկտոր մեխանիզմով բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի կտրուկ գրգռման հետևանքով, ինչը հանդիսանում է օրգանիզմի պաշտպանիչ ռեակցիա: Երբեմն հիպերսալիվացիան առաջանում է ծանր մետաղների աղերով (սնդիկ, կապար, վիամուտ) և յոդով թքագեղձերի սեկրետոր բջիջների անմիջական գրգռման հետևանքով:

ԿՆՀ-ի որոշ հիվանդությունների ժամանակ (պարկինսոնիզմ, բուլբար և պսևդոբուլբար կաթված, երբեմն ինսուլտից հետո) դիտվում է երկարատև հիպերսալիվացիա:

Ներոզի և անհանգիստ վիճակների ժամանակ հնարավոր է *կեղծ հիպերսալիվացիա*, երբ հիվանդները գանգատվում է առատ թքարտադրությունից, որը օբյեկտիվ հետազոտության ժամանակ չի հաստատվում:

Բուժում: Բոլոր դեպքերում բուժումը պետք է ուղղված լինի հիմնական հիվանդության բուժմանը: Թքարտադրության ժամանակավոր նվազեցման կարելի է հասնել՝ օգտագործելով աստրոպին:

Հիպոսալիվացիա: Պատճառները բազմազան են՝ ավիտամինոզներ A, B₁, B₆, B₁₂, E, հիպոսիդերոզ, շաքարային դիաբետ, շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդություններ, ճառագայթային ախտահարումներ, քրոնիկական պարօտիտ: Բերանի խոռոչի չորությունը առավել արտահայտված է Շեգրենի համախտանիշով հիվանդների մոտ: Քթային շնչառության խանգարում ունեցող մարդկանց մոտ (պոլիպներ, քթի թեք միջնապատ), որոնք ստիպված են անընդհատ շնչել բերանով, բերանի խոռոչի չորությունը պայմանավորված է բերանային հեղուկի ուժեղացած գոլորշիացման հետ (*կեղծ հիպոսալիվացիա*):

Հիպոսալիվացիայի, հատկապես քսեռոստոմիայի ժամանակ, հիվանդները գանգատվում են բերանի խոռոչի չորությունից սննունդ ընդունելիս՝ հատկապես կծու և պինդ, խոսելիս, այրոցի զգացումից և լորձաթաղանթի անհարթությունից: Հիպոսալիվացիան հաճախ զուգակցվում է այլ լորձաթաղանթների չորության հետ:

Օբյեկտիվ հետազոտության ժամանակ լորձաթաղանթը թույլ խոնավ է կամ չոր և փայլատ: Թուրքը քիչ է և փրփրանման: Երկարատև հիպոսալիվացիայի ժամանակ շատանում է աստամնափառը, առաջանում է կարիես: Վնասակար գործոնների նկատմամբ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ռեզիստենտականությունն ընկնում է:

Բուժումը: Բուժումը կայանում է հիպոսալիվացիայի առաջացման պատճառի հայտնաբերման և վերացման մեջ: Պարտադիր է կատարել բերանի խոռոչի սանացիա՝ ընգրկելով պրոթեզավորում: Խորհուրդ է տրվում տեղային օգտագործել հակաբորբոքային պրեպարատներ և միջոցներ, որոնք բարձրացնում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ռեզիստենտականությունը գրգռիչների նկատմամբ՝ լիզոցիմ, վիտամիններ A, E-ի յուղային լուծույթներ և այլն:

Որպես կանոն նշանակում են վիտամինոթերապիա, ցուցումների դեպքում՝ սեռականան հորմոններ, յոդի պրեպարատներ ներքին ընդունման համար: Լավ արդյունք է տալիս խոշոր թքագեղձերի շրջանում գալվանիզացիան: Որպես ախտանիշային միջոց, հաջողությամբ կիրառվում է հակախոլինէսթերազային պրեպարատներ, մասնավորապես գալանթամինի 0,5% 1,0 մլ լ.թ.՝ ենթամաշկային, կամ նրա ներմուծումը էլեկտրոֆորեզի մեթոդով կամ ներքին ընդունմամբ՝ ամեն օր, 1 ամսվա ընթացքում: Յուցված է 1% պիլոկարպինի հիդրոքլորիդի լ.թ. 4-կաթիլ, օրը 1-2 անգամ:

Պարօղնտը և նրա ախտահարումները

Պարօղնտի հիվանդությունների համաճարակաբանությունը

Պարօղնտի հիվանդությունները պատկանում են ամենատարածված հիվանդությունների շարքին: Ըստ ՀԱԿ-ի տվյալների, Երկրի բնակչության միայն 12% չի տառապում պարօղնտի հիվանդություններով, ընդ որում երիտասարդ տարիքում ավելի հաչախ հանդիպում են բորբոքային հիվանդությունները (մինչև 30 տարեկան – գինգիվիտներ, 30-ից հետո՝ պարօղնտիտներ): Պարօղնտի դիստրոֆիկ հիվանդությունները – պարօղնտոզ - հանդիպում է ընդհամենը 3-8% մարդկանց մոտ:

Պարօղնտի հյուսվածքների կառուցվածքը

Պարօղնտը – հյուսվածքների համալիր է, որի մեջ մտնում են լինդը՝ վերնուկրի հետ, պերիօղնտը, ատամնաբնի ոսկրային հյուսվածքը, ատամի ցեմենտը, որոնք ունեն գենետիկական և ֆունկցիոնալ համանմանություն, նաև նյարդավորման և արյունամատակարարման ընդհանուր աղբյուր:

Լինդը դա բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի այն հատվածն է, որը ծածկում է վերին և ստորին ծնոտների ատամնաբնային ելունները ու շրջապատում ատամների վզիկային մասը:

Կլինիկական և ֆիզիոլոգիական տեսակետից տարբերում են լնդի հետևյալ հատվածները՝

1. Միջատամնային պտկիկ
2. Եզրային (մարգինալ) լինդ
3. Ատամնաբնային (ամրացված) լինդ

Միջատամնային պտկիկը և եզրային լինդը կազմում են լնդի ազատ մասը, որը հպվում է ատամի վզիկին, իսկ ատամնաբնային մասը սերտաձում է ստորադիր վերնուկրի հետ շարակցահյուսվածքային թելերի օգնությամբ:

Միջատամնային պտկիկը կազմված է շրթա-այտային և լեզվային (քմային) պտկիկներից, որոնք ունեն եռանկյան տեսք, գազաթով ուղղված դեպի ատամի կտրող եզրը (ծամող մակերեսը) և զբաղեցնում են հարևան ատամների միջև ընկած տարածությունը:

Մարգինալ /եզրային/ հատվածը հպվում է ատամի վզիկին, որտեղ նրա մեջ են ներհյուսվում կլոր կապանի թելերը: Ատամի մակերեսի և լնդային եզրի միջև գոյություն ունի ճեղքանման տարածություն 0,5-1,0մմ խորությամբ - լնդային ակոս, որի մեջ առաջանում է և շրջանառում լնդային հեղուկը: Լնդային ակոսը պատված է էպիթելով, որը ամրանում է էմալի կուտիկուլային (էպիթելիային ամրացում): Նորմայում լնդային ակոսի հատակը գտնվում է էմալ-ցեմենտային սահմանի մակարդակին:

Հյուսվածաբանորեն լինդը բաղկացած է բազմաշերտ տափակ էպիթելից և բուն լորձաթաղանթից, իսկ ենթալորձային շերտը բացակայում է: Էպիթելի և բուն լորձաթաղանթի միջև գտնվում է բազալ թաղանթը: Նորմայում լնդի էպիթելը եղջերանում է, ինչով և պայմանավորված է լնդի պաշտպանական ֆունկցիան մեխանիկական, ջերմային և քիմիական գրգռիչների հանդեպ:

Լնդի էպիթելը կազմված է հիմային (բազալ), փշաձև, հատիկավոր և եղջրացող շերտերից: Բազալ շերտի բջիջները զլանաձև են, փշաձև շերտի բջիջները բազմաձև են (պոլիգոնալ): Հատիկավոր շերտը կազմված է տափակ բջիջներից, որոնց ցիտոպլազման պարունակում է կերատոհիալինի հատիկներ: Ամենամակերեսային եղջերացող շերտը ներկայացված է մի քանի շարքով տեղակայված կորիզագուրկ բջիջներից, որոնք ամբողջությամբ եղջերացած են և անընդհատ արտազատվում են:

Բազալ բջիջների շերտի տակ գտնվում է բազալ թաղանթը, որը իրենից ներկայացնում է որոշակի ուղղվածությամբ բարակ արգիրոֆիլ թելերի հյուսակ:

Բուն լորձաթաղանթը – շարակցահյուսվածքային գոյացություն է, որը կազմված է պտկիկավոր և ավելի խորանիստ ցանցավոր /անոթային/ շերտերից: Պտկիկավոր շերտը

պտկիկների տեսքով ընկղմվում է էպիթելի մեջ, և բազմաթիվ անոթների ու նյարդերի շնորհիվ ապահովում է էպիթելի սնուցումը: Ցանցավոր շերտում նույնպես առկա են բազմաթիվ անոթներ ու նյարդեր:

Կոլագենային և արգիրոֆիլ թելերի խրճերի միջև գտնվում են միջբջջային նյութը և բջջային տարրերը, որոնք ներկայացված են ֆիբրոբլաստներով, հիստիոցիտներով, լիմֆոցիտներով, պլազմոցիտներով, պարարտ բջիջներով, մակրոֆագերով և այլն:

Ֆիբրոբլաստները մասնակցում են թելերի և հիմնական նյութի սինթեզին: Անհրաժեշտության դեպքում նրանք կարող են մասնակցել նաև օրգանիզմի պաշտպանական ռեակցիային՝ սինթեզելով ֆիբրոգ պատյան օտար մարմինների և բորբոքման օջախի շուրջ:

Հիստիոցիտները և մակրոֆագերը մասնակցում են ֆագոցիտոզի:

Պարարտ բջիջները մասնակցում են հիստամինի, սերոտոնինի, հեպարինի և այլ գլիկոզամինոգլիկանների արտազատմանը:

Լիմֆոցիտները, պլազմատիկ բջիջները մեծ դեր են խաղում հյուսվածքների իմունային պաշտպանության մեջ:

Լնդային հեղուկը մարզինալ պարօդոնտի պաշտպանական մեխանիզմի կարևոր մասն է՝ ի շնորհիվ իմունոլոգիական հասկությունների և ֆագոցիտար ակտիվության: Հեղուկի արտազատումը լնդային ակոսից աննշան է, այն ուժեղանում է մեխանիկական գրգռումից կամ բորբոքման ժամանակ: Ցանկացած նյութ, ներմուծվելով լնդային ակոս, այդ թվում նաև դեղամիջոցները, անմիջապես դուրս են մղվում ակոսից, եթե դրանց մեխանիկորեն չֆիքսել: Այս հասկությունը պետք է հաշվի առնել պարօդոնտի հիվանդությունների բուժման ժամանակ:

Պերիօդոնտը ատամի կապանային ապարատն է, որը կատարում է հենարանային և ամորտիզացնող ֆունկցիաները, և տեղակայված է ցեմենտի և ատամնաբնային ոսկրի միջև:

Ցեմենտը ծածկում է ատամի արմատը, լինում է բջջային և բջջազուրկ: Քիմիական բաղադրությամբ նման է ոսկրին, սակայն ի տարբերություն նրա չի պարունակում արյունատար անոթներ և նյարդեր: Բջջազուրկ ցեմենտը տեղակայված է արմատի ամբողջ մակերեսով, չի պարունակում բջիջներ և կազմված է ատամի առանցքին զուգահեռ դասավորված կոլագենային թելերի խրճերից և սոսնձող նյութից: Բջջային ցեմենտը տեղակայված է ատամի գագաթի շրջանում, նաև բազմարմատանի ատամների արմատների երկատման և եռատման /ֆուրկացիաների/ շրջաններում: Այս ցեմենտը պարունակում է ցեմենտոբլաստներ և ցեմենտոցիտներ:

Վերին ծնոտի **ավելոյար ելունի** կորտիկալ թիթեղը ավելի բարակ է և ծակոտկեն, քան ստորին ծնոտինը: Կորտիկալ թիթեղների միջև գտնվում է սպունգանման նյութը և ոսկրածուծը:

Արյունամատակարարում

Վերին ծնոտի պարօդոնտալ հյուսվածքները զարկերակային արյունը ստանում են a.carotis externa – a.maxillaris – a.superior posterior, media et anterior: Ստորին ծնոտը մատակարարում է a. alveolaris inferior:

Նյարդավորումը

Վերին ծնոտի համար՝ n.maxillaris և նրա ճյուղերը n.superior posterior, media et anterior, իսկ ստորին ծնոտի համար՝ n.alveolaris inferior, n.buccalis, n. lingualis.

ՊԱՐՕՂՈՆՏԻ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԸ

1. Պատնեշային /պաշտպանիչ/ ֆունկցիան ապահովվում է՝
 - ա) պարօղոնտի հյուսվածքների ամբողջականությամբ
 - բ) լնդի ծածկույթային էպիթելի պաշտպանողական հատկություններով և եղջերացման ունակությամբ
 - գ) շարակցական հյուսվածքի բջիջներով, որոնք ունեն պաշտպանողական հատկություններ՝ պլազմատիկ բջիջներ, լիմֆոցիտներ, պարարտ բջիջներ, մակրոֆագեր, հիստիոցիտներ և այլն:
 - դ) լնդային հեղուկով, որը պարունակում է մեծ քանակությամբ բակտերիցիդ նյութեր և իմունոգլոբուլիններ
 - ե) լեյկոցիտների արտագաղթով բերանի խոռոչ
 2. Սնուցողական ֆունկցիա - ապահովվում է լավ արտահայտված արյունամատակարարումով և լիմֆատիկ ցանցով:
 3. Հենարանային ֆունկցիան - ապահովվում է պերիօդոնտի, լնդի և ատամնաբնային ոսկրի կապանային ապարատով, որի հաշվին ատամը ֆիքսվում է ատամնաբնում:
 4. Ամորտիզացնող ֆունկցիան արտահայտվում է ծամողական ճնշման հավասարաչափ տեղաբաշխմամբ ատամնաշարով և ատամնաբնային ոսկրով: Դրան են նպաստում բազմաթիվ անաստամոզներ պերիօդոնտալ կապանների միջև, փուխը շարակցական հյուսվածքից հիդրավլիկ “բարձի” առկայությունը, արյունատար անոթների կծիկավոր ցանցը և հյուսվածքային հեղուկը:
 5. Պլաստիկ ֆունկցիան ապահովվում է ֆիբրոբլաստների, գեմենտոցիտների, օստեոբլաստների շնորհիվ:
 6. Ռեֆլեկտոր ֆունկցիան կատարվում է պերիօդոնտի և բերանի լորձաթաղանթի լայն նեյրո-ռեցեպտորային ապարատի օգնությամբ, որը կարգավորում է ծամողական ճնշման ուժը, կապված սննդի տեսակից:
- Պարօղոնտի բոլոր ֆունկցիաները փոխկապակցված են, ապահովում են ֆիզիոլոգիական հավասարակշռությունը արտաքին և ներքին միջավայրների միջև՝ պահպանելով պարօղոնտի մորֆոլոգիական կառուցվածքը:

Պարօղոնտի հիվանդությունների դասակարգումը

Մեր երկրում դեռևս օգտագործվում է պարօղոնտի հիվանդությունների դասակարգումը և տերմինաբանությունը, որը ընդունվել է 1983թ-ին ստոմատոլոգների համամիութենական ընկերության XVI Պլենումում Երևանում:

1. Գինգիվիտներ - լնդի բորբոքում, պայմանավորված տեղային և ընդհանուր գործոնների ոչբարենպաստ ազդեցությամբ, որի ժամանակ պահպանվում է ատամնա-լնդային միացման ամբողջականությունը:
 - Տեսակները՝ կատարալ, խոցային, հիպերտրոֆիկ
 - Ծանրությունը՝ թեթև, միջին, ծանր
 - Ընթացքը՝ սուր, քրոնիկական, սրացում
 - Տարածվածությունը՝ տեղային, տարածուն
2. Պարօղոնտիտ- պարօղոնտի հյուսվածքների բորբոքում, որը ուղեկցվում է պարօղոնտի և ծնոտի ատամնաբնային ելունի ոսկրի պրոգրեսիվ դեստրուկցիայով
 - Ծանրությունը՝ թեթև, միջին, ծանր
 - Ընթացքը՝ սուր, քրոնիկական, սրացում, թարախակույտ, ռեմիսիա
 - Տարածվածությունը՝ տեղային, տարածուն
3. Պարօղոնտոզ- պարօղոնտի դիստրոֆիկ ախտահարում
 - Ծանրությունը՝ թեթև, միջին, ծանր
 - Ընթացքը՝ քրոնիկական, ռեմիսիա

Տարածվածություն՝ տարածուն

4. Բոլորպատիկ հիվանդություններ – ընթանում են պարօդոնտալ հյուսվածքների պրոգրեսիվ լիզիտով (պարօդոնտոլիզ) և հանդիսանում են մեկ այլ հիվանդության կամ համախտանիշի ախտանիշ – Պապիլոն-Լեֆլերի համախտանիշ, նեյտրոպենիա, Իցենկո-Կուշինգի համախտանիշ, դեկոմպենսացված շաքարային դիաբետ:

5. Պարօդոնտոմաներ – ուռուցքներ և ուռուցքանման հիվանդություններ (Էպուլիս, ֆիբրոմատոզ)

Պարօդոնտի հիվանդությունների դասակարգումն ըստ ՀԱԿ-ի

1989թ. ՀԱԿ-ն ընդունեց պարօդոնտի հիվանդությունների հետևյալ դասակարգումը.

1. Գինգիվիտներ

1.1. Գինգիվիտներ՝ պայմանավորված ատամնային վահանիկով

1.2. Սուր խոցանեկրոտիկ գինգիվիտներ

1.3. Ստերոիդ հորմոններից առաջացած գինգիվիտներ (հղիների, դեռահասների մոտ)

1.4. Ֆարմակոլոգիական գործոններով պայմանավորված լնդային հիպերպլազիա

1.5. Դեկվամացվող գինգիվիտներ

1.6. ՁԻԱՀ-ի հետևանքով առաջացած գինգիվիտներ

2. Պարօդոնտիտներ

2.1. Մեծահասակների պարօդոնտիտներ

2.2. Վաղ պարօդոնտիտներ

ա) պրեպուլերտատ (ատամների փոխման ժամանակ) – տարածուն և տեղային

բ) յուվենիլ – տարածուն և տեղային

գ) արագ զարգացող

2.3. Համակարգային հիվանդություններով պայմանավորված պարօդոնտիտներ

2.4. Խոցանեկրոտիկ պարօդոնտիտներ

2.5. Ռեֆրակտեր պարօդոնտիտներ (բուժման հանդեպ կայուն)

Պարօդոնտի հիվանդությունների պատճառագիտությունը և ախտածնությունը

Պատճառագիտության մեջ հիմնական նշանակություն ունեն հետևյալ գործոնները՝

1.Տեղային

ա) ատամնափառ, ատամնաքար

բ) թքի բաղադրությունն ու հատկությունները

գ) վնասվածքային, այդ թվում նաև յաթրոզեն գործոնը

դ) պարօդոնտալ հյուսվածքների ծանրաբեռնվածությունը

ե) ատամի և շուրջատամնային հյուսվածքների ֆունկցիոնալ անբավարարությունը

զ) լորձաթաղանթի կառուցվածքային առանձնահատկությունները

2.Ընդհանուր

ա) վիտամինների պակասը

բ) անոթների աթերոսկլերոտիկ փոփոխություններ

գ) նեյրո-դիստրոֆիկ խանգարումներ

դ) օրգանիզմի ռեակտիվականության նվազում

ե) հիպօքսիա

զ) էնդոկրին խանգարումներ

է) աղեստամոքսային տրակտի հիվանդություններ

ը) արյան և հեմոպոեզիկ համակարգի հիվանդություններ

թ) հոգեւտմաստիկ գործոններ

ժ) իմունոլոգիական խանգարումներ

ի) ծխելը և նրանից հրաժարվելը

Տեղային և ընդհանուր գործոնները կարող են ազդել համատեղ:

Ատամնավահանիկի կազմի մեջ մտնող մանրէները և նրանց կենսագործունեության արգասիքները /էնդոտոքսիններ, էկզոտոքսիններ և հակազեններ/ հանդիսանում են պարօդոնտալ հյուսվածքների բորբոքման հիմնական տեղային գործոն:

Բորբոքային պրոցեսի բնույթը և ծանրությունը կախված է՝

- մանրէների հյուսվածքներ թափանցելու ունակությունից,

- մանրէների տեսակից և քանակից

- մակրոօրգանիզմի ռեզիստենտականությունից մանրէների նկատմամբ

Բերանի խոռոչը դա բարդ հավասարակշռված կենսաբանական համակարգ է, որը մակրոօրգանիզմի և միկրոօրգանիզմների ադապտացիայի արդյունք է: Այդ բալանսի խախտումը բերում է բորբոքային երևույթների:

Բերանի խոռոչում հայտնաբերվում են մանրէների ավելի քան 200 տեսակ՝ աէրոբ և անաէրոբ բակտերիաներ, խմորանման սնկեր, միկոպլազմաներ, սպիրոխետներ, նախակենդանիներ և այլն:

Բերանի խոռոչի մշտական ֆլորային են պատկանում ստրեպտոկոկները, նեյսերիաները, լակտոբակտերիաները, դիֆտերիդները, անաէրոբ կոկները, վեյոնելաները, բակտերիդները, ֆուզոբակտերիաները, լեպտոսպիրիլաները, սպիրոխետները: Ոչ մշտական կամ պատահական միկրոֆլորային են վերաբերվում Գրամ «-» աէրոբ բակտերիաները (*E.coli*, կլեբսիելա, և այլն), Գրամ «+» բացիլները և անաէրոբ կլոստրիդիաները:

Պարօդոնտի և գինգիվիտի հիմնական ձևերի մեծամասնության պատճառ են հանդիսանում մանրէները, որոնք կանգնում ատամի մակերեսի ստոր- կամ վերլնդային հատվածներին, կազմում են բակտերիալ վահանիկի հիմքը: Բակտերիալ հեմոտոքսինները և հակազենները արագացնում են լեյկոցիտների գաղթը լնդային ակոս, ինչի հետևանքով առաջանում է հյուսվածքների այտուց, ինչն էլ բերում է ատամի էպիթելային կապի թուլացմանը: Այդ ամենը նպաստում է Գրամ «+» բակտերիաների և նրանց կենսագործունեության արգասիքների թափանցմանը դեպի ատամնալնդային միացման հատակը:

Մանրէների կենսագործունեության որոշ արգասիքները – կոլագենազները, էլաստազները – բերում են պարօդոնտի թելերի և բջիջների վնասմանը և քայքայմանը, առաջացնելով նրանց դեստրուկցիա, իսկ հետագայում՝ պարօդոնտալ գրպանիկ: Բորբոքային պրոցեսի սկզբնական փուլերում պարօդոնտալ գրպանիկի մեջ գերակշռում է ֆակուլտատիվ-անաէրոբ ֆլորա, որը հետագայում փոխարինվում է օբլիգատ անաէրոբներով:

Պարօդոնտի հիվանդությունների պատճառագիտության մեջ հատուկ դեր ունի թուրքը՝ նրա հատկությունները և բաղադրությունը, արտազատման արագությունը և քանակը, մածուցիկությունը և այլն:

Տեղային վնասվածքային գործոններին են վերաբերվում ատամների բուժման և պրոթեզավորման դեֆեկտները, ոչ ճիշտ պատրաստված օրթոդոնտիկ սարքերը:

Պարօդոնտալ հյուսվածքի գերծանրաբեռնվածությունը կարող է դիտվել կծվածքի տարբեր անոմալիաների ժամանակ (խորը, բաց, պրոգնատիկ, պրոգենիկ կծվածքներ), ատամների խախտված դիրքի ժամանակ (ատամների խիտ դասավորվածություն, տրեմաներ, դիաստեմաներ), ատամների հետեքստրակցիոն տեղաշարժի և բրուքսիզմի ժամանակ:

Հիպոֆունկցիան /անտոգոնիստների բացակայություն, բացառապես փափուկ սննդի օգտագործում/ նույնպես կարող է բերել պարօդոնտի հիվանդությունների: Նորմալ ծանրաբեռնվածության բացակայության հետևանքով նվազում է տվյալ շրջանի արյան շրջանառությունը, ինչը բերում է դիստրոֆիկ պրոցեսների:

Բերանի խոռոչի նախադռան կարճ սանձիկը նույնպես կարող է դառնալ պարօդոնտալ հյուսվածքների լոկալ խանգարումների նախապայման:

Ընդհանուր գործոններից հարկ է նշել վիտամինների պակասը, հատկապես վիտ. C-ի, ինչը բերում է կոլագենային թելերի առաջացման և ձևավորման պրոցեսների խանգարմանը, մազանոթների թափանցելիության բարձրացմանը և այլն: Վիտամին A-ն մեծ դեր է խաղում լնդերի

Էպիթելավորման պրոցեսում; նրա պակասը բերում է լնդերի պատնեշային ֆունկցիայի թուլացման:

Պարօդոնտի հիվանդություններով հիվանդների հետազոտման մեթոդները

Հիվանդի հետազոտությունն իր մեջ ներառում է օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ տվյալները՝

- անամնեզի հավաքում
- բերանի խոռոչի կլինիկական հետազոտում
- հետազոտման լաբորատոր մեթոդներ
- հետազոտություն այլ պրոֆիլի մասնագետների կողմից

Հարցման ընթացքում պետք է ուշադրություն դարձնել հետևյալ տվյալների՝

Կյանքի անամնեզ (Anamnesis vitae)

1. Անձնագրային տվյալներ
2. Մասնագիտություն (մասնագիտական վնասակար գործոնների առկայություն կամ բացակայություն)
3. Տարած հիվանդությունները
4. Ապրելու էկոլոգիական, սոցիալական և կենցաղային պայմաններ
5. Բերանի խոռոչի հիգիենայի պահպանում
6. Մնվելու բնույթն ու ռեժիմը
7. Վնասակար սովորություններ
8. Ժառանգականություն
9. Ալերգիկ ֆոն

Հիվանդության անամնեզ (Anamnesis morbi)

1. Հիվանդի գանգատները, կապված տվյալ պաթոլոգիայի հետ
2. Առաջացման ժամկետը և ընթացքի բնույթը
3. Զարգացման դինամիկան
4. Հիվանդության առաջացման պատճառները ըստ հիվանդի կարծիքի
5. Մրացումների առկայությունը, նրանց պատճառը և տևողությունը
6. Եղել են արդյոք բուժման փորձեր, երբ և ինչպիսի, ինչ արդյունքի են բերել

Պարօդոնտալ հյուսվածքի վիճակի կլինիկական բնութագրումը հիմնվում է հիվանդի զնման վրա: Ուշադրություն են դարձնում հիվանդի արտաքին տեսքի, դեմքի արտահայտության, ախտաբանական տարրերի առկայության և մաշկի գույնի վրա, դեմքի ասիմետրիայի առկայության, շուրթերի, բերանի անկյունների վիճակին, արտասանության բնույթի, բերանի բացման աստիճանի, տհաճ հոտի և այլն:

Պալպացիայի միջոցով հետազոտվում են նաև շրջակա լիմֆատիկ հանգույցները, որոնք նորմալում անցավ են, շարժուն, մեծացած չեն, իսկ պարօդոնտի ախտահարումների ժամանակ չափերով մեծանում են, դառնում են խիտ և ցավոտ:

Տհաճ հոտը բերանի խոռոչից կարող է պայմանավորված լինել՝

- 1) բերանի խոռոչի հիվանդություններով
- 2) աղեստամոքսային տրակտի հիվանդություններով
- 3) ՔԿԱ-օրգանների հիվանդություններով
- 4) շնչառական համակարգի օրգանների հիվանդություններով
- 5) էնդոկրին համակարգի որոշ հիվանդություններով (շաքարային դիաբետ և այլն)

Բերանի խոռոչի հիվանդությունների ժամանակ տհաճ հոտը պայմանավորված է պարօդոնտալ գրպանիկների արտադրությունով կամ խոցա-նեկրոտիկ գինգիվիտով: Այդ հոտը

կարող է ուժեղանալ սննդի մնացորդների քայքայումից ռետենցիոն հատվածներում, արտազատված էպիթելային բջիջների և լեյկոցիտների քայքայումից, բերանի խոռոչի անբավարար հիգիենայի հետևանքով, հնացած օրթոպեդիկ կոնստրուկցիաների և ատամնալիցքերի առկայությունից, կարիոզ և քայքայված ատամներից, խուղակներից և այլն:

Արտաքին գնումից հետո անցնում են բերանի նախադռան ուսումնասիրությանը, գնահատում են ատամների, ատամնաշարերի, պարօդոնտի, բերանի լորձաթաղանթի վիճակը: Նախադուրը հետազոտելիս որոշում են նրա խորությունը – նա կարող է լինել ծանծաղ, միջին խորության և խորը: Նախադռան խորության որոշման համար չափում են եզրային լնդից մինչև անցման ծայքը սանդղակ ունեցող գործիքով: Նախադուրը համարվում է ծանծաղ, եթե նրա խորությունը մինչև 5 մմ է, միջինը – 5-10մմ և խորը՝ 10մմ-ից ավել: Այնուհետև որոշում են շրթային սանձիկների միացման մակարդակը: Սանձիկները լինում են

- կարճ կամ ամուր – որոնք կպնում են միջատամնային պտկիկի գագաթին
- միջին – կպնան մակարդակը գտնվում է միջատամնային պտկիկից 1-5մմ տարածության վրա

- թույլ – կպնան մակարդակը գտնվում է անցման ծայքի շրջանում

Լնդերի հետազոտման ժամանակ ուշադրություն են դարձնում նրանց գույնին, կոնսիստենցիային, արյունահոսությանը: Պարօդոնտալ գրպանիկների առկայության դեպքում որոշում են նրանց խորությունը, թարախահոսության առկայությունը; գնահատում են ատամնապտկիկների վիճակը և արտահայտվածությունը:

Ատամնաշարի վիճակը գնահատելիս հաշվի են առնում ատամների փոխհարաբերությունը, ատամնափառի և ատամնաքարերի առկայությունը և քանակը, ատամների կարծր հյուսվածքների մաշվածության աստիճանը, վնասվածքային օկյուզիան, ատամների շարժունությունը և բացակայությունը:

Վնասվածքային օկյուզիան – ատամների հպումն է, որի ժամանակ առաջանում է պարօդոնտի ֆունկցիոնալ գերձանրաբեռնվածություն: Նա կարող է լինել առաջնային, երկրորդային և կոմբինացված:

Առաջնային վնասվածքային օկյուզիան – ֆունկցիոնալ ծանրաբեռնվածության բարձրացումն է առողջ պարօդոնտի վրա:

Երկրորդային վնասվածքային օկյուզիան – պարօդոնտի գերձանրաբեռնվածություն, որը առաջացել է պարօդոնտում ախտաբանական պրոցեսների հետևանքով /ծամողական ճնշումը նորմայի սահմաններում է/:

Կոմբինացված վնասվածքային օկյուզիան – պարօդոնտի վրա ծամողական ճնշման բարձրացումն է՝ համատեղված պարօդոնտի հյուսվածքներում ախտաբանական պրոցեսների առկայության հետ:

Կարևոր նշանակություն ունի պարօդոնտալ գրպանիկների հետազոտումը: Որոշվում է նրանց խորությունը, էքսուդատի և խոցոտումների առկայությունը: Տարբերում են արտատուկրային (առանց ատամնաբնային ոսկրի դեստրուկցիայի) և ոսկրային (ատամնաբնային ոսկրի արտահայտված քայքայումով) ախտաբանական պարօդոնտալ գրպանիկներ:

Պարօդոնտալ գրպանիկի խորությունը որոշելիս, պետք է հաշվի առնել նրա ֆիզիոլոգիական հասկությունները: Տարբերակում են կեղծ և իրական պարօդոնտալ գրպանիկ: Կեղծի դեպքում ատամնալնդային միացման ամբողջականությունը խախտված չէ, իսկ խորությունը մեծացած է ի հաշիվ լնդի այտուցի և հիպերտրոֆիայի:

Գրպանիկի խորությունը որոշում են պարօդոնտալ զոնդի /պարօդոնտումետր/ օգնությամբ, որը ունի բութ ծայր և սանդղակավոր աշխատանքային մաս: Գործիքը տեղադրում են գրպանիկի մեջ և դանդաղ առաջ են շարժում՝ մինչև առաջանա դիմադրության թույլ զգացողություն: Խորհուրդ է տրվում չափումները կատարել ատամի բոլոր կողմերից և որպես հիմք ընդունվում է ամենամեծ տվյալը:

Կլինիկայում պարօդոնտալ գրպանիկի պարունակության որոշումը կատարում են սեղմելով բամբակե խծուծով լնդին՝ արմատի գագաթի պրոեկցիայի շրջանում, դանդաղ տեղափոխելով խծուծը դեպի լնդային եզր:

Թարախային պարունակության առկայությունը պարօդոնտալ գրպանիկում կարելի է որոշել բենզիդիինային փորձի օգնությամբ (Պարմի փորձ): Փորձարկումը հիմնված է ռեակտիվի գույնի փոփոխության վրա թարախի հետ փոխազդելիս: Այդ նպատակով լուծույթի 1 կաթիլը, որը բաղկացած է 0,5մլ բենզիդիինից, 10մլ պոլիէթիլենգլիկոլից և 15մլ քացախաթթվից (1: 1000), խառնում են 3% ջրածնի պերօքսիդի 1 կաթիլի հետ և տեղադրում են գրպանիկի մեջ: Թարախի առկայության և քանակից կախված տեղի է ունենում գույնի փոփոխություն դեպի կանաչ, կանաչա-երկնագույն կամ երկնագույն:

Պարօդոնտալ գրպանիկի պատերին և հատակին խոցոտումներ հայտնաբերելու համար օգտագործում են ֆորմալինային փորձարկումը (Կետչկեյի փորձարկում): Այդ նպատակով պարօդոնտալ գրպանիկ տեղադրում են լուծույթ, որը բաղկացած է 5մլ 40% ֆորմալինից, 20մլ գլիցերինից և 175մլ թորած ջրից: Խոցերի առկայության դեպքում հիվանդները զգում են կտրուկ ցավ:

Ատամների շարժունության աստիճանը կապված է կապանային ապարատի քայքայման աստիճանից, ինչպես նաև բորբոքային պրոցեսի բնույթից: Ատամների շարժունությունը կարելի է որոշել շոշափման միջոցով կամ ունելիի օգնությամբ: Տարբերում են շարժունության 3 աստիճան՝
 I աստիճան - ատամը շարժվում է միայն վեստիբուլո-օրալ ուղղությամբ
 II աստիճան - ատամը շարժվում է վեստիբուլո-օրալ և մեդիո-դիստալ ուղղություններով
 III աստիճան - ատամը շարժվում է վեստիբուլո-օրալ, մեդիո-դիստալ և ուղղահայած կամ իր առանցքի շուրջ

Լնդերի արյունահոսության աստիճանը գնահատում են հարցման տվյալներով: Տարբերակում են արյունահոսության 3 աստիճան՝
 I աստիճան - արյունահոսությունը դիտվում է հազվադեպ, հիմնականում կոշտ սնունդ ընդունելիս
 II աստիճան - արյունահոսությունը դիտվում է ատամները մաքրելու ժամանակ
 III աստիճան - ինքնաձին արյունահոսություն

Ինդեքսային հետազոտման մեթոդներ

1. Պապիլյար-մարզինալ-ավեոյար ինդեքսը (ինդեքս PMA) – կիրառվում է լնդերի բորբոքային աստիճանը գնահատելու համար: Պոկիկավոր լնդի (P) բորբոքումը կլինիկորեն գնահատվում է որպես 1 բալ, մարզինալ լնդի (M) բորբոքումը՝ 2 բալ, ավեոյար լնդինը (A)՝ 3 բալ: PMA ինդեքսը արտահայտվում է տոկոսներով և հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով՝

$$PMA = \text{ցուցանիշների գումար} \times 100 / 3x \text{ հետազոտված ատամների քանակ}$$

2. Համաճարակաբանական հետազոտությունների համար ՀԱԿ-ը առաջարկել է պարօդոնտի հիվանդությունների բուժման անհրաժեշտության նոր ինդեքս (CPITN): Օգտագործվում են հետևյալ չափանիշները՝ լնդերի արյունահոսություն, ատամնաքարի առկայություն, պարօդոնտալ գրպանիկների խորությունը: Հետազոտվում է պարօդոնտը 17/16, 11, 26/27, 47/46, 31, 36/37 ատամների շրջանում:

Պարօդոնտի վիճակը գնահատվում է հետևյալ կերպ՝

İ á¹	â³ ÷ ³ ÝÇ³	´ áóÁÛ³ Ý ëĭ ¼ááöÝü»ñÁ
0	EQ³ Ý´ áóÃĀáóÝ áĭ³	
1	² ñĀáó³ ÑăéáóÃĀáóÝ ¼áÝ³ í áñÛ³ Ý Á³ Û³ Ý³ İ	´ »ñ³ ÝÇ È áéááÇ ÑÇ Ç»Ý³
2	² İ³ Û³ ù³ ñ	² İ³ Û³ ù³ ñÇ Ñ»é³ óáđÛ " ÑÇ Ç»ÝÇ

		ՄՇՀձձձձձձձձձձ
3	4-5ՄՄ Էձձձձձձձձ ՄՄ . ձձձձ 3 ՄՇՀ Հ 3 Էձձձ Էձձձձձձձձ	2 ի 3 ՄՅՅ իՅ ձՅ Նձձձձ 3 ձձձձ + Էձձձձ Էձձձձձձ ՄՅՅ Էձձձձ ձձձձ (ՄՅՅ 3 3 Էձձձձ Էձձձձձձձձձ 3 Էձձ)
4	6ՄՄ-Հձձ 3 ի Էձձ Էձձձձձձձձ ՄՄ . ձձձձ 3 ՄՇՀ Հձձ 3 Էձձձ Էձձձձձձձ	2 ի 3 ՄՅՅ իՅ ձՅ Նձձձձ 3 ձձձձ + Էձձձձ Էձձձձձձ ՄՅՅ Էձձձձձ ձձձձ (Էձձ Էձձ ՄՅՅ Էձձձձ ՆՅՅ ի Էձձձձձձձձձձձ, Էձձձձձձ 3 Էձձ ձձձձձձձ)

Հետազոտման ֆունկցիոնալ մեթոդներ և փորձարկումներ

1. Ռեոպարոզոնտոգրաֆիա - պարոզոնտի հյուսվածքների էլեկտրական դիմադրողականության գրանցումն է, նրանց միջով բարձր հաճախականության հոսանքի անցման պարագայում: Ռեոպարոզոնտոգրամանների գրանցման համար օգտագործվում են հատուկ սարքեր՝ ռեոգրաֆներ:

2. Կապիլյարոսկոպիա – հետազոտվում են արյունատար մազանոթները կապիլյարոսկոպ սարքի օգնությամբ: Արդյունավետ մեթոդ է բուժման ընթացքում անոթների վիճակը գնահատելու համար:

3. Բիոմիկրոսկոպիա – պարոզոնտի հյուսվածքների կենդանի հետազոտումն է մանրադիտակի տակ:

4. Ֆոտոպլատիզմոգրաֆիա – պարոզոնտի հյուսվածքների արյունամատակարարման վիճակի հետազոտումն է, հիմնված հյուսվածքների օպտիկական խտության և լույսի բեկման գրանցման վրա:

5. Պոլյարոգրաֆիա - պարոզոնտի հյուսվածքներում թթվածնային հավասարակշռության հետազոտումն է:

6. Էխոստեոմետրիա – ոսկրային հյուսվածքի ձայնահախորդակցության չափում

7. Կուլաժենկոյի փորձ – պարոզոնտի մազանոթների կայունության որոշումն է բացասական ճնշման նկատմամբ: Փորձի արդյունքների գնահատման ժամանակ հաշվի է առնվում հեմատոմայի առաջացման արագությունը: Պլաստիկ խողովակը /d=6-7մմ/ միացնում են վակուումային սարքին և տեղադրում լնդի վրա: Նորմայում 20-40 տարեկան առողջ մարդու մոտ բացասական ճնշման ազդեցության տակ /720-740մմ ս.ս./ վակուումային հեմատոման լնդի լորձաթաղանթի վրա առաջանում է 50-80վ հետո: Պարոզոնտի բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ այս ժամանակահատվածը նվազում է՝ մինչև 5-25վ գինգիվիտների և 5-10վ տարածուն պարոզոնտիտների դեպքում: Պարոզոնտոզի ժամանակ հեմատոմաների առաջացման ժամանակը երկարում է: Այս մեթոդը կարելի է օգտագործել նաև թերապևտիկ նպատակով լնդերի բուժման ժամանակ, որովհետև հեմատոմայի առաջացումը խթանում է ֆերմենտատիվ ակտիվությունը և պարոզոնտալ հյուսվածքների ռեգեներացիան:

8. Պարոզոնտալ գրպանիկներում pH-ի որոշումը թույլ է տալիս պատկերացում կազմել բորբոքային պրոցեսի ինտենսիվության, բերանի խոռոչի հիգիենիկ վիճակի, պարոզոնտի հիվանդությունների բուժման էֆեկտիվության մասին հատկապես հակաբիոտիկների և ֆերմենտների օգտագործման պարագայում: Այս մեթոդի ժամանակ օգտագործում են pH-մետր, ապակե էլեկտրոդների հավաքածուով: Մոտավոր պատկերացում pH-ի մասին կարելի է ունենալ ինդիկատորային թղթիկների /լակմուսի/ օգտագործման ժամանակ: Բորբոքային պրոցեսների և խոցոտումների առկայության ժամանակ լնդային հեղուկի թթվայնությունը բարձրանում է մինչև 5,1-4,6, իսկ էֆեկտիվ բուժման մասին խոսում է հեղուկի հիմնայնացումը /մինչև 9,0-11,0/:

9. Լնդերի բորբոքման աստիճանը որոշվում է Շիլլեր-Պիսարնի փորձարկումով: Շիլլեր-Պիսարնի լուծույթով (1գ. բյուրեղային յոդ, 2գ. կալիումի յոդիտ, 40մլ թորած ջուր) ներկում են լնդերը: Առողջ լինող ներկվում է ձեռնոցով: Քրոնիկական բորբոքումների ժամանակ լնդերում

ավելանում է գլիկոզենի քանակը ինչի հետևանքով լնդերի գույնը փոխվում է բաց շագանակագույնից մինչև մուգ դարչնագույն կախված բորբոքման ինտենսիվությունից:

10.Լնդային հեղուկի հետազոտում: Նորմայում լնդային հեղուկի քանակը մոտավորապես 0,06մգ է, իսկ բորբոքման պայմաններում այն կարող է հասնել մինչև 0,30մգ.:

Հետազոտման հավելյալ մեթոդներ

1. Ռենտգենաբանական հետազոտում – պարօդոնտի ոսկրային հյուսվածքի վիճակի գնահատման հիմնական եղանակն է: Հիմնականում օգտագործում են համապատկերային ռենտգենոգրաֆիա և օրթոպանտոմոգրաֆիա: Ներբերանային եղանակը հավելում է այս երկու մեթոդները:

Պարօդոնտի բոլոր հյուսվածքներից ռենտգեն պատկերի վրա երևում են ավելոյար ելունի ոսկրը, պերիօդոնտալ ճեղքը և ատամի ցեմենտը: Նորմայում միջատամնային խտրոցների գագաթները ֆրոնտալ ատամների շրջանում ունեն կոնի տեսք, իսկ ծամիչ ատամների շրջանում հատած բուրգի, և տեղակայվում են էմալ-ցեմենտային սահմանի շրջանում /1-1,5մմ վեր կամ վար նրանից/: Եթե ատամների միջև գոյություն ունեն դիաստեմաներ և տրեմաներ, ապա միջատամնային խտրոցների գագաթները տափակում են: Խտրոցների եզրով նորմայում երևում է ոսկրի կոմպակտային թիթեղը սպիտակ հարթ գծի տեսքով: Երևում է նաև սպունգանման նյութը՝ ոլորանների տեսքով, ընդ որում խտրոցի գագաթի շրջանում նրանք մանր են, միջին հատվածներում՝ միջին չափերի, իսկ խտրոցի հիմքի շրջանում՝ ավելի խոշոր: Բացի այդ վերին ծնոտի վրա այդ ոլորանները ավելի խոշոր են, քան ստորինի:

Պերիօդոնտալ ճեղքը ռենտգեն պատկերի վրա երևում է որպես մուգ գիծ՝ տեղակայված արմատի ցեմենտի և ավելոյար ոսկրի միջև: Վերին ծնոտի վրա այդ ճեղքերը ավելի նեղ են, քան ստորինի, իսկ մոյարներինը ավելի լայն, քան ֆրոնտալ ատամներինը:

Տարիքի հետ, ինչպես նաև որոշ ախտաբանական պրոցեսների ժամանակ, ոսկրային հյուսվածքում հայտնվում են օստեոպորոզի, օստեոսկլերոզի, ատրոֆիայի և դեստրուկցիայի օջախներ:

Օստեոպորոզ – ոսկրային հյուսվածքի դիստրոֆիկ պրոցես է, որի ընթացքում նվազում է ոսկրային հյուսվածքի քանակը, առանց ոսկրի ծավալի փոփոխության:

Օստեոսկլերոզ - ոսկրային հյուսվածքի ավելացումն ու խտացումն է, առանց ոսկրի չափերի փոփոխության:

Ատրոֆիա – ամբողջ ոսկրի կամ նրա որևէ հատվածի ծավալի նվազում

Դեստրուկցիա – ոսկրի քայքայումն է և նրա վերափոխումը ախտաբանական հյուսվածքով /գրանուլյացիոն, թարախ, ուռուցք/:

Տարբերում են դեստրուկցիայի հետևյալ տեսակները. հորիզոնական, ուղղահայաց, կիստայանման:

Հորիզոնականը – դա միջավելոյար խտրոցների բարձրության նվազումն է:

Ուղղահայաց դեստրուկցիան – միջատամնային խտրոցի ներքին և արտաքին պատերի հավասարաչափ քայքայումն է:

Տարբերում են ոսկրի դեստրուկցիայի 4 աստիճան

- սկզբնական – միջատամնային խտրոցների գագաթների կոմպակտային թիթեղի բացակայություն

- 1 աստիճան - միջատամնային խտրոցների բարձրության նվազում 1/3-ով

- 2 աստիճան - միջատամնային խտրոցների բարձրության նվազում 1/2-ով

- 3 աստիճան - միջատամնային խտրոցների բարձրության նվազում մինչև 2/3-ով և ավելի

Կիստայանման դեստրուկցիան ոսկրի քայքայումն է կիստաների տեսքով /կլորավուն դեֆեկտ/:

2. Բջջաբանական եղանակ /ցիտոլոգիա/ - հետազոտում են թքի և լնդային հեղուկի բջջային կազմը: Բիոպսիա նպատակահարմար է կատարել պարօդոնտոմաների հետազոտման ժամանակ:

3. Մանրէաբանական եղանակ – հնարավորություն է տալիս հետազոտել պարօդոնտալ գրպանների միկրոֆլորան և որոշել մանրէների զգայնությունը հակաբիոտիկների նկատմամբ:

4. Արյան և մեզի անալիզ:

ՊԱՐՕԴՈՆՏԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԼ

ԳԻՆԳԻՎԻՏՆԵՐ

Գինգիվիտի համար բնորոշ են հետևյալ նշանները՝

- հիվանդությունը հաճախ հանդիպում է միջև 30 տարեկան անձանց մոտ
- ատամնաքարերի և ատամնափառի առկայություն
- գինգիվիտի ծանրության աստիճանի և հիգիենիկ ինդեքսների ցուցանիշների միջև ուղիղ համեմատական կախվածությունը
- հարվզիկային հասվածում բժի շրջանի կարիեսի համակցումը գինգիվիտի հետ
- լնդային ակոսի թեթև զոնդավորման ժամանակ արնահոսություն
- լնդագրպանիկի բացակայություն
- ռենտգեն պատկերում փոփոխությունների բացակայություն /քրոնիկական գինգիվիտների ժամանակ հնարավոր է միջատամնային խտրոցների օստեոպորոզ/
- ընդհանուր վիճակը հիմնականում չի տուժում

Տարբերում են գինգիվիտների հետևյալ կլինիկական տեսակները՝

- ա. Կատարալ
- բ. Հիպերտրոֆիկ
- գ. Խոցային

ԿԱՏԱՐԱԼ ԳԻՆԳԻՎԻՏ

Կարող է հանդիպել 1-2 ատամների շրջանում կամ լինել տարածուն: Կարող է լինել սուր և քրոնիկական:

Սուր կատարալ գինգիվիտը բնորոշ է ատամների ծկթման և փոխման շրջանին, դիտվում է սուր վարակային և որոշ ընդհանուր սոմատիկ հիվանդությունների ժամանակ: Հիվանդները գանգատվում են լնդերում տհաճ զգացողությունից, քորից, բերանից տհաճ հոտի առկայությունից: Հիվանդները նշում են նաև համային զգացողության աղավաղում, 1-2 աստիճանի լնդային արյունահոսություն: Մուռնը ընդունելիս կարող են լինել սուր ցավեր մեխանիկական և քիմիական գրգռիչներից: Լինդն այտուցված է, վառ կարմիր, զոնդավորման ժամանակ ցավոտ է և արնահոսում է: Ընդհանուր վիճակը քիչ է տուժում: Սակայն կարող է ի հայտ գալ թուլություն և սուբֆերիլ վիճակ:

Քրոնիկական կատարալ գինգիվիտը հաճախ հանդիպում է մեծահասակների մոտ: Բնորոշվում է երկարատև ընթացքով, գանգատները թույլ են արտահայտված: Հիվանդները հաճախ գանգատվում են լնդերի արյունահոսությունից (1-2 աստիճանի), բերանում տհաճ համից ու հոտից: Օբյեկտիվ հետազոտության ժամանակ նշվում է այտուց, լնդերի գերարյունություն ցիանոտիկ երանդով: Լնդերի մեխանիկական գրգռումը ուղեկցվում է արյունահոսությամբ: Լինում են մեծ քանակությամբ ատամնանստվածքներ:

Թեթև աստիճանի կատարալ գինգիվիտի ժամանակ ախտահարվում է լնդապտկիկը, միջինի դեպքում՝ լնդապտկիկն ու մարգինալ լինդը, իսկ ծանրի դեպքում՝ լնդապտկիկը, մարգինալ և ավելոյար լնդերը:

Հետազոտման հավելյալ մեթոդները ցույց են տալիս՝

1. Շիլլեր-Պիսսարնի փորձը դրական է
2. Լնդային հեղուկի քանակը նորմայից ավել է
3. Ըստ Կուլաժենկոյի մազանոթների կայունությունը ցածր է
4. Հիվանդի ընդհանուր վիճակը հիմնականում չի տուժվում
5. Ռենտգեն նկարի վրա սուր ձևի ժամանակ փոփոխություններ չկան, իսկ քրոնիկականի դեպքում երբեմն դիտվում է միջատամնային խտրոցների օստեոպորոզ
6. Հիգիենիկ ինդեքսների ցուցանիշները բարձր են
7. Պերիֆերիկ արյան մեջ բարձր է լեյկոցիտների քանակը

Ախտաբանական անատոմիան - հիմնական ախտաբանական փոփոխությունները դիտվում են էպիթելում և շարակցական հյուսվածքում: Էպիթելում խանգարվում է բջիջների նորմալ եղջերացումը՝ պարակերատոզի (ոչ ամբողջական եղջերացում) և ականտոզի (փշածև շերտի բջիջների թաղանթների հաստացում) տեսքով: Շարակցական հյուսվածքում նկատվում է կոլագենային թելերի այտուց, հիստիոցիտների, լեյկոցիտների և պարարտ բջիջների քանակի ավելացում: Առկա են նաև անոթային փոփոխություններ՝ մազանոթների և ավշային անոթների լայնացում:

Տարբերակիչ ախտորոշում

1. Սուր կատարալ գինգիվիտը տարբերակում են ալերգիկ և ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ առաջացած սիմպտոմատիկ կատարալ գինգիվիտից:

Ալերգիաների դեպքում բորբոքային պրոցեսին նախորդում են հետևյալ գանգատները՝ բերանի չորություն, այրոց, լնդերի քոր և ցավ: Պարոտոնտի ախտահարումը համակցվում է լեզվի, շուրթերի, քիմքի փոփոխությունների հետ: Բնութագրական է հեմոռագիկ ցանի, մանր արյունազեղումների առաջացումը:

Վիրուսային վարակի դեպքում ախտորոշմանը նպաստում են հիվանդության տեղային և ընդհանուր ախտանիշների հանրագումարի գնահատականը և սպեցիֆիկ լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքները:

Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի դեպքում կատարալ գինգիվիտը համակցվում է կատարալ անգինայի, լիմֆատիկ հանգույցների մեծացման հետ: Հիվանդությունը սկսվում է սուր, ուղեկցվում է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումով: Ախտորոշումը հաստատվում է արյան անալիզի հիման վրա՝ ատիպիկ բազոֆիլ մոնոնուկլեարների առաջացում, էոզինոֆիլների քանակի բարձրացում:

2. Քրոնիկական կատարալ գինգիվիտը տարբերակում են

- տարածուն պարոտոնտիտի թեթև ձևի դեպքում առաջացած ախտանշանային կատարալ գինգիվիտից, որի համար բնութագրական է փոփոխություններ ուկրային հյուսվածքում՝ օստեոպորոզ, միջատամնային խտրոցների գազաթների կոմպակտ թիթեղի քայքայում:

- աղեստամոքսային տրակտի, սիրտ-անոթային համակարգի, սեռական գեղձերի դիսֆունկցիայի, շաքարային դիաբետի ժամանակ առաջացած ախտանշանային կատարալ գինգիվիտից: Այս դեպքում լնդերի բորբոքմանը բնորոշ է ախտահարման լայն տարածում և ինտենսիվություն, շատ դեղամիջոցների հանդեպ կայունություն, կրկնվելու հակում: Արյան հիվանդություններն ուղեկցվում են լնդերի կտրուկ արտահայտված արյունահոսությամբ բորբոքային երևույթների բացակայության ֆոնի վրա:

ՀԻՊԵՐՏՏՐՈՖԻԿ ԳԻՆԳԻՎԻՏ

Հիպերտրոֆիկ գինգիվիտը քրոնիկական բորբոքային պրոցես է, որն ուղեկցվում է լնդի հյուսվածքներում պրոլիֆերատիվ փոփոխություններով: Հիպերտրոֆիկ գինգիվիտին հաճախ նախորդում է կատարալ բորբոքումը:

Հիպերտրոֆիկ գինգիվիտների դասակարգումը

Տարբերում են հիպերտրոֆիկ գինգիվիտների հետևյալ տեսակները՝

Ըստ տարածվածության՝

- տեղային
- տարածուն

Ըստ կլինիկական ձևերի՝

- այտուցային
- ֆիբրոզ

Ըստ ընթացքի ծանրության՝

- թեթև (հիպերտրոֆիկ լնդերը ծածկում են ատամի պսակի 1/3-ը)
- միջին (հիպերտրոֆիկ լնդերը ծածկում են ատամի պսակի 1/2-ը)
- ծանր (հիպերտրոֆիկ լնդերը ծածկում են ատամի պսակի 1/2-ից ավելին)

Տեղակայված պրոցեսի դեպքում լնդերի փոփոխությունները դիտվում են միայն մի քանի ատամի շրջանում: Զարգանում է ատամի տեղակայման անոմալիաների, լնդի քրոնիկական վնասվածքների դեպքում:

Տարածուն գինգիվիտի համար բնորոշ է բորբոքային պրոցեսի տարածումը ատամնաբնային ելունի լորձաթաղանթին՝ վերին և ստորին ծնոտների բոլոր ատամների շրջանում: Տարածուն պրոցեսը դիտվում է առավելապես հորմոնալ փոփոխությունների դեպքում /հղիների և դեռահասների գինգիվիտ/, էնդոկրին հիվանդությունների դեպքում, որոշ դեղերի ընդունման ժամանակ – գիդանտոին (դիֆենին), ցիկլոսպորին, հակաբեղմնավորիչ պրեպարատներ, ինչպես նաև հիպովիտամինոզ C-ի և արյան հիվանդությունների դեպքում:

Այտուցային ձևը բնութագրվում է լնդերի այրոցով, ցավոտությամբ և արյունահոսությամբ ատամների մաքրման ընթացքում կամ սնունդ ընդունելիս: Օբյեկտիվ հետազոտության արդյունքում հայտնաբերվում են հիպերտրոֆիկ, այտուցված և փուխը լնդապտկիկներ: Լնդապտկիկները ունեն ցիանոտիկ երանգով վառ կարմիր գունավորում, փայլուն մակերես և զոնդավորման ժամանակ արյունահոսում են: Բնորոշ է կեղծ պարօդոնտալ գրպանիկների առաջացումը (ատամ-լնդային միացության ամբողջականությունը խախտված չէ): Այտուցային ձևին բնորոշ է վազոպարեզի ախտանիշը՝ եթե սեղմել որևէ գործիքի բուրձայրով լնդին, վերջինիս վրա առաջանում է փոսություն, որը երկար ժամանակ չի վերականգնվում:

Ֆիբրոզ ձևի ժամանակ լնդապտկիկները նույնպես մեծացած են, սակայն գույնը փոփոխված չէ և մնում է բաց վարդագույն: Լնդապտկիկները ունեն խիտ կազմություն, անցավ են, ունեն անհարթ մակերես, զոնդավորման ժամանակ չեն արյունահոսում: Հայտնաբերվում են հիմնականում ստորլնդային ատամնանստվածքներ:

Հիպերտրոֆիկ գինգիվիտը հաճախ է հանդիպում հղիների մոտ: Զարգանում է այն դեպքում, երբ մինչև հղիությունը արդեն կար կատարալ բորբոքում և հաճախ ծննդաբերությունից հետո անցնում է, չի պահանջում դեղորայքային բուժում, բավական է միայն ատամնափառի հեռացում և բերանի խոռոչի բավարար հիգիենա:

Էպիլեպսիայի ժամանակ հիպերտրոֆիկ գինգիվիտ առաջանում է համարյա բոլոր հիվանդների մոտ, ովքեր ընդունում են գիդանտոին: Բանն այն է, որ այս պրեպարատը առաջացնում է կոլագենի արագացած սինթեզ, ինչն էլ բերում է լնդի հիպերպլազիայի: Դեղի ընդունման դադարումը բերում է լնդի վիճակի կարգավորմանը:

Հիպերտրոֆիկ գինգիվիտով հիվանդի հետազոտման ծրագրի մեջ մտնում է՝ հիգիենայի, պարօդոնտալ և PMA ինդեքսների որոշումը, Շիլեր-Պիսարևի փորձարկման կատարումը, իսկ անհրաժեշտության դեպքում նաև լնդի հյուսվածքների բիոպսիկ հետազոտությունը:

Ռենտգեն հետազոտությունը սովորաբար փոփոխություններ չի հայտնաբերում, սակայն հիպերտրոֆիկ գինգիվիտի երկարատև ընթացքի դեպքում ռենտգեն նկարի վրա երևում է միջատամնային խտրոցների օստեոպորոզ:

Պաթանատոմիա

Այտուցային ձևի ժամանակ էպիթելում դիտվում է միջբջջային այտուց, շարակցական հյուսվածքում՝ կոլագենային թելերի այտուց, հիստիոցիտների, լեյկոցիտների և պարարտ բջիջների քանակի ավելացում, անոթների լայնացում:

Ֆիբրոզ ձևի ժամանակ էպիթելում դիտվում է գերաճ, եղջերացման պրոցեսների խանգարում, շարակցական հյուսվածքում՝ կոլագենային թելերի կոպտացում և հաստացում:

Տարբերակիչ ախտորոշում

Հիպերտրոֆիկ գինգիվիտը անհրաժեշտ է տարբերակել՝

- լնդերի ֆիբրոմատոզից
- էպուլիսից
- հիպերտրոֆիկ գինգիվիտի այտուցային ձևը ֆիբրոզ ձևից - տարբերվում է լնդերի գույնով, դրանց կոնսիստենցիայով և արնահոսելու հակումով:
- արյան հիվանդությունների ժամանակ լնդի գերաճից - այս դեպքում ախտորոշմանը օգնում են արյան ընդհանուր անալիզները:
- հիպերտրոֆիկ գինգիվիտի սիմպտոմատիկ ձևը ինքնուրույնից

Պարօդոնտիտի ժամանակ առաջացող սիմպտոմատիկ գինգիվիտին բնորոշ են թարախային արտադրությամբ պարօդոնտալ գրպանիկներ, վնասվածքային օկլյուզիա, ատամների ախտաբանական շարժունություն, իսկ ռենտգեն նկարի վրա՝ պարօդոնտիտին բնորոշ փոփոխություններ (միջատամնային խտրոցների ռեզորբցիա՝ հաճախ ոսկրային գրպանիկների գոյացմամբ):

Հիպերտրոֆիկ գինգիվիտի ինքնուրույն ձևին բնորոշ են շճային արտադրությամբ կեղծ լնդագրպանիկներ, հաստատվում է կապ հորմոնալ փոփոխությունների կամ կծվածքի պաթոլոգիայի հետ: Ռենտգեն նկարի վրա երևում է սպունգանման նյութի տեղային կամ տարածուն օստեոպորոզ:

ԽՈՑԱՅԻՆ ԳԻՆԳԻՎԻՏ

Բնութագրվում է լնդերի մեռուկացմամբ և խոցոտումով, որը զարգանում է օրգանիզմի ռեակտիվականության իջեցման ֆոնի վրա, հաճախ ընդհանուր վարակային հիվանդություններից հետո /գրիպ, անգինա/, ծանր մետաղների աղերով թունավորումից, ավիտամինոզներից, սթրեսից: Երբեմն դրդող գործոն է հանդիսանում իմաստության ատամի ծկթումը:

Սուր ընթացքի դեպքում հիվանդները գանգատվում են լնդերի ցավից, ախորժակի կորստից, բարձր ջերմությունից, ցածր աշխատունակությունից, բերանում թարախային հոտի առկայությունից, լնդերի արնահոսությունից, սնունդ ընդունելու և կլման ակտի դժվարությունից: Հիվանդները աղինամիկ են, դեմքի մաշկը գունատ, կլման ակտի դժվարացման պատճառով նկատվում է թքահոսություն:

Բերանի խոռոչում երևում են մեռուկացած լնդապտկիկները և լնդի եզրը, որոնք ծածկված են ֆիբրինոզ փառով: Փառի հեռացման դեպքում մերկանում են խոցոտված և արնահոսող մակերեսներ: Բնութագրական է մեծ քանակությամբ ատամնաքարերի կուտակում: Լեզուն

փառակալած է, լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են և ցավոտ: Արյան մեջ դիտվում է լեյկոցիտոզ, էՆԱ-ն արագացած է:

Հիմնական պատճառը բերանի խոռոչի ֆուզոսպիրոխետային ֆլորան է:

Քրոնիկական ձևը, որպես սուր ձևի ելք, բնութագրվում է ավելի թույլ արտահայտված ընթացքով: Հիվանդները գանգատվում են անընդհատ արնահոսությունից, լնդերի թույլ ցավից և բերանի տհաճ հոտից: Լինդը ցիանոտիկ է և այտուցված, միջատամնային խտրոցները մերկացած են: Ռենտգեն նկարի վրա դիտվում է միջավերայար խտրոցների օսթեոպորոզ:

Պաթանատոմիա - էպիթելում դիտվում են մակերեսային խոցային դեֆեկտներ, ականտոզ: Լնդի շարակցական հյուսվածքում դիտվում է կոլագենային թելերի այտուցվածություն, որոշ հատվածներում՝ քայքայում, հիստիոցիտար և լեյկոցիտար ինֆիլտրացիա, պարարտ բջիջների քանակի աճ: Անոթները լայնացած են:

ՊԱՐՕՂՈՆՏԻՏ

Պարօղոնտիտի ժամանակ բորբոքային պրոցեսի մեջ են ընդգրկվում ատամնա-լնդային միացությունը, պերիօդոնտը և ոսկրային հյուսվածքը: Պրոցեսը կարող է տեղակայվել մեկ կամ մի քանի ատամի շրջանում կամ կրել տարածուն բնույթ:

ՏԵՂԱՅԻՆ ՊԱՐՕՂՈՆՏԻՏ - զարգանում է տեղային գործոնների ազդեցության տակ՝ պլումբանյութի կամ մկնդեղի գրգռող ազդեցությունը միջատամնային տարածության շրջանում, օկլյուզիոն վնասվածք /կծվածքի պաթոլոգիա, մոյարների վաղաժամ հեռացում և այլն/, մեխանիկական վնասվածք /ոսկրի հետտրավմատիկ քայքայում/, անորակ պատրաստված պրոթեզ, ատամնանստվածքների առկայություն: Կլինիկորեն տեղային պարօղոնտիտը ավելի հաճախ է հանդիպում, սակայն ծանր հետևանքներ չի ունենում: Ավելի լուրջ խնդիր է ներկայացնում իրենից տարածուն ձևը:

ՏԱՐԱԾՈՒՆ ՊԱՐՕՂՈՆՏԻՏ - միշտ սկսվում է կատարալ գինգիվիտից և բնութագրվում է ատամնալնդային միացության ամբողջականության խախտմամբ, ատամի կապանային ապարատի քայքայմամբ, ոսկրային հյուսվածքի ռեգորբցիայով և պարօղոնտալ գրպանիկի առաջացմամբ:

Սուր պարօղոնտիտը հազվադեպ է հանդիպում /հաճախ կրում է տեղային բնույթ/: Պատճառ է հանդիսանում մեխանիկական գրգռումը պլումբանյութով, արհեստական պսակներով, պրոթեզներով: Հիվանդները գանգատվում են սուր ինքնածին ցավից, լնդերի արնահոսությունից: Օբյեկտիվ հայտնաբերվում են հիպերեմիկ այտուցված և արնահոսող լինդ, առկա է լնդագրպանիկ: Դիտվում է ատամնալնդային միացման ամբողջականության խախտում, ոսկրային հյուսվածքը փոփոխությունների ենթարկված չէ:

Կլինիկայում առավել հաճախ հանդիպում է քրոնիկական տարածուն պարօղոնտիտ: Կլինիկական արտահայտվածությունը կախված է պարօղոնտիտի ծանրության աստիճանից, որը որոշվում է երեք հիմնական ախտանիշներով - պարօղոնտալ գրպանիկի խորությամբ, ոսկրային հյուսվածքի ռեգորբցիայի աստիճանով և, որպես հետևանք, ատամների շարժունությամբ: Այս նշանները որպես հիմք են ընդունվում վիրաբուժական և օրթոպեդիկ բուժման ընտրության ժամանակ:

Թեթև աստիճանի պարօղոնտիտի ժամանակ պարօղոնտալ գրպանիկի խորությունը հասնում է 3.5մմ, հատկապես միջատամնային տարածության շրջանում, նշվում է միջատամնային խտրոցների ոսկրային հյուսվածքի դեստրուկցիայի սկզբնական աստիճան, օստեոպորոզի երևույթներ, միջատամնային խտրոցների բարձրության աննշան իջեցում՝ 1/3-ի չափով, I

աստիճանի արյունահոսություն: Ատամների շարժունություն չի դիտվում: Պարօդոնտիտի թույլ ձևի ժամանակ հիվանդի ընդհանուր վիճակը չի տուժում:

Միջին ծանրության պարօդոնտիտներին բնորոշ են մինչև 5մմ խորության գրպանիկներ, միջատամնային խտրոցների ոսկրային հյուսվածքի ռեզորբցիա 1/3-1/2, ատամների ախտաբանական շարժունություն I-II աստիճանի, հնարավոր է ատամների տեղաշարժ, տրեմանների առաջացում, վնասվածքային օկլյուզիա: Հնարավոր է թարախա-շճային արտադրություն պարօդոնտալ գրպանիկներից: Դիտվում է II աստիճանի արնահոսություն:

Օտար ատամների պարօդոնտիտներին բնորոշ են՝ 5-6 մմ և ավելի խորություն ունեցող պարօդոնտալ գրպանիկներ, ատամների II-III աստիճանի ախտաբանական շարժունություն, ոսկրային հյուսվածքի ռեզորբցիա միջատամնային խտրոցի բարձրության 1/2-ից ավելի, երբեմն նաև ավելոյար խտրոցի ամբողջական ներծծում, ատամների տեղաշարժ, բավականին մեծ տրեմաներ, դիստոպիա, II-III աստիճանի արյունահոսություն, թարախարտադրություն պարօդոնտալ գրպանիկներից: Հայտնաբերվում են մեծ քանակությամբ ատամնանստվածքներ, հասկապես ստորլնդային: Հնարավոր է թուլություն և բարձր ջերմություն:

Սրացում - գանգատներ ցավից, թարախային արտադրությունից, ատամների շարժունությունից: Օբյեկտիվորեն - լինող հիպերեմիկ է, պալպացիան՝ ցավոտ, հնորավոր է թարախային արտադրություն պարօդոնտալ գրպանիկներից: Տուժում է նաև հիվանդի ընդհանուր վիճակը՝ թուլություն, գլխացավեր:

Արսցեսավորում - մեկ կամ մի քանի ատամի շրջանում կտրուկ ցավեր, գլխացավ, թուլություն: Օբյեկտիվորեն - անցման ծալքի հարթվածություն, արտափքում, պալպացիայի ժամանակ կտրուկ ցավ: Հնարավոր է արսցեսի ինքնըստինքյան բացում և խուղակի առաջացում:

Ռեմիսիա - դիտվում է կոմպլեքս բուժումից հետո: Բնութագրվում է հիմնական գանգատների բացակայությամբ, ատամների շարժունությունը պակասում է մեկ աստիճանով: Օբյեկտիվ գնման տվյալներով լինող բաց վարդագույն է, պինդ հպված է ատամի վզիկին, պարօդոնտալ գրպանիկներ չեն հայտնաբերվում: Ռենտգեն նկարի վրա երևում է միջատամնային խտրոցների ոսկրային հյուսվածքի խտացում, օստեոպորոզի երևույթների բացակայություն:

Տարածուն պարօդոնտիտը հաճախ բարդանում է ատամների գերզգայունությամբ, ռետրոգրադ պուլպիտով, տարբեր հատվածների արսցեսավորմամբ: Պետք է նկատի ունենալ, որ միևնույն հիվանդի մոտ պարօդոնտի տարբեր հատվածներում հնարավոր են ախտահարման ծանրության տարբեր աստիճաններ:

Պարօդոնտի հյուսվածքների այս վիճակը կարող է պատճառ հանդիսանալ օրգանիզմի քրոնիկական ինտոքսիկացիայի և ակերզիզացիայի, այսինքն՝ հանդիսանալ քրոնիկական ինֆեկցիայի օջախ:

Քրոնիկական պարօդոնտիտի պաթանատոմիա: Պրոցեսի խորացման հետ միաժամանակ էպիթելում այտուցն ու ինֆիլտրացիան մեծանում են, ինչը բերում է ատամնալնդային միացման և կլոր կապանի կոլագենային թելերի քայքայմանը: Այնուհետև նկատվում է էպիթելի պրոլիֆերացիա դեպի պերիօդոնտալ ճեղք՝ պերիօդոնտի թելիկների միաժամանակյա քայքայմամբ: Լնդի շարակցական հյուսվածքում դիտվում է կոլագենային թելերի լիզիս, մեծացած է պլազմոցիտների, լեյկոցիտների, պարարտ բջիջների քանակը: Մազանոթներն ու վենուլները լայնացած են: Ոսկրային հյուսվածքում նկատվում է քայքայման ակտիվացում, որը գերիշխում է ոսկրազոյացման պրոցեսների վրա:

Պարօդոնտիտի **ռենտգենաբանական պատկերը** կախված է պրոցեսի փուլից: Սկզբնական փուլը արտահայտվում է օստեոպորոզով և միջավելոյար խտրոցների դեստրուկցիայով, հետագայում դիտվում է խտրոցների զագաթների հաստում: Արագ ընթացող պարօդոնտիտի կարևոր ռենտգենաբանական նշան են հանդիսանում դեստրուկցիայի մեծ օջախները, հաճախ

նսկրային գրպանիկների առաջացմամբ: Ալվեոլյար ելունի նսկրային հյուսվածքի ուրվագծերը ունենում են բնորոշ կտրտված եզրեր, երևում են ստորլնդային աստամնաքարերի գոյացություններ: Ոսկրային հյուսվածքի կառուցվածքը ծնոտի մյուս հատվածներում փոփոխված չի: Բացակայում է պարօդոնոտոզին բնորոշ նսկրի օստեոսկլորեզը:

Պարօդոնոտի ժամանակ բորբոքային պրոցեսները կարող են ընթանալ երեք հիմնական ուղղություններով:

1. Միջատամնային խտրոցի նսկրի կորտիկալ թիթեղի քայքայումից հետո բորբոքային ռեզորբտիվ պրոցեսը տարածվում է նսկրի սպունգանման նյութի վրա: Ռենտգենաբանորեն այս վիճակը արտահայտվում է միջատամնային խտրոցների գազաթների հատմամբ:

2. Պերիօդոնտալ ճեղքի վրա բորբոքման տարածումն ուղեկցվում է սկզբում նսկրի կոմպակտ թիթեղի ռեզորբցիայով, այնուհետև սպունգանման նյութի դեստրուկցիայով: Մակայն ռեզորբցիան գնում է ուղղահայաց՝ նսկրային գրպանիկների և արցեսների գոյացումով:

3. Բորբոքման երրորդ ճանապարհը՝ դեպի վերնոսկր, կլինիկորեն արտահայտվում է թարախային արտադրությամբ խորը պարօդոնտալ գրպանիկների գոյացմամբ /լնդի և նսկրի միջև՝ ալվեոլյար ելունի վեստիբուլյար կամ բերանային, հնարավոր է նաև արցեսավորում: Հետագայում տեղի է ունենում նսկրային նյութի ներծծում:

Բոլոր թվարկված ձևերը կարող են հանդիպել ինչպես առանձին-առանձին, այնպես էլ մեկը մյուսի հետ համակցված:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Տարածուն պարօդոնոտիտը ռեմիսիայի փուլում պետք է տարբերակել պարօդոնոտոզից: Պարօդոնոտոզի հիմնական նշաններն են լնդերի ռեցեսիան, ալվեոլյար ելունի դանդաղ զարգացող ատրոֆիան: Լինդը գունատ է, ատրոֆիկ, լնդապտկիկները հարթված, պարօդոնտալ գրպանիկները բացակայում են: Պարօդոնոտոզը հաճախ զուգորդվում է սեպածն դեֆեկտով:

ՊԱՐՕԴՈՆՈԶ

Պարօդոնոտոզը տարածուն դիստրոֆիկ պրոցես է, որն ախտահարում է պարօդոնտի բոլոր տարրերը: Բժշկի պրակտիկայում պարօդոնոտոզը ավելի հազվադեպ է հանդիպում՝ 3-8% հիվանդների մոտ: Այս ձևի համար բորբոքային երևույթները և պարօդոնտալ գրպանների առկայությունը բնորոշ չեն: Գլխավոր ախտանիշ է հանդիսանում լնդի ռեցեսիան, որն ուղեկցվում է աստամնաբնի նսկրային հյուսվածքների ապաճով: Պարօդոնոտոզը հաճախ ուղեկցվում է սեպածն դեֆեկտով: Ատամների շարժունությունը բացակայում է կամ շատ աննշան է:

Պրոցեսը բնութագրվում է դանդաղ ընթացքով, ուղեկցվում է աստամների վզիկների բարձր զգայունությամբ տարբեր գրգռիչների նկատմամբ, հիվանդները գանգատվում են նաև լնդերի քորից: Զննման ժամանակ նկատվում է, որ լինդը գունատ է, անցավ, պինդ, լնդերից արնահոսությունը բացակայում է:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս հայտնաբերել նսկրի սկլերոտիկ փոփոխություններ: Ատրոֆիկ պրոցեսները բերում են միջատամնային խտրոցների բարձրության համաչափ իջեցմանը կորտիկալ շերտի պահպանման պարագայում: Ռենտգեն նկարի վրա երևում է միջատամնային խտրոցների նսկրային հյուսվածքի մասնակի կորուստ, ալվեոլյար ելունի նսկրի սկլերոտիկ փոփոխություններ՝ օստեոպորոզի օջախներով:

Պարօդոնոտոզի թեթև ձևի ժամանակ աստամների վզիկները բաց են աստամի արմատի 1/3-ի չափով, ռենտգեն նկարի վրա երևում է միջատամնային խտրոցի բարձրության իջեցում 1/3-ի չափով:

Միջին ծանրության պարօդնտոզի դեպքում ասամի արմատը մերկացած է կիսով չափ: Դիտվում է խտրոցի բարձրության իջեցում 1/2-ի չափով: Ատամները հովհարաձև հեռացած են միմյանցից, կարող են ունենալ I աստիճանի շարժունություն:

Պարօդնտոզի ծանր ձևի ժամանակ լնդապտկիկները լրիվ հարթված են, ռեցեսիայի ենթարկված լինող պինդ գրկում է ասամի արմատը, կցվածքը խախտված է, ատամները՝ տեղաշարժված, հնարավոր է ատամների շարժունություն: Ռենտգեն նկարի վրա երևում է, որ արմատի մերկացումը և միջատանային խտրոցների բարձրության նվազումը 1/2-ից ավելի է: Հնարավոր են դիստրոֆիկ փոփոխություններ ատամի կակղանում, իսկ ցեմենտի շրջանում դիտվում է հիպերցեմենտոզ:

Պաթանատումիա - լնդերում բացակայում են բորբոքային պրոցեսները: Էպիթելը փոփոխված չէ, շարակցական հյուսվածքում առկա են սկլերոտիկ փոփոխություններ, իսկ ոսկրում՝ օստեոսկլերոզ, օստեոպորոզի օջախներով: Արտահայտված փոփոխություններ են նկատվում ոսկրային հյուսվածքի անոթներում՝ ներքին թաղանթի հաստացում և անոթների լուսանցքի նեղացում:

Տարբերակիչ ախտորոշումը անցկացնում են անամնեզային տվյալների, կլինիկական արտահայտվածության առանձնահատկությունների և ռենտգեն նկարի հիման վրա:

Պարօդնտոզը տարբերակում են ռեմիսիայի փուլում տարածուն պարօդնտիտից: Պարօդնտոզի հիմնական նշաններն են լնդերի ռեցեսիան, ավվեոյար էլունի դանդաղ զարգացող ատրոֆիան: Լինդը գունատ է, ատրոֆիկ, լնդապտկիկները հարթված, պարօդնտալ գրպանիկները բացակայում են: Պարօդնտոզը հաճախ զուգորդվում է սեպսիսի դեֆեկտով:

ՊԱՐՕԴՆՏՈԼԻԶ

/Դիֆուզիոն հիվանդություններ՝ պարօդնտի հյուսվածքների հարաճող քայայումով/

Այս խմբի մեջ ներառված են այնպիսի հիվանդություններ, ինչպիսիք են Պապիլոն-Լեֆերի համախտանիշը, նեյտրոպենիան, իմունոդեֆիցիտ վիճակները /ազամազլոբուլինեմիա և այլն/, շաքարային դիաբետ /հատկապես մանկական և դեղումպենսացված/, էոզինոֆիլային գրանուլեման, Լեոտերեր-Ձիվեի և Հենդ-Շյուլլեր-Կրիսչենի հիվանդությունները և այլն: Դրանց համար բնորոշ են հետևյալ նշանները՝

1. Պարօդնտի բոլոր հյուսվածքների հարաճող քայայում, որը ուղեկցվում է ատամների կորստով 2-4 տարվա ընթացքում

2. Թարախային արտադրությամբ պարօդնտալ գրպանիկների համեմատաբար արագ գոյացում, ատամների տեղաշարժ և դիստոպիա

3. Ռենտգեն նկարում ինքնատիպ փոփոխություններ՝ համեմատաբար կարճ ժամանակի ընթացքում ոսկրային հյուսվածքի արագ հարաճող ներծծում լակունանների առաջացմամբ

4. Հիվանդությունն ընթանում է ներքին օրգանների ախտահարմամբ և լաբորատոր տվյալների համապատասխան փոփոխություններով

5. Երեխաները սկզբում կորցնում են կաթնատամները, այնուհետև՝ մնայունները

6. Կոնսերվատիվ բուժման հանդեպ կայուն են

Ոսկրային հյուսվածքում գերակշռում են օստեոլիզի պրոցեսները, ըստ երևույթին օստեոցիտների ֆերմենտային համակարգերի ակտիվացման և արտահայտված նյութափոխանակության խանգարման հետևանքով:

Իրենզո-Կուշինգի հիվանդություն - բնութագրվում է ներքին արտազատիչ գեղձերի բազմաբնույթ ախտահարմամբ, հիպոֆիզար ապարատի առաջնային ախտահարմամբ: Հետագայում պրոցեսի մեջ ընդգրկվում են սեռական գեղձերը, մակերիկամները /հիպերֆունկցիա/ և ենթաստամոքսային գեղձը: Հիվանդների մոտ դիտվում է ճարպակալում, սեռական գեղձերի

Ֆունկցիայի խանգարում, դիաբետ և այլն: Հայտնաբերվում է լնդերի արտահայտված հիպերեմիա և այտուցվածություն արնազեղման օջախներով, ատամների շարժունություն և տեղաշարժ, միջատամնային պտկիկների գերած, թարախային արտադրությամբ պարօդոնտալ գրպանիկներ: Ծնոտի ռենտգեն նկարի վրա երևում են սպունգանման նյութի օստեոպորոզի օջախներ և ավելոյար ելունի դեստրուկցիա: Օստեոպորոզ կարող է հայտնաբերվել նաև մարդու կմախքի այլ ոսկրերում:

Լետտերեր-Ձիվեի հիվանդություն - վերաբերվում է ռետիկուլյոզին կամ սուր քսանտոմատոզին՝ ներքին օրգաններում, ոսկրերում, մաշկի և լորձաթաղանթի վրա ռետիկուլյար բջիջների գերածի օջախների առաջացմամբ: Ծանր ընթացքը բնութագրվում է տենդով, մաշկային ծածկույթի գունատությամբ, մարմնի քաշի նվազմամբ և ախորժակի կորստով, հեպատո- և սպլենոմեգալիայով: Բերանի խոռոչում դիտվում են տարածուն պարօդոնտիտի երևույթներ՝ ոսկրային հյուսվածքի հարածող օստեոլիզով: Ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում է օստեոպորոզ, միջավելոյար խտրոցների տարածուն և ծնոտի մարմնի օջախային ներծծում: Հաճախ հանդիպում է մինչև 2 տարեկան երեխաների մոտ:

Հենդ-Շյուլլեր-Կրիսչենի հիվանդություն - նույնպես պատկանում է ռետիկուլո-հիստիոցիտոզներին: Հիմքում ընկած է ճարպային փոխանակության խանգարում: Կլինիկորեն արտահայտվում է ոչ շաքարային դիաբետով, էկզոֆթալմով, ոսկրերում ուռուցքանման գոյացություններով, աճի և զարգացման ուշացումով: Բերանի խոռոչում կլինիկական երևույթները հիշեցնում են տարածուն պարօդոնտիտի պատկեր: Ռենտգենաբանորեն նշվում է ծնոտի ավելոյար ելունի ոսկրանյութի դեստրուկցիա:

Պապիլոն-Լեֆերի հիվանդություն - ժառանգական կերատոդերմիա, բնութագրվում է ծնոտների ավելոյար ելունի ոսկրի հարածող օստեոլիզով, որն ատամների կորստի հետ կանգ է առնում: Էթիոլոգիան հայտնի չէ: Ժառանգվում է աուտոսոմ-ռեցիսիվ ձևով: Համախտանիշը ուղեկցվում է հիպերկերատոզով և ձեռքերի ակերի ու ներբանների թեփոտումով: Պարօդոնտալ հյուսվածքի կլինիկական և ռենտգենաբանական փոփոխությունները նման են տարածուն պարօդոնտիտի պատկերին: Ատամների շուրջ լինդն այտուցված է, հիպերեմիկ, առկա են թարախաշճային էքսուդատով խորը պարօդոնտալ գրպանիկներ: Ոսկրային հյուսվածքում կան զգալի դեստրուկտիվ փոփոխություններ՝ կիստաների գոյացմամբ: Հյուսվածաբանորեն հայտնաբերվում է ներսփռանք, որը լցնում է ամբողջ լինդը և կազմված է հիմնականում պլազմատիկ բջիջներից: Բուժումը սիմպտոմատիկ է:

Ախտահարումները **շաքարային դիաբետի** ժամանակ - լնդային եզրը հիպերեմիկ է ցիանոտիկ երանգով, այտուցված, դեսկվամացված, հեշտ արնահոսում է: Պարօդոնտալ գրպանիկներից դիտվում է առատ թարախաարյունային արտադրություն և արքայամորի հիշեցնող գրանուլյացիաների գերած: Դիտվում է ատամների շարժունություն և տեղաշարժ ուղղահայաց առանցքով: Ծնոտների ռենտգեն նկարի վրա երևում են ավելոյար ելունի ձագարանման դեստրուկցիայի օջախներ, որոնք չեն տարածվում ծնոտի մարմնի վրա: Ախտորոշման մեջ կարևոր նշանակություն ունեն անամները և գլյուկոզի քանակի որոշումը արյան կամ մեզի մեջ:

Հիստոցիտոզ X- միավորում է հիստիոցիտոզների տարբեր արտահայտվածությունները /Էոզինոֆիլային գրանուլեմա, Լետտերեր-Ձիվեի, Հենդ-Շյուլլեր-Կրիսչենի հիվանդությունները/:

Էթիալոգիան պարզ չէ:

Առանձնացված են հիվանդության 4 հիմնական կլինիկական ձևերը՝

- 1.Կմախքի որևէ ոսկրի ախտահարում
- 2.Ոսկրային համակարգի տարածուն ախտահարում
- 3.Ոսկրային և լիմֆատիկ համակարգերի տարածուն ախտահարում

4. Վիսցերալ ախտահարումների հետ համակցված ոսկրային և լիմֆատիկ համակարգերի ախտահարում:

Առաջին ձևին կարելի է դասել էոզինոֆիլ գրանուլեման, որի կլինիկական պատկերում տարբերում են պրոդրոմալ շրջան և արտահայտված շրջան: Պրոդրոմալ շրջանում առաջանում են դեստրոլկցիայի միայնակ օջախներ կմախքի որևէ ոսկրում, որոնք արտահայտվում են ախտահարված մասում աննշան ցավով, քորով, այտուցվածությամբ: Հաճախ ախտահարվում է ստորին ծնոտը մոլայրների և պրեմոլյարների շրջանում, ինչն արտահայտվում է լնդապոկիկների այտուցվածությամբ և ցիանոզի տեսքով, ատամների տեղաշարժով և դիստոպիայով:

Արտահայտված երևույթների փուլը բնորոշվում է պարօդոնտի փափուկ հյուսվածքների բորբոքմամբ և ատամների արտահայտված շարժով, երբեմն առաջանում է աբսցես և խոցոտում: Ի հայտ են գալիս թարախային արտադրությամբ խորը ոսկրային գրպանիկներ: Ատամների հեռացումը չի կանգնացնում ախտաբանական պրոցեսը: Հյուսվածաբանական հետազոտման ժամանակ հայտնաբերվում է մեծ քանակությամբ ռետիկուլյար բջիջների կուտակում, որոնց մեջ առկա են մեծ քանակությամբ էոզինոֆիլներ: Պերիֆերիկ արյան մեջ նույնպես ավելացած է էոզինոֆիլների քանակը և արագացած է ԷՆԱ-ն:

2-րդ և 3-րդ ձևերի դեպքում հիվանդությունը զարգանում է դանդաղ և ռեմիսիաներով: Ավելի բնութագրական են խոցային գինգիվիտը, բերանից սեռաձև հոտը, արմատների մերկացումը և ատամների շարժունությունը, գրանուլյացիաներով լցված խորը պարօդոնտալ գրպանիկները: Նշվում է նաև կմախքի այլ ոսկրերի ախտահարում:

4-րդ ձևի ժամանակ դիտվում է ոչ միայն ոսկրերի և լիմֆատիկ համակարգի տարածուն ախտահարում, այլ ախտահարվում են նաև ներքին օրգանները:

ՊԱՐՕԴՈՆՏՈՄԱՆԵՐ

Պարօդոնտոմաների շարքին են դասվում լնդերի ֆիբրոմատոզը, էպուլիսը, պարօդոնտալ կիստան և պարօդոնտի հյուսվածքների մյուս նորագոյացությունները:

Լնդերի ֆիբրոմատոզ - հաճախ հանդիպում է մեծահասակների մոտ: Դասվում է գենետիկորեն պայմանավորված հիվանդությունների շարքին: Կլինիկորեն բնութագրվում է անցավ, պինդ, թմբիկավոր գերաճումների առաջացմամբ, որոնք տեղակայված են ողջ ավելոյար ելունով կամ որոշ ատամների /հաճախ ֆրոնտալ/ շրջանում: Լնդերի գույնը փոփոխված չէ: Հյուսվածաբանական պատկերը բնութագրվում է քիչ անոթներով և մանրաբջջային ինֆիլտրացիայով խիտ շարակցական հյուսվածքի առկայությամբ: Ռենտգեն նկարի վրա երևում են օստեոպորոզի երևույթներ, հազվադեպ հանդիպում է միջատամնային խտրոցների քայքայում: Բուժումը վիրաբուժական է:

Էպուլիս - սնկանման գոյացում է, որը կլինիկորեն հիշեցնում է միջատամնային լնդապոկիկի գերաճ: Տեղակայվում է ոտիկի վրա, ինչն էլ ապահովում է նրա որոշակի շարժունությունը: Լինում է ինչպես մեծահասակների, այնպես էլ երեխաների մոտ: Էպուլիսը ունի կարմրավուն, երբեմն էլ կապտավուն երանգ, բնութագրվում է արագ աճով և կարող է հասնել առեղի չափերի: Վնասվածքների դեպքում հաճախ արնահոսում է: Տարբերում են ֆիբրոզ, անոթային /անգիոմատոզ/ և հսկաբջջային էպուլիսներ: Վերջնական ախտորոշումը կատարվում է հյուսվածաբանական հետազոտությունից հետո:

Ֆիբրոզ ձևի ժամանակ հյուսվածաբանորեն դիտվում է հասուն թելակազմ շարակցական հյուսվածքի գերաճ:

Անգիոմատոզ ձևի ժամանակ դիտվում է արյունատար անոթների գերաճ խոռոչներով, որոնք հիշեցնում են կավերնոզ անգիոմա:

Հսկաբջջային էպուլիսը շարակցահյուսվածքային գոյացություն է՝ աստիպիկ աճ չունեցող հսկա բազմակորիզ բջիջների մեծ քանակությամբ: Դիտվում է հեմոսիդերինի կուտակում /արյունազեղման հետևանք/:

Էպուլիսը հաճախ հայտնաբերվում է հղիների մոտ և ծննդաբերությունից հետո սովորաբար չափերով նվազում է: Ռենտգեն պատկերը բնորոշվում է սահմանափակ օստեոպորոզով:

Բուժումը վիրաբուժական է՝ պարտադիր էլեկտրոկոագուլյացիայով: Ռեցիդիվի դեպքում ուռուցքը հեռացնում են մեկ կամ երկու ատամների հետ միասին:

Պարոդոնտալ կիստա- զարգանում է հիմնական հիվանդության քրոնիկական ընթացքի ժամանակ: Այս դեպքում էպիթելը ներաճում է պարոդոնտալ գրպանիկ և ամբողջովին ծածկում ներքին մակերեսը, շերտազատելով վերնուկրը: Սկզբում պրոցեսն ընթանում է անախտանիշ, բայց հետագայում, կիստայի մեծացման հետ մեկտեղ, հայտնաբերվում է այտուցվածություն: Ռենտգեն նկարի վրա երևում է կլորավուն հստակ սահմաններով ոսկրային հյուսվածքի նոսրացած օջախ: Ռենտգեն նկարի վրա պարոդոնտալ կիստաները կարող են հստակ չերեվալ, քանի որ նրանք վերադրվում են ծնոտի ոսկի մարմնի պատկերի վրա: Այդ պատճառով լավ արդյունք է տալիս օրթոպանտոմագրաֆիան: Ատամների հարգագաթային հատվածում ախտաբանական փոփոխությունները կարող են բացակայել, որն էլ հաստատվում է պուլպայի էլեկտրագրոգողականության ստուգմամբ: Բուժումը վիրաբուժական է:

ՊԱՐՕԴՈՆՏԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Պարոդոնտի հիվանդությունների բուժումը պետք է լինի համալիր, այսինքն՝ պետք է ընդգրկի ինչպես տեղային (թերապևտիկ, օրթոպեդիկ, վիրաբուժական), այնպես էլ ընդհանուր միջամտություններ: Ախտաբանական պրոցեսի բնույթից, պատճառներից և առաջացման մեխանիզմից կախված՝ բուժումը կարող է լինել՝

1. Էթիոտրոպ – միջամտությունն ուղղված է հիվանդության պատճառ հանդիսացող գործոնների դեմ, որոնք կարող են լինել ընդհանուր (համակարգային հիվանդություններ և այլն) և տեղային (բերանի խոռոչի անբավարար հիգիենա, սխալ պրոթեզավորում կամ ատամնալցավորում և այլն):

2. Պաթոգենետիկ – ուղղված է հիվանդության պաթոգենետիկ օղակների վրա

3. Միմտոմատիկ – ուղղված է հիվանդության տվյալ փուլում առկա կլինիկական ախտանիշների վերացմանը

Անկախ ախտաբանական պրոցեսի զարգացման շրջանից ու ձևից՝ տեղային բուժումը սկսում են ատամնաստվածքների մանրակրկիտ հեռացումից և հիվանդին բերանի խոռոչի ճիշտ խնամքի ուսուցումից:

Բերանի խոռոչի հիգիենայի պահպանման նպատակով օգտագործվում են հետևյալ առարկաներն ու միջոցները՝

Ատամի խոզանակները պարոդոնտի հիվանդությունների ժամանակ պետք է լինեն փափուկ, արհեստական մազիկներից պատրաստված (քանի որ բնական մազիկները մանրէների զարգացման հիանալի միջավայր են հանդիսանում): Գլխիկի երկարությունը պետք է լինի 25-30մմ, լայնությունը՝ 10-12մմ, այսինքն՝ խոզանակը միաժամանակ պետք է ընդգրկի 2-3 ատամ: Մազիկները պետք է դասավորված լինեն շարքերով՝ 2-2,5մմ հեռավորության վրա, ընդ որում, ցանկալի է, որ մազիկների շարքերը ունենան տարբեր բարձրություն, եզրային շարքն էլ լինի ամենաբարձրը: Մա կդարձնի խոզանակը ավելի էֆեկտիվ միջատամնային տարածությունների և ռետրոմոլյար շրջանի մաքրման համար: Մազիկների ծայրերը պետք է լինեն կլորացված, որպեսզի չվնասեն լնդերը: Մազիկների մեջ անհրաժեշտ է ինդիկատորային փնջերի առկայությունը, որոնք

ցույց կտան խոզանակի մաշվածության աստիճանը: Խոզանակի գլխիկը պետք է ամուր կպած լինի բռնիչին, վերջինիս վրա երկու կողմից պետք է հենարան լինի բթամատի համար: Բուժման կուրսի ավարտից հետո հիվանդները կարող են փոխել խոզանակը միջին կոշտության:

Ատամի էլեկտրական խոզանակները ևս մաքրում են ատամները բավականաչափ էֆեկտիվ, բայց գերադասելի են կլոր գլխիկով խոզանակները, որոնք կատարում են հակադարձ-պտուտակային շարժումներ, ինչը կրկնում է մանուալ խոզանակի շարժումները: Ուղղանկյուն գլխիկով էլեկտրական խոզանակները որոնք կատարում են մխոցավոր շարժումներ բավականաչափ արդյունավետ չեն:

Ատամի մածուկներ: պարօդոնտի հիվանդությունների ժամանակ նշանակվում են հատուկ բուժկանխարգելիչ ատամի մածուկներ, որոնք օժտված են արտահայտված հակաբորբոքային ազդեցությամբ, պարունակում են անտիսեպտիկներ՝ քլորհեքսիդին, տրիկլոզան, մետիլպերիդիոլքլորիդ: Բայց օգտագործել դրանք կարելի է ոչ ավել, քան 4-5 շաբաթ, որպեսզի բերանի խոռոչում դիսբակտերիոզ չառաջանա: Դրանից հետո պետք է անցնել ֆտորիդներ (նատրիումի և անագի ֆտորիդներ, ամինոֆտորիդ) և բուսական յուղեր ու հանուկներ (անանուխի, թեյի ծառի, մենթոլի, էվկալիպտի յուղեր, երիցուկ, շալֆեյ, մեղրամոմ և այլն) պարունակող բուժկանխարգելիչ մածուկների, որոնք օժտված են հակակարիեսային և հակաբորբոքային ազդեցություններով:

Ատամի մածուկների հետ մեկտեղ, բուժման ժամանակ պետք է օգտագործել նաև բուժկանխարգելիչ **ողողիչներ** որոնք պարունակում են օգտագործվող մածուկի նույն հականեխիչները (այսինքն՝ եթե մածուկը պարունակում է քլորհեքսիդին, ապա հեղուկը ևս պետք է պարունակի քլորհեքսիդին): Այսպիսի համատեղումը թույլ կտա խուսափել բերանի խոռոչի դիսբակտերիոզից: Հեղուկը կիրառվում է մածուկին զուգահեռ և նույն տևողությամբ (4-5 շաբաթ): Ախտաբանական պրոցեսի կարգավորումից հետո պետք է անցնել ֆտոր պարունակող հեղուկների:

Ատամնային **էլիկսիրները** պարօդոնտի հիվանդությունների ժամանակ հազվադեպ են օգտագործվում, քանի որ դրանք պարունակում են սպիրտ, որը կարող է ավելի գրգռել և վնասել հիվանդ լնդերը:

Միջատամնային միջոցներից առաջին հերթին պետք է օգտագործել **ֆլուսեր**: Միջատամնային մեծ տարածությունների դեպքում կարելի է կիրառել սուպերֆլուսեր կամ միջատամնային խոզանակներ:

Ֆլուսերը լինում են կլոր և տափակ: Տափակները ավելի հարմար են օգտագործման համար, ավելի քիչ են վնասում լնդերը և էֆեկտիվ մաքրում են կոնտակտային մակերեսները: Ֆլուսերը լինում են նաև մոմապատ (waxed) և մոմազերծ (unwaxed), ինչպես նաև տեֆլոնապատ: Մոմապատ և տեֆլոնապատ ֆլուսերը ավելի հարմար են գործածության համար, քանի որ հեշտ են մտնում նույնիսկ փոքր միջատամնային տարածություններ: Մոմազերծ ֆլուսերն ավելի դժվար է օգտագործել, բայց դրանք ավելի լավ են մաքրում: Արտադրվում են նաև ֆտորացված ֆլուսեր՝ ներծծված 2%-անոց նատրիումի ֆտորիդի լուծույթով, որոնք և՛ մաքրում են, և՛ ունեն հակակարիեսային ազդեցություն: Արտադրվում են նաև արոմատիզացված ֆլուսեր:

Փայտյա ատամնաքրիչները ավելի տրավմատիկ են, դրա համար էլ կիրառվում են, երբ այլ միջոցներն անհասանելի են:

Բերանի խոռոչի համար նախատեսված **իրիգատորները** շիթային ռեժիմում մաքրում են ատամների մակերեսը և միջատամնային տարածությունները փափուկ փառից և սննդի մնացորդներից, իսկ ցնցողային ռեժիմում՝ մերսում են լնդերը, ինչը լավացնում է պարօդոնտի հյուսվածքների արյունամատակարարումը: Իրիգատորները կարող են ընդգրկված լինել հիգիենիկ պարագաների հավաքածուի մեջ, որը կարող է պարունակել նաև էլեկտրական ատամի խոզանակ:

Շաքար չպարունակող **մաստակները**, հիգիենայի այլ միջոցների բացակայության դեպքում, կարող են հանդիսանալ բերանի խոռոչի մաքրման միջոց: Օգտագործվում են անմիջապես ուտելուց հետո՝ 15-20 րոպեի ընթացքում:

Ատամնաստվածքների հեռացումից և բերանի խոռոչի հիգիենայի պահպանման կանոնների բացատրումից հետո պետք է հեռացնել նաև տեղային վնասող գործոնները՝ պլումբայի կախված եզրեր, անորակ արհեստական պսակներ և այլն:

Պարօդոնտում ախտաբանական պրոցեսների պաթոգենետիկ օղակների վրա ազդելու նպատակով կիրառվում է դեղորայքային բուժում, ինչը պարօդոնտի հիվանդությունների բուժման ժամանակ օժանդակ դեր է խաղում: Պարօդոնտի հիվանդությունների բուժման ժամանակ օգտագործվող դեղորայքային միջոցներն են.

1. Հակամանրէային պրեպարատներ

Պարադոնտոլոգիայում այսօր ամենաէֆեկտիվ հակամանրէային պրեպարատներ են համարվում քլորհեքսիդինը, մետրոնիդազոլը և լինկոզամիդային (լինկոմիցին, կլինդամիցին) ու տետրացիկլինային խմբերի հակաբիոտիկները:

Քլորհեքսիդին քիզյուկոնատը հանդիսանում է հականեխիչ և օգտագործվում է պարօդոնտի բորբոքային հիվանդությունների բուժման ժամանակ բերանի խոռոչի ողողումների, իրիգացիաների և ապլիկացիաների համար՝ 0,02-0,3%-անոց լուծույթի ձևով: Բոլոր հայտնի հականեխիչ նյութերից, քլորհեքսիդինը պարօդոնտալ գրպանի միկրոֆլորայի վրա ամենաարդյունավետ ազդեցությունն ունի: Բացի այդ, այն դանդաղացնում է ատամնափառի առաջացումը: Արտադրվում է պատրաստի լուծույթի ձևով՝ տարբեր գործարանային անվանումներով (“Հեքսիլոկ”, “Պերիդեկս” և այլն): Քլորհեքսիդինի լուծույթը կարելի է փոխարինել այդ պրեպարատը պարունակող բերանի խոռոչում լուծվող դեղահաբերով (“Մեքիդին”, “Ֆերվեքս կոկորդի համար” և այլն): Քլորհեքսիդինի երկարատև օգտագործումը (2-3 շաբաթ) կարող է բերել ատամների գույնի դարձելի փոփոխմանը:

Մետրոնիդազոլը (տրիխոպոլ, կլիոն, ֆլագիլ) հակապրոտոզային պրեպարատ է, շատ ակտիվ է անաէրոբ միկրոֆլորայի նկատմամբ, որը մեծ քանակությամբ առկա է պարօդոնտալ գրպաններում: Մետրոնիդազոլը նշանակվում է էնտերալ՝ հետևյալ սխեմայով.

- առաջին օրը – 0,5գ-ից, օրը 2 անգամ (12 ժամ ընդմիջմամբ)
- երկրորդ օրը – 0,25գ-ից, օրը 3 անգամ (8 ժամ ընդմիջմամբ)
- 3-6 օրերին - 0,25գ-ից, օրը 2 անգամ (12 ժամ ընդմիջմամբ)

Մետրոնիդազոլը ընդունում են ուտելու ժամանակ կամ ուտելուց հետո:

Տեղային բուժման ժամանակ մետրոնիդազոլը դնում են պարօդոնտալ գրպանների մեջ՝ պաշտպանիչ վիրակապի տակ:

Այժմ արտադրվում է պրեպարատ “Մետրոգիլ Դենտա”-ն, որը մետրոնիդազոլ և քլորհեքսիդին պարունակող գել է և նախատեսված է բերանի խոռոչում օգտագործելու համար, մասնավորապես՝ պարօդոնտի հիվանդությունների ժամանակ: Հաստատված է, որ այս պրեպարատը պարօդոնտալ գրպաններ ներմուծելուց հետո, նպաստում է ողջ ախտածին միկրոֆլորայի վերացմանը 30 րոպեների ընթացքում:

Հակաբիոտիկները պարօդոնտի հիվանդությունների ժամանակ նշանակում են արցեսների, պարօդոնտալ գրպաններից թարախահոսության դեպքում և միայն պարօդոնտալ գրպանների միկրոֆլորայի զգայունությունը որոշելուց հետո: Ամենաէֆեկտիվ հակաբիոտիկը բերանի խոռոչի և պարօդոնտալ գրպանների ախտածին միկրոֆլորայի նկատմամբ լինկոմիցինն է: Այն նշանակում են ներքին ընդունման համար 0,5գ-ից, օրը 4 անգամ (6 ժամ ընդմիջումներով), ուտելուց 1-2 ժամ առաջ, 5-7-10 օրվա ընթացքում: Լինկոմիցինի հանդեպ միկրոֆլորայի կայունության դեպքում, այն կարելի է փոխարինել տետրացիկլինային խմբի հակաբիոտիկներով: Այս հակաբիոտիկները ունեն

բակտերիոստատիկ ազդեցության լայն սպեկտր և ընկճում են ատամնափառի միկրոֆլորայի ներկայացուցիչների մեծամասնության աճը, լնդային հեղուկում կուտակվում են ավելի մեծ կոնցետրացիաներով, քան արյան մեջ: Բացի այդ, դրանք համեմատաբար քիչ տոքսիկ են: Տետրացիկլինը նշանակում են 0,2-0,25գ-ից, օրը 4 անգամ (6 ժամ ընդմիջումներով), 7-14 օրվա ընթացքում, մոնոցիկլինը՝ 0,1-0,2գ-ից, օրը 2 անգամ (12 ժամ ընդմիջումներով), 7 օրվա ընթացքում, դոքսիցիկլինը՝ 0,1գ-ից, օրը 2 անգամ, 7 օրվա ընթացքում:

Դոքսիցիկլինը կարող է առաջացնել ստամոքսի լորձաթաղանթի գրգռում, այդ պատճառով այն ընդունում են ուտելուց հետո, և չեն նշանակում աղեստամոքսային տրակտի հիվանդությունների ժամանակ:

Հակաբիոտիկների տեղային կիրառումը նպատակահարմար է համատեղել նրանց ներքին ընդունման հետ:

2. Հակաբորբոքային պրեպարատներ

Այս խմբի պրեպարատներից օգտագործում են ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային պրեպարատներ (ՈՍՀՊ)՝ ացետիլսալիցիլաթթու, բուտադիոն, ինդոմետացին, իբուպրոֆեն, վոլտարեն և այլն: Մրանք օգտագործվում են տեղային՝ ապլիկացիաների ձևով կամ բուժիչ վիրակապերի բաղադրության մեջ: ՈՍՀՊ նվազեցնում են էքսուդացիան, այտուցը, դադարեցնում են պրոստոգլանդինների սինթեզը:

3. Դեղաբույսերի եփուկներ և թուրմեր

Դեղաբույսերի եփուկները և թուրմերը (երիցուկի, կաղնու արմատի, վաղինակի, եղեսպակի) լայնորեն կիրառվում են պարօդոնտոլոգիայում: Նշանակվում են բերանի խոռոչի ողողումների և բերանային վաննաների համար: Թողնում են թույլ հակաբակտերիալ, հակաբորբոքային և դաբաղող ազդեցություն:

4. Թույլ հականեխիչների լուծույթներ

Բերանի խոռոչի ողողումների և բերանային վաննաների համար կարելի է նշանակել նաև թույլ հականեխիչների լուծույթներ՝ ֆուրացիլինի, կալիումի պերմանգանատի:

Բերանի խոռոչը կարելի է ողողել նաև նատրիումի հիդրոկարբոնատով (կերակրի սոդա), որը հականեխիչ չէ, բայց նոսրացնում է բերանային հեղուկը, հիմնային է դարձնում միջավայրը, թողնում է թույլ հակասնկային ազդեցություն, ինչը լավ է անդրադառնում բերանի խոռոչի վիճակի վրա:

5. Վիտամիններ

Վիտամինները լայնորեն կիրառվում են պարօդոնտի հիվանդությունների բուժման ժամանակ:

- **Վիտամին C (ասկորբինաթթու)** – լավացնում է արյունամատակարարումը, կարգավորում է հյուսվածքների ռեգեներացիան, ամրացնում է անոթների պատերը, քանի որ նպաստում է կոլագենի սինթեզին: Նշանակվում է ներքին ընդունման համար, ներմուծվում է ինյեկցիոն ճանապարհով՝ անցման ծայքից, ինչպես նաև լնդեր՝ էլեկտրոֆորեզի միջոցով:

- **Վիտամին A (ռետինոլ)** – լավացնում է հյուսվածքների սնուցումը, կարգավորում է պիթելիզացիան:

- **Վիտամին E (տոկոֆերոլ)** – բնական հակաօքսիդանտ է, ունի հակաբորբոքային և հակաայտուցային ազդեցություն, խթանում է ռեգեներացիան, լավացնում է հյուսվածքների սնուցումը: A և E վիտամինները նշանակվում են ներքին ընդունման համար, ապլիկացիաների ձևով, բուժիչ վիրակապերի բաղադրության մեջ, էլեկտրոֆորեզի միջոցով:

- **Վիտամին B₁ (թիամին)** – նշանակվում է աղեստամոքսային տրակտի հիվանդություններով պայմանավորված պարօդոնտի հիվանդությունների ժամանակ:

- **Վիտամին B₆ (պիրիդոքսին)** – մասնակցում է նյութափոխանակությանը, լավացնում է լիպիդային փոխանակությունը աթերոսկլերոզի դեպքում: Նշանակվում է պարօդոնտոզի բուժման ժամանակ:

B₁ և B₆ վիտամինները ներմուծվում են ինյեկցիոն ճանապարհով՝ անցման ծալքից, էլեկտրոֆորեզի միջոցով:

6. Կերատոպլաստիկներ

Այս պրեպարատներին են պատկանում չիչխանի, մասուրի յուղերը, “Սոլկոսերիլ” քսուքը, A և E վիտամինները: Օգտագործվում են ապլիկացիաների ձևով և բուժիչ վիրակապերի բաղադրության մեջ:

Կոնսերվատիվ բուժում

Սուր կատարալ գինգիվիտ

1. Տեղային գինգիվիտի դեպքում անհրաժեշտ է գտնել և վերացնել պատճառ հանդիսացող գործոնը (արհեստական պսակի եզրը, սննդի մնացորդները, ձկան փուշը և այլն): Տարածուն սուր գինգիվիտը ավելի հաճախ հանդիսանում է որոշ ինֆեկցիոն կամ ստմատիկ հիվանդություններն ուղեկցող ախտանիշ, այդ պատճառով էթիոտրոպ բուժումն ուղղված է հիմնական հիվանդության բուժմանը:

2. Լնդերի մշակումը հականեխիչներով, դեղաբույսերի թուրմերով և եփուկներով:

3. Ապլիկացիաներ կերատոպլաստիկներով:

4. Հականեխիչներով ողողումների և կերատոպլաստիկներով ապլիկացիաների նշանակում:

Քրոնիկական կատարալ գինգիվիտ

1. Ատամնանստվածքների հեռացում (անհրաժեշտության դեպքում տեղային անզգայացմամբ), ինչը շատ կարևոր փուլ է հանդիսանում քրոնիկական գինգիվիտների բուժման ժամանակ: Պրոցեդուրան սկսում են բերանի խոռոչի հակասեպտիկ մշակումից (1% ջրածնի պերօքսիդով, 0,06% քլորհեքսիդինի լուծույթով, 0,02% ֆուրացիլինով և այլն): Հետո հատուկ գործիքներով (կեռիկներ, արտաքերիչներ) կամ ուլտրաձայնային սկելերով կատարվում է հանքայնացված և չհանքայնացված ատամնանստվածքների մանրակրկիտ հեռացում: Այս ամենից հետո ատամները փայլեցնում են հղկիչ մածուկներով: Վերջում բերանի խոռոչը կրկին մշակում են հականեխիչներով: Ատամնանստվածքների հեռացումը կատարվում է մեկ-երկու հաճախումով:

2. Հականեխիչներով, հակաբորբոքային միջոցներով և կերատոպլաստիկներով (“Մետրոգիլ Դենտա”, բուտադիոնային քսուք, չիչխանի յուղ) լնդային վիրակապի տեղադրում:

3. Հիվանդների ուսուցում բերանի խոռոչի ճիշտ խնամքի և հիգիենայի պարագաների ճիշտ ընտրության վերաբերյալ:

Քրոնիկական գինգիվտի բուժման ժամանակ նշանակվում են անհատական հիգիենայի հետևյալ միջոցները.

- Ատամի խոզանակ – փափուկ (Soft) կամ շատ փափուկ (Sensitive)՝ մազիկների կլորացված ծայրերով, որպեսզի խուսափենք լնդերի վնասումից

- Ատամի մածուկ – բուժկանխարգելիչ՝ խոտաբույսերի և դեղաբույսերի հանուկներով, ֆտորի միացություններով, հականեխիչներով, փրփրելու չափավոր հատկությամբ և շաքարի փոխարինիչների պարունակությամբ

- Բերանի խոռոչի ողողիչներ – ոչ ալկոհոլային և այն բուժիչ բաղադրամասը պարունակող, որը պարունակում է ատամի մածուկը

- Լնդերի բալզամներ և տոնիկներ (լնդեր են ներմուծվում մատով կամ խոզանակի միջոցով) – բույսերի հանուկներով և յուղերով: Օգտագործել կարելի է միայն ատամնաստվածքների հեռացումից հետո, որպեսզի բացառենք լնդերի լրացուցիչ վնասումը:

- Իրիգատորներ – շիթային ռեժիմում

Հետագա բուժայցերի ժամանակ ատամների մաքրման արդյունավետությունը վերահսկվում է ատամի փառի ինդիկատորի միջոցով:

Թեթև դեպքերում վերոհիշյալ բուժումը բավական է: Եթե բորբոքումը շատ արտահայտված է, նշանակվում են նաև.

4. Վիտամիններ (C, B, A, E) ներքին ընդունման համար կամ էլեկտրոֆորեզի միջոցով:

5. Ողողումներ և ապլիկացիաներ հականեխիչների և բուսական պրեպարատների լուծույթներով (0,06% քլորհեքսիդինի լուծույթով, 0,2% եղիսպակի լուծույթով, քլորոֆիլիպատով (Էվկալիպտի տերևներից պատրաստված պրեպարատ), ակնամոմով և այլն):

6. Կերատոպլաստիկներով ապլիկացիաներ:

7. Ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ՝

- լնդերի մերսում – մանուալ, հիդրոմերսում

- էլեկտրոֆորեզ դեղանյութերով

- ԳԲՀ՝ օլիգոթերմիկ դոզայով

- լազերային թերապիա

Հիպերտրոֆիկ գինգիվիտ (այտուցային ձև)

1. Ատամնաստվածքների հեռացում – կատարվում է այնպես, ինչպես կատարալ գինգիվիտի ժամանակ:

2. Հակաբորբոքային և հակաայտուցային միջոցներով ապլիկացիաներ (կարելի է ներմուծել էլեկտրոֆորեզի միջոցով):

3. Հիվանդների ուսուցում բերանի խոռոչի ճիշտ խնամքի և հիգիենայի պարագաների ճիշտ ընտրության վերաբերյալ:

Գերաճական գինգիվիտի այտուցային ձևի բուժման ժամանակ նշանակվում են անհատական հիգիենայի հետևյալ միջոցները.

- Ատամի խոզանակ – շատ փափուկ (Sensitive)՝ մազիկների կլորացված ծայրերով, որպեսզի խուսափենք լնդերի վնասումից

- Ատամի մածուկ – բուժկանխարգելիչ՝ միայն խոտաբույսերի և դեղաբույսերի հանուկներով, ցածր հղկիչ ազդեցությամբ

- Էլիկսիրներ – այս դեպքում գերադասելի են, քանի որ նրանց պարունակության մեջ մտնող սպիրտը ունի այրող հատկություն, ինչը որոշ չափով ճնշում է գրանուլյացիաների աճը: Սրանք պետք է լուծել քիչ քանակությամբ ջրում, իսկ սպիրտի պարունակությունը պետք է լինի 30%-ից բարձր

- Բերանի խոռոչի ողողիչներ – կարելի է օգտագործել, բայց բույսերի հանուկներով՝ լնդերը հանգստացնելու, այտուցը, բորբոքումը և արյունահոսությունը պակասեցնելու նպատակով: Ցանկալի է կիրառել ալկոհոլ պարունակող ողողիչներ:

- Իրիգատորներ – թույլ ցնցուղի ռեժիմում

Վերոհիշյալ միջոցների անարդյունավետության դեպքում, կատարվում է սկլերոզացնող թերապիա:

4. Սկլերոզացնող թերապիա – կատարվում է տարբեր սկլերոզացնող նյութերով (20-30% ռեզորցինի լուծույթ, 10-25% ցինկի քլորիդի լուծույթ, 5-10% ակնամոմի սպիրտային լուծույթ) ներծծված բամբակյա խծուծները ներմուծելով լնդային գրպաններ կամ տեղադրելով լնդերին: Պրոցեդուրայի տևողությունը 20 րոպե է, բուժման կուրսը՝ 3-5 բուժայց, երկու օրը մեկ: Պրոցեդուրայի անցկացման ժամանակ անհրաժեշտ է հետևել, որպեսզի սկլերոզացնող պրեպարատները շրջակա լորձաթաղանթի հետ չշփվեն: Բամբակյա խծուծները հեռացնելուց

հետո, հիվանդը պետք է ողողի բերանը ջրով, իսկ լնդերին դրվում է հակաբորբոքային քսուքներով վիրակապ: Նշանակվում են ողողումներ դեղաբույսերի եփուկներով:

Եթե ապլիկացիոն սկլերոզացնող թերապիան անարդյունավետ է, կիրառում են ինյեկցիոն լնդապտկիկի գազաթից ներարկում են 50-60% գլյուկոզի լուծույթ, 10% կալցիումի քլորիդի լուծույթ, 10% կալցիումի գլյուկոնատի լուծույթ: Ներարկումները կատարվում են անզգայացման տակ, բարակ ասեղով՝ պտկիկի գազաթից դեպի հիմքը: Միանգամից ներմուծվում է 0,1-0,3մլ-ական, 3-4 պտկիկի մեջ: Ներարկումների միջև ինտերվալը 1-2 օր է, բուժման կուրսը՝ 4-8 ներարկում:

Արդյունավետ են նաև հեպարինի ներարկումները, չնայաց, որ այն սկլերոզացնող նյութ չի հանդիսանում: Հեպարինը ներմուծվում է լնդապտկիկների հիմքերի մեջ՝ 0,25մլ-ական, բուժման կուրսը կազմում է 10 ներարկում:

5. Ստերոիդային քսուքների կիրառում, որոնք հանդիսանում են հակաայտուցային պրեպարատներ: Այդ քսուքները պետք է մերսող շարժումներով ներմուծել լնդերի մեջ կամ ընդգրկել բուժիչ վիրակապերի բաղադրության մեջ:

6. Հակաայտուցային ազդեցությամբ լուծույթներով ողողումներ (նատրիումի քլորիդի լուծույթ, երիցուկի եփուկ):

Հղիների գինգիվիտի դեպքում հեռացնում են ատամնանստվածքները, բերանի խոռոչի ճիշտ խնամքի ցուցումներ են տալիս և հակաբորբոքային բուժում են անցկացնում: Եթե ծննդաբերությունից հետո լնդերի վիճակը չի կարգավորվում, կիրառում են սկլերոզացնող թերապիա կամ լնդերի վիրաբուժական հատում՝ գինգիվէկտոմիա:

Յուվենիլ գինգիվիտի դեպքում ևս կատարվում է բերանի խոռոչի մասնագիտական մաքրում, պահպանվում է բերանի խոռոչի լավ հիգիենիկ վիճակը՝ մինչև սեռահասունության ավարտը: Եթե դրանից հետո լնդերի ախտաբանական փոփոխությունները չեն վերանում, կիրառում են սովորական բուժիչ միջոցառումներ:

Դեղորայքի ընդունման հետ կապված գերաճական գինգիվիտների դեպքում, անհրաժեշտ է անցկացնել կոնսուլտացիա այն բժշկի հետ, ով նշանակել է տվյալ դեղամիջոցը՝ հնարավոր դեպքում մեկ այլ դեղորայքով փոխարինելու համար:

Գերաճական /հիպերտրոֆիկ/ գինգիվիտ (ֆիբրոզ ձև)

Ցուցված է պտկիկների վիրաբուժական հատում՝ հետագա էլեկտրոկոագուլյացիայով: Այժմ կիրառվում են նաև կրիոթերապիան և լազերային թերապիան:

Գինգիվէկտոմիայից հետո հիվանդներին նշանակում են բերանի խոռոչի հիգիենայի հետևյալ միջոցները.

- Ատամի խոզանակ –շատ փափուկ
- Ատամի մածուկ –խոտաբույսերի հանուկներով և ցածր հղկիչ ազդեցությամբ
- Բերանի խոռոչի ողողիչներ – խոտաբույսերի հանուկներով և հակա-ատամնավահանիկային բաղադրամասերով
- Ֆլուսեր – մոմապատ և ֆտոր պարունակող
- Սպունգային միջատամնային խոզանակներ՝ դեղանյութերը քսելու համար (փափուկ, ծակոտկեն):

Խոցային գինգիվիտ

Խոցային գինգիվիտի բուժումը պետք է ակտիվ սկսել հենց առաջին բուժայցի ժամանակ, քանի որ ճիշտ բուժման արդյունքում հիվանդի վիճակը զգալիորեն բարելավվում է հենց առաջին օրերին:

1. Ցավազրկում: Քանի որ այս հիվանդության ժամանակ ցանկացած միջամտությունը ցավոտ է, այն պետք է կատարել անզգայացման տակ: Տվյալ դեպքում լավագույնը ապլիկացիոն անզգայացումն է՝ լիդոկաինի կամ նովոկաինի լուծույթներով, ապլիկացիաների և ողողումների ձևով:

2. Մեռուկացած հյուսվածքների և ատամնանստվածքների հեռացում

Այս միջամտությունը թեթևացնելու համար սկզբում կատարում են պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներով (տրիպսին, քիմոտրիպսին) ապլիկացիաներ, որոնք փափկացնում են մեռուկացած փառը, ապա սուր արտաքերիչով այն ամբողջությամբ հեռացնում են հենց առաջին բուժայցի ժամանակ: Դրանից հետո զգուշությամբ հեռացնում են ատամնանստվածքները, հարթեցնում են ատամների սուր եզրերը, որոնք վնասում են լորձաթաղանթը:

3. Բերանի խոռոչի հականեխիչ և հականանրեային մշակում

Մեռուկացած հյուսվածքների հեռացումից հետո բացվում են խոցային մակերեսներ, որոնք անհրաժեշտ է մշակել հականեխիչներով: Այս նպատակով կիրառվում են 0,05-0,2% քլորհեքսիդինի լուծույթ, 1% ջրածնի պերօքսիդի լուծույթ, 0,05% ռիվանոլ, ֆուրացիլին: Մշակվում են նաև միջատամնային տարածությունները: Անհրաժեշտ են ապլիկացիաներ հակաբիոտիկների և կորտիկոստերոիդների համադրմամբ: Խոցային գինգիվիտի հականանրեային բուժման շատ արդյունավետ միջոց է «Մետրոգիլ Դենտա»-ն:

4. Տնային պայմաններում նշանակում են.

- Քանի որ խոցային գինգիվիտի հարուցիչներն են սպիրոխետները և ֆուզոբակտերիաները, ապա անպայման նշանակվում է մետրոնիդազոլ (տրիխոպոլ, ֆլագիլ) 0,5գ-ից, օրը 2 անգամ, 6 օր:

- Որպես սեղատիվ պրեպարատ նշանակվում է դիմեդրոլ՝ 0,05գ-ից, առավոտյան և երեկոյան:

- Օրգանիզմի արտահայտված ինտոքսիկացիայի դեպքում նշանակվում է ացետիլսալիցիլաթթու՝ 0,05 գ-ից, օրը 3 անգամ:

- Հականեխիչներով (քլորհեքսիդին, ջրածնի պերօքսիդ, ֆուրացիլին) և բույսերի եփուկներով (երիցուկ, եղիսպակ, պոպոլակ, վաղինակ) ողողումներ:

- Հեղուկի առատ ընդունում

- Հատուկ սննդակարգ

Երկրորդ բուժայցից սկսած, եթե ընդհանուր և տեղային վիճակը բարելավվել է, կատարվում է բերանի խոռոչի հականեխիչ մշակում և կերատոպլաստիկներով ապլիկացիաներ (մասուրի կամ չիչխանի յուղ, կարատոլին, սոլկոսերիլ, A և E վիտամինների յուղային լուծույթներ):

Առողջացումից հետո անհրաժեշտ է կատարել բերանի խոռոչի սանացիա՝ ռեցիդիվները կանխելու նպատակով:

Պարոզոնտիտ:

Բուժումը կախված է պրոցեսի արտահայտվածությունից:

Թեթև աստիճանի քրոնիկական պարոզոնտիտի բուժումը

Անցկացվում է 3-4 բուժայցով.

Առաջին բուժայց:

1. Ատամնանստվածքների հեռացում: Մանրակրկիտ հեռացվում են վեր- և հատկապես ստորլնդային ատամնանստվածքները, հարթեցվում և փայլեցվում են ատամների պսակների և արմատների մաքրված մակերեսները:

2. Հիվանդների ուսուցում բերանի խոռոչի խնամքի և հիգիենայի պարագաների ճիշտ ընտրության վերաբերյալ:

Քրոնիկական պարոզոնտիտների բուժման ժամանակ նշանակվում են անհատական հիգիենայի հետևյալ միջոցները.

- Ատամի խոզանակ – փափուկ կամ համակցված /փափուկ մազիկները կազմում են գլխիկի մակերեսի 2/3-ը, իսկ միջին կոշտության մազիկները տեղակայվում են խոզանակի գլխիկի եզրով: Խոզանակի գլխիկը ունի ամուր ֆիքսացիա:

- Ատամի մածուկ – բուժականխարգելիչ՝ խոտաբույսերի և դեղաբույսերի հանուկներով, ուժեղ հականեխիչներով՝ քլորհեքսիդին, տրիկլոզան և այլն, հղկման միջին աստիճանով և փրփրելու չափավոր հատկությամբ:

- Բերանի խոռոչի ողողիչներ – ոչ ալկոհոլային և այն բուժիչ բաղադրամասը պարունակող, որը պարունակում է ատամի մածուկը

- Լնդերի խեժեր և տոնիկներ բույսերի հանուկներով և յուղերով (լնդեր են ներմուծվում մատով կամ խոզանակի միջոցով): Կարելի է օգտագործել միայն ատամնանստվածքների հեռացումից հետո, որպեսզի բացառենք լնդերի լրացուցիչ վնասումը:

- Ֆլուսեր – ֆտոր պարունակող

- Միջատամնային խոզանակներ – գլանաձև կամ սեղանաձև՝ կախված միջատամնային տարածությունների չափերից, և սպունգային՝ լնդային գրպաններ դեղամիջոցներ ներմուծելու համար

- Իրիգատորներ – շիթային ռեժիմում՝ սննդի մնացորդները մաքրելու համար և ցնցուղային ռեժիմում՝ լնդերի մերսման համար

3. Լնդային բուժիչ վիրակապերի տեղադրում

Լնդային վիրակապերը կարելի է տեղադրել լնդերի վրա կամ լնդագրպանների մեջ: Լնդային վիրակապերի բաղադրության մեջ կարելի է ընդգրկել հակամանրէային և հակաբորբոքային պրեպարատներ (մետրոնիդազոլ, քլորհեքսիդին, ացետիլսալիցիլաթթու, ինդոմետացին և այլն): Շատ հարմար և արդյունավետ է օգտագործել պատրաստի պրեպարատ «Մետրոգիլ Դենտա»-ն:

4. Քանի որ պարօդոնտիտը սովորաբար ուղեկցվում է ատամների ֆունկցիոնալ գերձանրաբեռնվածությամբ, ապա հիվանդին պետք է ուղարկել օրթոպեդ-ստոմատոլոգի մոտ կոնսուլտացիայի, որպեսզի կատարվի ատամների ընտրողական հղկում և օրթոպեդիկ բուժման այլ տեսակներ:

Երկրորդ, երրորդ և չորրորդ բուժայցերի ժամանակ (1-2 օր ընդմիջումներով) ստուգում են բերանի խոռոչի հիգիենիկ վիճակը, շարունակում են ատամնանստվածքների հեռացումը, դնում են բուժիչ լնդային վիրակապեր:

Բուժիչ միջոցառումների ողջ համալիրի իրականացումից հետո հիվանդությունը անցնում է ռեմիսիայի շրջան:

Հիվանդին կանչում են կրկնակի հետազոտման 4-6 ամսից:

Միջին աստիճանի արտահայտվածության խրոնիկ պարօդոնտիտի բուժումը

Անցկացվում է 6-10 բուժայցով՝ 20-30 օրվա ընթացքում:

Առաջին բուժայց:

1. Ատամնանստվածքների հեռացում: Մանրակրկիտ հեռացվում են վեր- և հատկապես ստորլնդային ատամնանստվածքները, հարթեցվում և փայլեցվում են ատամների պսակների և արմատների մաքրված մակերեսները: Ատամնանստվածքները հեռացվում են մեկ կամ մի քանի (2-4) բուժայցով:

2. Հիվանդների ուսուցում բերանի խոռոչի ճիշտ խնամքի և հիգիենայի պարագանների ճիշտ ընտրության վերաբերյալ:

3. Հետագա բուժիչ միջոցառումների մշակում (քայքայված ատամների հեռացում, ոչ լիարժեք լցանյութերի, պրոթեզների փոխարինում, ատամների ընտրողական հղկում):

4. Լնդային բուժիչ վիրակապերի տեղադրում /տես թեթև աստիճանի պարօդոնտիտ/

5. Ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ

Նշանակվում են հակամանրէային և հակաբորբոքային ազդեցությամբ պրոցեդուրաներ՝ ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում, լնդերի հիդրոմերսում, անոդ-գալվանիզացիա, էլեկտրոֆորեզ և այլն:

6. Նշանակում են մետրոնիդազոլ ներքին ընդունման համար՝ վերոհիշյալ կարգով, հականեխիչներով և բույսերի եփուկներով ողողումներ, «Մետրոգիլ Դենտա»-ի ալլիկացիաներ լնդերին օրը երկու անգամ:

Երկրորդ բուժայցը նշանակում են 2-3 օր անց: Ստուգում են բերանի խոռոչի հիգիենիկ վիճակը, շարունակում են ատամնանստվածքների հեռացումը, դնում են բուժիչ լնդային վիրակապեր:

Բորբոքային պրոցեսի դադարումից հետո անցկացնում են պարօդոնտալ գրպանների փակ կյուրետաժ՝ անզգայացման տակ սուր կյուրետկաներով զգույշ հեռացնում են գրանուլյացիաները

պարօղնոտալ գրպանների ներքին մակերեսից: Անհրաժեշտության դեպքում կատարում են նաև պարօղնոտալ գրպանների բաց կյուրետաժ (գինգիվոտոմիա)՝ հետագա լնդային պաշտպանիչ վիրակապի տեղադրումով /1-2 օր/: Մեկ բուժայցի ժամանակ գինգիվոտոմիան կատարում են ծնոտի մեկ հատվածում կամ միայն մեկ ծնոտի վրա: Վիրահատությունից հետո հիվանդներին նշանակում են.

- հետվիրահատական վերքի շրջանում սառը թրջոցներ (վիրահատությունից անմիջապես հետո)
- ողողումներ անտիսեպտիկներով
- բերանի խոռոչի մանրակրկիտ խնամք, ինչը ներառում է.

- ատամի խոզանակ – անմիջապես վիրահատությունից հետո «Sensitive», մի քանի օրից այն կարելի է փոխարինել «Soft» խոզանակով, հետագայում, լնդերի վերջնական լավացումից հետո, անցնում են միջին կոշտության խոզանակի

- ատամի մածուկ – բուժկանխարգելիչ, որոնք պարունակում են ուժեղ հականեխիչներ, ինչպիսիք են քլորհեքսիդինը, տրիկլոզանը և այլն

- բերանի խոռոչի ողողիչներ – ատամի մածուկի նույն հականեխիչները պարունակող

Գինգիվոտոմիայից և վիրահատված շրջանը վիրակապով ծածկելուց հետո, առաջին օրերին այն մաքրելն անհնար է և պետք էլ չէ, քանի որ խոզանակով մաքրումը կրեթի պաշտպանիչ վիրակապի հեռացմանը: Այդ պատճառով էլ այս հատվածի համար անհրաժեշտ է կիրառել ողողիչներ, իսկ մյուս հատվածները մաքրել ատամի խոզանակով, մածուկով և ֆլուսերով՝ ավելի հաճախակի, քան սովորաբար:

- կոշտ, կծու և գրգռող սննդի օգտագործման սահմանափակում

-հակամանրէային բուժում

Հետագա բուժայցերի ընթացքում իրականացվում է մյուս ատամների պարօղնոտալ գրպանների բաց կամ փակ կյուրետաժ, բերանի խոռոչի հականեխիչ մշակում և այլն:

Բուժիչ միջոցառումների ողջ համալիրի իրականացումից հետո հիվանդությունը անցնում է ռեմիսիայի շրջան: Բուժման արդյունքների ամրապնդման համար կարելի է նշանակել վիտամիններ:

Հիվանդին կանչում են կրկնակի հետազոտման 2-3 ամսից, ապա 5-6 ամսից: Ստուգում են բերանի խոռոչի հիգիենիկ վիճակը, հեռացնում են ատամնանստվածքները և, անհրաժեշտության դեպքում, կատարում են «պահպանողական» բուժում:

Ծանր աստիճանի քրոնիկական պարօղնոտիտի բուժումը

Անցկացվում է 8-12 բուժայցով՝ 20-40 օրվա ընթացքում:

Առաջին բուժայցի ժամանակ կազմվում է բուժման պլանը՝ որոշում են, թե որ ատամներն են ենթակա հեռացման, ինչպիսի օրթոպեդիկ բուժում է անհրաժեշտ կատարել և այլն: Հեռացնում են երրորդ աստիճանի շարժունությամբ ատամները, 8մմ-ից խորը պարօղնոտալ գրպաններ ունեցող, քայքայված, բուժման չենթարկվող, ֆուրկացիայի շրջանում պրոցեսի տեղակայմամբ և օկյուզիոն տրավմայի ենթարկվող ատամները:

Հիվանդներին սովորեցնում են բերանի խոռոչը ճիշտ խնամել և հիգիենայի պարագաները ճիշտ ընտրել: Առաջին և հաջորդ 3-4 բուժայցերի ընթացքում հեռացնում են ատամնանստվածքները, պարօղնոտալ գրպանները մշակում են հականեխիչներով, նրանց մեջ ներմուծում են բուժիչ մացուկներ՝ պաշտպանիչ վիրակապի տակ:

Հիվանդներին ներքին ընդունման համար նշանակում են մետրոնիդազոլ՝ ըստ համապատասխան սխեմայի, պարօղնոտալ գրպաններից թարախահոսության դեպքում՝ հակաբիոտիկներ, ողողումներ, ֆիզիոթերապիա (ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում, հիդրոթերապիա, անոդ-գալվանիզացիա և այլն):

Ծանր աստիճանի պարօղնոտիտի դեպքում, բորբոքային պրոցեսների մեղմացումից հետո, ցուցված է կատարել լաթային վիրահատություններ՝ ռեպարացիոն օստեոգենեզը խթանող միջոցների կիրառմամբ: Լաթային վիրահատությունից անմիջապես հետո պետք է օգտագործել.

- ատամի խոզանակ – «Sensitive» կամ «Soft», լաթի լրիվ վերականգնումից հետո կարելի է անցնել միջին կոշտության խոզանակի

- ողողիչներ

- միջատամնային միջոցներ – անհրաժեշտ է օգտագործել զգուշությամբ, որպեսզի լաթը կամ կարերը չվնասվեն

Լավացումից հետո անհրաժեշտ է մանրակրկիտ հետևել բերանի խոռոչի հիգիենայի պահպանմանը, որպեսզի խուսափենք նոր ատամնաքարերի առաջացումից և ոսկրի ռեգորբցիայի հետագա զարգացումից:

Ծանր աստիճանի քրոնիկական պարօդոնտիտի ելքը, նույնիսկ համապատասխան համալիր բուժումից հետո, ոչ միշտ է բարենպաստ և կարող է չբերել երկարատև ռեմիսիայի:

Հիվանդին կանչում են կրկնակի հետազոտման 1,5-2 ամսից, հետո 3 ամսից, ապա 5-6 ամսից: Ստուգում են բերանի խոռոչի հիգիենիկ վիճակը, հեռացնում են ատամնանստվածքները և, անհրաժեշտության դեպքում, կատարում են «պահպանողական» բուժում:

Պարօդոնտոզի բուժումը

Բուժումը ներառում է պարօդոնտի հյուսվածքների արյունամատակարարումը և ռեգեներացիոն պրոցեսները խթանող միջոցառումներ: Այս նպատակով նշանակում են ֆիզիոթերապիա (հիդրոմերսում, մանուալ մերսում, C և B₁ վիտամիններով էլեկտրոֆորեզ, լազերային թերապիա, վակուում-թերապիա): Անհրաժեշտ է նաև կատարել ատամների գերզգայունության, սեպաձև դեֆեկտների, ատամների մաշվածության սիմպտոմատիկ բուժում: Տեղային կիրառում են բիոգեն խթանիչներ (հալվեի, ապակենման մարմնի հանուկներ և այլն), վիտամիններ, միկրոցիրկուլյացիան խթանող միջոցներ (հեպարին, նիկոտինաթթու):

Համալիր բուժումը ներառում է նաև ատամնանստվածքների հեռացում և բերանի խոռոչի հիգիենային վերաբերվող ցուցումներ: Պարօդոնտոզի ժամանակ նշանակում են անհատական հիգիենայի հետևյալ միջոցները.

- Ատամի խոզանակ – միջին կոշտության, գերզգայունության դեպքում՝ փափուկ

- Ատամի մաճուկ – բուժկանխարգելիչ՝ խտաբույսերի հանուկներով և յուղերով, հղկման ցածր աստիճանով, գերզգայունության դեպքում նշանակում են “Sensitive” տիպի մաճուկներ

- Բերանի խոռոչի ողողիչներ – թույլ հակաբեկիչներ, ֆտորի միացություններ պարունակող և այն հավելումներով, որոնք պարունակվում են նաև ատամի մաճուկում

- Լնդերի բալզամներ և տոնիկներ բույսերի հանուկներով և յուղերով (օգտագործվում են միայն ատամնանստվածքների մասնագիտական հեռացումից հետո):

- Տլոսեր – ֆտոր պարունակող, պետք է օգտագործել սննդի յուրաքանչյուր ընդունումից հետո

- Միջատամնային խոզանակներ – գլանաձև կամ սեղանաձև՝ կախված միջատամնային տարածությունների չափերից

- Իրիգատորներ – շիթային ռեժիմում՝ սննդի մնացորդները մաքրելու համար և ցնցուղային ռեժիմում՝ լնդերի մերսման համար

Պարօդոնտի իդիոպաթիկ հիվանդությունների և պարօդոնտոմաների բուժումը

Թերապևտ-ատոմատոլոգի խնդիրն է կատարել ճիշտ ախտորոշում, հիվանդին ուղարկել համապատասխան մասնագետի մոտ և անցկացնել սիմպտոմատիկ բուժում:

ԲԽԼ-Ի ԵՎ ՇՐԹՈՒՆՔՆԵՐԻ ԿԱՐՄԻՐ ԵՐԻՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Պաթոհիստոլոգիապես քաղցկեղը լինում է՝

ա) տափակ բջջային – առաջանում է էպիթելի փշաձև շերտի բջիջներից

բ) բազալ բջջային - առաջանում է էպիթելի բազալ շերտի բջիջներից

ԲԽԼ-ի և շրթունքների կարմիր երիզի վրա ավելի հաճախ հանդիպում է տափակ բջջային քաղցկեղը, բազալ բջջայինը՝ շատ հազվադեպ:

Կլինիկական պատկերը: Քաղցկեղի կլինիկական դրսևորումները կախված են հիվանդության փուլից և աճի բնույթից, ինչպես նաև նախորդող նախաքաղցկեղային հիվանդություններից: Ուշ փուլերում քաղցկեղի կլինիկական դրսևորումները հիմնականում միանման են, բայց վաղ փուլերում հիվանդության արտաքին տեսքով տարբերում են պտկիկավոր, ներսփռանքային և խոցային ձևերը:

Պտկիկավոր ձևն արտահայտվում է էկզոֆիտ գոյացության տեսքով, որը ոտիկի կամ ավելի լայն հիմքի վրա է և նման է սնկի: Մակերեսին կան պտկիկներ, որոնք ծածկված են եղջերացող զանգվածներով: Գոյացության հիմքում և նրա շուրջը ներսփռանք է շոշափվում: Շատ արագ ուռուցքը քայքայվում է կենտրոնական հատվածում և վեր է ածվում քաղցկեղային խոցի:

Ներսփռանքային ձևը հանդիսանում է էնդոֆիտ և բուժման ու նախիմացության համար ամենաանբարենպաստն է համարվում: Այս դեպքում լորձաթաղանթի տակ առաջանում է անցավ ներսփռանք, որը բավականին արագ է մեծանում, քայքայվում է կենտրոնում՝ առաջացնելով տիպիկ քաղցկեղային խոց: Խոցը ևս շատ արագ է մեծանում չափերով:

Խոցային ձևը ևս էնդոֆիտ է, առաջանում է լորձաթաղանթի էրոզիայից, որը հետագայում վերածվում է խոցի: Աստիճանաբար խոցի հիմքում և շուրջը ներսփռանք է առաջանում, ախտահարվում են նաև ստորադիր հյուսվածքները, ինչը բերում է քաղցկեղային խոցի չափերի մեծացման:

Այսպիսով, անկախ քաղցկեղի ձևից, ուշ փուլերում միշտ հայտնաբերվում է քաղցկեղային խոց, որն ունի պինդ, գլանաձև եզրեր, անհարթ հատիկավոր հատակ՝ ծածկված մոխրագույն կամ մոխրադեղնավուն նեկրոտիկ փառով: Շոշափելիս հատակին և շրջակա հյուսվածքներում հայտնաբերվում է պինդ ներսփռանք: Քաղցկեղային խոցը ցավոտ չէ, բայց ինֆեկցման դեպքում առաջանում են ցավեր, բերանի խոռոչից տհաճ հոտ, ծամողական և կլման ակտերը դժվարանում են:

Շրթունքի կարմիր երիզի քաղցկեղը, որպես կանոն, հանդիսանում է նախաքաղցկեղային հիվանդությունների հետագա զարգացում: Այս դեպքում միշտ չարորակացման նշան է հանդիսանում ախտահարման օջախի հիմքում և շուրջը պինդ գոյացության առաջացումը, դրա մակերեսի խոցոտումն ու արյունահոսումը: Ի տարբերություն լորձաթաղանթի, կարմիր երիզի վրա հանդիպում է քաղցկեղի միայն երկու տեսակ.

- ա) պտկիկավոր – առաջանում է վերուկոզ լեյկոպլակիայից, գորտնուկավոր նախաքաղցկեղից, սահմանափակ հիպերկերատոզից, մաշկային եղջյուրից և պապիլոմայից:
- բ) խոցային – առաջանում է Մանգանտիի խելիտից և քրոնիկական (առավել հաճախ խոցային) պրոցեսներից

Ռեզիոնար ավշային հանգույցները քաղցկեղի սկզբնական փուլերում փոփոխված չեն, սակայն մետաստազներից հետո մեծանում են, դառնում են պինդ և անշարժ, քանի որ կայնում են շրջակա հյուսվածքներին: Առավել հաճախ մետաստազներ է տալիս լեզվի արմատի շրջանում տեղակայված քաղցկեղը:

Բերանի խոռոչի և շրթունքի կարմիր երիզի քաղցկեղի ընթացքն ավելի են բարդացնում այնպիսի անբարենպաստ գործոններ, ինչպիսիք են վնասվածքները (ատամների սուր եզրեր, պրոթեզներ և այլն), ծխելը, շատ տաք սնունդը, տարբեր այրվածքներ: Սրանք վտանգավոր են բոլոր տեսակի խոցերի դեպքում, հատկապես քաղցկեղային:

Ախտորոշում: Բերանի խոռոչի և շրթունքի կարմիր երիզի քաղցկեղի ախտորոշումն իրականացվում է զննման և շոշափման հիման վրա, քանի որ այս ուռուցքը պատկանում է վիզուալ տեղակայման քաղցկեղներին՝ այսինքն, այն կարելի է զննել առանց հատուկ սարքավորումների: Ավելի վաղ շրջանի փոփոխությունները կարելի է տեսնել ստոմատոսկոպով: Կլինիկական ախտորոշումը պետք է հաստատվի բջջաբանական և հյուսվածաբանական մեթոդներով: Բջջաբանական հետազոտությամբ հնարավոր է ճիշտ ախտորոշում իրականացնել 90-95% դեպքերում: Հետազոտման նյութը վերցվում է քերուկի կամ պունկցիայի միջոցով: Երբեմն կատարվում է բիոպսիա: Բջջաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են ատիպիկ քաղցկեղային բջիջներ, որոնք սովորական բջիջներից տարբերվում են հետևյալ հատկանիշներով.

ա) քաղցկեղային բջիջները հեշտությամբ առանձնանում են հիմնական հյուսվածքներից, հաճախ չեն ունենում ցիտոպլազմա, ի հայտ են գալիս «դատարկ» կորիզներ

բ) կորիզները տարբեր չափեր ունեն, հաճախ նորմայից ավելի մեծ, քրոմատինը կորիզում անհավասարաչափ է տեղաբաշխված

գ) առկա են հսկա բազմակորիզ բջիջներ, միտոզներ

դ) ցիտոպլազմայում և կորիզում առկա են հավելյալ ներառուկներ, դիստրոֆիայի և ֆագոցիտոզի նշաններ

Տարբերակիչ ախտորոշում: Բերանի խոռոչի և շրթունքի կարմիր երիզի քաղցկեղը պետք է տարբերակել հետևյալ հիվանդություններից.

- լեյկոպլակիա
- բարորակ նորագոյացություններ
- վնասվածքային և տրոֆիկ խոցեր
- խոցեր, որոնք առաջանում են սպեցիֆիկ ախտահարումների ժամանակ (սիֆիլիս, պալարախտ)
- կարմիր տափակ որքինի և այլ քրոնիկական բորբոքային պրոցեսների ժամանակ առաջացող խոցեր

Քաղցկեղը հաստատվում կամ հերքվում է միայն հյուսվածաբանական և, հատկապես, բջջաբանական հետազոտությամբ:

Բերանի խոռոչի և շրթունքի կարմիր երիզի քաղցկեղը ժամանակին ախտորոշելու համար շատ կարևոր է ստոմատոլոգի « օնկոլոգիական զգոնությունը» յուրաքանչյուր հիվանդի հետազոտման ժամանակ՝ անկախ գանգատներից:

«Օնկոլոգիական զգոնությունը» - ը դա ուռուցքաբանության վերաբերյալ որոշակի գիտելիքների ամբողջությունն է, որ թույլ է տալիս բժշկին (ոչ օնկոլոգ) կատարել քաղցկեղի վաղ կամ ժամանակին ախտորոշում: Մինչ ախտորոշման հաստատումն անհրաժեշտ է հեռացնել տեղային գրգռող գործոնները (ատամների սուր եզրեր, պրոթեզների վնասող եզրեր), չի կարելի օգտագործել միջոցառումներ, որոնք նպաստում են ուռուցքի աճին (այրումներ, ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ):

Բուժում: Կատարվում է ուռուցքաբանների կողմից: Բուժումը համալիր է և ներառում է ախտահարված հյուսվածքների վիրաբուժական հատում, ճառագայթային և քիմիոթերապիա:

Քրոնիկական կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտ

Քրոնիկական կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտը (stomatitis aphtosa chronica recidiva) բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բորբոքային հիվանդություն է, որը բնութագրվում է երկարատև ընթացքով, աֆթաների և խոցերի առաջացմամբ, պարբերական սրացումներով:

Քրոնիկական կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտը բերանի լորձաթաղանթի ամենատարածված հիվանդություններից է, որի տարածվածությունը տարբեր տարիքային խմբերում կազմում է 10-40%: Հիվանդների միջին տարիքն է 20-40 տարեկան:

Պատճառագիտություն և ախտածնություն: Բազմաթիվ կլինիկական և փորձարարական հետազոտությունները պարզել են, որ այս հիվանդության պատճառագիտությունը ունի հիմնականում իմունային, մանրէային և ալերգոտիկ բնույթ:

Քրոնիկական կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտին բնորոշ են իմունային ռեակտիվության նվազում և ոչ-սպեցիֆիկ պաշտպանության խանգարումներ, որոնց զարգացման պատճառ են հանդիսանում օրգանիզմում առկա քրոնիկական վարակի աղբյուրները (անգինա, քրոնիկական տոնզիլիտ, աղեստամոքսային համակարգի հիվանդությունները և այլն), ինչպես նաև մի շարք անբարենպաստ գործոնների ազդեցությունը (քրոնիկական սթրեսային իրավիճակները, կլիմայական գոտիների հաճախակի փոփոխումները, մասնագիտական վնասակար պայմանները և այլն):

Քրոնիկական կրկնվող ստոմատիտով հիվանդների մոտ հայտնաբերված են իմունային և ոչ-սպեցիֆիկ պաշտպանության հետևյալ խանգարումները իմունային T-համակարգի դեպրեսիա, որը արտահայտվում է T-լիմֆոցիտների քանակի և ֆունկցիոնալ ակտիվության նվազմամբ, T-հելպերների քանակի չափազանց զգալի նվազումով և T-սուպրեսորների քանակի ավելացումով: Նկատվում են իմունային B- համակարգի փոփոխություններ, մասնավորապես B-լիմֆոցիտների քանակի ավելացում, JgG մակարոնալի բարձրացում և JgM մակարոնալի նվազում: Կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտի ժամանակ արյան շիճուկում նվազում է լիզոցիմի և բարձրանում բետա-լիզիմի խտությունը:

Բերանի խոռոչում առկա է տեղային պաշտպանության գործոնների խանգարումներ՝ բնորոշ է բերանի հեղուկում լիզոցիմի խտության նվազումը, բետա-լիզիմի բարձրացումը, ինչպես նաև արտագատուկային և շիճուկային JgA-ի քանակի իջեցումը: Դրա հետևանքով թուլանում է բերանի լորձաթաղանթի դիմադրողականությունը ախտածին մանրէների ազդեցության հանդեպ, ինչպես նաև փոխվում է ռեզիդենտ միկրոֆլորայի քանակական և որակական բաղադրությունը: Արդյունքում, բերանի խոռոչում մեծանում է մանրէային ասոցիացիաների քանակը և բարձրանում դրանց վիրուլենտականությունը:

Քրոնիկական կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտի ժամանակ մանրէային ասոցիացիաները ներկայանում են հիմնականում կոկային ֆլորայով, որտեղ նշանակալից տեղ են զբաղեցնում կոագուլազոնեզատիվ ստաֆիլոկոկը և անաէրոբ կոկերը (պեպտոկոկեր, պեպտոստրեպտոկոկեր), ընդ որում միկրոբային ասոցիացիաների քանակի ավելացման հետ միասին մեծանում է անաէրոբ կոկերի քանակը հայտնվում են սնկեր և աղիքային ցուպիկը:

Բերանի խոռոչում մանրէային ֆլորայի վիրուլենտականության բարձրացումը բերում է օրգանիզմի բակտերիալ սենիթիլիզացիայի ուժեղացմանը, ինչը խթանում է սենսիթիլիզացված լիմֆոցիտների և դրանց կենսագործունեության արգասիքների հետագա արտադրումը: Դրա արդյունքում տեղի է ունենում իմունային B-համակարգի խթանում, այսինքն միանում է հունորալ տիպի ռեակցիան, որը արագացնում է հիվանդության անցումը թեթև ձևից՝ ծանրը: Առաջանում է բակտերիալ անտիգենների հանդեպ իմունային պատասխանի «ավելցուկ», ինչը բերում է աուտոիմունային ռեակցիայի զարգացմանը, որը իր հերթին խաչաձև ուղղված է բերանի լորձաթաղանթի դեմ: Արդյունքում հակամարմինների ցիտոտոկսիկ մեխանիզմի միացումը հանգեցնում է բերանի լորձաթաղանթի փշաձև շերտում միկրոխոռոչների ձևավորմանը, հետագա նեկրոզի երևույթներով: Դրանով կարելի է բացատրել աֆթերի առաջացումը, ինչպես նաև աղեստամոքսային համակարգի խանգարումները, որոնք ուղեկցվում են օրգանիզմի և մանրէային ֆլորայի միջև հակակշռման խախտմամբ և ի վերջո՝ կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտի առաջացումը:

Կլինիկական պատկերը: Գոյություն ունեն քրոնիկական աֆթոզ ստոմատիտի 2 կլինիկական ձև՝ թեթև և ծանր (կրկնվող, խորը սպիավորվող աֆթաներ): Ընդ որում նշված ձևերը կարող են զուգորդվել միևնույն հիվանդի մոտ: Քրոնիկական կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտը կարող է հանդես գալ որպես տարածուն աֆթոզի ախտանիշներից մեկը, որի ժամանակ ախտահարվում են սեռական օրգանների և աղիքների լորձաթաղանթը (Տուրենի

մեծ աֆթոգ): Բերանի խոռոչից բացի կրկնվող աֆթոգ ցանավորումով կարող են ախտահարվել նաև աչքերը, զարգանա պիոդերմիա:

Կրկնվող աֆթոգ ստոմատիտի թեթև ձևը բնութագրվում է բերանի լորձաթաղանթի վրա եզակի աֆթերի գոյացումով, որոնց առաջացմանը նախորդում է այրոցի և ցավի զգացում ապագա փոփոխությունների տեղամասում: Աֆթոգի առաջացումը սկսվում է 0.5-1սմ տրամաչափով ոչ մեծ, խիստ սահմանափակ գերարյունային կլոր կամ ձվաձև բծի գոյացումով: Մի քանի ժամհետո նշված տարրը բարձրանում է շրջակա լորձաթաղանթի մակարդակի համեմատ, իսկ ևս մի քանի ժամից խոցոտվում և պատվում է մոխրասպիտակ, ամուր կպած ֆիբրինոզ փառով: Աֆթան շոշափելիս փափուկ է և խսիտ ցավոտ: Աֆթայի հիմքում առաջանում է ներսփռանք, իսկ մակերեսի մեռուկային զանգվածները առաջացնում են մոխրագույն փառ: Ծայրամասում այն շրջապատված է խիստ սահմանափակ, գերարյունային, այտուցված եզրագծով: Սովորաբար 2-4 օր հետո մեռուկացած զանգվածները արտազատվում են, իսկ 2-3 օր հետո աֆթան անհետանում է: Նրա տեղում մի քանի օր պահպանվում է կանգային գերարյունություն: Հաճախ հիվանդությունը ուղեկցվում է լիմֆադենիտով:

Կրկնվող աֆթոգ ստոմատիտի թեթև ձևը հիվանդների մի մասի համար կարող է անցնել աննկատ, քանի որ սկզբում ընթանում է համարյա առանց կլինիկական ախտանիշների: Այս հիվանդները սովորաբար չեն դիմում բժշկի: Մյուս մասի մոտ սրացումները լինում են տարին 5-6 անգամ և նրանց մոտ առկա է հիվանդության խորացման հակում:

Կլինիկական փորձը ցույց է տալիս, որ կրկնվող աֆթոգ ստոմատիտը առաջին 3 տարիների ընթացքում լինում է առավելապես թեթև, բայց երբեմն հիվանդությունը արագ փոխակերպվում է ծանր ձևի: Դա ավելի բնորոշ է երիտասարդ տարիքին (17-20 տարեկան): Հիվանդության փոխակերպմանը թեթև ձևից ծանրին նպաստում են մասնագիտական վնասակար պայմանները, կլինայական գոտիների հաճախակի փոփոխումը, քրոնիկական հիվանդությունների առկայությունը (անգինա, քրոնիկական գաստրիտ, կոլիտ, ստամոքսի և տասներկուամատնյա աղիքի խոցային հիվանդություն):

Սովորական աֆթայի *հյուսվածաբանական* հետազոտությունը հայտնաբերում է լորձաթաղանթի խորը ֆիբրինոզ մեռուկային բորբոքում, որը սկսվում է բուն լորձաթաղանթի և ենթալորձային շերտի փոփոխություններից, անոթների լայնացումից, շուրջանոթային աննշան ներսփռանքի առաջացումից: Այնուհետև էպիթելի փշաձև շերտն այտուցվում է, հետագայում զարգանում է սպոնգիոզ և միկրոխոռոչների ձևավորում: Պրոցեսը ավարտվում է էպիթելի մեռուկացումով և լորձաթաղանթի վրա էռոզիաների առաջացմամբ: Էպիթելի դեֆեկտը լրացվում է ֆիբրինով, որն ամուր սերտաճում է ստորև գտնվող հյուսվածքներին:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Արտաքին տեսքով աֆթաները նման են՝

- վնասվածքային էրոզիաներին
- հերպետիկ էռոզիաներին
- սիֆիլիսային հանգուցիկներին

Հերպետիկ էռոզիան աֆթայից տարբերվում է բազմաբոլոր ուրվագծերով ու այնքան արտահայտված ցավոտությամբ, շրջակա հյուսվածքների առավել բորբոքային երևույթներով և հերպեսի ժամանակ էռոզիաներին նախորդող խմբավորված բշտիկների առկայությամբ:

Սիֆիլիսային հանգուցիկները բնութագրվում են քիչ ցավոտությամբ, հիմքում ներսփռանքի առկայությամբ, ծայրամասային բորբոքային երիզի կանգային բնույթով, էռոզիայի արտազատուկում դժգույն տրեպոնեմի հայտնաբերումով և Վասերմանի դրական ռեակցիայով:

Կրկնվող աֆթոգ ստոմատիտի ծանր ձևը (կրկնվող խորը սպիավորվող աֆթեր կամ Սեթոնի աֆթեր): Կարող է ունենալ կլինիկական ընթացքի հետևյալ տեսակները՝

- լորձաթաղանթի ախտահարման ձևաբանական տարրը աֆթա; էպիթելավորման ժամկետը 14–20օր; հիվանդության ամենամսյա սրացում:
- լորձաթաղանթի վրա առաջանում են խորը, խիստ ցավոտ խառնարանանման խոցեր; էպիթելավորման ժամկետը 25-35 օր; հիվանդության սրացումը տարին 5-6 անգամ:
- լորձաթաղանթի վրա առաջանում են աֆթեր և խոցեր միաժամանակ; էպիթելավորման ժամկետը 25–35օր; հիվանդության սրացումը 2-3 ամիսը 1 անգամ:

Որոշ հիվանդների մոտ աֆթերի գոյացումը տեղի է ունենում անընդհատ, երբ մի քանի շաբաթվա ընթացքում աֆթերը փոխարինում են միմյանց կամ միաժամանակ առաջանում են մեծ քանակով: Այլ հիվանդների մոտ դիտվում են տարբեր ժամկետներում

առաջացող եզակի աֆթեր: Հիվանդության ընթացքը միևնույն հիվանդի մոտ կարող է փոփոխվել:

Կլինիկական պատկերը: Կրկնվող խորը սպիավորվող աֆթերի սրացումը սովորաբար սկսվում է լորձաթաղանթի ցավոտ կոշտուկի գոյացումով, որի վրա նախ առաջանում է ֆիբրինային փառով պատված մակերեսային, իսկ ավելի ուշ գերարյունային երիզով խառնարանանման խոց: Վերջինս աստիճանաբար մեծանում է: Երբեմն սկզբնական շրջանում առաջանում է մակերեսային աֆթա, հետո այն փոխակերպվում է խորը խոցի, որի էպիթելավորումը տեղի է ունենում բավականին դանդաղ (1.5-2 ամիս): Ապաքինումից մնում են կոպիտ սպիեր, որոնք առաջացնում են բերանի լորձաթաղանթի դեֆորմացիաներ: Եթե խոցերը տեղակայված են լինում բերանի անկյուններում, ապա լորձաթաղանթի դեֆորմացիաները կարող են առաջացնել միկրոստոմա: Սպիավորվող աֆթերի գոյության ժամկետը կազմում է 2 շաբաթից 2 ամիս և ավելին: Ցանավորումը ավելի հաճախ տեղակայվում է լեզվի կողմնային մակերեսին, շրթունքների, այտերի, ընկալի լորձաթաղանթի վրա: Լեզվի կողմնային մակերեսների և ծայրային սպիավորվող խոցերը հատկապես ցավոտ են, ինչը դժվարացնում է խոսքը և սննդի ընդունումը: Կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտի ծանր ձևի ժամանակ հիվանդի մոտ նշվում է անընդհատ ցավ բերանի խոռոչում քնի խանգարում, ախորժակի կորուստ: Մոտ 22% հիվանդների մոտ այս վիճակից առաջանում է ներոտիկ ստատուս:

Պետք է նշել, որ հիվանդության վաղեմության հետ միասին խորանում է նրա ծանրության ընթացքը: Հյուսվածաբանորեն խորը կրկնվող աֆթերի ժամանակ դիտվում են էպիթելի և հիմնային թաղանթի անբողջական քայքայումով մեռուկացման տեղամասեր, ինչպես նաև բուն լորձաթաղանթի և ենթալորձային շերտի բորբոքային երևույթներ: Ախտահարման օջախներում հաճախ առկա է թքագեղձերի վառ արտահայտված շուրջգեղձային ներսփռանք, որը Sutton-ին հիմք է տվել հիվանդությունն անվանել լորձաթաղանթի կրկնվող մեռուկային պերիադենիտ:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտի ծանր ձևը պետք է տարբերակել

- վնասվածքային եռոզիաներից
- վնասվածքային խոցերից
- կրկնվող հերպեսից
- Բեհչետի հիվանդությունից
- Վեցսանի խոցամեռուկային ստոմատիտից
- սպեցիֆիկ վարակների խոցերից (սիֆիլիս, պալարախտ)
- չարորակացող խոցերից

Բեհչետի հիվանդության ժամանակ դիտվում է բերանի խոռոչի, աչքերի և սեռական օրգանների լորձաթաղանթի զուգակցված ախտահարում:

Վեցսանի խոցամեռուկային ստոմատիտի ժամանակ քսուր-արտատպվածքներում հայտնաբերվում են հիվանդության հարուցիչները (ֆուզոբակտերիաներ, սպիրոխետներ):

Չարորակացող խոցերի եզրերը կոշտ են, քիչ ցավոտ: Բջջաբանական հետազոտումը հայտանբերում է ատիպիկ բջիջներ:

Բուժման արդյունավետությունը ապահովող կարևոր պայմաններից է կլինիկա-ինունաբանական մանրակրկիտ հետազոտումը, որը ստացված արդյունքների հիման վրա թույլ է տալիս ընտրել համապատասխան անհատական համալիր բուժում: Կլինիկական հետազոտումների նպատակն է բացահայտել ուղեկցող հիվանդությունները՝ ստամոքսաղիքային ուղու, լյարդի, տեղային քրոնիկական աղբյուրների օջախները, ինունային համակարգի վիճակը:

Կատարվում է ընդհանուր և տեղային բուժում:

Իմունային կորեկցիայի համար կիրառվում է տիմոզեն, որը կարգավորում է բջջային և հումորալ իմունիտետը: Տիմոզեն նշանակում է միջմկանային, օրը 100 մկգ 10 օրվա ընթացքում: Բուժումից առաջ և հետո պարտադիր կատարվում է իմունոգրամա:

Օրգանիզմի սպեցիֆիկ և ոչ-սպեցիֆիկ պաշտպանության մեխանիզմների կարգավորման համար կիրառվում է նաև լևամիզոլ (դեկարիս): Պրեպարատը նշանակվում է շաբաթը 2 օր անընդմեջ (150մգ միանգամից, կամ 50մգ օրը 3 անգամ), բուժման տևողությունն է 1.5-2ամիս: Պարտադիր պետք է կատարվի արյան կլինիկական բանաձևի կոնտրոլ: Լիմֆոցիտների բջջային մետաբոլիզմը նորմալացնելու համար նշանակում են մետաբոլիկ պրեպարատներ, որոնք խթանում են փոխանակման ռեակցիաները միտոխոնդրիումների մակարդակով: Մետաբոլիկ պրեպարատների ընտրությունը և

բուժման տևողությունը որոշվում է արյան լիմֆոցիտների ֆերմենտային ստատուսի բջջաքիմիական ցուցանիշներով:

Նշանակում են մետաբոլիկ ազդեցության պրեպարատների 2 կոմպլեքս: Առաջին կոմպլեքսը ուղղված է լիմֆոցիտներում էներգետիկ պրոցեսների ակտիվացմանը և կիրառվում է 10 օր:

Հաջորդ 10 օրվա ընթացքում նշանակվում է մետաբոլիկ պրեպարատների երկրորդ կոմպլեքսը, որը մասնակցում է հեմոգլոբինի սինթեզին, կարգավորում է լիպիդների սինթեզը, կայունացնում է բջջային թաղանթները:

Կոմպլեքսների կիրառման հերթականությունը որոշում են արյան բջջաքիմիական հետազոտության հիման վրա, սակայն որպես օրենք, սկզբում նշանակվում է առաջին կոմպլեքսը, որը օպտիմալացնում է իմունոկոմպետենտ բջիջների էներգետիկ պոտենցիալը, հետո երկրորդը, որի շահագործման համար պահանջվում է հյուսվածքների էներգետիկ ստատուսի նախապատրաստվածություն:

Որպեսզի կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտի ռեմիսիայի շրջանը լինի կայուն լիմֆոցիտների բջջաքիմիական ցուցանիշները նորմային հասցնելուց հետո պահանջվում է 4-6 կուրս մետաբոլիկ թերապիա 6 ամիս ընդմիջումներով, անկախ հիվանդության կլինիկական ընթացքից:

Կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտի համալիր բուժման մեջ ընդգրկվում են սեդատիվ պրեպարատները (վալերիանա, թույլ տրանկվիլիզատորներ):

Պարտադիր պետք է ուշադրություն դարձնել քրոնիկական վարակի օջախների վերացման գործընթացին պարոդոնտիտի քրոնիկական, քիթ-կոկորդի, աղեստամոքսային ուղիների հիվանդությունների բուժմանը: Քրոնիկական վարակի օջախները մշտապես առաջացնում են մանրէային սենսիբիլիզացիա, ինչը բերում է հիվանդության հաճախակի սրացումների:

Օրգանիզմի սպեցիֆիկ և ոչ-սպեցիֆիկ պաշտպանության նպատակով արդյունավետ են հանդիսանում ֆիզիոթերապիայի ժամանակակից մեթոդները (մաշկի միջոցով էլոկտրոնեյրոխթանում, ռեֆլեկտոգեն շրջանների լազերոթերապիա, ախտահարված լորձաթաղանթի վրա աերոիոնային մասաժ): Հիվանդության ծանր ընթացքի ժամանակ կիրառվում է օկսիդենացում:

Բուժման հաջող ընթացքի համար նշանակություն ունի նաև սննդակարգը: Հիվանդներին արգելվում է օգտագործել սուր, կծու սնունդ, սպիրտային խմիչքներ և ծխելը:

Տեղային բուժում: Կատարվում է բերանի խոռոչի սանացիա, տրավմատիկ գործոնների հեռացումը: Հիվանդության սրացման ժամանակ նշանակում են ցավազրկող միջոցներ, քանի որ աֆթերը և խոցերը առաջացնում են սուր ցավեր: Այդ նպատակով կիրառում են 1-2% լիդոկաինի, 1-2% տոբմեկաինի, 1-2% պիրոմեկաինի լուծույթների թրջոցներ կամ 5% պիրոմեկաինի քուլ:

Խոցերի և աֆթերի մակերեսների մշակման համար օգտագործում են պրոթեոլիտիկ ֆերմենտներ (տրիպսին, խիմոտրիպսին, լիզոամիդազա): Բերանի խոռոչի մշակումը կատարում են հակասեպտիկ լուծույթներով (1% էտոնիոլմի, 0.02-0.06% քլորհեքսիդիմի, 0.02% ֆուրացիլինի և այլն):

Լորձաթաղանթի էպիթելավորումը խթանելու համար նշանակում են վիտամին A և E յուղային լուծույթներ, կարոտոլին, ակտոլեգինի 5% քուլ, և այլն:

Նշված տեղային միջոցառումները կատարում են օրը 3-4 անգամ:

Հիվանդության պրոգնոզը բարենպաստ է, մանավանդ վաղաժամ ախտորոշման և թեթև ձևի բուժման դեպքում:

ՍԻՖԻԼԻՍ

Սիֆիլիսը քրոնիկական վարակական հիվանդություն է, որի հարուցիչն է դժգույն տրեպոնեման (*Treponema pallida*): Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա սիֆիլիսային ցանը առկա է հիվանդության բոլոր շրջաններում:

Տարբերում են բնածին և ձեռքբերովի սիֆիլիս: Բնածին սիֆիլիսի դեպքում դժգույն տրեպոնեման պտղի օրգանիզմ է ներխուժում հիվանդ մոր ընկերքի միջոցով: Ձեռքբերովի սիֆիլիսով վարակման անհրաժեշտ պայման է մաշկի եղջերային շերտի կամ ԲԽԼ-ի էպիթելի ամբողջականության խախտումը: Վարակումը հնարավոր է նաև անմիջական կոնտակտի (հիմնականում սեռական) միջոցով: Վարակի աղբյուր կարող են հանդիսանալ բժշկական գործիքները, եթե դրանց մանրէազերծումը կատարված է անբավարար: Սիֆիլիսով վարակը հնարավոր է բժշկական տարբեր գործողությունների ժամանակ (սրսկում, վիրաբուժական միջամտություն), երբ դժգույն տրեպոնեման անցնում է անմիջապես արյան մեջ: Վարակի աղբյուր կարող են հանդիսանալ գործիքները (այդ թվում նաև ստոմատոլոգիական), դրանց ոչ լիարժեք ախտահանման դեպքում: Վարակման ավելի մեծ ռիսկային խումբ են հանդիսանում առաջնային և երկրորդային սիֆիլիսով ախտահարվածները:

Կլինիկա: Սիֆիլիսի կլինիկան բնութագրվում է հիվանդության ակտիվ արտահայտումների և թաքնված շրջանների իրար հաջորդող ընթացքով: Տարբերում են սիֆիլիսի կլինիկական ընթացքի չորս շրջան՝ ինկուբացիոն, առաջնային, երկրորդային և երրորդային:

Ինկուբացիոն շրջանը (դժգույն տրեպոնեմիայի ներխուժումից մինչև կարծր շանկրի առաջացումը) տևում է 3-4 շաբաթ: Ինկուբացիոն շրջանը կարող է երկար տևել տարեց մարդկանց մոտ կամ այն անձնաց մոտ, ովքեր ընդունում են հակաբիոտիկներ որևէ ընթացիկ հիվանդության բուժման նպատակով:

Առաջնային սիֆիլիս: Առաջնային սիֆիլիսի տևողությունը 6-7 շաբաթ է: Դրան բնորոշ է դժգույն տրեպոնեմայի ներխուժման տեղում անցավ բորբոքային ներսփռանքի՝ կարծր շանկրի (առաջնային սիֆիլոմա) առաջացումը: Կարծր շանկրի առաջացումից 5-7 օր հետո ի հայտ է գալիս առաջնային սիֆիլիսի երկրորդ պարտադիր ախտանիշը՝ ռեգիոնար լիմֆադենիտը (սկլեռադենիտ): Ավշային հանգույցները ունեն խիտ էլաստիկ կոնսիստենցիա, կարող են հասնել ընկույզի չափերի: Հիվանդությանը հատկանշական է այն, որ շոշափման ժամանակ ավշային հանգույցները անցավ են, շարժուն են, մաշկային փոփոխությունները բացակայում են: Առաջնային սիֆիլիսի վերջին շաբաթում զարգանում է բոլոր ավշային հանգույցների կամ նրանց մեծ մասի պոլիադենիտ: Դրանց մեջ տեղի է ունենում տրեպոնեմաների ինտենսիվ բազմացում:

Կարծր շանկրը կարող է լինել եզակի կամ 2-3 հատ: Ավելի հաճախ այն տեղակայվում է շրթունքների կարմիր երիզի, լեզվի և լնդերի լորձաթաղանթի, քմային ճիկների վրա: Կարծր շանկրի տրամագիծը կարող է լինել 1-3մմ (գաճաճ շանկր) մինչև 1.5-2սմ (հսկա շանկր): Կարծր շանկրի միջին տրամագիծն է 5-10մմ: Շանկրի չափերը, ձևը և ախտահարման խորությունը կախված են դրա տեղակայումից, օրգանիզմի ռեակտիվությունից և ընթացիկ հիվանդությունների առկայությունից:

Բերանի լորձաթաղանթի վրա կարծր շանկրի զարգացումը սկսվում է սահմանափակ գերարյունությամբ, որի կենտրոնում 2-3 օրվա ընթացքում ձևավորվում է պնդացում (բորբոքային ներսփռանքի հաշվին): Այնուհետև կենտրոնական մասը մեռուկացվում է և առաջանում վառ կարմիր անցավ էրոզիա կամ խոց, որի հիմքում շոշափվում է պինդ աճառանման ներսփռանք, հատակը հարթ է, փայլուն, առանց փառի: Կարծր շանկրի ձևը կապված է դրա տեղակայումից: Լեզվի վրա կարծր շանկրը ունի շրջած պնակի ձև, բերանի անկյուններում՝ ճաքի (ուտախտի) տեսք: Շրթունքի կարմիր երիզի վրա հաճախ հանդիպում են շանկրի աստիպիկ ձևերը՝ սնկանման, որոնք ունեն 2 -3 սմ տրամագիծ և բարձր են կարմիր երիզի մակերեսից, սակայն ավելի հաճախ շրթունքների վրա շանկրը ունի վառ կարմիր էրոզիայի կամ խոցի տեսք, որոնք ծածկված են կեղևով: Լնդերի վրա կարծր շանկրը ունի վառ կարմիր էրոզիայի տեսք. որը կիսալուսնի նման գրկում է մի քանի աստանների վզիկները:

Նշիկների վրա տեղակայման դեպքում կարծր շանկրը կարող է ունենալ երեք ձև՝ խոցային, անզինայանման և կոմբինացված: Նշիկներից ախտահարվում է միայն մեկը: Այն մեծացած է լինում, պղնձա-կարմրավուն գույնի, կարծր և անցավ: Խոցային ձևի ժամանակ այս ֆոնի վրա առաջանում է մսակարմիր գույն ունեցող հստակ եզրերով խոց: Խոցի առաջացման ընթացքը ցավոտ է:

Ախտորոշում: Կարծր շանկրի ախտորոշումը կատարվում է առաջնային սիֆիլոմայի մակերեսից կամ լիմֆատիկ հանգույցներից վերցրած հեղուկի մեջ դժգույն տրեպոնեմային հայտնաբերման հիման վրա: Բացասական արդյունքի դեպքում պետք է հետազոտությունը

բազմակի անգամ կրկնել: Շճային ռեակցիաները (Վասերմանի ռեակցիա) դրական են լինում շատ ավելի ուշ՝ կարծր շանկրի առաջանալուց մոտ 3 շաբաթ հետո:

Առաջնային շրջանի վերջում հիվանդների մոտ կարող են նկատվել ընդհանուր երևույթներ՝ թուլություն, ցավ ունենալ, գլխացավ, ջերմության բարձրացում, լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի ավելացում, լեյկոցիտոզ:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Առաջնային սիֆիլիսը պետք է տարբերակել վնասվածքային խոցից, որը շատ ցավոտ է և բացի այդ հիմքում չունի սիֆիլիսային խոցին բնորոշ պնդացում:

Կարծր շանկրը նշիկի վրա տարբերվում է անգինայից միակողմանի ախտահարմամբ, ցավի և բորբոքային հիպերեմիայի բացակայությամբ:

Շրթունքի վրա տեղակայված կարծր շանկրը պետք է տարբերել կրկնվող հերպեսի էրոզիայից, որը ցավոտ է, գտնվում է ընդհանուր հիպերեմիկ և այտուցված ֆոնի վրա, ունի անհարթ եզրեր և դրա առաջանալուն նախորդում է բշտիկների առաջացումը, ինչը երբեք չի դիտվում սիֆիլիսի դեպքում: Հերպեսիկ էրոզիաներին բնորոշ է նաև արագ ընթացք:

Տարբերակում են նաև կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտի ժանր ձևից (Սետոնի աֆթաներից), որի ժամանակ աֆտաները կամ խոցերը խիստ ցավոտ են և տեղակայված են արտահայտված գերարյունային ֆոնի վրա: Բացի այդ, անամնեզում հիվանդը նշում է հիվանդության կրկնվող բնույթի մասին:

Կարծր շանկրը տարբերակում են նաև քաղցկեղային խոցից, որի դեպքում ներսփռանքը գտնվում է ավելի խորը շերտերում, եզրերը խիտ են, հատակը հեշտ արյունահոսող: Լաբորատոր հետազոտման ժամանակ հայտնաբերվում են ատիպիկ բջիջներ:

Երկրորդային սիֆիլիս (siphilis secundaria, lues II): Տևողություն է միջինը 3-4 տարի: Դիտվում է լորձաթաղանթների տարածումն ախտահարում բնորոշ ցանի ձևով (սիֆիլիդներ), օրգանիզմի ընդհանուր վիճակի վատացում, հնարավոր է ներքին օրգանների, տեսողական և լսողական օրգանների, ոսկրային և նյարդային համակարգերի ախտահարումներ: Դրսևորումները լորձաթաղանթի վրա հիմնականում զուգակցվում են մաշկի ախտահարումների հետ, սակայն հազվադեպ դիտվում է նաև լորձաթաղանթի մեկուսացված ախտահարում: Հիվանդությունը այս շրջանում ունի ալիքանման ընթացք:

Երկրորդային սիֆիլիսի ժամանակ բերանի խոռոչում հայտնաբերվում են սիֆիլիդների երկու տարատեսակ՝ բժային (մակուլյոզ, ռոզեոլյոզ) և հանգույցիկային (պապուլյոզ):

Բժային կամ ռոզեոլյոզ ցանավորումը հիմնականում սիմետրիկ է և ախտահարում է քմային աղեղները, փափուկ քիմքը և նշիկները:

Ռոզեոլաները ունեն կանգային-կարմիր գույն և հստակ սահմանազատված են շրջակա անփոփոխ լորձաթաղանթից: Ունեն 0.5-1.0սմ տրամագիծ, կարող են առաջացնել տհաճ զգացողություն և թեթև ցավոտություն, սեխմելիս անհետանում են:

Մաշկի վրա դրանք տեղակայվում են կրծքի, փորի և մարմնի կողմնային մակերեսների վրա: Հիվանդի մոտ սուբյեկտիվ զգացողությունները բացակայում են: Ռոզեոլյոզ ցանավորումը առանց բուժման տևում է 1 ամիս և ինքնուրույն անհետանում է: Ռեցիդիվների ժամանակ առաջանում են ռոզեոլաներ առանց խիստ բորբոքային երևույթների առկայության: Խմբավորվելով դրանք առաջացնում են օղակի կամ աղեղի տեսքով օջախներ:

Բերանի խոռոչի սիֆիլիտիկ անգինան պետք է տարբերակել սովորական կատարալ անգինայից, որը ընթանում է ջերմության բարձրացմամբ, ցավային զգացողությամբ և այտուցով: Սիֆիլիտիկ ռոզեոլաները տարբերակում են դեղորայքային կատարալ ստոմատիտից, որը ուղեկցվում է ԲՆԼ-ի այրոցի և ցավի զգացողությամբ: Դեղերի ընդունման դադարեցումը բերում է ախտանիշների անհետացմանը:

Հանգույցիկային սիֆիլիդը բերանի խոռոչում երկրորդային սիֆիլիսի ամենահաճախ արտահայտման ձևն է: Պապուլյոզ ցանը կարող է դիտվել լորձաթաղանթի ցանկացած մասում, բայց ավելի հաճախ փափուկ քիմքի, նշիկների և քմային աղեղների վրա: Երկրորդային սիֆիլիսի պապուլյոզ ցանը տարբերվում է իր ձևի, գույնի, չափսի բազմազանությամբ:

Պապուլաները խիտ են, անցավ, ունեն 1-1.5սմ տրամագիծ և բարձր են լորձաթաղանթի մակերեսից: Պապուլաները կլորավուն են կամ օվալ և իրար միաձուլվելու հակված չեն: Անընդհատ մացերացիայի հետևանքով, պապուլաները ձեռք են բերում սպիտակ-գորշավուն երանգ: Դրանց մակերեսից փառը հեշտությամբ հեռացվում է և ի հայտ է գալիս մսա-կարմիր էրոզիա: Պապուլայի շուրջը առկա է բորբոքային երիզ: Պապուլաներում և էրոզիաների մակերեսի արտազատուկում հայտնաբերվում են մեծ քանակությամբ տրեպոնեմաներ:

ԲՆԼ-ի վրա պապուլյոզ սիֆիլիդները ավելի հաճախ հանդիպում են էրոզիվ-խոցային ձևով, իսկ երկրորդային ինֆեկցիայի (ֆուզոսպիրոխետոզ) միացման, ինչպես նաև

մացերացիայի և հաճախակի վնասվածքների հետևանքով զարգանում է խորը էրոզիա, իսկ երբեմն նաև խոց: Այս դեպքում կլինիկական պատկերը նմանվում է ՎեՆսանի ստոմատիտին:

Լեզվի վրա պապուլաները հիմնականում գտնվում են կողմնային և դորզալ մակերեսներին: Լեզվի դորզալ մակերեսին պապաուլաների տեղակայման հատվածներում թելանման և սնկանման պտկիկները բացակայում են: Սիֆիլիտիկ ցանավորումը կոկորդի հետին հատվածում բերում է հիվանդի ծայնի փոփոխության, այն դառնում է ավելի խռպոտ, այլ կերպ կոչվում է սիֆիլիտիկ դիսֆոնիա:

Ախտորոշում: Ախտորոշումը պետք է հաստատվի պապուլաների մակերեսից ստացած քերուկում դժգույն տրեպոնեմաների հայտնաբերմամբ և դրական շճաբանական հետազոտություններով (Վասերմանի ռեակցիա):

Տարբերակիչ ախտորոշում: Բերանի խոռոչի սիֆիլիսային պապուլաները պետք է տարբերակել լեյկոպլակիայից, կարմիր որքինից և կարմիր գայլախտից: Սիֆիլիսային պապուլայի մակերեսից սպիտակավուն փառը հեշտությամբ հեռացվում է, ինչը տեղի չի ունենում թվարկված ախտահարումների ժամանակ: Բացի այդ լեյկոպլակիայի, կարմիր գայլախտի և կարմիր տափակ որքինի պապուլաների հիմքում բացակայում է ներսփռանքը և դրանք չունեն իրենց շուրջ բորբոքային երիզ:

Սիֆիլիսային պապուլաները կանոնիդոզից տարբերվում են նրանով, որ նրանց մակերեսային սպիտակ փառը հեռացնելուց հետո հայտնաբերվում են էրոզիաներ, որոնց արտազատուկում առկա են դժգույն տրեպոնեմաներ, իսկ կանոնիդոզի ժամանակ փառի հեռացումից հետո երևում է լորձաթաղանթի հիպերեմիկ մակերեսը:

Երբեմն Երկրորդային սիֆիլիսը տարբերակվում է նաև բազմաձև էքսուդատիվ երիթեմայից և ալերգիկ ստոմատիտից: Այս հիվանդությունների ժամանակ էրոզիաների հիմքում չկա ինֆիլտրատ և լորձաթաղանթը գերարյունային է:

Լեզվի վրա սիֆիլիտիկ պապուլաները պետք է տարբերակել դեսկվամատիվ գլոսիտից: Ի տարբերություն սիսիլիսի դեսկվամատիվ գլոսիտի ժամանակ դիտվում են միգրացիայի ենթարկվող վառ կարմիր դեսկվամացիայի օջախներ, որոնց հիմքում չի շոշափվում պնդացում:

Երրորդային սիֆիլիս (syphilis tertiaria, lues III): Երրորդային սիֆիլիսը սկսվում է վարակումից 4-6 տարի անց, որը արտահայտվում է բերանի լորձաթաղանթի և մաշկի վրա սիֆիլիսային գունձանների և թմբիկավոր ցանավորումների առաջացմամբ: Հիվանդության այս շրջանին բնորոշ են ներքին օրգանների, նյարդային և ոսկրային համակարգերի ախտահարումներ: Ավելի հաճախ գունձանները տեղակայվում են փափուկ և կարծր քիմքի, երբեմն լեզվի վրա: Լորձաթաղանթի հաստության մեջ առաջանում են անցավ հանգույցներ, որոնք աստիճանաբար մեծանալով հասնում են 1.5-3.0սմ տրամաչափի: Այնուհետև կենտրոնում գունձան քայքայվում է և առաջացնելով խառնարանանման խորը խոց կենտրոնական մեռուկային առանցքով: Խոցը ցավոտ է, շրջապատված է խիտ, հարթ վառ կարմիր եզրեր, ծածկված է մանր հատիկավորումներով: Խոցի առողջացումը բերում է ներձգված աստղաձև սպիի առաջացմանը: Այս ընթացքը տևում է 3-4 ամիս և հիմնականում չի ուղեկցվում սուբյեկտիվ զգացողություններով:

Լեզվի գունձնոգ ախտահարումները կարող են ընթանալ տարածուն սկլերոտիկ սիֆիլիսային գլոսիտի ձևով, որի ժամանակ առկա է լեզվի բոլոր շերտերն ընդգրկող խորը համատարած ներսփռանք: Լեզվի չափերը մեծանում են, պտկիկները հարթվում: Յետագայում ներսփռանքը փոխարինվում է սպիացվող հյուսվածքով, լեզուն կարծրանում է, չափսով փոքրանում, շարժումները սահմանափակվում են: Լեզվի մեջքին հայտվում են ցավոտ ճաքեր և ակոսներ: Հիվանդի մոտ խանգարվում է խոսելու ֆունկցիան, դժվարանում է սննդի ընդունումը:

Եթե գունձան տեղակայվում է կարծր քիմքի վրա, ապա պրոցեսի մեջ շատ արագ ընդգրկվում են վերնոսկրը, զարգանում է ոսկրի նեկրոզ, սեկվեստրացիա և ընդարձակ դեֆեկտի առաջացում՝ կարծր քիմքի թափածակում: Գունձնոգ խոցերը կարող են բարդանալ ստրեպտոկոկային վարակի միացմամբ:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Սիֆիլիսային գունձաները պետք է տարբերակել՝

- պալարախտային գայլախտի ժամանակ առաջացող խոցերից
- քաղցկեղային խոցերից
- վնասվածքային խոցերից
- քրոնիկական կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտի ծանր ձևից

Բուժումը: Սիֆիլիսի բուժումը իրականացվում է հատուկ վեներոլոգիական բուժական կլինիկաներում: Տեղային բուժումը իր մեջ ներառում է բերանի խոռոչի սանացիա, գրգռիչների վերացում, հակասեպտիկ լուծույթներով ողողումներ:

Պ Ա Լ Ա Ր Ա Խ Տ

Պալարախտը քրոնիկական վարակական հիվանդություն է, որի հարուցիչը պալարախտի միկոբակտերիան է (Կոխի ցուպիկը): Բերանի խոռոչի պալարախտը սովորաբար առաջանում է որպես պալարախտով այլ ախտահարումների (թոքերի, ոսկրի, ավշային հանգույցների) հետևանք: Այն թափանցում է առաջնային օջախից ԲԽԼ հեմատոգեն, լիմֆոգեն կամ էկզոգեն (օդակաթիլային կամ ալիմենտար) ճանապարհով: Բայց, քանի որ բերանի լորձաթաղանթը նվազ ընկալունակ է պալարախտի միկոբակտերիայի նկատմամբ և ունի բարձր ռեզիստենտականություն, ապա դրանք շատ արագ ոչնչանում են: Սակայն վնասված լորձաթաղանթի դեպքում միկոբակտերիաները կարող են թափանցել վնասված հատվածից՝ առաջացնելով առաջնային պալարախտային խոց:

Առաջնային պալարախտ

Հանդիպում է մեծ նասամբ երեխաների մոտ: Վարակը ավելի հաճախ տեղի է ունենում օդակաթիլային ճանապարհով:

Ինկուբացիոն շրջանը տևում է 8-30օր, որից հետո վարակի մուտքի տեղում առաջանում է խոց, որի եզրերը անհարթ են, հատակը՝ մոխրագույն, հատիկավոր: Շրթունքների վրա առաջացած խոցի եզրերով նկատվում է ներսփռանք: Պալարախտային խոցին բնորոշ են բորբոքային երևույթներ և արտահայտված ցավոտություն: 2-4 շաբաթ անց առաջացած խոցը չափերով մեծանում է, ռեզիստար լիմֆատիկ հանգույցները թարախակալվում են և բացվում, ի հայտ են գալիս ընդհանուր սոմատիկ երևույթներ՝ սուբֆերիլ ջերմություն, բարձր քրտնարտադրություն:

Պալարախտային խոցը պետք է տարբերակել՝ առաջնային սիֆիլիսի շանկրից, վնասվածքային կամ տրոֆիկ խոցից և բերանի լորձաթաղանթի քաղցկեղային խոցից: Վերջնական ախտորոշումը կատարվում է բջջաբանական և մանրէաբանական հետազոտումների հիման վրա՝ խոցային արտազատուկում պալարախտի միկոբակտերիաների (Կոխի ցուպիկ) և Լանգհանսի հսկա բջիջիների հայտնաբերումով:

ԲԽԼ- ի վրա պալարախտը հիմնականում ունի երկրորդային դրսևորում որպես թոքերի, հոդերի և մաշկի պալարախտի հետևանք: Տարբերում են երկրորդային պալարախտի հետևյալ ձևերը՝ պալարախտային գայլախտ, միլիար-խոցային և կոլիկվատիվ (սկրոֆուլոդերմա) պալարախտ:

Պալարախտային գայլախտը (lupus vulgaris) բերանի լորձաթաղանթի առավել հաճախ հանդիպող պալարախտային հիվանդություն է, որի ժամանակ դեմքի մաշկի ախտահարումը զուգակցվում է ԲԽԼ- ի և շրթունքի կարմիր երիզի ախտահարման հետ:

Պալարախտային գայլախտի առաջնային տարրը պալախտային թմբիկն է (յուպոմ), որը իրենից ներկայացնում է փափուկ, կարմիր կամ դեղնակարմրավուն գոյացություն՝ 1-3մմ տրամաչափով: Թմբիկները տեղակայվում են խմբերով: Նոր թմբիկների աճը տեղի է ունենում օջախի ծայրամասում, իսկ կենտրոնում թմբիկները ենթարկվում են շոռանման քայքայման և միաձուլվում են: Դրա հետևանքով առաջանում են ոչ շատ խորը, քիչ ցավոտ անհարթ փափուկ եզրերով, վառ կարմիր կամ դեղնակարմրավուն մորենման պապիլոմատոզ գերաճումներով խոցեր: Նրանք հեշտ արյունահոսում են և պատված են դեղնավուն փառով: Դեմքի վրա պալարախտային գայլախտը արտահայտվում է «թիթեռի թևերի» տեսքով, տարածվում է դեպի վերին շրթունք, կարմիր երիզ, ավելի հազվադեպ՝ դեպի լնդեր, փափուկ և կարծր քիմք:

Լնդերի վրա տեղակայման ժամանակ վերջինս ենթարկվում են ինֆիլտրացիայի, հեշտ արյունահոսում են, անցավ են: Դիտվում է արագ զարգացող պարօդոնտիտի պատկեր: Ատամները շարժվում են և ընկնում:

Շրթունքի կարմիր երիզի վրա տեղակայման ժամանակ վերջինս պատվում է արյունաթարախային կեղևով: Ախտահարված շրթունքը խիստ այտուցվում է:

Շրթունքի կարմիր երիզի և ԲԽԼ ի պալարախտային խոցերը 1-10% դեպքերում կարող են չարորականալ:

Պալարախտային գայլախտին բնորոշ են «Խնձորային դոնդողի» ախտանիշը և զոնդային փորձարկումը: Եթե առարկայական ապակիով սեղմել յուպոմները, ապա դրանք դժգույնանում են և տեսանելի են դառնում դեղնաշագանակագույն յուպոմները, որոնք հիշեցնում են խնձորային դոնդող:

Եթե յուպոմը սեղմել գնդիկավոր զոնդով, ապա այն հեշտությամբ ներթափանցում է (Պոսպելովի ֆենոմեն), ինչը պայմանավորված է յուպոմում էլաստիկ և կոլագենային թելերի քայքայմամբ:

- Բերանի լորձաթաղանթի պալարախտային գայլախտի կլինիկական փուլերն են՝
- ներսփրանքային
- թմբիկային
- խոցային
- սպիացման

Ներսփռանքային փուլում գերակշռում են ներսփռանքային երևույթները: Բերանի լորձաթաղանթը հիպերեմիկ է և այտուցված: Պալարախտային գայլախտի առաջնային տարրերը՝ թմբիկները, դեռ արտահայտված չեն:

Երկրորդ փուլին բնորոշ է մանր թմբիկների առաջացումը, որոնք կարող են միաձուլվել:

Երրորդ փուլի ժամանակ տեղի է ունենում թմբիկների խոցոտում և առաջանում են խորը խոցեր:

Չորրորդ՝ վերջին փուլի ժամանակ առաջանում են սպիներ, որոնք կապում են ախտահարված հատվածը ստորև գտնվող հյուսվածքների հետ:

Պալարախտային գայլախտի ընթացքը քրոնիկական է: Բուժում չստանալու դեպքում պրոցեսը կարող է ընթանալ շատ երկար, սպիների վրա առաջանում են նոր թմբիկներ: Լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են և խիտ:

Ախտորոշում: Պալարախտային գայլախտի ախտորոշումը հիմնականում դժվարություն չի ներկայացնում: Պիրկե-Մանտու ռեակցիան մեծ մասամբ դրական է: Խոցի արտազատուկում որպես օրենք, պալարախտի միկրոբակտերիաներ չեն հայտնաբերվում: Բջջաբանական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում են Պիրոգով-Լանհանսի հսկա բջիջներ, էպիթելիոիդ բջիջներ:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Պալարախտային գայլախտը պետք է տարբերակել երրորդային սիֆիլիսի թմբիկներից: Սիֆիլիսային թմբիկները ավելի խոշոր են և պնդացած: Սպիների վրա որպես օրենք նոր սիֆիլիսային թմբիկներ չեն առաջանում:

Սիֆիլիսային խոցերի եզրերը հարթ են և խիտ, իսկ պալարախտային գայլախտի խոցերի եզրերը անհարթ են և փափուկ: «Խնձորային դոնդողի» ախտանիշը և զոնդային փորձարկումը սիֆիլիսի ժամանակ բացակայում են:

Տարբերակվում են նաև բորից և կարմիր գայլախտից: Սրանց ժամանակ բացակայում են լուսպոմի առաջացումը, առաջանում են հիպերկերատոզ, էրիթեմա և սպիական ատրոֆիա:

Միլիար-խոցային պալարախտ (tuberculosis miliaris ulcerosa) հանդիպում է բավականին հազվադեպ: Հիվանդությունը ծագում է թոքերի կամ կոկորդի պալարախտի ծանր ընթացքով հիվանդների մոտ: Օրգանիզմի դիմադրողականության անկման պայմաններում պալարախտի միկրոբակտերիան խորխից հեշտությամբ թափանցում է լորձաթաղանթի մեջ, արագ զարգանում և նրանում առաջացնում խոցային երևույթներ: Ախտահարվում են լորձաթաղանթի առավել վնասմանը ենթակա տեղամասերը՝ այտի լորձաթաղանթը ատամնաշարի հպման գծով, լեզվի մեջքը և կողմնային մակերեսները, փափուկ քիմքը, բերանի հատակը:

Կլինիկան: Սկզբնական շրջանում լորձաթաղանթի վրա գոյանում են բազմաթիվ մոխրա-կարմրագույն թմբիկներ, որոնք կենտրոնից քայքայվելով առաջացնում են անհարթ, պատառոտված եզրերով շատ ցավոտ խոցեր: Այս խոցերը ունեն թափառող բնույթ: Խոցը ունի ծայրամասային աճ և հասնում է մեծ չափերի: Խոցի հատակը հատիկավոր է, ծածկված է գորշադեղնավուն փառով: Խոցի շուրջը և դրա հատակին երբեմն հայտնաբերվում են միկրոբացեսներ (Տրելի հատիկներ): Խոցի երկարատև գոյության և նրան երկրորդային վարակի միացման դեպքում հատակը և եզրերը ձեռք են բերում խիտ կազմություն:

Հիվանդի ընդհանուր վիճակը կտրուկ վատանում է՝ նիհարում է, ունենում է հևոց, բարձր ջերմություն, քրտնարտադրություն, հիպերսալիվացիա: Արյան պատկերում նկատվում են լեյկոցիտոզ և ԷՍԱ-ի բարձրացում: Բջջաբանական հետազոտությունը հայտնաբերում է Պիրոգով-Լանգհանսի հսկա բջիջներ, էպիթելիոիդ բջիջներ: Մանրէաբանական հետազոտությունը հայտնաբերում է պալարախտի միկրոբակտերիաներ:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Միլիար-խոցային պալարախտը պետք է տարբերակել գունձոց խոցերից, վնասվածքային և տրոֆիկ խոցերից, Վեյսսանի խոցա-մեռուկային ստոմատիտից, քաղցկեղային խոցերից: Ախտորոշման համար որոշիչ են հանդիսանում բջջաբանական և մանրէաբանական հետազոտությունները:

Կոլիկվատիվ պալարախտը(սկլոֆուլոդերմիա) ամենահազվադեպ հանդիպող ձևերից մեկն է, հիմնականում հանդիպում է երեխաների մոտ: Հիմնական տարրը հանգույցն է, որը առաջանում է ԲՄԼ-ի խորը շերտերում: Հանգույցները քայքայվելով առաջացնում են պատառոտված եզրերով, տձև, փափուկ, հատիկավոր հատակով խոցեր: Խոցերը հիմնականում քիչ ցավոտ են, լավանում են սպիի առաջացմամբ:

Դիֆ.ախտորոշումը կատարվում է գումմոզ խոցից, որը ունի խառնարանանման տեսք, եզրերը խիտ են, լավանում են աստղաձև սպիի առաջացմամբ: Կոլիկվատիվ պալարախտը տարբերակում են նաև սկտինոմիկոզից (որի ժամանակ հանգույցները զգալի պինդ են (փայտանման), կա խուղակի առկայություն, արտազատուկում հայտնաբերվում են շողանման սնկեր), ինչպես նաև քաղցկեղային խոցերից, որոնք ունեն ամուր, դուրս շրջված եզրեր, բիոպտատում հայտնաբերվում են ատիպիկ բջիջներ:

Բուժումը պետք է կատարել ֆտիզիատորի հետ միասին: Կատարվում է բերանի խոռոչի սանացիա, անտիսեպտիկ մշակում: Կիրարկում են նեկրոլիզացնող միջոցներ, սպեցիֆիկ հակապալարախտային պրեպարատներ *per os`* իզոնեազիդ(ֆտիվազիդ, մետազիդ): Անհրաժեշտության դեպքում նաև ցավազրկող և հյուսվածքների վերականգնողական ֆունկցիան խթանող դեղամիջոցներ:

Վենսանի խոցամեռուկային ստոմատիտ (*stomatists ulceronecroticans Vincenti*)

Վենսանի խոցամեռուկային ստոմատիտը – *FIL*-ի բորբոքումն է, որը առաջացնում են իլիկաձև ցուպիկը (*Bacillus fusiformis*) և Վենսանի սպիրոխետը (բորելիա – *Borellia vincentii*):

Եթե հիվանդությունը տեղակայված է միայն լինդերի վրա, այն բնորոշվում է որպես Վենսանի գինգիվիտ, լնդերի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի միաժամանակյա ախտահարման դեպքում՝ Վենսանի ստոմատիտ, իսկ պրոցեսի մեջ քմային նշիկների ընդգրկման ժամանակ՝ Վենսանի անգինա:

Պատճառագիտությունը - Իլիկաձև ցուպիկը և Վենսանի սպիրոխետը պատկանում են բերանի խոռոչի ռեզիդենտ միկրոֆլորային (մշտապես ապրող) և փոքր քանակությամբ հայտնաբերվում են նորմայում բոլոր մարդկանց մոտ (ատամների առկայության դեպքում):

Հիվանդության առաջացման խնդրում, որպես օրենք, որոշիչ նշանակություն ունի վարակի նկատմամբ օրգանիզմի դիմադրողականության անկումը: Վերջինս ծագում է տարած վիրուսային հիվանդությունների, ավիտամինոզների և սթրեսերի հետևանքով: Օրգանիզմում սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ պաշտպանության մեխանիզմների խախտման ժամանակ ավելանում է ֆուզոբակտերիաների և սպիրոխետների քանակը և բարձրանում է վիրուլենտականությունը, իսկ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ամբողջականության խախտումը տարբեր մեխանիկական գործոնների ազդեցության հետևանքով պայմաններ է ստեղծում միկրոօրգանիզմների ներխուժման համար:

Հիվանդությունը համարվում է ոչ կոնտագիոզ :

Կլինիկական պատկերը:

Վենսանի ստոմատիտով գերազանցապես տառապում են երիտասարդ /17-30 տարեկան/ տղամարդիկ: Հիվանդությունը կրում է սեզոնային բնույթ և ավելի հաճախ զարգանում է աշնանը կամ ձմռանը: Կլինիկորեն տարբերում են հիվանդության սուր և քրոնիկական ընթացք, իսկ ըստ ծանրության՝ թեթև, միջին և ծանր ձևերը :

Հիվանդության սկզբում հիվանդը նշում է հետևյալ գանգատները՝ ցավ բերանի խոռոչում, հատկապես սնունդ ընդունելիս, լնդային արյունահոսություններ, բարձր թքարտադրություն, նեխային հոտ բերանի խոռոչում և ընդհանուր թուլություն:

Շրջանային ավշային հանգույցները շոշափման ժամանակ մեծացած են, ցավոտ, խիտ կազմության, բայց շարժուն: Մեծ մասամբ հիվանդությունն ուղեկցվում է ջերմության բարձրացումով մինչև 37,5-38°C:

Կատարային երևույթները լորձաթաղանթի վրա արագ փոխակերպվում են խոցայինների: Լնդերը դառնում են այտուցված, գերարյունային, խիստ ցավոտ և հեշտ արյունահոսում են : Դիտվում է լնդեզրի և միջատամնային պտկիկների էպիթելի խամրեցում, հետագա մեռուկացումով: Ախտահարված օջախի մակերեսը պատված է մոխրադեղնավուն հեշտությամբ հեռացվող փառով: Հետագայում ախտահարված լնդեզրը ամբողջությամբ չի վերականգնվում և մնում է ձևափոխված:

Ամենից հաճախ ախտահարվում են ստորին երրորդ ադորիքների շրջանները: Ալվեոլյար ելունից մեռուկը տարածվում է ռետրոմոլյար շրջան, հաճախ առաջացնելով տրիզմ և ցավեր կլման ժամանակ: Այտի լորձաթաղանթի վրա խոցերը կարող են մեծանալ /մինչև 5-6 սմ/ և խորանալ: Դրանց եզրերը անհարթ են և փափուկ, հատակը պատված է հաստ մոխրականաչավուն, զարշահոտ մեռուկային փառով, որի հեռացումից հետո մերկանում է խոցի արյունահոսող հատակը: Խոցի եզրերի և հատակի շրջանում կարծրացում չի դիտվում: Շրջակա հյուսվածքները այտուցված են և գերարյունային:

Հիվանդության ծանր ընթացքի դեպքում խոցեր կարող են առաջանալ նաև լեզվի մեջքին և կողմնային մակերեսներին, փափուկ ու կարծր քիմքի վրա: Կարծր քիմքի վրա խոցերը արագ հանգեցնում են լորձաթաղանթի բոլոր շերտերի մեռուկացմանը և ոսկրի մերկացմանը:

Բկի մեկուսացված ախտահարումները (Վենսանի անգինա), որպես օրենք լինում են միակողմանի և հազվադեպ են հանդիպում:

Երբ բուժում չի անցկացվում կամ այն լինում է անարդյունավետ, զարգանում է Վենսանի խոցամեռուկային ստոմատիտի քրոնիկական ձևը, որի ժամանակ ընդհանուր ախտանիշները բացակայում են: Հիվանդներին անհանգստացնում են լնդերի ցավոտություն և արյունահոսություն, տեղափոխվում են հոտաբերական խոռոչից: Հիվանդության կլինիկական պատկերը աղավաղված է: Լինդը այտուցված է, հիպերեմիկ, նրա խոցոտված եզրը հաճախ խտացած է, մեռուկացած օջախները հիմնականում տեղակայվում են միջատամնային հատվածներում: Լնդերի գոնդավորման ժամանակ շոշափվում է մերկացած ոսկրը: Ավշային հանգույցները կարծրացած են, թույլ ցավոտ, հիվանդության երկարատև ընթացքի ժամանակ /4-8 ամիս/ դրանք ձեռք են բերում աճառանման կոնսիստենցիա:

Ախտորոշումը դրվում է հիվանդության կլինիկական պատկերի և խոցերի մակերեսից ստացած քերուկում ֆուզոբակտերիաների և սպիրոխետների առատության հիման վրա:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Խոցամեռուկային ստոմատիտը տարբերակում են

1) արյան հիվանդություններից (լեյկոզ, ագրանուլոցիտոզ),

2) ալերգիկ ստոմատիտից

3) սնդիկային թունավորումներից

1) Կլինիկական տարբերությունների հետ մեկ տեղ (ԲՄԼ-ի գունատություն, հեմոռագիաների առկայություն, լեյկեմիկ ներսփռանքներ, արտահայտված և երկարատև արյունահոսություն), որոշիչ են համարվում լեյկոզի և ագրանուլոցիտոզի ժամանակ ծայրամասային արյան փոփոխությունները:

2) Վենսանի խոցա-նեկրոտիկ գինգիվո-ստոմատիտը ալերգիկ ստոմատիտից տարբերակում են անամեզի տվյալների, կլինիկական արտահայտությունների և բակտերիոսկոպիկ հետազոտությունների հիման վրա:

3) Բերանի խոռոչում Վենսանի ստոմատիտին նման խոցային ստոմատիտ կարող է առաջանալ սնդիկային թունավորումների ժամանակ: Սնդիկի հետ կոնտակտի կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է մեզի հետազոտություն:

ԲՄԼ-ի խոցա-նեկրոտիկ ախտահարումները կարող են ծանրացնել սպեցիֆիկ հիվանդությունների (սիֆիլիս, ՄԻՎ-վարակ) կամ չարորակ նորագոյացությունների (քաղցկոդ, սարկոմա) ընթացքը:

Նշված հիվանդությունների տարբերակելու ժամանակ հնարավոր սխալներից խուսափելու համար անհրաժեշտ է կատարել հիվանդի լիարժեք հարցում, հաշվի առնել ոչ միայն տեղային, այլև ընդհանուր կլինիկական արտահայտությունները, կատարել արյան ընդհանուր քննություն, բջջաբանական, մանրէաբանական, շճաբանական և ախտահյուսվածաբանական հետազոտություններ:

Բուժում:

Հիվանդության թեթև ընթացքի դեպքում տեղային բուժումը բավարար է: Այն անհրաժեշտ է իրականացնել ներարկային անոզայացման պայմաններում (ներսփռանքային կամ հաղորդչական), սակայն չի կարելի ներարկումը կատարել խոցին մոտ հատվածում: Տեղային բուժումն ընդգրկում է մեխանիկական գրգռիչների հեռացումը (ատամների և պրոթեզների սուր եզրերի, ատամնաքարեր, փառեր, մեռուկացած հյուսվածքներ) և ներգործությունը մանրէային ֆլորայի վրա: Խոցերի մակերեսները մաքրում են պրոթեոլիտիկ

Ֆերմենտների միջոցով /տրիպսին, խիմոտրիպսին, լիզոամփոսֆատ/:

Ամբողջ բերանի խոռոչը, հատկապես լնդային եզրերը, լնդագրպանները և խոցերը, մշակում են հականեխիչների /պերօքսիդի 0.5%, քլորամինի 0.25%/ , ինչպես նաև հակամանրեային դեղամիջոցների /քլորհեքսիդին 0.06%, մետրոնիդազոլ 0.5%/ գոլ լուծույթներով: Լորձաթաղանթի ախտահարված շրջանների վրա ապլիկացիաների տեսքով տեղադրում են “Մետրոգիլ-դենտա” հելը օրը 2 անգամ 15-ական բուլետով 7-10 օրվա ընթացքում: Տանը հիվանդը պետք է կատարի ողողումներ հակամանրեային դեղամիջոցներով և “Մետրոգիլ-դենտա”- ի ապլիկացիաներ ախտահարված օջախներին:

Պրոցեսի սուր փուլում խորհուրդ է տրվում խուսափել բերանի խոռոչում վիրահատական միջամտությունների կատարումից՝ ատամների հեռացում, լորձաթաղանթի կտրվածքներ և այլն: Միջին ծանրության և ծանր ախտահարումների ժամանակ անհրաժեշտ է ընդհանուր բուժում: Բուժման լավագույն միջոցը մետրոնիդազոլն է (տրիխոպոլ), որը նշանակում են ներքին ընդունման համար 0.25-ական գ, օրը երկու անգամ և 7-10 օր տևողությամբ: Լավ արդյունք է դիտվում նաև լայն սպեկտրի հակաբիոտիկների օգտագործման ժամանակ /լեվոմիցետին, սուլամեդ/ : Նշանակում են հակահիստամինային դեղամիջոցներ /տավեգիլ, սուպրաստին/:

Հիվանդության ցանկացած ծանրության ընթացքի դեպքում ցուցված է վիտամինների (C և P), բարձր կալորիականությամբ սննդի, հեղուկի առատ ընդունում:

Ճիշտ բուժման դեպքում հիվանդների վիճակի լավացում դիտվում է 24-48 ժամ հետո: Հիվանդության ծանրության թեթև աստիճանի դեպքում խոցերի էպիթելավորումը ավարտվում է 3-6 օրը:

Հնարավոր են հիվանդության կրկնումներ, որոնք հաճախ առաջանում են բերանի խոռոչում մնացած վարակի քրոնիկական օջախների կամ վնասվածքային գործոնների առկայության դեպքում, ինչպես նաև անբավարար հիգիենայի պատճառով:

Վիրուսային հիանդություններ

Վիրուսային հիվանդությունները իրենց տարածվածությամբ կազմում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հիվանդությունների զգալի մասը: Դրանք կարող են արտահայտվել ինչպես մեկուսացված ձևով, այնպես էլ հանդես գալ որպես մասնավոր ախտանիշ վիրուսային ընդհանուր հիվանդությունների ժամանակ:

Սովորական հերպես (*herpes simplex*)

Ամենատարածված վիրուսային հիվանդությունն է, որի հարուցիչն է սովորական հերպեսի վիրուսը: 80-90% մարդկանց մոտ դրա հանդես հայտնաբերվում են հակամարմիններ:

Ըստ անտիգենային հատկությունների սովորական հերպեսի վիրուսները բաժանվում են երկու տիպի: Առաջին տիպի վիրուսները առաջացնում են ախտահարումներ բերանի լորձաթաղանթի վրա, երկրորդ տիպի վիրուսները՝ սեռական օրգանների վրա: Մարդու օրգանիզմում վիրուսը տեղակայվում է և բազմանում էպիթելի բջիջներում, որտեղ արտահայտվում է որպես առաջնային հերպետիկ վարակ և առաջացնում բշտիկ: Վիրուսը կարող է ամբողջ կյանքի ընթացքում մնալ լատենտ վիճակում կամ առաջացնել հիվանդության ռեցիդիվ:

Առաջնային վարակումը տեղի է ունենում 1-3 տարեկան հասակում, երբ երեխայի արյան մեջ անհետանում կամ կտրուկ պակասում են մորից ստացած հակամարմինների քանակը և նրա օրգանիզմը դառնում է վարակների հանդես խիստ ընկալունակ:

Մեծերի մոտ առաջնային հերպեսը հազվադեպ է զարգանում: Առողջացումից հետո առաջնային հերպեսի վարակը կարող է չկրկնվել, բայց կարող է անցնել լատենտ վիճակի և բարենպաստ պայմաններում (սթրեսներ, անզնայ, գրիպ և այլն) ռեցիդիվներ ունենալ:

Սովորական հերպեսով վարակումը տեղի է ունենում հիվանդի հետ անմիջական կոնտակտի դեպքում և օդա-կաթիլային ճանապարհով:

Բերանի խոռոչում սովորական հերպեսի ախտահարումը արտահայտվում է երկու ձևով՝ սուր հերպետիկ ստոմատիտ (առաջնային հերպես) և քրոնիկական կրկնվող հերպես (կրկնվող հերպետիկ ստոմատիտ):

Սուր հերպետիկ ստոմատիտ (*stomatitis herpetica acuta*)

Կախված ախտահարման տարածումից բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա և օրգանիզմի ընդհանուր վիճակից տարբերվում են սուր հերպետիկ ստոմատիտի թեթև, միջին և ծանր ձևերը:

Հիվանդության պաթոգենեզում դիտվում են հետևյալ շրջանները՝ ինկուբացիոն, պրոդրոմալ, ցանրի շրջան, մարում, կլինիկական առողջացում:

Կլինիկական պատկերը:

Ինկուբացիոն շրջանը տևում է 1-4 օր: Ինկուբացիոն և հատկապես պրոդրոմալ շրջաններում տեղի է ունենում ստորոճնոտային, իսկ ծանր դեպքերում նաև պարանոցի ավշային հանգույցների մեծացում: Հիվանդությունը սկսվում է սուր ընթացքով: Հիվանդը նշում է գլխացավ, ընդհանուր թուլություն, մաշկային և մկանային հիպերեսթեզիա, ջերմության բարձրացում 37-41°C, սրտխառնոց, փսխում:

Բերանի խոռոչում նկատվում է տարածուն հիպերեմիա, լորձաթաղանթի այտուց, հետո առաջանում են բշտիկներ՝ եզակի կամ խմբավորված:

Բշտիկների առաջացումը ուղեկցվում է այրոցի և ծակծկոցների զգացումով: Բշտիկների քանակը 2-3-ից կարող է հասնել տասնյակների: Դրանք արագ պատռվում են, առաջացնելով սպիտակագորշավուն փառով ծածկված էրոզիաներ, որոնք հիշեցնում են աֆթաներ: Բշտիկները տեղակայված են հիմնականում կարծր քիմքի, լեզվի մեջքի, լնդերի, այտերի և շուրթերի վրա: Հաճախ ախտահարվում են նաև շրթունքների կարմիր երիզը և դրան հարակից մաշկը: Ավելի հազվադեպ հանդիպում են կերատոկոնյուկտիվիտներ, բշտային ցանավորում դեմքի վրա և վուլվոպագիմիտներ: Պրոցեսը ուղեկցվում է գերթարտադրությամբ և ուժեղ ցավերով: Բնորոշ է լնդերի դիֆուզ ախտահարում՝ սուր կատարալ գինգիվիտ: Բերանի խոռոչի անբավարար հիգիենայի դեպքում կատարալ գինգիվիտը կարող է վերածվել խոցայինի: Սուր հերպեսի կլինիկական ախտանիշների վերացումից հետո գինգիվիտը որոշ ժամանակ կարող է պահպանվել:

Հիվանդության տևողությունը 7-15օր է:

Շրջանային լիմֆադենիտը, որը ի հայտ է գալիս պրոդրոմալ շրջանում, էրոզիաների էպիթելավորումից հետո պահպանվում է ևս 5-10օր:

Արյան մեջ հայտնաբերվում են ոչսպեցեֆիկ փոփոխություններ, որոնք բնորոշ են սուր բորբոքային պրոցեսներին: Թքի pH-ը հիվանդության սկզբում թթվային է, հետո նկատվում է շարժ դեպի հիմնային կողմը: Լիզոցիմի քանակը պակասում է, ինտերֆերոնը բացակայում:

Սուր հերպետիկ ստոմատիտի ախտորոշումը հաստատելու համար կիրառում են բջջաբանական հետազոտություն, որի ժամանակ հայտնաբերում են հսկա բազմակորիզ բջիիջներ:

Հիվանդության առաջին օրերին և ռեցիդիվների շրջանում բշտիկների պարունակության մեջ կարելի է հայտնաբերել հերպեսի վիրուսը: Հիվանդության սկզբում վիրուսի հանդեպ հակամարմիններ չեն հայտնաբերվում: Սակայն հիվանդության զարգացման հետ միասին հակամարմինների տիտրը աճում է:

Սուր հերպետիկ ստոմատիտի ախտորոշման համար կիրառում են շճաբանական ռեակցիաներ, սպեցիֆիկ հակազենոլ մաշկային փորձարկումներ:

Տարբերակիչ ախտորոշում:

- Սուր հերպետիկ ստոմատիտը պետք է տարբերակել`
- այլ վիրուսային ախտահարումներից (հերպանգինա, դաբադ, վեզիկուլյար ստոմատիտ)
- բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմայից
- ալերգիկ ախտահարումներից

Հերպանգինայի ժամանակ ախտահարումը տեղակայվում է բերանարնայանային շրջանում, ինչի հետևանքով դիտվում է միալգիա և դիսֆագիա: Վերջնական ախտորոշումը կատարվում է վիրուսաբանական հետազոտության հիման վրա:

Դաբադի ժամանակ դիտվում են մաշկային ախտահարումներ, որոնք բնորոշ են միայն այս հիվանդությանը: Ախտորոշումը կատարվում է լաբորատոր հետազոտությունների հիման վրա` շճաբանական, վիրուսաբանական, կենսաբանական փորձերի:

Վեզիկուլյար ստոմատիտի ախտորոշման մեջ որոշիչ դերը պատկանում է վիրուսաբանական հետազոտության արդյունքներին:

Բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեման հասարակ հերպեսից տարբերվում է սրացումների սեզոնային բնույթով (գարուն և աշուն) և ախտաբանական տարրերի բազմաձևությամբ: Ախտորոշումը կատարվում է ալերգաբանական փորձերի հիման վրա:

Ալերգիկ ախտահարումները տարբերվում են հասարակ հերպեսից անամնեզով և ալերգաբանական փորձերի տվյալներով:

Բուժում:

Ընդհանուր բուժում: Սուր հերպետիկ ստոմատիտի ժամանակ հակավիրուսային պրեպարատները կիրառում են հիվանդության առաջին օրերից` բոնաֆոնն, ացիկլովիր, որը ճնշում է հասարակ հերպեսի վիրուսի աճը և հանդիսանում իմունախթանիչ: Ացիկլովիրը կարելի է նշանակել ներերակային կամ per os: Նշանակվում են նաև դեսենսիբիլիզացնող և հակաբորբոքային միջոցներ: Դրանք են` հակահիստամինային պրեպարատները (սուպրաստին, տավեգիլ), ացետիլսալիցիլաթթու, կալցիոնի գլյուկոնատ: Օրգանիզմի ընդհանուր դիմադրողականությունը բարձրացնելու նպատակով նշանակում են C և P խմբի վիտամիններ, պոլիվիտամիններ:

Տեղային բուժում: Դեղորայքային մշակումից կամ սնունդ ընդունելուց առաջ խորհուրդ է տրվում բերանի խոռոչը մշակել որևէ անզգայացնող նյութով: Տեղային բուժման նպատակով կիրառում են հակավիրուսային քսուկներ` 2% տեբրոֆեն, 2% ալպիզորին, 3% ացիկլովիր և այլն:

Բերանի խոռոչի հականեխիչ մշակման համար կիրառում են հետևյալ լուծույթները (ցանկալի է գոլ վիճակում)` 0.25-0.5% ջրածնի պերօքսիդ, 0.25% քլորամին, 0.02-0.06% քլորհեքսիդին և այլն:

Սուր և քրոնիկական հերպետիկ ստոմատիտով հիվանդների մոտ ինտերֆերոնագոյացումը խիստ իջած է, այդ պատճառով ինտերֆերոնների կիրառումը արագ բերում է առողջացման: Ինտերֆերոն-ալֆան կամ ինտերլոկը ապլիկացիաների ձևով դրվում են ախտահարված մակերեսին օրը 6-7 անգամ 4-7 օրվա ընթացքում:

Վերականգնողական պրոցեսները խթանելու համար նշանակում են վիտամին A և E-ի յուղային լուծույթներ, կարոտոլին, չիչխանի յուղ: Արդյունավետ է նաև ֆիզիոթերապևտիկ բուժումը (ինֆրակարմիր լազերոթերապիա):

Քրոնիկական կրկնվող հերպես (herpes chronicus recidivans)

Հանդիպում է նախկինում հասարակ հերպեսով հիվանդացած տարբեր տարիքի մարդկանց մոտ:

Կրկնվող հերպեսի պաթոգենեզում հիմնական դերը պատկանում է մի շարք անբարենպաստ գործոնների ազդեցությանը՝ ընդհանուր հիվանդություններ, սթրես, տեղային վնասվածքներ:

Ռեցիդիվները կարող են լինել տարբեր հաճախականությամբ և սեզոնային բնույթ չեն կրում:

Կլինիկական պատկերը բնութագրվում է գերարյունային լորձաթաղանթի հիմնապատկերի վրա բշտիկային ցանավորմամբ (եզակի կամ խմբավորված)՝ 1-2մմ տրամագծով: Բշտիկների գոյացումը սկսվում է այրոցի և քորի զգացողությամբ, դրանք արագ և հեշտությամբ պատռվում են և առաջացնում ալ կարմիր ցավոտ էրոզիաներ: Այնուհետև էրոզիաները ծածկվում են ապիտակադեղնավուն ֆիբրինոզ փառով: Էրոզիաների ապաքինումը տեղի է ունենում 8-10 օրվա ընթացքում առանց սպիի առաջացման: Բշտիկները կարող են գոյանալ բերանի լորձաթաղանթի ցանկացած մասում, սակայն ավելի հաճախ դրանք լինում են շրթունքների կարմիր երիզի շրջանում, կարծր քիմքի առաջնային հատվածում, լեզվի մեջքի, այտերի, քթի թևիկների վրա: Կրկնվող հերպեսը ավելի հաճախ տեղակայվում է լորձաթաղանթի այն հատվածներում, որտեղ դիտվում է ֆիզիոլոգիական եղջերացում:

Երբեմն բշտիկների առաջացումը ուղեկցվում է ստորոնոտային և ենթալեզվային ավշային հանգույցների մեծացմամբ:

Տարբերակիչ ախտորոշում:

Քրոնիկական կրկնվող հերպեսը անհրաժեշտ է տարբերակել՝

- քրոնիկական կրկնվող աֆթոզ ստոմատիտից

- ալերգիկ ստոմատիտից

- ստրեպտոկոկային իմպետիզոյից

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է քրոնիկական հերպեսի կլինիկական արտահայտումների և բջջաբանական հետազոտումների հիման վրա: Հետազոտվում է բշտի պարունակությունը և էրոզիայի շրջանից վերցրած քերուկը: Հետազոտվող նյութում հայտնաբերվում են հսկա բազմակորիզ բջիջներ: Կիրառվում է վիրուսաբանական հետազոտություն:

Բուժում:

Հիվանդության ռեցիդիվի ժամանակ նշանակվում են հակավիրուսային պրեպարատներ՝ ինտերֆերոն, դեզօքսիթիբոնուկլեազ, լեվամիզոլ և այլն: Ռեմիսիայի շրջանում նշանակվում են իմունոմոդուլյատորներ (պիքոգենալ):

Հակավիրուսային պրեպարատները /ացիկլովիր, բոնաֆտոն/ նշանակվում են հիվանդության առաջին ժամերից և օրերից ցանավորման ի հայտ գալուց հետո: Ինտերֆերոնի կիրառումը առավել արդյունավետ է պրոդրոմալ շրջանում: Լավ ինտերֆերոնաձին հատկությամբ է օժտված դիքազոլը /0.01գ օրը 2 անգամ մեկ ամսվա ընթացքում/: Տեղային բուժման նպատակով նշանակվում են հակավիրուսային քսուկներ: Արդյունավետ է նաև լազերային բուժումը (ինֆրակարմիր լազեր):

ԳՈՏԵՎՈՐՈՂ ՀԵՐՊԵՍ

(herpes zoster)

Գոտևորող հերպեսի հարուցիչն է *Varicella zoster* վիրուսը, որը հանդիսանում է նեյրոտրոպ վիրուս: Այս հիվանդությանը բնորոշ է նյարդային համակարգի, բերանի լորձաթաղանթի և մաշկի ախտահարումը:

Գոտևորող հերպեսը ավելի հաճախ զարգանում է զարմանը և աշնանը, հիվանդանում են հիմնականում 40-70 տարեկան տղամարդիկ:

Գոտևորող հերպեսը հիմնականում զարգանում է օրգանիզմի ընդհանուր դիմադրողականության անկման ֆոնի վրա: Որպես օրենք հիվանդությունից հետո մնում է կայուն իմունիտետ: Սակայն այն անձանց մոտ, ովքեր տառապում են ծանր քրոնիկական

հիվանդություններով (արյան, ուռուցքային) հնարավոր են ռեցիդիվներ: Վարակը փոխանցվում է կոնտակտային և օդակաթիլային ճանապարհներով:

Գոտևորող հերպեսին բնորոշ են տենդը, նյարդային բնույթի ցավեր, էրիթեմատոզ-վեզիկուլյար ցանավորում մաշկի և լորձաթաղանթի վրա ախտահարված պերիֆերիկ նյարդերի ընթացքով:

Կլինիկական պատկերը:

Հիվանդությունը սկսվում է ընդհանուր երևույթներով՝ գլխացավ, սարսուռ, ջերմության բարձրացում մինչև 38-39°C: Ախտահարված նյարդի ընթացքով առաջանում են արտահայտված, նոպայաձև ցավեր: 1-5օր հետո նշված տեղամասերի մաշկը ձեռք է բերում այտուցվածություն, գերարյունություն, որի հիմնապատկերի վրա զարգանում են 1-5մմ տրամագծով խմբավորված բշտիկներ՝ թափանցիկ հեղուկով: Միաժամանակ բերանի լորձաթաղանթի վրա նույնպես զոյանում են բազմակի վեզիկուլներ: Ավելի հաճախ ախտահարվում են եմվորյակ նյարդի երկրորդ և երրորդ ճյուղերը, որոնց ընթացքով էլ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա առաջանում են 1-6մմ տրամագծով շճային կամ արյունային պարունակությամբ բշտիկներ: Հետագայում այդ բշտիկները պատռվում են, առաջացնելով ցավոտ էրոզիաներ, որոնք պատվում են ֆիբրինոզ փառով: Մաշկի վրա բշտիկները չորանում են և ծածկվում կեղևներով: Հիվանդության ընդհանուր տևողությունն է 2-3 շաբաթ:

Տարբերակիչ ախտորոշում:

Գոտևվորող հերպեսը պետք է տարբերակել՝

- սուր հերպետիկ ստոմատիտից
- պեմֆիգոիդից
- բշտադտից
- ալերգիկ ստոմատիտից

Գոտևվորող հերպեսի ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի հիվանդության միակողմանի դրսևորումը, արտահայտված նոպայաձև ցավերը, վեզիկուլների տեղակայումը ախտահարված նյարդի շրջանում: Վերջնական ախտորոշման համար կիրառում են արյան ընդհանուր հետազոտում, վիրուսաբանական և բջջաբանական հետազոտում:

Բուժում:

Բուժման հիմնական խնդիրներն են՝ ազդել հիվանդության հարուցիչի վրա, վերացնել ցավը, կարգավորել նյարդային ցողունի սնուցումը, կանխարգելել հետհերպետիկ նեվրալգիաները:

Հակավիրուսային պրեպարատներից կիրառում են՝ մետիսազոն, բոնաֆտոն, ացիկլովիր: Արդյունավետ է դեզօքսիռիբոնուկլեազայի կիրառումը:

Տեղային բուժումը կայանում է հիվանդության առաջին օրվանից հակավիրուսային քսուլքների և հեղուկների կիրառման մեջ (Ֆլորենալ, օքսոլին, ինտերֆերոն և այլն): Ցանավորման ապաքինման շրջանում ցուցված են կերատոպլաստիկ միջոցներ (չիչխանի յուղ, կարոտոլին, վիտամին A և այլն): Արդյունավետ է նաև լազերային բուժումը (ինֆրակարմիր լազեր):

Նյարդային սուր, նոպայաձև ցավերի պաթոգենետիկ հիմքն են կազմում նյարդային ցողունների զարգացող այտուցը և ցողունների սեղմումը ոսկրային նեղ տարածքներում:

Այտուցի վերացման համար նշանակում են դեզիդրատացիոն թերապիա՝ սալիցիլատներ (ացետիլսալիցիլաթթու), գլյուկոզայի 40% լուծույթ: Ծիշտ ժամանակին իրականացված դեզիդրատացիոն բուժումը շատ արագ նվազեցնում է ցավային սինդրոմը և կանգնացնում բորբոքային պրոցեսը: Ցավը վերացնելու համար նշանակում են անալգետիկներ, կատարում են նովոկաինով էլեկտրոֆորեզ ախտահարված նյարդի ընթացքով:

Օրգանիզմի պաշտպանական ֆունկցիաները բարձրացնելու համար նշանակում են վիտամիններ. B₁, B₁₂:

Հերպետիկ անգինա (herpangine)

Հերպանգինան սուր վարակային հիվանդություն է, որի հարուցիչն է Կոկսակի վիրուսը: Ավելի հաճախ հանդիպում է երեխաների մոտ ամառային ամիսներին: Վարակը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով:

Կլինիկական պատկերը:

Հիվանդությունը սկսվում է, բարձր ջերմությամբ (առաջին օրերին՝ 37-38°C, 3-4 օրը՝ մինչև 39.5°C): Հիվանդները նշում են գլխացավ, ընդհանուր թուլություն, ցավ կլման ակտի ժամանակ, հնարավոր է փսխում և ցավ որովայնի շրջանում: Բերանի խոռոչը հետազոտելիս, փափուկ քիմքի, նշիկների գերարյունային հիմնապատկերի վրա երևում են եզակի և խմբավորված բշտիկներ՝ շճային կամ հենոռագիկ պարունակությամբ: Բշտիկները արագ պատռվում են, առաջացնելով աֆթաներ և էրոզիաներ: Նշվում է ստորոնոտային լիմֆատիկ հանգույցների ցավոտություն և աննշան մեծացում: Հիվանդությունը հիմնականում անցնում է թեթև 4-6 օրվա ընթացքում:

Բուժումը: Անց է կացվում ընդհանուր սիմպտոմատիկ թերապիա (սալիցիլատներ, վիտամիններ B₁, B₁₂): Հիվանդության առաջին 2-3 օրը կիրառում են տեղային հակավիրուսային պրեպարատներ, հականեխիչ լուծույթներ, իսկ հետագայում՝ կերատոպլաստիկներ:

Ձեռքբերովի իմունոդեֆիցիտի համախտանիշների (ՁԻԱՀ) արտահայտումը բերանի խոռոչում

ՁԻԱՀ-ն վարակական հիվանդություն է, որի հարուցիչն է հանդիսանում մարդու իմունոդեֆիցիտի վիրուսը (HIV-human immunodeficiency virus):

Հայտնի է ինֆեկցիայի փոխանցման 3 ուղիներ՝ սեռական, պարենտերալ (արյան միջոցով) և պերինատալ:

Վարակման այլ ուղիների հնարավորության հարցը վերջնականապես պարզված չէ: Վիրուսը հայտնաբերվում է տարբեր կենսաբանական միջավայրերում՝ արյան մեջ, թքում և մայրական կաթում: Միջատների միջոցով հիվանդության տարածման ոչ մի դեպք մինչև այժմ չի արձանագրվել:

ՁԻԱՀ-ի ժամանակ իմուն համակարգի խանգարումների հիմքում ընկած է հետևյալ մեխանիզմը. ՄԻՎ-ն ունի որոշակի խնամակցություն T-հեղաբերների նկատմամբ: Վիրուսը թափանցում է լիմֆոցիտի ժառանգական կողմի մեջ և անբողջովին փոխում է T-հեղաբերների ֆունկցիոնալ հնարավորությունները, այդ թվում՝ նաև նրանց կողմից B-լիմֆոցիտների խթանումը: Նորմալում T-հեղաբերները կազմում են արյան մեջ շրջանառող լիմֆոցիտների 60-80%-ը, իսկ ՁԻԱՀ-ի ժամանակ նրանց քանակը խիստ կրճատվում է ընդհուպ մինչև լրիվ անհետացում: Անհրաժեշտ է նշել, որ վիրուսը կարող է գոյատևել լիմֆոցիտի մեջ չվնասելով դրան: Այս դեպքում հիվանդությունը կլինիկորեն չի դրսևորվում, սակայն առկա է վիրուսակրությունը:

1989թ. Վ.Յ. Պոկրովսկին առաջարկեց ՁԻԱՀ-ի հետևյալ կլինիկական դասակարգումը՝

I. Ինկուբացիոն շրջան

II. Առաջնային արտահայտումների շրջան

- ա) սուր վարակ
- բ) անախտանիշ վարակ
- գ) տարածում լիմֆադենոպատիա

III. Երկրորդային հիվանդությունների շրջան

ա) մարմնի քաշի պակասում մինչև 10%, մաշկի և լորձաթաղանթների սնկային, վիրուսային և բակտերիալ ախտահարումներ, գոտեվորվող հերպես, կրկնվող ֆարինգիտներ, սինուսիտներ:

բ) քաշի նվազում 10%-ից ավելի, դիարեա, տենդ, որը պահպանվում է մոտ 1 ամիս, «մազոտ» լեյկոպլակիա, թոքերի պալարախտ, ներքին օրգանների կրկնվող կամ ստաբիլ սնկային, վիրուսային, բակտերիալ ախտահարումներ, մաշկի և լորձաթաղանթների խոցային ախտահարումներ, Կապոշիի սարկոմա:

գ) բակտերիալ, վիրուսային, սնկային, պարազիտար տարածում հիվանդություններ, պնևմոնիա, կերակրափողի կանդիդոզ, տարածում պալարախտ, կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարումներ, կախեկսիա:

IV Տերմինալ (վերջնական) շրջան:

Ինկուբացիոն շրջանի տևողությունը տատանվում է 3 շաբաթից մինչև 3 ամիս, իսկ որոշ դպքերում մի քանի օրից մինչև 1 տարի և ավելին:

Սուր ինֆեկցիայի շրջանը (IIա) տևում է սովորաբար 2-3 շաբաթ: Այդ շրջանի կլինիկական արտահայտումներն են՝ տենդ, մաշկի ցանավորում, գիշերային քրտնարտադրություն, գլխացավեր, հազ, սրտխառնոց, փսխում, մարսողության խանգարում, միալգիա, արտրալգիա: Սուր ՄԻՎ-ի համար բնորոշ է նաև լեյկոպենիա և տրոմբոցիտոպենիա:

Այնուհետև ՄԻՎ-ը անցնում է անախտանիշ վարակի (IIբ), որի տևողությունը կարող է լինել 2-10 տարի: Կլինիկական արտահայտումներ չկան: Տարածում լիմֆադենոպատիան ձևավորվում է սուր վարակից հետո կամ անախտանիշ վարակի շրջանում: ՄԻՎ-ին բնորոշ է տարբեր խմբերի ավշային հանգույցների մեծացում 3 ամսվա ընթացքում: Դրանց տրամագիծը հասնում է 0.5-2սմ, երբեմն մինչև 4-5սմ:

Հիվանդության առաջընթացի հետ տեղի է ունենում լիմֆոիդ հյուսվածքի ապաճ: Ավշային հանգույցները սովորաբար փոքրանում և կարծրանում են տերմինալ շրջանում:

Իմունոդեֆիցիտի զարգացմանը զուգահեռ գումարվում են երկրորդային հիվանդությունները:

IIIա շրջանը սկսում է զարգանալ 3-5 տարի հետո: Այս շրջանում դիտվում է կլինիկական ախտանիշների ուժեղացում:

5-7 տարի հետո ՄԻՎ-ը անցնում է **IIIբ շրջան**, իսկ 7-10 տարի հետո՝ **IIIգ շրջան**: T-հեղաբերների քանակը նվազում է մինչև 200բջից/1մ³: Անդարձելի իմունոդեֆիցիտի պատճառով T-հեղաբերների քանակը շարունակում է նվազել ընդհուպ մինչև անհետանալը: Դրա հետևանքով սկսվում են տարբեր օրգանների և համակարգերի ծանր ախտահարումներ (շնչառական, մարսողական,

կենտրոնական նյարդային համակարգ): Սա տերմինալ շրջանն է, որը անխուսափելիորեն ունենում է լետալ էլք:

ՁԻԱՅ-ի դիմաճնոտային ախտահարումները կարող են հանդիպել հիվանդության բոլոր փուլերում: Տարբեր հաճախականությամբ զարգանում են հետևյալ ախտաբանական պրոցեսները՝ ա/ սնկային ախտահարումներ՝ կանդիդոզ 75-88% դեպքերում: Բերանի խոռոչի կանդիդոզ դիտվել է նաև վիրուսակիր անձանց 35%-ի մոտ առանց հիվանդության ընդհանուր կլինիկական արտահայտման: ՁԻԱՅ-ի ժամանակ կանդիդոզը կարող է ընթանալ պսևդոմենբրանոզ (կեղծթաղանթային) ձևով: Ավելի հազվադեպ հանդիպում է հիպերպլաստիկ և ապաճական կանդիդոզը:

բ/ Կապոշիի սարկոմա հանդիպում է 4-50% դեպքերում: Հիվանդությունն առաջին անգամ նկարագրվել է հունգարացի բժիշկ Կապոշիի կողմից (1872թ.): Կապոշիի սարկոման իրենից ներկայացնում է կապտակարմրավուն անցավ փուխր հանգույց: Հաճախ տեղակայվում է կարծր քիմքի վրա:

գ/ Բակտերյալ վարակներ, որոնց պատճառ կարող են հանդիսանալ էնտերոբակտերիաները, աղիքային ցուպիկը և այլ միկրոօրգանիզմներ: Այս ախտահարումները առավել հաճախ արտահայտվում են տարբեր ծանրության գինգիվիտներով և ստոմատիտներով, հազվադեպ դիտվում են նաև լորձաթաղանթի տարբեր հատվածների խոցային ախտահարումներ:

դ/ ՁԻԱՅ-ի ժամանակ վիրուսային վարակները ավելի հաճախ հանդիպում են գոտեվորող հերպեսի տեսքով: Սակայն այս ախտահարումները որոշակիորեն տարբերվում են հերպետիկ ստոմատիտներից: ՁԻԱՅ-ի վիրուսային ախտահարումներն ունեն դանդաղ ընթացք և հաճախակի ռեցիդիվներ:

ե/ Մազավոր լեյկոպլակիան արտահայտվում է մոտ 5% դեպքերում: Կլինիկորեն արտահայտվում է սպիտակ ծալքերի կամ թելիկների տեսքով, որոնք բարձր են լորձաթաղանթի մակերեսից և հիշեցնում են մազեր: Թելիկները ամուր ֆիքսված են լորձաթաղանթի մակերեսին և քերելով չեն հեռացվում: Բնորոշ տեղակայումն է լեզվի կողմնային հատվածները:

Ախտորոշում:

Ներկայումս ՁԻԱՅ-ի ընդհանուր բուժման բավական արդյունավետ միջոցներ չկան, ուստի և բուժումն ունի սիմպտոմատիկ բնույթ:

Արդյունավետ բուժման բացակայությունը թելադրում է կանխարգելիչ միջոցառումների հստակ մշակում և նրանց խստագույն պահպանում: Որոշակի համաճարակաբանական նշանակություն ունի հիվանդության նախնական ախտանիշների բացահայտումը և նրանց մեկնաբանումը ռիսկի խմբի անհատների մոտ (թմրամուլներ, արվամուլներ, հեմոֆիլիայով հիվանդներ և այլն), որտեղ, ինչպես արդեն նշվեց, կարևոր դեր ունեն ստոմատոլոգները: Սակայն բուժական անձնակազմի, մասնավորապես ստոմատոլոգների վարակումը այս հիվանդությամբ տեսականորեն չի բացառվում (թքի և վնասված մաշկի հպում), ուստի շատ հեղինակների կողմից առաջարկվում է ստոմատոլոգներին ընդգրկել ՁԻԱՅ-ի նկատմամբ մասնագիտական ռիսկի խմբի մեջ:

- ՄԻՎ-վարակի դեմ պայքարը նախատեսում է՝
- զգուշություն արյան և օրգանիզմի այլ հեղուկ միջավայրերի հանդեպ
 - զգուշություն ներարկումների և մաշկի ամբողջականության հետ կապված այլ միջամտությունների հանդեպ
 - ախտահանման և վարակազերծման արդյունավետ անցկացում

Պաշտպանության միջոցների թվին են դասվում ռետինե ձեռնոցները, հատուկ ակնոցները, դիմակները, խալաթները: Ձեռքերն անհրաժեշտ է մշակել 4% քլորհեքսիդինով: ՄԻՎ-ն արագորեն ապաակտիվացման է ենթարկվում չոր և խոնավ մանրէազերծման ժամանակ: Վարակազերծող լուծույթի բաղադրությունը հետևյալն է. 40% էթիլ սպիրտ, 1% լիզոլ, 5% ֆենոլ, 2% ֆորմալին և 3-5% նատրիումի հիպոքլորիդ: Այն գործիքները, որոնց մանրէազերծումը կապված է դժվարությունների հետ (ենդոդոնտիկ գործիքներ) խորհուրդ է տրվում օգտագործել մեկ անգամ:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վնասվածքային ախտահարումները

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը անմիջական շփման մեջ է արտաքին միջավայրի հետ և անընդհատ ենթարկվում է տարբեր քիմիական, մեխանիկական, ֆիզիկական, ջերմային և այլ գործոնների ազդեցության: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի արտահայտված պաշտպանական ֆունկցիայի շնորհիվ թույլ մեխանիկական և ֆիզիկական գրգռիչները՝ որոնց նա ենթարկվում է սննդի ընդունման ժամանակ, էական ազդեցություն չեն թողնում նրա վրա: Սակայն այդ նույն գրգռիչների ավելի ուժեղ ազդեցության ժամանակ, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա առաջանում են այս կամ այն ախտաբանական փոփոխությունները, որոնց արտահայտման տեսակը կախված է վնասվածքային գործոնի ձևից, ինտենսիվությունից, ազդեցության տևողությունից, վնասվածքի տեղակայումից, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի անհատական կառուցվածքային առանձնահատկություններից և այլն:

ԲԽԼ-ի վնասվածքային ախտահարումները ըստ պատճառային գործոնի լինում են՝

- մեխանիկական
- ֆիզիկական
- քիմիական

Մեխանիկական վնասվածքներ

Մեխանիկական վնասվածքները կարող են լինել՝

- սուր՝ երբ լորձաթաղանթն ախտահարվում է կարճատև, սակայն ուժեղ ազդակով
- քրոնիկական՝ երբ լորձաթաղանթն ախտահարվում է երկարատև, սակայն թույլ ազդակով:

Սուր մեխանիկական վնասվածք

Սուր մեխանիկական վնասվածքը (trauma mechanicum acutum) հանդիպում է շատ հազվադեպ և առաջանում է սուր գործիքներով լորձաթաղանթի վնասման կամ կծելու հետևանքով: Այն արտահայտվում է հեմատոմայի՝ ներհյուսվածքային արյունազեղում առանց էպիթելի վնասման, երոզիայի կամ խոցի տեսքով:

Կլինիկական պատկերը: Ներհյուսվածքային արյունազեղման ժամանակ վնասված օջախում նկատվում է աննշան ցավ, որը շատ արագ (1-3 օրում) անհետանում է:

էպիթելի ամբողջականության վնասման դեպքում առաջանում են երոզիաներ՝ շրջապատված ցավոտ ներսփռանքով:

Բերանի խոռոչի խորը վնասման և երկրորդային ինֆեկցիայի միացման դեպքում, այն երկար ժամանակ կարող է չապաքինվել, նրա եզրերը և հատակը ենթարկվում են նեկրոզի, որի հետևանքով առաջանում է խոց:

Բուժում: Բժշկական օգնության ծավալը կախված է վնասվածքի խորությունից և մեծությունից: Հեմատոմաների, երոզիաների և փոքր խոցերի ժամանակ կատարվում է վնասված հատվածի և ամբողջ բերանի խոռոչի անտիսեպտիկ մշակում՝ կանխարգելման նպատակով: Նշանակվում են անտիսեպտիկ լուծույթներով ողողումներ (կալիումի պերմանգանատ 1:5000; 0,5% ջրածնի պերօքսիդի լուծույթ և ուրիշ պրեպարատներ), էպիթելիզացիան խթանելու համար՝ ապլիկացիաներ կերատոպլաստիկներով (վիտամին A, E –ի յուղային լուծույթներ, կարոտոլին, մասուրի յուղ, սոլկոսերիլի քսուլ կամ հել և այլն): Խորը վնասվածքների դեպքում դրվում են կարեր:

Կանխատեսում: Բարեհաջող է, սակայն երկրորդային վարակի միացման դեպքում կարող են առաջանալ երկարատև չապաքինվող խոցեր:

Քրոնիկական մեխանիկական վնասվածք

ԲԽԼ-ի խրոնիկական մեխանիկական վնասվածքը (trauma mechanicum chronicum) հանդիպում է բավականին հաճախ: Վնասման գործոն կարող են հանդիսանալ ատամի սուր եզրերը, անշարժ և շարժական պրոթեզները, ատամնաքարերը, վատ սովորությունները և այլն:

Ավելի հաճախ հանդիպում է մեծահասակների մոտ: Դրան նպաստում է լորձաթաղանթի տուրգորի իջեցումը, կծվածքի բարձրության իջեցումը ատամի կարծր հյուսվածքի մաշվածության պատճառով, ատամների բացակայությունը և տեղաշարժը:

Ամենից հաճախ ախտահարվում է լեզուն, շրթունքները, անցման ծալքը և լորձաթաղանթի այն հատվածները, որոնք համարվում են պրոթեզային դաշտ: Բերանի խոռոչում ցանկացած պրոթեզ համարվում է ոչ ադեկվատ գրգռիչ: Միայն պատրաստված պրոթեզների դեպքում այս ամենին ավելանում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վնասումը պրոթեզի հիմքի եզրերով, արհեստական պլաստմասե պսակներով, բռնիչներով, կամրջաձև պրոթեզի միջանկյալ հատվածով և այլն:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդները երկար ժամանակ զանգատներ չեն ունենում, կամ զանգատվում են աննշան ցավոտությունից, անհարմարության զգացումից և այտուցվածությունից:

Լորձաթաղանթի զննման ժամանակ կարող են հայտնաբերվել կատարալ բորբոքում (այտուց, հիպերեմիա), լորձաթաղանթի ամբողջականության խախտում էրոզիայի և խոցի տեսքով, պրոլիֆերատիվ փոփոխություններ (լնդապտկիկների հիպերտրոֆիա), լեզվի պտկիկների հիպերտրոֆիա պապիլոմատոզի տեսքով, գերեղջերացում (լեյկոպլակիա): Ի դեպ այս փոփոխությունները կարող են հանդես գալ ինչպես մեկուսացված, այնպես էլ համակցված:

Կատարային բորբոքում

Առավել հաճախ առաջանում է խրոնիկ վնասվածքների ժամանակ և արտահայտվում է հիպերեմիայով, այտուցվածությամբ հյուսվածքների ներսփռումով: Այս փոփոխությունների արտահայտվածությունը կախված է գրգռիչի ուժից և ազդման տևողությունից: Ընդ որում պրոցեսը կարող է ընթանալ արտահայտված էքսուդացիայով՝ շճային, լորձային կամ թարախային: Կատարային բորբոքման ընթացքը կարող է լինել սուր և խրոնիկական: Սուր բորբոքումը տևում է 7-14 օր և գրգռիչի հեռացումից և ժամանակին բուժում կատարելուց հետո արագ անցնում է:

Բորբոքված և այտուցված լորձաթաղանթի ֆոնի վրա կարող են առաջանալ կետային արյունահոսություններ, էրոզիաներ, լորձաթաղանթի հիպերպլազիաներ՝ հատիկավորումների տեսքով:

Լորձաթաղանթի փոփոխություններ կարող են նկատվել նաև շարժական պրոթեզներ կրող մարդկանց մոտ: Շարժական պրոթեզները խոչընդոտում է բերանի խոռոչի ինքնամաքման պրոցեսները, որն էլ բերում է տարբեր տեսակի մանրէների միջև ստեղծված հավասարակշռության խախտմանը: Պրոթեզային դաշտի լորձաթաղանթի բորբոքումը կարող է լինել *օջախային*՝ կետավոր հիպերեմիայի կամ մեծ հիպերեմիկ բծի տեսքով, և *տարածուն*՝ հաճախ ամբողջությամբ ընդգրկելով պրոթեզային դաշտը:

Վնասվածքային խոց

Վնասող գործոնի երկարատև ազդեցության ժամանակ կատարալ բորբոքման հատվածում առաջանում է էրոզիա, իսկ այնուհետև վնասվածքային խոց, որոնց անվանում են նաև դեկուբիտալ խոցեր: Հիմնականում տեղակայվում են այն հատվածներում, որոնք առավել ենթակա են վնասման՝ լեզվի, շրթունքների և այտերի վրա՝ ատամների հպման գծով:

Որպես կանոն նրանք եզակի են, ցավոտ, շրջապատված բորբոքային ինֆիլտրատով, եզրերը անհարթ են, հատակը պատված է ֆիբրինոզ, հեշտ հեռացվող փառով:

Սկզբում խոցի հիմքի և եզրերի շոշափումն անցավ է, սակայն նրա երկարատև գոյության դեպքում, եզրերը և հիմքը կարծրանում են (պրոլիֆերացիայի հաշվին): Խոցի եզրերը հիպերեմիկ են, շոշափման ժամանակ՝ ցավոտ, հատակը հաճախ թմբիկավոր է,

ծածկված է մեռուկային փառով: Խորությունը տարբեր է, կարող է հասնել մինչև մկանային շերտ: Շրջանային լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են, շարժուն և շոշափման ժամանակ ցավոտ:

Հնարավոր է խոցի չարորակացում, որի նշաններն են նրան շրջապատող էպիթելի խամրում և հիմքի պնդացում:

Ախտորոշում: Վնասվածքային գործոնի հեռացումը նույնպես ծառայում է որպես ախտորոշման նպատակ: Մի քանի օրերի ընթացքում խոցի ապաքինվելը վկայում է նրա վնասվածքային ծագման մասին:

Տարբերակիչ ախտորոշում:

Վնասվածքային էրոզիաները տարբերակում են բշտախտից, իսկ վնասվածքային խոցը

- * քաղցկեղային խոցից
- * պալարախտային խոցից
- * սիֆիլիտիկ խոցից
- * Վեների խրոնիկ խոցամեռուկային գինգիվոստոմատիտից
- * տրոֆիկ խոցից:

Վնասվածքային էրոզիաները բշտախտից տարբերվում են նրանով, որ Նիկոլսկու ախտանիշը բացասական է, ականտոլիտիկ բջիջների բացակայում են և վնասող գործոնի հեռացնելիս նրանք արագ ապաքինվում են:

Վնասվածքային խոցի համար բնորոշ է վնասվածքային գործոնը, որը հաճախ նշում է հիվանդը, խոցի շոշափման ժամանակ ցավոտությունը, բորբոքային ներսփռանքի առկայությունը, բջջաբանական հետազոտության ժամանակ սպեցիֆիկ փոփոխությունների բացակայությունը: Ախտորոշումը ճշտվում է 5-6 օր հետո, երբ վնասվածքային գործոնի հեռացնելուց հետո այն ապաքինվում է:

Քաղցկեղային խոցը գոյատևում է բավականին երկար ժամանակ (մի քանի ամիս), հաճախ ցավոտ չէ: Տարբերվում է ավելի կարծր եզրերով և հիմքով, հաճախ եզրերի եղջերացումով, գերաճումներով, որոնք նման են ծաղկակաղամբի: Խոցը շրջապատող էպիթելը խամրած է, գերեղջերացման հետևանքով: Գրգռիչի հեռացումից հետո չի ապաքինվում: Բջջաբանական կամ հյուսվածաբանական հետազոտման ժամանակ հայտնաբերվում են ատիպիկ բջիջներ:

Պալարախտային խոցը (պալարախտի միլիար-խոցային ձև) վնասվածքային խոցին նման է խիստ ցավոտությամբ և փափուկ եզրերով, սակայն պալարախտային խոցի հատակը հատիկավոր է՝ ծածկված ոչ թե ֆիբրինոզ, այլ դեղնավուն փառով: Խոցը շրջապատված է դեղին կետերով՝ Տրեյխի հատիկներով: Վնասող գործոնի հեռացումից հետո չի ապաքինվում: Մանրէաբանական հետազոտության ժամանակ խոցի մակերեսից ստացած քերուկում հայտնաբերվում են միկոբակտերիաներ, իսկ բջջաբանական հետազոտության ժամանակ՝ էպիթելոիդ և հսկա Լանգհանսի բջիջներ:

Կարծր շանկրո կամ սիֆիլիտիկ խոցը – եզրերը հարթ են և պնդացած, հատակը հարթ, փայլուն, վառ կարմիր առանց փառի: Խոցը անցավ է, շոշափման ժամանակ նրա շուրջ հայտնաբերվում է խիտ ինֆիլտրատ: Շրջապատող լորձաթաղանթը փոփոխված չէ: Շրջանային լիմֆատիկ հանգույցները մածացած են, անցավ, խտացած (սկլեռադենիտ): Ախտորոշումը հաստատվում է դժգույն տրեպոնեմա հայտնաբերմամբ: Վասերմանի կամ մյուս ռեակցիաները դրական են դառնում խոցի գոյացումից 3 շաբաթ հետո: Վնասող գործոնի հեռացումից հետո չի ապաքինվում:

Տրոֆիկ խոցը գոյատևում է բավականին երկար ժամանակ, բորբոքային ախտանիշները թույլ են արտահայտված, տարբերվում է ավելի ձգձգված ընթացքով, հիվանդների մոտ

ընդհանուր հիվանդությունների առկայությամբ, հաճախ սիրտ- անոթային: Վնասող գործոնի հեռացումից հետո չի ապաքինվում: Բջջաբանական, հյուսվածաբանական և այլ հետազոտությունների ժամանակ փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում:

Վնասվածքային խոցի երկրորդային բարդացումը ֆուզոսպիրոխետոզով բերում է կանաչամոխրագույն գարշահոտ փառի առաջացմանը, քերուկում հայտնաբերվում են մեծ քանակությամբ սպիրոխետներ և իլիկաձև ցուպիկներ:

Բուժում: Առաջին հերթին հեռացվում է վնասող գործոնը: Մեռուկի դեպքում խոցերի մակերեսը մշակում են պրոթեոլիտիկ ֆերմենտներով, կամ անզգայացման տակ կատարում են մեռուկացված հյուսվածքի մեխանիկական հեռացում և հականեխիչներով մշակում՝ կալիումի պերմանգանատի լուծույթ, ջրածնի պերօքսիդ և այլն: Էպիթելավորումը խթանելու նպատակով էրոզիաները և խոցերը մշակում են կերատոպլաստիկներով՝ վիտամին A, E – ի յուղային լուծույթներով, չիչխանի յուղով, ակնամումի քսուրով և հելով: Խոցի կտրուկ ցավերի դեպքում կատարվում է ցավազրկող նյութերով ապլիկացիաներ:

Կանխատեսում և պրոֆիլակտիկա: Ժամանակին բուժման դեպքում էլքր բարեհաջող է : Բուժման բացակայության և երկարատև ընթացքի դեպքում (2-3 ամիս) վնասվածքային խոցերը կարող են չարորականալ, բարդանալ ֆուզոսպիրոխետոզով կամ կանդիդոզով:

Պրոֆիլակտիկան կայանում է բերանի խոռոչի սանացիայի անցկացման և ժամանակին բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը վնասող գործոնի հեռացման մեջ:

Քիմիական վնասվածքներ

Քիմիական վնասվածքն (trauma chymicum) առաջանում է լորձաթաղանթի վրա քիմիական նյութ ընկնելիս: Կարող է լինել սուր և քրոնիկական: Սուր վնասվածքներն առաջանում են բարձր կոնցենտրացիա ունեցող քիմիական նյութերի և լորձաթաղանթի կոնտակտի դեպքում: Հաճախ այն տեղի է ունենում տարբեր արտադրություններում կամ կենցաղում սխալմամբ օգտագործման ժամանակ, ինչպես նաև ստոմատոլոգի ընդունելության կամ մահափորձի դեպքում: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի այրվածքներ կարող են առաջանալ թթուների, հիմքերի, մկնդեղի, ֆենոլի, ֆորմալինի, արծաթի նիտրատի, ռեզորցիմ-ֆորմալինի հետ կոնտակտի դեպքում:

Կլինիկական պատկեր: Հիվանդը գանգատվում է կտրուկ ցավից, որն առաջանում է անմիջապես քիմիական նյութի կոնտակտից հետո և տեղակայվում է հենց այդ հատվածում: Կլինիկական պատկերը կախված է վնասող նյութի բնույթից, քանակից և ազդեցության երկարատևությունից:

Թթուներով այրվածքները բերում են լորձաթաղանթի կոագուլյացիոն նեկրոզի՝ խիտ թաղանթներ, որոնց գույնը կախված է թթվի տեսակից: Ծծմբական թթվից առաջանում է դարչնագույն, իսկ մյուս թթուներից՝ սպիտակամոխրագույն թաղանթներ: Թաղանթները տեղակայված են խիստ բորբոքված, այտուցված և հիպերեմիկ լորձաթաղանթի վրա և ամուր կպած են նրան:

Հիմքերով այրվածքները բերում են լորձաթաղանթի կոլիկվացիոն նեկրոզի, որի ժամանակ խիտ թաղանթ չի առաջանում, իսկ նեկրոտիկ հյուսվածքներն ունեն դոնդողանման կազմություն: Այս ախտահարումներն ավելի խորն են, քան թթուներով այրվածքները: Որոշ ժամանակ հետո նեկրոզված հյուսվածքները անջատվելով առաջացնում են շատ դանդաղ ապաքինվող և ցավոտ էրոզիվ կամ խոցային մակերեսներ:

Քուժում: Անհիբաժեշտ է անմիջապես հեռացնել վնասող քիմիական նյութը և լվանալ բերանի խոռոչը թույլ չեզոքացնող լուծույթներով կամ մեծ քանակությամբ ջրով (եթե ձեռքի տակ չկա համապատասխան հակաթույն կամ հայտնի չէ վնասող նյութի բնույթը):

Թթուներով այրվածքների ժամանակ օգտագործվում է սապոնաջուր, 0,1% ամոնյակի սպիրտային լուծույթ (15 կաթիլ մեկ բաժակ ջրին):

Չիմքերը չեզոքացվում են 0,5% քացախա- կամ լիմոնաթթվով (թեյի գդալի ¼-ը 1 բաժակ ջրին), քլորաջրածնային թթվի 0,1% լուծույթով (10 կաթիլ մեկ բաժակ ջրին):

Հակաթույնի օգտագործումը մասնակի չեզոքացնում է թթուները և հիմքերը դադարեցնում է քիմիական նյութի հետագա ներթափանցումը ստորադիր հյուսվածքներ:

Արծաթի նիտրատի բարձր կոնցենտրացիա ունեցող լուծույթը չեզոքացնում են Լյուգոլի լուծույթով կամ նատրիումի քլորիդի 2-3% լուծույթով: Ֆենոլով ախտահարման դեպքում օգտագործվում է գերչակի յուղ:

Չետագայում բուժման համար կիրառում են ցավազրկող պրեպարատներ, հականեխիչների թույլ լուծույթներ, կերատոպլաստիկներ:

Մեծ սպիների դեպքում ցուցված է վիրահատական միջամտություն:

Հիվանդներին ցուցված է բարձր կալորեականությամբ փափուկ սնունդ, պոլիվիտամիններ, սառը (պաղպաղակ):

Ֆիզիկական վնասվածքներ

Ֆիզիկական վնասվածքները (trauma physicum) համարվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի առավել հաճախ հանդիպողները:

Ֆիզիկական գործոնները, որոնք կարող են առաջացնել բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վնասվածք, կարող են լինել բարձր և ցածր ջերմաստիճանը, էլեկտրական հոսանքը և ճառագայթային ներգործությունը:

Բարձր ջերմաստիճան: Այրվածքները կարող են առաջանալ տաք սնունդ ընդունելուց, գոլորշիից, տաք օդից: Թեթև այրվածքի դեպքում առաջանում է կատարալ բորբոքում, որը ուղեկցվում է ցավով, բիւլ-ի էպիթելի հիպերեմիա և մացերացիա: Խորը ախտահարումների դեպքում առաջանում են բշտեր, որոնք արագատուրվում են՝ առաջացնելով էրոզիաներ կամ մակերեսային մեծ խոցեր: Երկրորդային ինֆեկցիայի միացման դեպքում խոցերի վերականգնումը խիստ բարդանում է:

Քուժում: Անցկացվում է ինչպես ոչ սպեցիֆիկ սուր բորբոքային պրոցեսի բուժում՝ անզգայացում, հականեխիչների /երկրորդային ինֆեկցիան կանխելու նպատակով/ և կերատոպլաստիկների կիրառում:

Ցածր ջերմաստիճանների ազդեցության դեպքում, որը հիմնականում առաջանում է կրիոթերապիայի ժամանակ (էպուլիսի, պապիլոմայի և լեյկոպլակիայի բուժման ընթացքում), ազդեցության օջախում լորջաթաղանթը անմիջապես /15-25վրկ հետո/ վեր է ածվում սառցային զանգվածի՝ պատված սպիտակ կեղևով: 1-2 րոպե անց այս հատվածը հալչում է, իսկ 2-3 ժամ անց դառնում՝ այտուցված, հիպերեմիկ, այնուհետև՝ 1-2 օրից՝ պատվում է մեռուկացված թաղանթով: Ախտահարման 5-6 օրը տեղի է ունենում մեռուկացած հյուսվածքների արտազատում: Երկրորդային ինֆեկցիայի բացակայության դեպքում 12-16 օրվա ընթացքում տեղի է ունենում ապաքինում՝ առաջացնելով աննշան սպի:

Էլեկտրական հոսանքից վնասվածքներ կարող են առաջանալ էլեկտրական հոսանքով ֆիզիոթերապևտիկ բուժման սխալ կիրառման դեպքում կամ գալվանիզմի երևույթների առաջացման հետևանքով:

Էլեկտրոֆորեզի կամ գալվանիզացիայի կիրառման մեթոդի խախտման հետևանքով կարող է տեղի ունենալ լորձաթաղանթի այրվածք, որի ժամանակ առաջանում է բորբոքային

օջախ, պատված է սպիտակա-գորշավուն թաղանթով, որը որոշ ժամանակ հետո պոկվում է՝ առաջացնելով ցավոտ էրոզիա:

Բուժում: Անցկացվում է ինչպես ոչ սպեցիֆիկ սուր բորբոքային պրոցեսի բուժում՝ անզգայացում, հականեխիչների /երկրորդային ինֆեկցիան կանխելու նպատակով/ և կերատոպլաստիկների կիրառում

Գալվանիզմ: Բերանի խոռոչում գալվանիզմի երևույթները առաջանում են տարբեր մետաղների առկայության ժամանակ:

Տարբեր մետաղների առկայությունը նպաստում է բերանի խոռոչում անոդային և կատոդային հատվածների առաջացման, որոնք տեղաշարժվելով մետաղի մակերեսի վրա մերթ ընդ մերթ լիցքավորվում են և լիցքաթափվում: Այն բերում է մետաղների կոռոզիայի, դրանց օքսիդների առաջացման, որոնք լուծվելով բերանային հեղուկում, կուտակվում են լորձաթաղանթում և օրգանիզմում, ինչը բերում է օրգանիզմի սենսիբիլիզացիայի մետաղների նկատմամբ:

Գտնում են, որ միկրոհոսանքների թույլատրելի քանակը բերանի խոռոչում կազմում է 10մկԱ: Առավել քանակի միկրոհոսանքներ են առաջանում ոսկու և ամալգամի, պողպատի և զոդանյութի, պողպատի և ամալգամի, զոդանյութի և ամալգամի միջև: Սակայն նույնիսկ այս նորմերի գերազանցման դեպքում պարտադիր չէ գալվանիզմի երևույթի առաջացումը:

Գալվանիզմի ժամանակ հիվանդները զանգատվում են բերանի խոռոչում մետաղական համից, համազգացողության խանգարումից, այրոցի և ծակծկոցի զգացումից, հաճախ նկատվում է ցավ լեզվում, այտերում, լորձաթաղանթի չորություն կամ գերթքարտադրություն: Արտահայտված են լինում նաև ընդհանուր նշաններ՝ գլխացավ, թուլություն, թեթև գրգռվածություն՝ հատկապես առավոտյան ժամերին:

Կլինիկորեն միկրոհոսանքները կարող են բերել հիպերկերատոզի /լեյկոպլակիա, կարմիր տափակ որքին/, կատարալ կամ խոցա-էրոզիվ ախտահարումների:

“Գալվանիզմ կամ գալվանոզ” ախտորոշումը հաստատելու համար անհրաժեշտ է առնվազն 5 չափորոշիչների առկայություն

1. մետաղական համի զգացողություն բերանի խոռոչում
2. սուբյեկտիվ զանգատներ, առավել արտահայտված առավոտյան ժամերին
3. երկու և ավելի տարբեր մետաղներից կոնստրուկցիաների առկայություն բերանի խոռոչում
4. 10 մկԱ-ից բարձր միկրոհոսանքների գրանցում
5. հիվանդի ինքնազգացողության լավացում մետաղները բերանի խոռոչից հեռացնելուց հետո:

Բուժում: Առաջին հերթին պետք է բերանի խոռոչից հեռացնել տարբեր մետաղները, փոխարինել ամալգամը կոմպոզիտներով կամ ցեմենտներով: Կատարալ և էրոզիվ բորբոքման դեպքում անհրաժեշտ է կատարել հակաբորբոքային բուժում՝ անզգայացում, հականեխիչներով և կերատոպլաստիկներով մշակում:

Ճառագայթային ներգործություն

Ճառագայթային հիվանդություն: Ճառագայթային հիվանդությունը (morbus radialis) զարգանում է օրգանիզմի կամ օրգան համակարգերի (կրծքավանդակ, որովայն, կոնքի շրջան) վրա իոնիզացնող ճառագայթների ազդեցության արդյունքում: Ճառագայթային ախտահարումը կարող է առաջանալ ցանկացած տեսակի իոնիզացվող ճառագայթներով՝ ռենտգենյան, գամմա ճառագայթներով, նեյտրոնային հոսքերով և այլն:

Ճառագայթված հյուսվածքներում փոփոխվում է անոթների պատերի ձևաբանական կառուցվածքը, ընկճվում է շարակցական հյուսվածքի և արյան պաշտպանիչ և պլաստիկ ֆունկցիաները:

Տարբերակում են ճառագայթային հիվանդության սուր և քրոնիկական ձևերը:

Սուր ճառագայթային հիվանդությունը (morbus radialis acutus) առաջանում է օրգանիզմի վրա կարճաժամկետ, բայց մեծ դոզայով ճառագայթահարումից (1-10ՅԷ կամ 100-1000ռար):

Սուր ճառագայթային հիվանդության կլինիկայում տարբերակում են հետևյալ շրջանները.

1. առաջնային ռեակցիաների շրջան, սկսվում է անմիջապես ճառագայթահարումից հետո (1-2 ժամից) և շարունակվում է 2 օր: Առաջանում է ընդհանուր թուլություն, գլխապտույտ, սրտխառնոց, փսխում, փորլուծություն, ջերմության բարձրացում և գիտակցության կորուստ: Բերանի խոռոչում ի հայտ է գալիս չորություն, ընկճվում է լորձաթաղանթի զգայունությունը, առաջանում է մետաղական համ: Բերանի խոռոչի և շրթունքների լորձաթաղանթը այտուցվում է, դառնում է գերարյունային, կարող են ի հայտ գալ կետային արյունազեղումներ:

2. գաղտնի շրջան, որը սկսվում է 3-րդ օրվանից և տևում է մինչև 2-4 շաբաթ: Դիտվում է օրգանիզմի և բերանի խոռոչի վիճակի կարգավորում

3. հիվանդության կլինիկական ախտանիշների բուռն արտահայտման շրջան: Տևում է 3-4 շաբաթ և բնորոշվում է ընդհանուր վիճակի կտրուկ վատթարացմամբ և արյան պատկերի կտրուկ փոփոխությամբ (լեյկոցիտոպենիա, ագրանուլոցիտոզ): Բերանի խոռոչում զարգանում է ճառագայթային ստոմատիտի պատկեր: Լորձաթաղանթը դառնում է չոր, անեմիկ, առաջանում է ցավոտության և այրոցի զգացում, լորձաթաղանթի վրա առաջանում են բազմաթիվ արյունազեղումներ: Որոշ ժամանակ անց առաջանում է լնդապտկիկների այտուցվածություն, իսկ այնուհետև՝ ամբողջ լորձաթաղանթի: Ձարգանում է խոցա-նեկրոտիկ գինգիվո-ստոմատիտ: Լնդապտկիկները դառնում են փխրուն և արյունահոսում են, այնուհետև լնդեզրը մեռուկանում է: Ատամնաբքի ոսկրային հյուսվածքը ներծծվում է, ատամները դառնում են շարժուն: Առաջանում են խոցեր, որոնք ծածկված է գորշ մոխրագույն թարախային հոտով մեռուկային փառով: Լեզուն այտուցվում է, ծածկվում է փառով, գոյանում են ճեղքեր, արյունազեղումներ, մեռուկացում (առավել հաճախ լեզվի արմատի շրջանում): Ծրջանային ավշային հանգույցները մեծացած են և շոշափման ժամանակ ցավոտ: Ձարգանում է ծանր մեռուկային անգինա: Մետաղական պրոթեզների և ատամնալիցքերի հետ լորձաթաղանթի համան տեղերում ախտահարումը կարող է լինել ավելի արտահայտված՝ կապված երկրորդային ճառագայթման հետ: Եթե հիվանդության այս փուլը չի ունենում լետալ ավարտ, ապա սկսվում է 4-րդ շրջանը՝ առողջացումը

4. - առողջացում – տևում է 1-3 ամիս, հիվանդության ախտանիշները դանդաղ հետադիմում են: Այս շրջանում հնարավոր է հիվանդության կրկնում:

5. հեռակա հետևանքների շրջան – տևում է 3 և ավելի ամիս, բնորոշվում է մնացորդային երևույթներով՝ արյունաստեղծման խանգարումներ, որոնք կարող են բերել հիպոպլաստիկ կամ ապլաստիկ անեմիայի և նույնիսկ լեյկոզի:

Քրոնիկական ճառագայթային հիվանդություն (morbus radialis chronicum) զարգանում է երկարատև, փոքր չափաքանակով ճառագայթման հետևանքով: Բերանի խոռոչը առավել զգայուն է իոնիզացնող ճառագայթների հանդեպ, այդ պատճառով հիվանդության սկզբում փոփոխությունները կարող են առավել արտահայտված լինել: Թքագեղձերի ախտահարման հետևանքով աստիճանաբար ավելանում է բերանի խոռոչի չորությունը: Առաջանում է կայուն կատարալ լնդաբորբ, գլոսալգիա և գլոսիտ: Քրոնիկական ճառագայթային հիվանդության երկարատև ընթացքը, որպես կանոն, բերում է այսպես կոչված ճառագայթային պարօդոնտիտի:

Բուժում: ճառագայթային ախտահարումների ժամանակ իրականացվում է ընդհանուր և տեղային բուժում: Բուժական միջոցառումների ծավալը կախված է հիվանդության շրջանից, ախտահարման տեղակայումից և տարբեր օրգան- համակարգերի վիճակից:

Ընդհանուր բուժումն ընդգրկում է ռադիոքիմիական ռեակցիաների դանդաղեցմանը ուղղված միջոցներ. ռադիոպրոտեկտորներ (ցիտամին, բատիլոլ և այլն), որոնք պետք է ներմուծվեն մինչև ճառագայթահարումը: Կիրառվում են օրգանիզմի ռադիոզգայունությունն ընկճող միջոցներ, կորտիկոստերոիդներ, հակահիստամինային (սուպրաստին, տավեգիլ) և

հակաբակտերիալ միջոցներ, կիրառվում են նաև արյան համակարգի ֆունկցիան վերականգնող միջոցներ (վիտամին B6, B12, ֆոլաթթու, ասկորբուտին, վիկասոլ, կալցիումի գլյուկոնատ և պոլիվիտամիններ):

Տեղային բուժումն իր մեջ ներառում է հակասեպտիկներով, լիզոցիմով ողողումներ: Նեկրոզված օջախների հեռացում անզգայացման տակ, հակաբորբոքային և կերատոպլաստիկ միջոցներով ապլիկացիաների կիրառում:

Հեռակա հետևանքների շրջանում անց են կացնում բերանի խոռոչի սանացիա: Շարժվող և քրոնիկական ինֆեկցիայի օջախ հանդիսացող ատամները հեռացվում են, որից հետո անպայման դրվում են կարեր, այդ հատվածում բարձր արյունահոսության և այդ հիվանդների մոտ արյան մակարդման խանգարումների պատճառով:

Շրթնորոբ /խեյլիտներ/

Բարորակ բորբոքային հիվանդություններ են, որոնք կարող են հանդես գալ և որպես
ինքնուրույն հիվանդություն և որպես ախտանիշ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի
հիվանդությունների ժամանակ:

Դասակարգումը՝

Ըստ Գ.Սավկինայի /1965/

1. Էքսֆուլիատիվ խեյլիտ
ա)չոր ձև
բ)էքսուդատիվ ձև
2. Գլանդուլյար խեյլիտ
ա)առաջնային
բ)երկրորդային
գ)թարախային
3. Շրթունքների քրոնիկական կրկնվող ճաքեր
4. Էկզեմատոզ խեյլիտ
ա)ընդհանուր էկզեմայի ժամանակ
բ)կոնտակտային
գ)մանրէային
5. Ակտինիկ խեյլիտ
ա)էկզեմատոզ
բ)չոր, քսերոզ ձև
6. Աբրազիվ նախաքաղցկեղային խեյլիտ(Մանգանոտի)

Ըստ Ա. Մաշկիլեյսոնի և Ս. Կուտինի

1. Բոււն խեյլիտներ
ա)էքսֆուլիատիվ
բ)գլանդուլյար
գ)կոնտակտային
- հասարակ
- ալերգիկ
դ)մետերոլոգիական
ե)ակտինիկ
2. Ախտանշային
ա)ատոպիկ
բ)էկզեմատոզ
գ)պլազմաբջջային
դ)մակրոխեյլիտ(Մերկելլսոն-Ռոզենթալի համախտանիշ)
ե)խեյլիտ իխթիոզի ժամանակ
զ)հիպովիտամինոզային խեյլիտ

Էքսֆոլիատիվ շրթնաբորբ/Cheilitis exfoliativa/

Քրոնիկական հիվանդություն է, որի ժամանակ ախտահարվում է բացառապես շրթունքի կարմիր երիզը և ուղեկցվում է թեփոտումով: Հիվանդանում են հիմնականում 20-40 տարեկան կանայք: Պատճառագիտությունը պարզված չէ, սակայն հիմնական դեր են հատկացնում նյարդային գործոնին: Կան նաև տվյալներ, որ ախտահարումը կապված է վահանագեղձի ֆունկցիայի խանգարման հետ/գերֆունկցիա/: Դեր է հատկացվում նաև ժառանգական գործոնին, ինչես նաև իմունաբանական խանգարումներին:

Էքսֆոլիատիվ խեյլիտի ախտաբանական փոփոխությունների հիմքում ընկած է շարակցական հյուսվածքի ֆիբրոզը, որը կարող է պայմանավորված լինել բորբոքային, ալերգիկ, նյութափոխանակային և ժառանգական գործոններով: Էպիթելում դիտվում է ականթոզ, պարա և հիպերկերատոզ/դատարկ/ բջիջների առաջացում/առանց ցիտոպլազմատիկ ներառուկների/:

Կլինիկա - Տարբերում են չոր և էքսուդատիվ ձևերը: Կարող են ախտահարվել ինչպես մեկ, այնպես էլ երկու շուրթերը: Ախտահարման տարրն է խրթեշը, որը կենտրոնում ամուր կպած է ստորև գտնվող հյուսվածքին, իսկ եզրերը բարձրացած են: Ախտահարման օջախը ձգվում է թ բերանի անկյունից անկյուն, Կլեյնի գծից մինչև շրթունքների կարմիր երիզի կենտրոնը: Բերանի անկյունները և կարմիր երիզին հարող մաշկի հատվածը երբեք չեն ախտահարվում, իսկ Կլեյնի գծին հարող լորձաթաղանթը երբեմն անցանց գերարյուն է:

Թոր ձևի դեպքում հայտնաբերվում է շրթունքների կարմիր երիզի հիպերեմիա, որը պատված է չոր, կիսաթափանցիկ խրթեշներով, որոնք ունեն մոխրաշագանակագույն երանգ, կենտրոնական հատվածում ամուր կպած են հյուսվածքին: Շուրթերը չոր են: Խրթեշները հեշտությամբ պոկվում են, մերկացնելով կարմրավուն մակերես, առանց էրոզիաների առաջացման: Հիվանդները անընդհատ կծում և պոկում են այդ խրթեշները, սակայն 5-7 օր հետո դրան առաջանում են նորից:

Խեյլիտի այս ձևը կարող է վերափոխվել էքսուդատիվի, որը բնորոշվում է արտահայտված ցավով, շուրթի այտուցով և հիպերեմիայով: Կլեյնի գոտին պատված է մեծ քանակությամբ գորշադեղնավուն խրթեշներով և կեղևներով: Դրանք երբեմն այնքան են մեծանում, որ նմանվում են գոգնոցի: Կեղևների հեռացումից հետո բացվում է գերարյուն մակերես, առանց էրոզիաների առաջացման: Հիվանդները զանգատվում են ցավից, հատկապես սնունդ ընդունելիս և իրար հպելիս, որի հետևանքով հիվանդների բերանը միշտ կիսաբաց է: Բուժման ընթացքում էքսուդատիվ խեյլիտը կարող է փոխակերպվել չորի:

Տարբերակիչ ախտորոշում

Չոր ձևը`

- մետերոլոգիական խեյլիտից - ամբողջ մակերեսը բորբոքված է
- ատոպիկ խոլիտից – մաշկային մասը և անկյունները, լորձաթաղանթի ախտ.
- կոնտակտային/ալերգիկ/ խոլիտից - անամնեզում նշվում է ալերգիկ ֆոնը
Էքսուդատիվ ձևը
- ակտինիկ խեյլիտի էքսուդատիվ ձևից – կախված տարվա եղանակից, ընդգրկում է ամբողջ մակերեսը
- Էկզեմատոզ խեյլիտից - ախտահարման պոլիմորֆիզմ, ախտահարվում է նաև մաշկը
- կարմիր գայլախտի էրոզիվ-խոցային ձևից - արտահայտված էրիթեմա, հիպերկերատոզ, խոցերի և էրոզիաների առկայություն
- բշտախտից – կեղևների հեռացումից առաջանում են էրոզիաներ, Նիկոլսկու դրական ախտանիշ
- Մանգանոտիի խեյլիտից – պրոցեսի սահմանափակությունը, ընթացքը, էրոզիաները:

Բուժումը` պետք է լինի համալիր: Կարևոր դեր ունի հոգեհուզական վիճակի կարգավորումը սեդատիվ արեպարատներով/սեդուլկսեն, ֆենազեպամ, ռելանիում/: Չոր ձևի ժամանակ խորհուրդ է տրվում չեզոք շրթներկրի օգտագործումը: Էքսուդատիվ ձևի ժամանակ արդյունավետ է Բուկի ճառագայթների սահմանային դոզաների կիրառումը/2Գր. չափ.2x/: Կեղևները հեռացվում են 2% բորաթթվի միջոցով: Օրգանիզմի ընդհանուր դիմադրողականությունը բարձրացնելու համար նշանակում են պիրոգենալ:

Բավականին արդյունավետ են ռեֆլեքտ և հոգեթերապիաները:

Գլանդուլյար շրթնաբորբ /cheilitis glandularis/

Բնորոշվում է շուրթերի մանր թքագեղձերի գերաճով, հիպերֆունկցիայով և բորբոքումով, երբեմն էլ մանր թքագեղձերի հետերոտոպիայով: Հիմնականում ախտահարվում է ստորն շրթունքը /2 անգամ ավելի հաճախ/:

Տարբերակում են առաջնային և երկրորդային գլանդուլյար խեյլիտներ: Առաջնայինը զարգացումը կապում են թքագեղձերի բնածին անկանոնությունների հետ: Երկրորդայինը զարգանում է որպես կանոն շրթերի վրա տեղակայված այլ հիվանդությունների ֆոնի վրա/կարմիր տափակ որքին, լեյկոպլակիա և այլն/, թքագեղձի բնածին գերաճի բացակայության պայմաններում:

Հիմնականում ախտահարումը դիտվում է 50 տարեկանից մեծ մարդկանց մոտ, տղամարդկանց մոտ կրկնակի անգամ ավելի հաճախ:

Առաջնային գլանդուլյար խեյլիտը ընթանում է առանց արտահայտված կլինիկական նշանների: Ձննման ժամանակ նկատվում է Կլեյնի գոտու և նրա հարակից հատվածի թքագեղձերի արտազատիչ ծորանների լայնացում, որոնցից արտազատվում են թքի կաթիլներ/“ցողի կաթիլի“ ախտանիշ/: Թքի առատ արտադրության և վարակի միանալու հետևանքով առաջանում է մացերացիա և բորբոքում: Լայնացած ելանցքների շուրջը երբեմն առաջանում են գերեղջերացման տեղամասեր, որոնք միաձուլվելով ստանում են լեյտոպլակիայի օղակաձև օջախների տեսք: Հիվանդների շուրթերը պարբերաբար թրջվում են թքով, որի գույրը շագանակուց հետո նկատվում է կարմիր երիզի չորացում և թեփոտում: Այդ պատկերի վրա կարող են առաջանալ ճաքեր, էրոզիաներ ինչպես նաև քաղցկեղային ախտահարման տարբեր ձևեր:

Թքագեղձերի լայնացած ծորաններից պիոզեն վարակի ներթափանցման դեպքում պլանդուլյար խեյլիտը կարող է վերածվել թարախային ձևի, ինչը բնորոշվում է ցավոտությամբ, այտուցով, տեղային ջերմաստիճանի բարձրացմամբ, շուրթը պատվում է դեղնականաչավուն կեղևներով: Թքածորաններից սկսվում է թարախահոսություն, շուրջը առաջանում են ճաքեր և էրոզիաներ: Ծորանի խցանման դեպքում առաջանում են բազմակի արքցեսներ:

Բուժումը – հակաբորբոքային/պրեդնիզալոն, հիդրոկորտիզոն/, էլեկտրոկոագուլյացիա կամ վիրաբուժական հեռացում: Երկրորդայինի դեպքում հիմնական հիվանդության բուժում:

Կոնտակտային ալերգիկ խեյլիտ /cheilitis allergia contactilis/

Ձարգանում է շուրթերի կարմիր երիզի սենսիբիլիզացիայի հետևանքով տարբեր նյութերի հպման ժամանակ: Մեծամասամբ հանդիպում է 20-60 տարեկան կանանց մոտ:

Պատճառագիտությունը – սա դանդաղ ընթացող ալերգի ռեակցիա է: Պատճառ կարող է հանդիսանալ շրթներկը, ատամի մածուկները, ծխախոտը, փողային գործիքները և այլն:

Կլինիկա - պրոցեսը հիմնականում տեղակայվում է շրթունքի կարմիր երիզի վրա, երբեմն անցնելով մաշկի վրա: Ալերգենի հետ կոնտակտի հատվածում առաջանում է էրիթեմա, ծանր ձևի ժամանակ առաջանում են բշտիկներ, որոնք արագ բացվում են՝ առաջացնելով էրոզիաներ և ճաքեր: Հիվանդներին անհանգստացնում են քերը, այրոցի զգացումը, այտուցվածությունը:

Տարբերակիչ ախտորոշումը – տարբերակում ենք՝

- էքֆոլիատիվ խեյլիտից/չի ընդգրկում մաշկը/
- ակտինիկ խեյլիտի չոր ձևից
- ատոպիկ խեյլիտից

Բուժումը - առաջին հերթին անհրաժեշտ է վերացնել կոնտակտը ալերգենի հետ, այնուհետև շարունակել բուժումը կորտիկոստերոիդներով:

Ակտինիկ խեյլիտ /Cheilits actinical/

Շուրթերի բորբոքային հիվանդությունն է, որը պայմանավորված է շրթունքի կարմիր երիզի զգայնության բարձրացմամբ արևի ճառագայթների /ուլտրամանուշակագույն/ նկատմամբ: Հանդիպում է 20-60 տարեկան տղամարդկանց մոտ: Տարբերակում են չոր և արընափրթային/էքսուդատիվ / ձևերը: Որոշ հեղինակներ չորը համարու են նախաքաղցկեղային վիճակ:

Չոր ձևի ժամանակ ախտահարվում է հիմնականում ստորին շրթունքի կարմիր երիզը՝ ձեռք բերելով վառ կարմիր երանգավորում և պատվելով մանր, չոր և արծաթասպիտակ խրթեշներով: Հետագայում հնարավոր է նաև էրոզիաների և չաքերի առաջացում: Պրոցեսի մեջ է ընդգրկվում կարմիր երիզը ամբողջությամբ:

էքսուդատիվ ձևի ժամանակ շրթունքի կարմիր երիզը այտուցված է և հիպերեմիկ, պատված մանր բշտիկներով, թաց էրոզիաներով, կեղևներով: Հիվանդներին անհանգստացնում է քորը, ցավը, այրոցը: Երկարատև ընթացքի պայմաններում առաջանում է շրթունքի կայուն մեծացում՝ մակրոխեյլիտ:

Հիվանդությանը բնորոշ է սեզոնայնությունը /գարուն-ամառային սրացումներ/:

Հանդիսանում է հիմնապատկեր օբլիգատ նախաքաղցկեղի զարգացման համար:

Տարբերակիչ ախտորոշումը

Չորը՝

- էքսֆոլիատիվ խեյլիտի չոր ձևից
- կարմիր գայլախտից

էքսուդատիվ ձևը՝

- կոնտակտային ալերգիկ խեյլիտից
- ատոպիկ խեյլիտից

Բուժումը – խուսափել արևահարումից, Vit.B_{2,6,12}, միկոտինաթթու

Մետերոլոգիական խոյլիտ /cheilitis metereologica/

Բնութագրվում է որպես շուրթերի բորբոքային հիվանդություն, որի զարգացման հիմնական պատճառը զանազան երկրաբանական գործոններն են՝ բարձր և ցածր խոնավություն, օդի փոշոտությունը, քամին, ցածր և բարձր ջերմաստիճանը և այլն: Հատկապես նկատվում է սպիտակ և նուրբ մաշկով մարդկանց մոտ:

Կլինիկա - հիմնականում ախտահարվում է ստորին շրթունքի կարմիր երիզը ամբողջությամբ, դառնալով գերարյուն, չոր և պատվելով մանր խրթեշներով: Հիվանդներին անհանգստացնում է չորությունը և ձգվածությունը, որի հետևանքով նրանք անընդհատ թրջում են շուրթերը, որի հետևանքով ավելի է հետևանքով էլ ավելի է չորանում և թեփոտում շուրթը: Մաշկը և լորձաթաղանթը պրոցեսի մեջ ընդգրկված չեն:

Ունի քրոնիկական ընթացք, նրա հիմնապատկերի վրա հաճախ առաջանում են նախաքաղցկեղային հիվանդություններ:

Տարբերակիչ ախտորոշումը – տարբերում են՝

- ակտինիկ խեյլիտի չոր ձևից
- կոնտակտային ալերգիկ խեյլիտից
- էքսֆոլիատիվ խեյլիտի չոր ձևից

Բուժումը – հեռացնել պատճառագիտական գործոնը, կիրառել չեզոք և հիգիենիկ շրթներկ:

Ատոպիկ խեյլիտ /cheilitis atopicalis/

Հանդիսանում է ատոպիկ դերմատիտի կամ տարածուն նեյրոդերմիտի ախտանիշներից, երբեմն կարող է հանդիսանալ այդ հիվանդության միակ արտահայտությամբ: անդիպում է 7-17 տարեկան երեխաների մոտ:

Պատճառագիտությունը – հիմնական դերը պատկանում է ժառանգական գործոնին, որը նախատրամադրվածություն է ստեղծում ատոպիկ խեյլիտի առաջացման համար: Որպես ալերգեն կարող են հանդիսանալ դեղորայքը, սննդամթերքը, ծաղկափոշին, միկրոօրգանիզմները և այլն:

Կլինիկական դրսևորման նպաստում են կենտրոնական և վեգետատիվ նյարդային համակարգի գործունեության խանգարումները:

Կլինիկա - Ախտահարվում է շրթունքների կարմիր երիզը և հարող մաշկը: Բերանի անկյուններում ախտահարումը առավել վառ է արտահայտվում: Հարակից լորձաթաղանթը երբեք չի ընդգրկվում պրոցեսի մեջ: Շրթունքի կարմիր երիզը այտուցվում է և պատվում մանր խրթեշներով: Առաջանում է քոր, խիստ սահմանագծված վարդագույն էրիթեմա: Քորելու հետևանքով կարող են առաջանալ կեղևներ: Շուրթերի մակերեսը պատվում է ճառագայթաձև ակոսներով: Դեմքի մաշկը հաճախ չոր է և թեփոտ:

Հյուսվածաբանական պատկերում դիտվում է պարակերատոզ, ականթոզ, լիմֆոցիտային և հիստոցիտային ներսիում:

Ունի երկարատև և սեզոնային բնույթ/աշուն-ձմեռ սրացում, ամառ-ռեմիսիա/: Սեռական հասունացումից հետո նկատվում է ինքնաառողջացում:

Տարբերակիչ ախտորոշում – տարբերում ենք՝

- ակտինիկ խեյլիտից - անամնեզում ալերգիա արևից
- էքսֆոլիատիվ խեյլիտից - ախտահարվում է միայն շուրթը/Կլեյնի գծով/
- ալերգիկ խեյլիտից - առկա է կոնտակտ ալերգենի հետ
- խտրեպտոկոկային ուտախտ - ախտահարվում են միայն բերանի անկյունները
- կանդիդոզային ուտախտ - ախտահարվում են միայն բերանի անկյունները նաև հայտնաբերվում են սնկեր

Բուժումը - դեսենսիբիլիզացնող միջոցներ, կորտիկոստերոիդներ, հակահիստամինային /երիուս, տավեգիլ, կլարիտին և այլն/:

Էկզեմատոզ խեյլիտ /cheilitis eczematosa/

Հանդիսանում է ընդհանուր էկզեմատոզ պրոցեսի ախտանիշ, որի հիմքում ընկած է մաշկի մակերեսային շերտերի նեյրոալերգիկ բնույթի բորբոքումը: Հիվանդությունը առաջանում է ներքին և արտաքին գրգռիչների ազդեցության հետևանքով և կլինիկորեն արտահայտվում է կարմրությամբ և բշտիկներով, միաժամանակ ուղեկցվելով քորի զգացողությամբ: Որպես ալերգեն կարող են հանդես գալ միկրոօրգանիզմները, սննդամթերքը, դեղամյութերը, պրոթեզները, լեցնյութերը և այլն:

Հյուսվածաբանորեն հայտնաբերվում է սպոնգիոզ:

Կլինիկա - շրթունքների էկզեման կարող է ունենալ սուր, ենթասուր և քրոնիկական ընթացք: Կարող է զուգակցվել դեմքի մաշկի ախտահարման հետ, ինչպես նաև հանդես գալ մեկուսացված:

Սուր էկզեման բնորոշվում է բազմաձևությամբ՝ սկզբում առաջանում է կարմրություն, հանգույցիկներ, բշտիկներ, խոնավ մակերեսներով խրթեշներ և կեղևներ: Պրոցեսը ուղեկցվում է շրթունքի այտուցով: Հատկանշական է որ տարրերն առաջանում են ոչ միաժամանակ, այլ մեկ ցամաքորումը հաջորդում է մյուսին: Հիվանդին անհանգստացնում է քորը և այրոցը, բերանի բացումը դժվարացած, խոսելը ցավոտ:

Քրոնիկական ընթացքի ժամանակ նկատվում են բորբոքային երևույթները մարում, սակայն հայտնաբերվում է շրթունքի կարմիր երիզի ինֆիլտրատ, ցավոտ և արյունահոսող ճաքեր:

Որոշ հիվանդների մոտ էկզեման զարգանում է անփոփոխ շուրթերի և մաշկի վրա, իսկ երբեմն նման երևույթներին նախորդում է շրթունքների մանրէային ճաքերի երկարատև գոյությունը՝ որովհետև հիվանդությունը որպես մանրէային էկզեմա: Այս դեպքում կարմիր երիզը և շրջակա մաշկը գերարյուն է, այտուցված, որի հիմնապատկերի վրա առաջանում են

փոքր բշտիկային տարրեր, որոնք արագ չորանում են՝ փոխարինվելով դեղնավուն կեղևներով:

Տարբերակիչ ախտորոշումը – տարբերում են՝

- ատոպիկ խեչիտից – հանդիպում է մանկական հասակում, ախտահարվում են բերանի անկյունները
- ալերգիկ կոնտակտային խեչիտից – մոնոմերֆ տարրեր, ալերգիա
- ակտինիկ խեչիտի էքսուդատիվ ձևից - բնորոշ է սեզոնայնությունը

Բուժումը - դեսենսիբիլիզացնող և սեդատիվ պրեպարատներ, կորտիկոստերոիդներ:

Պլազմաբջջային խեչիտ

Քրոնիկական սահմանափակ բորբոքային պրոցես է, որը հիմնականում առաջանում է բնական անցքերի շրջակայքում և ուղեկցվում է զանգվածային պլազմային ներսփռումով:

Հիվանդության պատճառագիտության և ախտածնության մեջ դեր են հատկացնում շրթունքների քրոնիկական բորբոքմանը, այդ թվում նաև միկրովնասվածքների, արևի ճառագայթների ազդեցությանը:

Կլինիկական բազմազան է: Հաճախ պրոցեսի մեջ է ընդգրկվում ստորին շրթունքը, դառնալով կարմրավուն և լաքապատ, էրիթեմայի ձևով: Երբեմն այս մակերեսի վրա կարող են առաջանալ էրոզիաներ և պետեխիաներ: Այլ դեպքերում կարմիր երիզի որոշ հատվածներ պատվում են շագանակագույն կեղևով: Կեղևի վրա հայտաբերվում են ցավոտ էրոզիաներ և փափուկ ուռուցքանման գոյացություններ:

Յուսվածաբանորեն նկատվում է ականտոզ, հիպերկերատոզ, սպոնգիոզ: Մաշկը այտուցված է և խիտ, ներսփռված է պլազմոցիտներով: Նշվում է նաև հավանականությունը չարորականալու մասին:

Բուժումը - Ախտահարված օջախի վիրաբուժական հատում:

Մակրոխեչիտ

Շրթունքի գերաճ է և հանդիսանում է Մելկերսոն-Ռոզենտալի համախտանիշի ախտանիշներից մեկը: Առանձին որակավորվում է որպես գրանուլեմատոզ խեչիտ: Մելկերսոն-Ռոզենտալի համախտանիշը բնորոշվում է տրիադայով՝

1. մակրոխեչիտ
2. ծալքավոր լեզու
3. դիմային նյարդի կաթված/պարալիզ/

Պատճառագիտությունը – վարակա-ալերգիկ, ժառանգական, կազմաբանական:

Կլինիկա - Հաճախ հանդիպում է երիտասարդ կանանց մոտ: Հիվանդությունը սկսվում է հանկարծակի, ընդ որում տրիադան միաժամանակ հանդես չի գալիս: Որպես առաջնային կլինիկական դրսևորում կարող է հանդես գալ շրթունքի այտուցը կամ դիմային նյարդի կաթվածը:

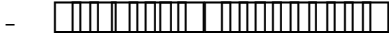
Այտուցը հիմնականում տեղակայվում է վերին շրթունքում, որը մի քանի անգամ գերազանցում է բնական չափին, հաստացումը լինում է անհավասարաչափ: Շրթունքը հեռանում է ատամներից և կարծես շրջված լինի դեպի դուրս: Այն ստանում է կանգային երանգ: Շոշափելիս ունի բավականին խիտ կազմություն: Հիվանդները նշում են քրի և այրոցի զգացողություն:

Դիմային նյարդի կաթվածի առաջացմանը նախորդում են միակողմանի զգացողության և թքարտադրության խանգարումներ, ներառյալ ցավեր, վազոմոտոր ռինոպաթիա և այլն: Այնուհետև հաջորդում է կաթվածը և տեղի է ունենում բերանի անկյան իջեցում և ակնաճեղքի լայնացում:

Ծալքավոր լեզուն դիտվում է որպես զարգացման անկանոնություն և հանդիպում է 60-70% դեպքերում: Կլինիկորեն՝ լեզվի այտուց, թմբկաակոսավոր մոխրագույն բծային մակերեսով:

Տարբերակիչ ախտորոշում – տարբերակում են՝

- կվինկեի այտուցից
- լիմֆանգիոմայից
- հեմանգիոմայից



Բուժում – կորտիկոստերոիդ, հակաբիոտիկներ, հակամալարիային միջոցներ, երբեմն հակավարակային միջոցներ:

Շրթունքների քրոնիկական ճաք

Պատճառագիտության մեջ մեծ դեր ունի շրթունքի անհատական անատոմիական կառուցվածքը/կենտրոնական խորը ծալք/ և քրոնիկական վնասվածքը: Ձգալի տեղ է հատկացվում նաև եղանակային պայմաններին, ինչի հետևանքով առաջանում է շուրթերի գերչորացում, առաձգականության կորուստ և ճաքի առաջացում: Չի կարելի անտեսել նաև մանրէային ֆլորան, որը նպաստում է ճաքի ուշ լավացմանը: Նշանակություն ունեն նաև A,B ավիտամինոզները:

Կլինիկա - Առաջանում է միայնակ գծային խորը ճաք, որը տեղակայվում է կարմիր երիզի վրա և ուղեկցվում է ցավոտությամբ: Երբեմն ճաքը կարել է տեղակայվել կենտրոնից կողմնայնորեն: Ճաքը երբեք չի անցնում մաշկի վրա:

Քրոնիկական ճաքին բնորոշ է այն, որ նա գիշերը էպիթելավորվում է, իսկ առավոտյան կողմ շրթունքի շարժման ժամանակ նորից բացվում է և երբեմն արյունահոսում:

Բուժումը - պատճառի հեռացում, տեղային հակաբիոտիկներ, կորտիկոստերոիդներ, էպիտելիզացիան խթանող միջոցներ, վիտամինոթերապիա:

Ստամոքս աղիքային համակարգի ախտահարումները

Ստամոքս աղիքային համակարգի ախտահարումները հաճախ ուղեկցվում են բերանի խոռոչի փոփոխություններով, որը պայմանավորված է ԲԽԼ-ի և ՍՍՏ-ի լորձաթաղանթի մորֆոֆունկցիոնալ ընդհանրությամբ:

Բերանի խոռոչի փոփոխությունները կարելի է դասակարգել երեք մեծ խմբի մեջ՝

1. Լեզվի ախտահարումներ
2. Լորձաթաղանթի ախտահարումներ
3. Թքարտադրության խանգարումներ

Լեզվի ախտահարումներ

Ստամոքս աղիքային համակարգի ախտահարումների ժամանակ առավել լավ է հետազոտված լեզվի փոփոխությունները: Բազմաթիվ հեղինակներ նշում են, որ լեզվի տեսքը ունի մեծ ախտորոշիչ նշանակություն: Լեզվի ախտահարումները ունեն ոչ սպեցիֆիկ բնույթ և արտահայտվում են փառի առաջացմամբ, այտուցով, դեակվամացիայով, պտկիկների ապաճով, պարեսթեզիայով, համի ընկալման խանգարումներով:

Լեզվի փառակալում – հանդիպում է ավելի հաճախ: Փառի կազմության մեջ մտնում են ԲԽԼ-ի եղջերացող բջիջներ, բակտերիաներ, սնկեր, կերակրի մնացորդներ և այլն: Ինքնամաքրման վատացման ժամանակ, օրինակ ծամելու ժամանակ, փառի քանակը կտրուկ ավելանում է: Փառակալման աստիճանի գնահատման համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել ընդունվող սնունդը, բնույթը, քանակը, օրվա ռեժիմը, անհատական հիգիենիկ միջոցառումների անցկացումը և այլն: Փառի քանակությունը առավելագույն ժամերին ավելի շատ է քան ցերեկային և երեկոյան ժամերին, որը պայմանավորված է փառի նվազումով ուտելուց հետո: Ֆիզիոլոգիական եղջերացման պրոցեսների խանգարումը բերում է փառի որակի և քանակի փոփոխության: Օրինակ թելանման պտկիկների ապաճի ժամանակ փառի քանակը պակասում է կամ ընդհանրապես նվազում, որի հետևանքով լեզուն ըդունում է լաքապատ տեսք, պատված վառ բծերով և գծերով: Հիվանդները գանգատվում են այրոցի զգացումից, ծակծկոցից, սնունդ ընդունելու ժամանակ ցավից: Այս տեսակ ախտահարումները հանդիպում են ցածր թթվայնությամբ գաստրիտների, գաստրոէնտերիտների, խոցի ժամանակ: Գերաճի ժամանակ հակառակը, լեզվի մեջքը պատվում է հաստ, դժվար հեռացվող փառով՝ բաղկացած հիմնականում միահյուսված եղջերացվող թելանման պտկիկներից:

Գոյություն ունի կապ լեզվի տեսքի և ՍՍՏ-ի վիճակների միջև, օրինակ գաստրիտի սրացման, խոցային հիվանդության, էնտերոկոլիտի և կոլիտի ժամանակ փառի էանակը մեծանում է, ծածկում է լեզվի մեջքը ամբողջությամբ: Ընդհանրապես փառի առկայությունը չի առաջացնում սուբյեկտիվ զգացողություններ, միայն հաստ և անուր փառի ժամանակ կարող են առաջանալ դիսկոմֆորտի զգացողություն, համի ընկալման թուլություն: Փառը սովորաբար ունի սպիտակ-մոխրագույն գույն, սակայն կարող է նաև ըդնունել դեղին կամ մուգ գույն, որը պայմանավորված է սննդային, դեղորայքային գունապիգմենտներով, կամ ՍՍՏ-ի հիվանդությունների սրացումների հետ՝ խոցային հիվանդության, խրոնիկ հեպատիտի սրացում, խոլեցիստիտ (դեղին, մուգ կարմիր):

Լեզվի այտուց – Որպես օրենք հայտնաբերում է բժիշկը զննման ժամանակ, քանզի բացակայում են ցավային ազդակները, բացակայությամբ այդ դեպքերի, երբ մեծ այտուցների ժամանակ հիվանդները կծում են լեզուն խոսելիս կամ ուտելիս: Այտուցվածությունը գնահատվում է զննման ժամանակ ըստ ծամիչ ատամների արտատապված հետքերի և չափերի մեծացման: Որպես հետազոտման օբյեկտիվ մեթոդ հանդիսանում է Մակ-Կյուր-Օլդրիչի եղնջայտուցային փորձարկումը, հայտնաբերելով թաքնված այտուցները: Ըստ Վ.Ա. Եպիշևի խրոնիկական ստամոքսաբորբերի ժամանակ խանգարվում է ԲԽԼ-ի հիդրոֆիլականությունը: Եղնջայտուցային փորձարկման ժամանակ

անացիդ գաստրիտի դեպքում հեղուկը ավելի դանդաղ է ներծծվում իսկ հիպերացիդի ժամանակ ավելի արագ: Լեզվի այտուցը կապված է աղիների խրոնիկական հիվանդությունների հետ, ինչպիսին են էնտերիտները, կոլիտները, որոնց ժամանակ խախտվում է օրգանիզմի ջրաաղային հավասարակշռությունը:

Լեզվի պտկիկների փոփոխություններ – հանդիպում է հաճախ ԱՍՏ-ի ախտահարումների ժամանակ, իսկ ախտածագման հիմքում ընկած է տրոֆիկ խանգարումները, ինչպես նաև վիտամինային փոխհարաբերության խանգարումները, որը կապված է B խմբի վիտամինների սինթեզի, յուրացման խանգարումների հետ (B₁, B₂, B₆, B₁₂):

Ըստ պտկիկների չափի և գույնի տարբերկում են ատրոֆիկ և հիպերտրոֆիկ լեզվաբորբ:

Հիպերպլաստիկ լեզվաբորբը հաճախ հանդիպում է հիպերացիդ գաստրիտով, խոցային հիվանդության սրացումով տառապող հիվանդների մոտ, բնորոշվում է լեզվի պտկիկների գերաճով, ամուր փառով, լեզվի չափերի մեծացումով (պայմանավորված է այտուցի առկայությամբ):

Ստամոքսի խոցով հիվանդների մոտ դիտվում է սնկածն պտկիկների գերաճ, որոնք բարձրանալով լորձաթաղանթի մակերեսից ընդունում են վառ կարմիր տեսք:

Ապաճական լեզվաբորբը հայտնաբերվում է արտազատական անբավարարությամբ ստամոքսաբորբի, հեպատիտի, գաստրոէնտերիտի և կոլիտի ժամանակ: Դիտվում են լեզվի պրտկիկների ապաճ, հարթեցում, փառի բացակայություն: Երբեմն պտկիկների ապաճը խիստ արտահայտված է լինում, լեզուն ունենում է փայլուն, հարթ մակերես, կորդ է լինել բաց վարդագույն կամ հակառակը՝ հիպերէմիկ (էրիթեմատոզ): Որոշ դեպքերում այն լինում է «լաքապատ», պատված վառ կարմիր բծերով և գծերով, հիշացնելով Մելլերի գլոսիտը: Պտկիկների ատրոֆիայի ժամանակ հիվանդները կարող են գանգատվել այրոցի, ծակծկոցի զգացողությունից, ցավից կծու կամ աղի սնունդ ընդունելիս: Այս տեսակ ախտահարումները հանդիպում են ցածր թթվայնությամբ գաստրիտների, գաստրոէնտերիտների, խոցի ժամանակ:

Էպիթելի դեսկվամացիա - առավել հաճախ հանդիպում է այն հիվանդների մոտ, ովքեր ունեն քրոնիկ ստամոքսաբորբ՝ հյուսազատության անբավարարությամբ, քրոնիկ կոլիտ, լյարդային անբավարարություն: Ախտանիշին բնորոշ է լեզվի մեջքի թելանման պտկիկների դեսկվամացիայի օջախներ: Հյուսազատման անբավարարության և լյարդի ինֆեկցիոն ախտահարումների ժամանակ դեսկվամացիոն լեզվաբորբին միանում է նաև լեզվի պտկիկների ապաճը և հարթեցումը: Այս սիմպտոմները անցավ են, հիվանդները երկար ժամանակ չեն նկատում, միայն երբեմն առկա է այրոցի կամ ծակծկոցի զգացում, դիսկոմֆորտ գրգռող սնունդ ընդունելիս: Դեսկվամացիոն ճջախներին բնորոշ է քրոնիկ պրոցեսների սրացման ժամանակ ի հայտ գալը և ռեմիսիայի ժամանակ անհայտանալը:

Պարէսթեզիա - Լեզվի պարէսթեզիան առաջանում է ՍՍՏ – ի հիվանդությունների ժամանակ, կարող է զուգակցվել դեսկվամատիվ լեզվաբորբի հետ, սակայն հաճախ ընթանում է որպես ինքնուրույն ախտանիշ:

Համի ընկալման խանգարումներ – որոշում են համի ընկալիչների ֆունկցիոնալ զգայունության մեթոդով: Գործող ընկալիչների քանակը կախված է տարբից և ԱՍՏ-ի վիճակից: Նորմայում ընկալիչները առավել զգայուն են անոթի վիճակում: Սնունդ ընդունելուց հետո նրան զգայունությունը իջնում է: Լեզվի համային ընկալիչների գրգռումը ի հայտ է գալիս ի պատասխան տամոքսի լորձաթաղանթի ռեցեպտորների գրգռման: Ստամոքսի խոցի, նորագոյացությունների ժամանակ խանգարվում է հյուսազատական և մոտոր ֆունկցիան, որն էլ բերում է ստամոքսի և լեզվի ընկալիչների միջև ռեֆլեկտոր կապի խախտման: Արդյունքում առաջանում են համային զգացողության խախտումներ: Համային զգացողության խանգարումներ կարող են առաջանալ նաև լեզվի պտկիկային ախնակարգի խանգարումների ժամանակ (պտկիկների ապաճ, դեսկվամացիա, մերկացած լեզու):

Բերանի լորձաթաղանթի ախտահարումներ

ՍԱՏ-ի հիվանդությունների ժամանակ ԲԽԼ-ի էրոզիվ-խոցային ախտահարումները առաջանում են հիմնականում տրոֆիկայի խանգարումների պատճառով:

Ստամոքսի խոցային հիվանդության, լյարդի ախտահարումների, կոլիտի, էնտերոկոլիտի ժամանակ առաջանում է ԲԽԼ-ի էրոզիվ և խոցային ախտահարումներ: Կրկնվող աֆտոզ ստոմատիտը ուղիղ կապ ունի ՍԱՏ-ի պաթոլոգիաների հետ(այն հայտնաբերվում է 50% այն հիվանդների մոտ, ովքեր տառապում են քրոնիկ ստամոքսաբորբով, ստամոքսի և 12 մ.աղու խոցով):

ԲԽԼ-ի զույնի փոփոխություններ – խոցային հիվանդության սրացման, էնտերոկոլիտի, կոլիտի ժամանակ հաճախ առաջանում է կատառալ լնդաբորբ, լեզվաբորբ կամ ստոմատիտ, որոնց ծանրության աստիճանը կախված է հիմնական հիվանդության ընթացքից և սրացումների քանակից: Օջախի շուրջ լորձաթաղանթը լինում է հիպերեմիկ իսկ քրոնիկ ընթացքի ժամանակ ցիանոտիկ: Ստամոքսի խոցի, խոցի արյունահոսության ժամանակ ԲԽԼ-ն զուգահեռ է, կարցինոմային ժամանակ փափուկ և կարծր քիմքի վրա առաջանում են շագանակագույն բծեր:

Թքարտադրության խանգարումներ – կարող են իյատ զալ հիպո- և հիպերսալիվացիայի երևույթներ: Ստամոքսի և 12 մատնյա աղու խոցային հիվանդության ժամանակ նկատվում են փոքր թքագեղձերի ֆունկցիոնալ փոփոխություններ: Ստամոքսի խոցի ժամանակ սկզբնական շրջանում առկա է թքարտադրության ուժեղացում իսկ հետագայում պակասում և հիվանդնորը գանգատվում են ԲԽ-ի չորությունից:

Բուժումը

Որպես օրենք կատառալ գինգիվիտը, ստոմատիտը, լեզվաբորբը, որոնք առաջանում ՍԱՏ-ի հիվանդությունների ֆոնի վրա, առանձնահատուկ միջամտության կարիք չունեն: Անհրաժեշտ է միայն անհատական հիգիենայի պահպանում, բերանի խոռոչի խնամք: Նշանակվում է հականեխիչների լուծույթների լուծույթներ տեղային կիրառման համար:

Անհրաժեշտ է բուժել հիմնական հիվանդությունը: Հաշվի առնելով B խմբի վիտամինների անբավարարությունը, անհրաժեշտ է նշանակել B վիտամինային կոմպլեքս, պոլիվիտամիններ(Դեկամեվիտ, Գլուտամեվիտ, Ունիկապ) կամ ներարկումներ (թիամին, ռիբոֆլավին, պիրիդոքսին, ցիանկոբալամին):