

**Երևանի Մ.Հերացու Պետական Բժշկական Համալսարան**

**Մանկական ստոմատոլոգիայի եւ օրթոդոնտիայի ամբիոն**

**Ուսումնական ձեռնարկ ստոմատոլոգիական ֆակուլտետի**

**ուսանողների համար**

**Երևան, 2016**

## ԱԼԵՐԳԻԱՆԵՐ

**Ալերգիան** օրգանիզմի ախտաբանորեն բարձրացված եվ ձևափոխված ռեակցիան է որոշակի անտիգենային բնույթի սուբստանտների հանդեպ, որոնք նորմալ առողջ մարդու մոտ հիվանդագին երևույթներ չեն առաջացնում:

Ալերգիկ հիվանդությունների զարգացման մեջ կարևորվում են դեղորայքների լայն և առանց հսկողության օգտագործումը, միանգամից մի քանի դեղամիջոցների համատեղ կիրառումը (պոլիպրագմագիա), կլիման, ժառանգականությունը, ընդհանուր սոմատիկ պաթոլոգիաները, սնունդը և այլն:

Ալերգիայի պատճառ կարող են դառնալ տարբեր նյութեր, որոնք ներթափանցելով օրգանիզմ, առաջացնում են հումորալ կամ բջջային տիպի իմունային պատասխան ռեակցիա:

Այն նյութերը, որոնք ընդունակ են առաջացնել ալերգիկ ռեակցիաներ կոչվում են **ալերգեններ**:

Տարբերում ենք՝

1) Էկզոալերգեններ

ա) ոչ ինֆեկցիոն ծագման - բույսերի փոշիները, կենցաղային փոշին, կենդանիների մորթիները, դեղորայքները, սննդամթերքները:

բ) Ինֆեկցիոն ծագման – վիրուսներ, միկրոօրգանիզմներ, դրանց կենսագործունեության արգասիքները:

2) Էնդոալերգեններ՝ սեփական (աուտոալերգեններ) -օրգանիզմի ձևափոխված սպիտակուցները, որոնք լինում են՝

ա) բնական կամ առաջնակի՝ ոսպնյակը, թիրեոգլոբուլինը, որոնք նորմալում իմունային ռեակցիա չեն առաջացնում:

բ) երկրորդային-որոնք առաջանում են նյութափոխանակության խանգարումների ժամանակ՝ ինֆեկցիոն կամ ոչ ինֆեկցիոն գործոնների ազդեցության տակ (այրվածքներ, սառեցում, իոնիզացնող ճառագայթում, միկրոօրգանիզմներ, վիրուսներ, սնկեր և այլն):

**Հիմնական հասկացություններից են՝**

**Ալերգենները** կարող են լինել լրիվ անտիգեններ և ոչ լրիվ/հապտեններ/:

**Հակամարմինները**- գլոբուլինի մոլեկուլներն են, սպեցիֆիկ ձևափոխված անտիգենային խթանման արդյունքում:

Տարբերում են հակամարմինների հետեվյալ տեսակները

ա) բջջային (ֆիքսված բջիջներում)

բ) անաֆիլակտիկ (ազրեսիվ)

գ) շրջափակող (մեկուսացնում են ալերգեններին, չառաջացնելով ալերգիա)

դ) հումորալ կամ ազատ (արյան մեջ)

ե) վկաներ (ռեակցիային չեն մասնակցում)

**Ա.Դ.Ադոն** (1979թ.) առաջարկել է պաթոգենետիկ մեխանիզմների 3 փուլ՝

1) իմունոլոգիական փուլը սկսվում է ալերգենի հետ օրգանիզմի կոնտակտից, արդյունքում առաջանում է օրգանիզմի սենսիբիլիզացիա՝ հակամարմինների առաջացում, որոնք ընդունակ են փոխազդել ալերգենի հետ: Եթե հակամարմինների առաջացման ընթացքում, ալերգենը հեռացվում է օրգանիզմից, հիվանդագին երևույթներ տեղի չի ունենում: Ալերգենի կրկնակի ազդեցության դեպքում, արդեն սենսիբիլիզացված օրգանիզմում, առաջանում է ալերգեն-հակամարմին կոմպլեքսը, այսինքն այս փուլում օրգանների «շոկային հյուսվածքներում» տեղի է ունենում անտիգեն-հակամարմին ռեակցիան:

2) պաթոքիմիական- արտադրվում են կենսաբանական ակտիվ նյութեր՝ ալերգիայի մեդիատորներ՝ հիստամին, սերոտոնին, բրադիկինին, ալեոտրին, հեպարին, շոկային թույներ

3) պաթոֆիզիոլոգիական – շոկային թույների ազդեցությունը հյուսվածքների վրա: Ուղեկցվում է արյունաստեղծման խանգարումներով, բրոնխների հարթ մկանների սպազմով, արյան շիճուկային կազմի փոփոխություններով, բջիջների ցիտոլիզով և այլն:

**Ըստ զարգացման մեխանիզմի** տարբերում են ալերգիկ ռեակցիաների 4 տիպ՝

1. առաջին տիպի ալերգիկ ռեակցիա (արագ ընթաց ալերգիկ ռեակցիա, ռեազինային, անաֆիլակտիկ, ստոպիկ):

2. երկրորդ տիպի ալերգիկ ռեակցիա (ցիտոտոքսիկ տիպ)

3. երրորդ տիպի ալերգիկ ռեակցիա (հյուսվածքների վնասում իմունային կոմպլեքսներով՝ Արտյուսի, իմունոկոմպլեքսային տիպ)

4. չորրորդ տիպի կամ դանդաղ ընթացող ալերգիկ ռեակցիա (դանդաղեցված տիպի գերզգայունություն (բջջային գերզգայունություն):

### **Ալերգիաների ժամանակ բիւ-ի ախտահարումները**

**Բիւ-ի ալերգիաները բաժանվում են՝**

1) հիվանդություններ, կապված արագ ընթացող գերզգայունության հետ

ա) անաֆիլակտիկ շոկ

բ) Կլինկեի այտուց

գ) եղնջացան

2) դանդաղ ընթացող գերզգայունություն

ա) ֆիքսված դեղորայքային ստոմատիտ

բ) տարածուն տոքսիկո - ալերգիկ ստոմատիտ (կատարալ, կատարալ- հեմոռագիկ, էրոզիվ- խոցային, խոցա- նեկրոտիկ ստոմատիտներ, խելլիտներ, գլոսիտներ, գինգիվիտներ)

3) համակարգային տոքսիկո - ալերգիկ հիվանդություններ

ա) Բազմաձեղ եքսուդատիվ էրիթեմա

- բ) Ստիվենս – Ջոնսոնի համախտանիշ
- գ) Քրոնիկական ռեցիդիվող աֆտոզ ստոմատիտ
- դ) Լայելի հիվանդություն
- ե) Բեխչետի համախտանիշ
- զ) Շյոգրենի համախտանիշ

### **Կվինկեի անգիոնրոտիկ այտուց**

Բնորոշ է մաշկի, ենթամաշկային բջջանքի կամ բիւլ-ի, շրթունքի, աչքի, կոկորդի, բրոնխների, սեռական օրգանների սուր զարգացող սահմանափակ այտուցը: Այտուցն առաջանում է շարակցական հյուսվածքում և հիպոդերմում կամ ենթալորձաթաղանթում:

Պատճառներից են սննդային, դեղորայքային ալերգենները (սուլֆանիլամիդները, հակաբիոտիկները, ացետիլսալիցիլաթթուն, բրոմիդները և այլն):

Ախտածնության մեջ կարևորվում են ժառանգականությունը, վեգետատիվ նյարդային համակարգի բարձրացած գրգռվածությունը, քրոնիկական ինֆեկցիայի օջախների առկայությունը, ստամոքս-աղիքային տրակտի հիվանդությունները:

#### **Կլինիկա**

Հիվանդությունն առաջանում է հանկարծակի, մի քանի ընթացքում դեմքի, բիւլ-ի տարբեր հատվածներում զարգանում է սահմանափակ այտուց: Մաշկի կամ բիւլ-ի գույնը չի փոխվում: Այտուցի հատվածում նկատվում է հյուսվածքների լարվածություն էլաստիկ կոնսիստենցիայի, սեղմելիս փոս չի մնում, շոշափումն անցավ:

Առավել հաճախ Կվինկեի այտուցը տեղակայվում է ստորին շրթունքին, կոպերին, լեզվին, այտերին, կոկորդին: Կոկորդի և լեզվի այտուցը կարող է բերել ասֆիքսիայի, որն իր հերթին առաջացնում է շնչառության խանգարում, զարգանում է աֆոնիա և լեզվի կապտություն:

Այտուցի տարածումը դեպի գլխուղեղ և ուղեղային թաղանթներ հանգեցնում է նյարդային խանգարումների (էպիլեպսիանման ցնցումների, աֆազիայի, հեմիպլեգիայի, և այլն):

Կվինկեի այտուցը կարող է պահպանվել մի քանի ժամ կամ օրեր, հետագայում առանց հետք թողնելով անհետանում, սակայն կարող է պարբերաբար կրկնվել: Այտուցը հազվադեպ է ուղեկցվում ցավային զգացումներով: Հաճախ երեխաները գանգատվում են հյուսվածքների լարվածության զգացումից:

#### **Տարբերակիչ ախտորոշում՝**

- Լիմֆոստազ
- Պերիօստիտի ժամանակ առաջացած կոլատերալ այտուց
- Մելկերսոն- Ռոզենտալի համախտանիշ

- Կարմիր քամի  
**Բուժում՝**

Ալերգենի հեռացում

- Հակահիստամինային դեղամիջոցներ (դիմեդրոլ, սուպրաստին, տավեգիլ, պառլազին, էրոլին, նիկսար և այլն/) ն/մ կամ ներքին ընդունման
- Վիտամինոթերապիա-ասկոռուտին
- Կոկորդի այտուցի դեպքում՝ ն/մ 25մգ պրեդնոզոլոնի հեմիսուկցինատ
- Զարկերակային ճնշման անկման դեպքում՝ ե/մ 0.1-0,5մլ 0, 1% ադրենալինի լուծույթ:

**Կանխարգելում՝**

Բացառել ալերգենի հետ շփումը:

### **Եղնջացան**

Մաշկի կամ լորձաթաղանթի շարակցական հյուսվածքի ժամանակավոր սահմանափակ այտուցն է: Բնորոշվում է մաշկին և բիւլ-ին արագ տարածվող եղնջացանով, որոնք առաջանում են միկրոցիրկուլյատոր հունի անոթների թափանցելիության բարձրացման արդյունքում և ուղեկցվում են շրջապատող հյուսվածքի այտուցով:

Եղնջայտուցն առաջանում է մաշկի և բիւլ-ի տարբեր հատվածներում անմիջապես և բիւլ-ին պահպանվում են 1-2ժամ: Կարող են տեղակայվել շրթունքներին, հազվադեպ այտերին: Ունեն կտրուկ սահմանափակ խմորանման (բլիթների) տեսք:

**Բուժում**

- Ալերգենի հեռացում
- Սպեցիֆիկ թերապիա
- Իմունոլոգիական թերապիա
- Պաթոգենետիկ թերապիա
- Միմպտոմատիկ թերապիա
- Տեղային հականեխիչ մշակումներ
- Դեսենսիբիլիզացնող դեղամիջոցներ
- Կերատոպլաստիկներ
- Ծանր դեպքերում՝ ե/մ 1մլ 0, 1% ադրենալինի լուծույթ:

### **Դեղորայքային ալերգիաներ, ֆիքսված և տարածուն տոքսիկո-ալերգիկ ստոմատիտներ**

Դեղորայքային ալերգիա կարող է առաջացնել յուրաքանչյուր դեղամիջոց, սակայն առավել հաճախ պատճառ են հանդիսանում հակաբիոտիկները, սուլֆանիլամիդները, անալգետիկները, բրոմիդները, նովոկայինը, յոդը և այլ դեղամիջոցներ: Ալերգիկ

ռեակցիայի զարգացման արագությունը և արտահայտվածության աստիճանը կախված է դեղամիջոցների ընդունման ձևից (առավել բարձր սենսիբիլիզացիայի վտանգ են հանդիսանում բիլ-ում կիրառվող ապլիկացիաները) և դեղամիջոցի բարձր դոզավորումից: Կարևորվում է երեխայի օրգանիզմի անհատական ռեակտիվականությունն, ընդհանուր սոմատիկ պաթոլոգիաները, դեղորայքային ալերգենի բնույթը:

Կլինիկական արտահայտությունը և ընթացքի ծանրությունը պայմանավորված է գերզգայունության որևէ ձևերի գերակշռումից (օր. անաֆիլակտիկ շոկ):

Բերանի խոռոչում կլինիկական արտահայտությունը բազմազան է: Կախված տեղակայումից տարբերում են ստոմատիտներ, խեյլիտներ, գլոսիտներ:

Ըստ բորբոքային ռեակցիայի արտահայտվածության աստիճանի՝ կատարալ, կատարալ-հեմոռագիկ, էրոզիվ-խոցային, խոցա-նեկրոտիկ ստոմատիտներ, խեյլիտներ, գլոսիտներ:

Ըստ ախտահարման տարածվածության աստիճանի՝ ֆիքսված և տարածուն դեղորայքային ստոմատիտներ:

Ըստ ընդհանուր ախտանշանների արտահայտվածության աստիճանի՝ թեթև, միջին ծանրության, ծանր և շատ ծանր:

Այն երեխաները, որոնց մոտ դեղորայքային ալերգիան ընթանում է ծանր և շատ ծանր ընթացքով, հոսպիտալացվում են մանկական հիվանդանոց:

### **Կատարալ և կատարալ-հեմոռագիկ ստոմատիտ, խեյլիտ, գլոսիտ**

Դեղորայքային ալերգիայի թեթև ձևերից է: Երեխաները գանգատվում են քորից, այրոցից, համային խանգարումներից, չորությունից, ցավերից սնունդ ընդունելիս:

Հիվանդ երեխաների 1/3-ի մոտ ախտահարումը լինում է մեկուսացված, սակայն բիլ-ի փոփոխությունները մեծամասամբ համակցվում են այլ օրգանների ախտահարումների հետ:

Բիլ-ի գննման ժամանակ նկատվում է տարածուն հիպերեմիա, լորձաթաղանթի այտուց, լեզվի կողմնային մակերեսին և այտերին ատամների արտատպվածքներ: Առկա է լեզվի թելանման պտկիկների խորը դեակվամացիա/լաքապատ լեզու/: Նկատվում է մանր կետային հեմոռագիաներ, բիլ-ի մեխանիկական զրգռումը ուղեկցվում է արյունահոսությամբ: Երեխաների ընդհանուր վիճակը խանգարված չէ:

#### **Տարբերակիչ ախտորոշում՝**

- Հիպովիտամինոզ C, B
- Ստամոքս-աղիքային տրակտի հիվանդություններ
- Ինֆեկցիոն հիվանդություններ
- Սնկային ախտահարումներ

#### **Բուժում**

### *Տեղային՝*

- Հականեխիչ ողողումներ
- Անզգայացնող դեղամիջոցներ
- Կերատոպլաստիկներ

### *Ընդհանուր՝*

- Դեղորայքի ընդունման դադարեցում կամ փոխարինում այլ դեղորայքով
- Հակահիստամինային դեղամիջոցներ (դիմեդրոլ, սուպրաստին, տավեգիլ, պառլագին, էրոլին, նիկսար և այլն) ն/մ կամ ներքին ընդունման
- Կալցիումի պրեպարատներ
- Խորհուրդ է տրվում ընդունել չգրգռող սնունդ և հեղուկների մեծ քանակ:

## **Էրոզիվ-խոցային ստոմատիտ, խելլիտ, գլոսիտ**

Հիվանդությունն ուղեկցվում է ցավերով, որոնք ուժեղանում են ուտելու և խոսելու ժամանակ: Այտուցված և հիպերեմիկ բիւլ-ին՝ քիմքի, լնդերի, շրթունքի, այտերի, լեզվի հատվածներին առաջանում են թափանցիկ պարունակությամբ բշտեր, որոնց բացվելուց հետո առաջանում են էրոզիաներ՝ ծածկված ֆիբրինային փառով:

Եզակի էրոզիաները կարող են միանալ առաջացնելով տարածուն էրոզիվ մակերեսներ: Ընդային պտկիկները հիպերեմիկ են, այտուցված, հեշտ արյունահոսում են: Նկատվում է հիպոսալիվացիա: Հիվանդները գանգատվում են բկանցքի շրջանում դիսկոմֆորտի զգացումից:

Երեխայի վիճակը կարող է վատանալ, առաջանում է թուլություն, ախորժակի իջեցում, մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 38°C: Ստորձնոտային լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են, շոշափելի ցավոտ: Հիվանդության ծանրության աստիճանը կախված է բիւլ-ի ախտաբանական փոփոխությունների տարածվածությունից և քրոնիկական ինֆեկցիոն օջախների առկայությունից:

### **Տարբերակիչ ախտորոշում՝**

- Սուր հերպետիկ ստոմատիտ
- Բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմա
- Բշտախտ

### **Բուժում**

- Դեղորայքի դադարեցում
- Հակահիստամինային դեղամիջոցներ
- Ծանր դեպքերում կորտիկոստերոիդներ

### *Տեղային բուժում*

- Անզգայացնող դեղամիջոցներ
- Հականեխիչ մշակումներ

- Պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներ
- Չգրգռող սնունդ և հեղուկների առատ ընդունում

### **Խոցա-նեկրոտիկ ստոմատիտ, խելյիտ, գլոսիտ**

Հիվանդությունը հազվադեպ է ընթանում միայն բիւլ-ին մեկուսացված: Հիմնականում զարգանում է ծանր ընդհանուր ալերգիկ ռեակցիաների ֆոնին, ախտահարվում են մաշկը, լորձաթաղանթները և ներքին օրգանները, զարգանում են սուր ձևով, օրգանիզմի ռեակտիվականության իջեցմամբ, որպես հիպերերգիկ ռեակցիա ֆուզոսպիրիլյար սիմբիոզի գերզգայունությանը:

Հիվանդությունն ընթանում է օրգանիզմի ընդհանուր վիճակի խանգարումներով: Երեխաները գանգատվում են ընդհանուր թուլությունից, գլխացավերից, ախորժակի կորուստից, բերանի խոռոչի ցավերից, որոնք ուժեղանում են սնունդ ընդունելու և խոսելու ժամանակ, բերանից տհաճ հոտի առկայությունից, հիպերսալիվացիայից, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումից:

Չննման ժամանակ երեխաներն աղինամիկ են, առկա է թքահոսություն, արտահայտված տհաճ հոտ բերանի խոռոչից (քաղցրահամ): Բիւլ-ն արտահայտված հիպերեմիկ և այտուցված, որոնց ֆոնին առկա են դեղնա-մոխրագույն նեկրոզի օջախներ: Միջատամնային պտկիկները մեռուկացված են, պահպանված լորձաթաղանթը ծածկված է գորշ-մոխրագույն ֆիբրինային փառով, որոնց հեռացումից հետո մերկանում է խոցոտված արյունահոսող մակերեսը:

Խոցա-նեկրոտիկ դեղորայքային ստոմատիտների ժամանակ բիւլ-ն ախտահարվում է լիովին (95% դեպքերում): Ենթաձնոտային լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են, շոշափելիս ցավոտ: Նշվում է պերիֆերիկ արյան մեջ փոփոխություններ՝ լեյկոցիտների քանակի բարձրացում, հիմնականում էոզինոֆիլների (12-15), ԷՆԱ-ն բարձրացած և այլն:

#### **Տարբերակիչ ախտորոշում՝**

- Վենսանի խոցա-նեկրոտիկ ստոմատիտ
- Արյան հիվանդությունների ժամանակ (լեյկոզ, ագրանուլոցիտոզ) բիւլ-ի խոցային ախտահարումներ
- Միրո-անոթային համակարգի հիվանդությունների ժամանակ առաջացած տրոֆիկ խոցեր:

#### **Բուժում՝**

##### *Ընդհանուր*

- Դեղորայքի ընդունման ընդհատում
- Հակահիստամնային դեղամիջոցներ
- Ծանր դեպքերում՝ կորտիկոստերոիդներ, հեմոդեզ, պոլիգլյուկին և այլն:

### *Տեղային՝*

- Անզգայացնող դեղամիջոցներ
- Հականեխիչ դեղամիջոցներ
- Պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներով մեռուկացած հյուսվացքների հեռացում
- Կերատոպլաստիկներ:

### **Ֆիքսված դեղորայքային ալերգիա**

Հիմնականում առաջանում են սուլֆանիլամիդների, բարբիտուրատների, տետրացիկլինի հանդեպ բարձր զգայունության հետևանքով: Առաջանում է օվալաձեղ կամ կլոր մինչեւ 1,5 սմ բծեր, որոնց կենտրոնում առաջանում է արագ բացվող բուշտ՝ ճային պարունակությամբ, այնուհետև իրար միաձուլվող էրոզիաներ:

Դեղորայքի ընդունման ընդհատումից հետո՝ 10օրվա ընթացքում, պրոցեսը վերանում է, սակայն կրկնակի օգտագործման դեպքում պրոցեսը կրկնվում է նույն հատվածում: Հիվանդությունն ուղեկցվում է այրոցի զգացումով:

### **Տարբերակիչ ախտորոշում՝**

- Բշտախտ
- Բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմա:

### **Տարածուն տոքսիկո-ալերգիկ ստոմատիտներ**

Հիմնականում առաջանում են հակաբիոտիկների ընդունումից և ունեն կլինիկական նշանների բազմազանություն: Երեխաները գանգատվում են քորից, այրոցից, բերանի չորությունից, ուտելու ժամանակ առաջացած ցավերից:

Բիոմիցինի, սպրեպտոմիցինի, պենիցիլինի ընդունումից հետո դիտարկվում է բիւլ-ի գերարյունություն, այտուց, կատարալ գինգիվիտի երևույթներ: Կարող է առաջանալ «պենիցիլինային լեզու», նմանատիպ փոփոխություններ նկատվում են նաև շրթունքի վրա: Բիւլ-ին կարող են առաջանալ բշտիկներ, որոնց բացվելուց հետո կառաջանան էրոզիաներ:

Տետրացիկլինային շարքի հակաբիոտիկների ընդունումից հետո զարգանում է գլոսիտ, լեզուն ծածկվում է շագանակագույն փառով, բերանի անկյուններին՝ ճաքեր, էրոզիաներ:

Մինտոմիցինը, լևոմիցետինը և բիոմիցինը տոքսիկ ազդեցություն են ունենում ՄՍՏ-ի վրա, զարգանում է հիպոսալիվացիա, միկոտիկ ստոմատիտ, բկանցքում՝ անհարմարավետության զգացում:

### **Տարբերակիչ ախտորոշում՝**

- Կարմիր տափակ որքին

- Բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմա
- Համակարգային կարմիր գայլախտ
- Լայելի համախտանիշ:

#### **Բուժում՝**

- Դեղորայքի ընդունման դադարեցում կամ փոխարինում այլ դեղամիջոցների
- Երկրորդային ինֆեկցիայի կանխում
- Երեխայի իմունային կարգավիճակի ուսումնասիրություն:

### **Համակարգային տոքսիկո-ալերգիկ հիվանդություններ**

#### **Բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմա (ԲԷԷ)**

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և մաշկի բորբոքային հիվանդություն է, որը բնութագրվում է էլեմենտների պոլիմորֆիզմով (բիծ, բուշտ, եղնջացան): Հնարավոր է մաշկի կամ բ.խ.լ-ի իզոլացված ախտահարումներ, բայց ավելի հաճախ հանդիպում են համակցված ախտահարումներ:

Հիվանդությունը բնութագրվում է սուր սկզբով, կարող է տևել տարիներ, բնորոշ է սեզոնայնություն՝ սրացումները հիմնականում նկատվում են աշնան-ձմռան ամիսներին: Հիմնականում հանդիպում է 5 տարեկանից բարձր երեխաների մոտ:

#### **Էթիոլոգիա և պատոգենեզ**

Էթիոլոգիան մինչև վերջ պարզաբանված չէ:

Ըստ էթիոլոգիայի տարբերում ենք հիվանդության 2 տեսակ՝

1ձև- իրական կամ իդեոպատիկ, ունի ինֆեկցիոն-ալերգիկ բնույթ

2 ձև- սիմպտոմատիկ կամ տոքսիկո-ալերգիկ

Էթիոլոգիական գործոններից կարևորվում է նաև

- Բակտերիալ ալերգիայի դերը, քանի որ երեխաների մեծամասնության մոտ հայտնաբերվել է սենսիբիլիզացիա ստաֆիլակոկերի և ստրեպտոկոկերի հանդեպ
- 30% հավանականությամբ հնարավոր է նաև վիրուսային վարակի դերը հիվանդության էթիոլոգիայում (հասարակ հերպես, կոկսակի վիրուս, ECHO): Նկարագրված են դեպքեր երբ ԲԷԷ առաջանում է քրոնիկ ռեցիդիվող հերպետիկ ինֆեկցիա ունեցող երեխաների մոտ (հետհերպետիկ ԲԷԷ):

Օրգանիզմի սենսիբիլիզացիայի պատճառ հանդիսանում են քրոնիկ ինֆեկցիայի օջախները: ԲԷԷ սրացումները նկատվում են օրգանիզմի ռեակտիվականության իջեցման պատճառով (հիպովիտամինոզների, գերսառեցման, վիրուսային ինֆեկցիաների, սթրեսի հետևանքով):

ԲԷԷ սիմպտոմատիկ ձևը ունի տոքսիկո-ալերգիկ ձևին բնորոշ կլինիկական պատկեր, բայց ըստ էության դա օրգանիզմի հիպերերգիկ ռեակցիան է դեղորայքի հանդեպ (անտիբիոտիկներ, սալիցիլատներ, ապիդոպիրին և այլն):

**Կլինիկա.** Հիվանդությունը սկսվում է սուր, նկատվում է թուլություն, դող, ջերմության բարձրացում մինչև 38°C և բարձր, երեխաները գանգատվում են գլխացավից, ցավերից մկաններում և հոդերում, 1-2 օրից նախաբազկին, դաստակին, դեմքին, պարանոցին առաջանում են կապտա-կարմրավուն բծեր, որոնք ավելի բարձր են հարակից մաշկից: Կենտրոնական մասը ներհրված է և ունի ավելի կապտավուն երանգ, պերիֆերիկ հատվածը պահպանում է կարմրա-վարդագույն երանգը (կոկարդներ): Ավելի ուշ կենտրոնական մասում հայտվում է սուբէպիթելյար բուշտ լցված սերոզ կամ հեմոռագիկ պարունակությամբ: Մաշկային էլեմենտների առաջացումն ուղեկցվում է քորով և այրոցի զգացողությամբ:

Բերանի խոռոչում հաճախ ախտահարվում են շրթունքների, այտերի, բ.խ. հատակի, լեզվի, փափուկ քիմքի լորձաթաղանթները: Նկատվում է լորձաթաղանթի տարածուն հիպերեմիա և այտուց, սուբէպիթելյար բշտերի առաջացում: Էլեմենտները ցավոտ են նույնիսկ հանգստի դեպքում, իսկ լեզվի կամ շրթունքների շարժման դեպքում ցավը կտրուկ ուժեղանում է, ինչը դժվարեցնում է սննդի ընդունումը: Բշտերն արագ բացվում են, առաջացնելով ցավոտ էրոզիաներ՝ պատված ֆիբրինոզ փառով: Շրթունքի կարմիր երիզին տեղակայված էրոզիաները կարող են միաձուլվել առաջացնելով բավականին մեծ էրոզիվ մակերեսներ: Նիկոլսկու սիմպտոմը բացասական է (էրոզիայի եզրի էպիթելը ձգելիս այն չի շերտազատվում): Հնարավոր է էրոզիաների երկրորդային ինֆեկցում:

Երեխաների մոտ նկատվում է նաև հիպերսալիվացիա, քաղցրավուն համ բերանի խոռոչից, ենթաստործնոտային ավշահանգույցների լիմֆադենիտ:

Լինդը , որպես կանոն, պրոցեսի մեջ չի մտնում: Բերանի խոռոչի վատ հիգիենան, կարիոզ խոռոչների առկայությունը ծանրացնում են ԲԷԷ ընթացքը:

Պերիֆերիկ արյան պատկերում նկատվում է լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ բարձրացում:

ԲԷԷ ինֆեկցիոն-ալերգիկ ձևին բնորոշ է երկարատև ռեցիդիվող ընթացք: Մրացումներն նկատվում են աշնան-ձմռան ամիսներին: Ռեմիսիայի շրջանում մաշկի և լ-թի վրա փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում:

ԲԷԷ տոքսիկո-ալերգիկ ձևը սրանում է դեղորայքային ալերգենի հետ կոնտակտի հետևանքով: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ԲԷԷ երեխաների մոտ նկատվում է արտահայտված T բջջային իմունոդեֆիցիտ: Էտակրիդինի և Դեկարիսի համակցված օգտագործումը լավ թերապևտիկ էֆեկտ է տալիս:

### **Ախտորոշում՝**

- Անամնեզ
- Կլինիկական պատկեր
- Ցիտոլոգիական հետազոտություն (հայտնաբերվում է սուր ոչ սպեցեֆիկ բորբոքման բնորոշ նշաններ)

- Հիստոլոգիական հետազոտություն (բշտերի սուբէպիթէլյար տեղակայում, ականտոլիզի բացակայություն)

**Տարբերակիչ ախտորոշում**

- Ականտոլիտիկ և ոչ ականտոլիտիկ բշտախտ
- ՍՀՍ
- Երկրորդային սիֆիլիս

**Ստիվենս-Ջոնսոնի Սինդրոմ**

ԲԷԷ ծանր ձևն է ,որը ուղեկցվում է օրգանիզմի ընդհանուր վիճակի վատացմամբ : Ընթանում է մաշկի, բ.խ.լ-թ, աչքի (երկողմանի կոնյուկտիվիտ, կերատիտ), քթի (ռինիտ, քթային արյունահոսություն), սեռական օրգանների և-թ ախտահարումներով:

Հիվանդությունը սկսվում է սուր, բարձր ջերմությամբ և հոդացավերով:

Ընդհանուր վիճակի վատացմանը զուգահեռ շրթունքների, այտերի և-թ, լեզվին, փափուկ քիմքին, բկանցքին, քմային աղեղներին, մաշկին առաջանում են բշտեր, որոնք բացվում են առաջացնելով ցավոտ էրոզիաներ: Էրոզիաների միաձուլումից առաջանում են ցավոտ, էրոզիվ մակերեսներ: Էրոզիաները ծածկվում են ֆիբրինոզ փառով: Շրթունքների և լեզվի գեներալիզացված ախտահարման դեպքում երեխաները հրաժարվում են սննդից, ինչը բերում է օրգանիզմի հյուսման:

**Տարբերակիչ ախտորոշում**

- Բշտախտ
- Կանդիդոզ
- Դյուրինգի դերմատիտ
- Սուր կարմիր գայլախտ

*Հյուսվածքաբանություն.* Հայտնաբերվում է սպոնգիոզ, ներբջջային այտուց, բշտերը ենթաէպիթելյար են: Շարակցական հյուսվածքում նույնպես նկատվում է այտուց, անոթների շուրջ բորբոքային ինֆիլտրատի առկայություն:

**Բուժումը** և ԲԷԷ, և Ստիվենս-Ջոնսոնի սինդրոմի դեպքում ընդհանուր է և տեղային:

*Ընդհանուր բուժում*

1. Դեանսիբիլիզացնող դեղամիջոցներ (Դիմեդրոլ, Սուպրաստին, Տավեգիլ, Ֆենկարոլ, Կլարիտին)
2. Հակաբորբոքային դեղամիջոցներ (սալիցիլատներ)
3. Վիտամինոթերապիա (Vit B)
4. Կալցիումի պրեպարատներ
5. Էտակրիդին լակտատ և Լևամիզոլ
6. Կորտիկոստերոիդներ 20-30մգ (60-80մգ Ստիվենս-Ջոնսոնի սինդրոմի դեպքում)
7. Դետօքսիկացիոն թերապիա

*Տեղային բուժուհի*-ուղղված է բորբոքման և այտուցի վերացմանը, էպիթելիզացիայի պրոցեսների արագացմանը:

1. Անզգայացնող դեղամիջոցներ (Տրիմեկային, Լիդոկային)
2. Անտիսեպտիկ պրեպարատներ (Ֆուրացիլին, Քլորամին և այլն)
3. Պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներ (Տրիպսին, Քեմոտրիպսին)
4. Կերատոպլաստիկներ (Չիչխանի յուղ)

Ռեմիսիայի շրջանում պետք է կատարվի բերանի խոռոչի սանացիա:

### **Լայելի հիվանդություն**

Հիվանդությունը հանդիսանում է տոքսիկո-ալերգիկ ռեակցիայի ծանր ձևը: Բնութագրվում է ընդհանուր վիճակի վատացման ֆոնի վրա մաշկի և լորձաթաղանթի ծանր ախտահարմամբ: Հիվանդությունն ավելի հաճախ առաջանում է դեղորայքի ընդունումից հետո (յոդ,անտիբիոտիկ, բրոմ և այլն), ուստի համարվում է տոքսիկո-ալերգիկ սինդրոմ, նախորդող սենսիբիլիզացիայի հետևանքով առաջացած ալերգիկ ռեակցիա:

#### **Կլինիկա**

- Հիվանդությունը սկսվում է սուր, ջերմության բարձրացումով մինչև 38-41C, ինքնազգացողության կտրուկ վատացմամբ:
- Մաշկի վրա առաջանում են խոշոր երիթեմաներ (ափի մեծության)
- Լորձաթաղանթին հայտնվում են հիպերեմիկ բծեր, որոնք տեղակայվում են լեզվին, լնդերին, շրթունքներին: Երբեմն ախտահարումը կրում է դիֆուզ բնույթ:
- 2-3 օրից երիթեմայի կենտրոնում հայտնվում է բուշտ, նկատվում է էպիթելի և էպիդերմիսի շերտազատում: Ախտահարումը հիշեցնում է 2-3 աստիճանի այրվածքի պատկեր:
- Բերանի խոռոչի լ-թին և մաշկին առաջանում են մեծածավալ, ցավոտ, դիպչելիս արյունահոսող էրոզիաներ
- Նիկոլսկու սիմպտոմը դրական է
- Ցիտոլոգիական հետազոտության ժամանակ ականտոլիտիկ բջիջներ չեն հայտնաբերվում:
- Երեխայի ընդհանուր վիճակը ծանր է (ջերմության բարձրացում, քնկոտություն, գլխացավ, օրգանիզմի ջրազրկման նշաններ):
- Հնարավոր է ներքին օրգանների և ՆՀ դիստրոֆիկ փոփոխությունների զարգացում:

*Հիստոլոգիա.* Հիվանդության զարգացման հիմքում ընկած է էպիթելի և էպիդերմիսի մակերեսային շերտերի նեկրոզ, մալպիգյան շերտի այտուց, միջբջջային կապերի խախտում, ինտրա- և սուբէպիթելյար բշտերի առաջացում:

### **Տարբերակիչ ախտորոշում**

- ԲԷԷ
- Բշտախտ

### **Բուժումը**

Բուժումը կատարվում ստացիոնարում:

Դադարեցվում է պատճառ հանդիսացող դեղորայքի ընդունումը: Նշանակվում են՝

- Դեսենսիբիլիզացնող դեղամիջոցներ (Դիմեդրոլ, Սուպրաստին, Տավեգիլ)
- ԳԿՍ
- Դետոքսիկացնող թերապիա (30% թիոսուլֆատի 1-թ, 10% Կալցիումի քլորիդի 1-թ և այլն)
- Հեմոդեզ, Vit C և P
- բարձր կալորիականություն ունեցող սնունդ (ալերգիկ մթերքների բացառում):

*Տեղային բուժումը* ենթադրում է տեղային ցավազրկող միջոցների օգտագործում, անտիսեպտիկ մշակում, նեկրոզված հյուսվածքների հեռացում պրոտոկոլիտիկ ֆերմենտների միջոցով, կերատոպլաստիկներ:

Հիվանդության ելքը կախված է նրանից թե երբ է սկսվել բուժումը, 30% դեպքերում հնարավոր է լետալ ելք:

## **Քրոնիկ ռեցիդիվող աֆտոզ ստոմատիտ**

Stomatitis aphtosa chronica recidiva

Համարվում է բակտերիալ ալերգիայով պայմանավորված հիվանդություն Ալերգիայի աղբյուր են հանդիսանում քրոնիկ ինֆեկցիայի օջախները. ատամներում, պարօդոնտում, հայմոռյան ծոցերում: Պաթոգենեզում՝ օրգանիզմի ռեակտիվականության փոփոխություն, սենսիբիլիզացիա՝ հատկապես ստաֆիլոկոկերի, ստրեպտոկոկերի և աղիքային ցուպիկի նկատմամբ: Արյան մեջ նկատվում է T սուպրեսորների ավելացում և որպես հետևանք T հելպերների քանակի քչացում, B լիմֆոցիտների քանակի և Ig G բարձրացում: Փոփոխվում է նաև հումորալ և բջջային իմուն օղակները՝ լիզոցիմի քանակի քչացում, B լիզինների շատացում, կոմպլեմենտի համակարգի C3, C4 ֆրակցիաների քանակի քչացում և շատացում C5 ֆրակցիայի: Բերանային հեղուկում

նկատվում է սեկրետոր և շճային Ig A քանակի իջեցում, որպես հետևանք լորձաթաղանթի պաշտպանական ֆունկցիայի թուլացում: Այս ֆոնի ներքո տեղի է ունենում բերանի խոռոչի միկրոֆլորայի վերափոխում դեպի ավելի ագրեսիվ և ոչ բնորոշ տեսակների առաջացման, ինչը իր հերթին սկիզբ է տալիս արատավոր օղակի առաջացմանը

Հիվանդության զարգացումը կապված է նաեվ խաչաձեվ իմունային ռեակցիայի առկայությամբ. Ստրեպտոկոկերը ունեն անտիգենային նմանություն բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բջիջների հետ, որի պատճառով խանգարվում է նրանց ադեկվատ ճանաչումը լիմֆոցիտների կողմից, խթանելով ցիտոտոքսիկության ռեակցիան

Հուսվածաբանորեն նկարագրվում է ֆիբրինա-մեռուկային ախտահարում էպիթելի ալտուցով եվ էրոզիաներով:

Հիվանդության **կլինիկայում** տարանջատում են 3 շրջան.

1. Պրոդրոմալ
2. Աֆտայի զարգացման
3. Հանգչման

#### **Պրոդրոմալ շրջանում**

- ⊗ երեխան մատնանշում է ապագա ախտահարման տեղը
- ⊗ փոխվում է նրանց տրամադրություն
- ⊗ մաշկային ծածկույթները գունատ են
- ⊗ լնդերը փուխր, ալտուցված

#### **Երկրորդ շրջանում**

- ⊗ առաջանում է բշտիկ, որն արագ պայթում է:
- ⊗ Աֆտայի առաջացման հատվածը հիպերեմիկ է
- ⊗ Կենտրոնում զարգանում է սպիտակ գլխիկ՝ էպիթելի մեռուկի օջախ, որը խիստ ցավոտ է
- ⊗ Առաջացած աֆտան կլորավում կամ ձվաձեվ է, հստակ սահմանափակված է գրանուլյացիաների երիզով
- ⊗ Ծածկված է տարբեր աստիճանի հաստություն ունեցող ֆիբրինային փառով
  - Ուղեկցվում է ռեզիոնար լիմֆադենիտով և ջերմության բարձրացմամբ

Տարբերում ենք ծանրության 3 աստիճան

1. թեթև ձև - 1,2 ախտահարման օջախ հիվանդությունը 2 տարում 1 անգամ
2. Միջին ձև - 5,6 ախտահարման օջախ, հիվանդությունը 2 անգամ 1 տարում
3. Ծանր ձև - 6 ից բարձր ախտահարման օջախ, հիվանդությունը 2 անգամից ավել 1 տարում

Աֆտայի սիրված տեղակայումն է

- Բերանի նախադռային հատվածները
- Շրթունքները
- Անցման ծայքերը
- Լեզվի կողմնային մակերեսները

ԽՌԱՍ ասոցիատիվ հիվանդությունների հանդիպման հաճախականությունը

- Աղեստամոքսային ուղու, լյարդի և լեղատար ուղիների բորբոքային հիվանդություններ
- ալերգիկ հիվանդություններ
- ԼՈՌ օրգանների հիվանդություններ
- 50 % դեպքերում երեխաների մոտ հայտնաբերվում է լյամբլաներ

**Տարբերկիչ ախտորոշումը** տարվում է

- Տրավմատիկ և հերպես ասոցիատիվ ստոմատիտների հետ
- Վենսանի խոցամեռուկային ստոմատիտից
- Լորտ-Խակոբայի բուլյոզ դերմատիտից
- սիֆիլիտիկ պապուլաներից

### **Մետոնի աֆտաներ**

*Aphtae Suttoni*

Վերջին տարիներին կլինիկական արտահայտումը բաժանվել է 3 տեսակի

- Եզակի աֆտաների զարգացում ամիսը 1-3 անգամ
- Բազմակի աֆտաների զարգացում, որոնք փոխարինում են միմյանց մինչև վաղացումը
- Սպիացող աֆտաների զարգացում առանց պերիադենիտի նշանների

Այդ կլինիկական տեսակները կարող են փոխարինել միմյանց նույն հիվանդի մոտ

Բոլոր տեսակների համար կլինիկական պատկերը բնորոշ է.

- Առաջանում են ցավոտ, հիպերեմիկ օջախներ
- Նեկրոզի հատվածը մեծանում է եվ խորանում, ստանալով խառնարա-նանման տեսք
- Ծածկված է գորշավուն փառով
- Հետզհետե տափակում է, լցվելով գրանուլյացիոն հյուսվածքով
- Լավանալուց հետո մնում է սպի

*Հյուսվածաբանորեն* դիտվում է հյուսվածքների մեռուկ բազալ թիթեղի քայքայումով, բուն լորձաթաղանթում՝ բորբոքման երեվույթներ

**Բուժում**

### **Ընդհանուր.**

- ☺ինֆեկցիայի և թունավորման օջախի հեռացում
- ☺աղեստամոքսային ուղու ֆունկցիայի նորմալացում
- ☺սպեցիֆիկ և ոչսպեցիֆիկ հիպոսենսի-բիլիզացիա
- ☺Իմունոկարգավորում
- ☺սեղատիվ թերապիա
- ☺ռացիոնալ սնուցում
- ☺վիտամինոթերապիա

### **Տեղային**

- ☺Անզգայացում
- ☺հակասեպտիկ և հակաբորբոքային թերապիա
  - ☺ Բուժիչ թաղանթների կիրառում
  - ☺ Կորտիկոստերոիդների օգտագործում
  - ☺ Կերատոպլաստիկներ
  - ☺ Բերանի խոռոչի սանացիա
  - ☺ Դիսպանսեր հսկողություն
  - ☺ Մետաբոլիզմը խթանող միջոցներ-կալցիումի պանտոտենատ, ռիբոֆլավին, կալիումի օրոտատ,վիտամին B12, ֆոլաթթու Եթ-բջջային իմունիտետի բարձրացման համար
  - ☺ Իմունոկարգավորում- թիմոզեն, հիստոգլոբուլին լևամիզոլ/դեկարիս-բավականին էֆեկտիվ պրեպարատ է,համարվում է իմունոմոդուլյատոր T լիմֆոցիտների նկատմամբ,ինչպես նաև կարող է ուժեղացնել թույլ բջջային կամ թուլացնել ուժեղ բջջային իմուն պատասխանը և ազդեցություն չունենալ նորմալ պատասխանի վրա
  - ☺ Ժամանակակից բուժումը հիմնված է կոմբինացված մեթոդի վրա ,ինչը ենթադրում է դեկարիսի ,գամա գլոբուլինի և ասկորբինաթթվի զուգակցում և ռեմիսիայի բավականին երկարեցում

### **Bechet համախտանիշ**

- Նկարագրվել է 1937թ.
- Արտահայտվում է ախտանիշների եռյակով.
- Բերանի խոռոչի
- Սեռական օրգանների
- Ակնագունդի ախտահարումներով

1941թ. Touraine նկարագրել է նմանաձեով ախտահարում, որը զուգորդվում էր մարսողական համակարգի ախտահարումով եվ առաջարկեց անվանել այն մեծ աֆտոզ:

- Բուժման մեջ անհրաժեշտ է ներգրավել բջջաքայքայող նյութեր (օրինակ, կոլիսիցինը)

## ՎԻՏԱՄԻՆՆԵՐ

**Վիտամինները՝** կենսաբանական ակտիվ նյութերն են, որոնք սպիտակուցների, լիպիդների և ածխաջրատների հետ կարևոր են մարդու օրգանիզմի նորմալ կենսունակության համար:

Վիտամինները հանդիսանում են կենսաբանական կատալիզատորներ, որոնք փոխազդում են ֆերմենտների և հորմոնների հետ, մտնում են մի շարք ֆերմենտների կազմի մեջ կոֆակտորների տեսքով, կամ մասնակցում են դրանց սինտեզում: Վիտամինների պակասը կարող է հանգեցնել օրգանիզմում նյութափոխանակությունը կարգավորող ֆերմենտների և հորմոնների առաջացման խանգարումների:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը շատ զգայուն է վիտամինների պակասի նկատմամբ: Դրանց անբավարարությունը իջեցնում է ԲՄԼ ռեզիստենտականությունը տրավմանների, մանրէների ազդեցության նկատմամբ, դանդաղում են ռեզեներացիայի հատկությունները:

Մարդու օրգանիզմ վիտամինների ներմուծման հիմնական աղբյուրն է սննդամթերքը: Ուստի կարևոր է ոչ միայն սննդի հետ ներմուծվող վիտամինների քանակը, այլ նաև սննդի որակական կազմը: Օրինակ, ածխաջրերով հարուստ սնունդ ընդունելու դեպքում, բարձրանում է B<sub>1</sub> վիտամինի անհրաժեշտ քանակը, իսկ սպիտակուցների անբավարարության դեպքում նվազում է B<sub>2</sub>-ի, նիկոտինաթթվի և ասկորբինաթթվի յուրացումը:

**Հիպովիտամինոզը կարող է լինել առաջնային (էկզոգեն),** պայմանավորված սննդակարգում վիտամինների քիչ քանակով կամ միանման անբավարար կամ չբալանսավորված սնունդով: **Երկրորդային վիտամինային անբավարարությունը (էնդոգեն)** զարգանում է աղեստամոքսային ուղու հիվանդությունների ժամանակ, երբ խանգարվում է սննդանյութերի ներծծումն, այդ թվում նաև վիտամինների, օրինակ լյարդի, աղիների հիվանդությունների, կամ էնդոկրին համակարգի խանգարումների ժամանակ: Հարկ է առանձնացնել այն դեպքերը, երբ վիտամինային անբավարարությունը զարգանում է վիտամինների նորմալ քանակի ընդունման ժամանակ: Դրանք կարող են առաջանալ շրջակա միջավայրի բարձր կամ ցածր ջերմաստիճանների ազդեցության տակ, մեծ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության, հոգեհուզական լարվածության, թթվածնային քաղցի ժամանակ: Հղիության և կրծքով կերակրման ժամանակ բարձրանում է ասկորբինաթթվի, պիրիդոքսինի, ֆոլաթթվի, կալցիումի-և տոկոֆերոլի անհրաժեշտությունը:

Մետաբոլիզմի ընթացքում վիտամինների մեծամասնությունը սերտ կապված են իրար հետ: Այժմ համարվում է, որ մեկ տեսակի վիտամինի մեկուսացված անբավարարություն գործնականապես չի լինում: Որոշված է, որ ասկորբինաթթվի ընդունման քանակի բարձրանալու ժամանակ, B2վիտամինի անհրաժեշտությունն իջնում է, իսկ հյուսվածքներում դրա նվազման պայմաններում նվազում է նաև C և B<sub>1</sub> –ի քանակությունները: Հայտնի է ասկորբինաթթվի և թիամինի, ֆոլաթթվի և B<sub>1</sub>, B2վիտամինների; թիամինի, ռիբոֆլավինի և պիրիդոքսինի, ռիբոֆլավինի, ռետինոլի և պանտոթենաթթվի, նիկոտինաթթվի և ռիբոֆլավինի յուրացման արտահայտված փոխկապվածությունը: Գույություն ունի նաև որոշ վիտամինային պրեպարատների անհամատեղելիությունը: Այսպես, չի թույլատրվում մեկ ներարկիչում խառնել նիկոտինաթթուն և թիամինը, պիրիդոքսինը և ցիանկոբալամինը; թիամինը ցիանկոբալամինի և պիրիդոքսինի հետ, ասկորբինաթթուն ցիանկոբալամինի հետ, քանի որ խառնվելիս դրանք կարող են ինակտիվացնել իրար, կամ ուժեղացնել գերզգայություն առաջացնելու միմյանց ունակությունները:

### **Բերանի խոռոչի հիպովիտամինոզների ախտանիշներ**

#### **• Ռետինոլի անբավարարություն**

A վիտամինի կարևոր ֆունկցիաներից մեկն է էպիթելի բջիջների (այդ թվում բիլ էպիթելի) տարբերակման և եղջրացման պրոցեսների կանոնակարգումը: Էպիթելիալ հյուսվածքի շրջանառության պրոցեսների նորմալացման մեջ նրա մասնակցությունը՝ օրգանիզմում հիմնական ֆիզիոլոգիական ֆունկցիան է: Ռետինոլը ունակ է վերականգնել ոչ միայն էպիթելի կառուցվածքային ամբողջականությունը, այլ նաև շարակցական հյուսվածքի, առաջացնելով կոլագենային և էլաստիկ թելերի հաստացում:

**A-հիպովիտամինոզը** կարող է դիտվել սննդի հետ քիչ ընդունելու ժամանակ, ինչպես նաև լյարդի և աղիների հիվանդությունների դեպքում՝ նրա սինթեզի խանգարման հետևանքով: Հայտնի է ռետինոլի և K վիտամինի անտագոնիզմը:

A վիտամինի անբավարարությունը բերում է էպիթելի զգալի փոփոխությունների՝ ատրոֆիայի և եղջրացման խանգարումների արդյունքում նվազում են մաշկի և բիլ պաշտպանողական հատկությունները: ԲԽԼ վրա արտահայտվում է՝

- 1) չորությունով
- 2) եղջրացման պրոցեսների գերակշռումով (հիպերկերատոզ)
- 3) ատրոֆիկ երևույթներով
- 4) Էրոզիաներով և խոցերով
- 5) Լորձաթաղանթը կորցնում է փայլը, կարող են առաջանալ լեյկոպլակիայի նման սպիտակավում օջախներ:
- 6) Թքագեղձերի ֆունկցիաների խանգարում – թքարտադրության նվազում:

*Հյուսվածաբանորեն* դիտվում է էպիթելի մետապլազիա, փշաձև շերտի բջիջների փոխարինում եղջերային բջիջներով:

### **Բուժում**

Նշանակում են ռետինոլը բուժող չափաբաժիններով՝ օրական 10 000- 25 000 ME: Բարձր դեղաչափերն անհրաժեշտ է կիրառել բժշկի հսկողության տակ, քանի որ հնարավոր է հիպերվիտամինոզի զարգացումը, որն արտահայտվում է քնկոտությամբ, թուլությամբ, գլխացավով, դեմքի հիպերեմիայով և մաշկի թեփոթությունով: Խորհուրդ է տրվում կիրառել դրաժեի տեսքով, ինչպես նաև E վիտամինի հետ համակցված (աեվիտ):

Ստոմատոլոգիայում A վիտամինը լայն կիրառվում է որպես էպիթելիզացիան արագացնող միջոց բխլ էրոզիաների և խոցերի ժամանակ, հիերկերատոզների բուժման համար (լեյկոպլակիա, կարմիր տափակ որքին) և բխլ չորությունը նվազեցնելու համար: Նշանակում են 3300 ME օրական 1-2 անգամ սնունդ ընդունելուց հետո հաբերի կամ դրաժեի տեսքով; 3,44 % ռետինոլի ացետատի կամ 5,5 % ռետինոլի պալմիտատի յուղային լուծույթը 8-10 կաթիլ օրը 2 անգամ, բուժման տևողությունը՝ 1,5- 2 ամիս: Յուղային լուծույթները ցուցված են բխլ խոցային- էրոզիվ ախտահարումների ժամանակ էպիթելիզացիան արագացնելու համար, որպես կերատոպլաստիկ նյութ:

- ***Հիպովիտամինոզ B<sub>1</sub> (թիամինի անբավարարություն)***

B<sub>1</sub> վիտամինն ունի կարևոր դեր ածխաջրատային փոխանակության մեջ, իրականացնելով ֆոսֆորիլիզացման ռեակցիան: Թիամինի անբավարարությունը նպաստում է ածխաջրերի ոչլիարժեք այրմանը և օրգանիզմում պիրոխաղողաթթվի և կաթնաթթվի քանակությունների բաձրացմանը, ինչն անբարենպաստ է անրադառնում նյարդային և սիրթանոթային համակարգերի ֆունկցիաների վրա: Մասնակցում է սպիտակուցային փոխանակության մեջ: Վիտամին B<sub>1</sub>-ի թիամինիլֆոսֆատ ածանցյալը մտնում է կետոթթուներից CO<sub>2</sub> անջատման կատալիզատոր հանդիսացող կոկարբոքսիլազ ֆերմենտի կազմի մեջ:

Վիտամին B<sub>1</sub>-ի անբավարարության էնդոգեն ձևը զարգանում է քրոնիկ հիվանդությունների ժամանակ՝ ԱՍՏ-ի, լյարդի, դիաբետների, ներխտների, ալկոհոլիզմի: Գոյություն ունի թիամինի անտագոնիզմը նիկոտինաթթվի հետ:

Վիտամին B<sub>1</sub>-ի անբավարարության ժամանակ առաջանում է բերի-բերի հիվանդությունը, որը բնութագրվում է նյարդային և սիրթանոթային համակարգերի խանգարումներով: Հնարավոր են տարբեր աստիճանի ֆունկցիոնալ խանգարումներ՝ պարեսթեզիաներ, ներոտիկ վիճակներ, քնի խանգարումներ, թուլություն, քաշի նվազում, լարվածություն շրջապատի հանդեպ: Հնարավոր է բխլ ալերգիկ ռեակցիաներ: Ուղեկցվում է լեզվի պտկիկների հիպերպլազիայով:

Կարող են հանդիպել Բ.Խ.Լ.-ի ալերգիկ ռեակցիաներ, Ս.Ա.Հ.-ի և Ա.Ս.Տ.-ի խանգարումներ (սրտխառնոց, փսխում, ախորժակի բացակայություն):

### **Բուժում**

Վիտամին **B1-ն** ունի դրական ազդեցություն եովորյակ նյարդի ներհտների և ներալգիաների բուժման ժամանակ, գոտևորող որքինի, բիլ պարեսթեզիաների, սնկային և դեղորայքային ստոմատիտների բուժման ժամանակ: Բուժական նպատակներով վիտամինը նշանակում են per os (ուտելուց հետո) կամ եթե առկա են ԱՍՏ հիվանդություններ ներարկումների (ներերակային կամ միջմկանային) տեսքով:

Բուժման համար կիրառվում են թիամին քլորիդի հաբեր 0,002, 0,005 և 0,01 գ, 2,5 % և 5 % լուծույթներ 1 մլ սրվակներով; թիամին բրոմիդի` հաբեր 0,00258, 0,00645 և 0,00129 գ, 3 % և 6 % լուծույթներ 1 մլ սրվակներով: Օրական բուժիչ դեղաչափերը կազմում են մեծահասակների համար 0,012 գ 1-3 (մինչև 5) անգամ: Բուժման ժամկետը` 30 օր: Աղիներում ներծծման խանգարումների ժամանակ ներարկում են մ/մ 0,025-0,05 գ թիամին քլորիդի (1 մլ 2,5 % կամ 5 % լուծույթ) կամ 0,03-0,06 գ թիամին բրոմիդի (1 մլ 3 % կամ 6 % լուծույթ): Նշանակում են կոկարբոքսիլազա 0,05 գ սրվակներով: Բուժման կուրսը` 10-15 ներարկում: Խորհուրդ չի տրվում միաժամանակ ներարկել B1, պիրիդոքսինի և ցիանկոբալամինի խառնուրդը, քանի որ վերջինս ուժեղացնում է թիամինի ալերգիզացնող հատկությունները, իսկ պիրիդոքսինը դժվարեցնում է B1 ձևափոխումը ալտիվ(ֆոսֆորիլացված) տեսակի: Արգելվում է մեկ ներարկչում խառնել թիամինը և նիկոտինաթթուն, քանի որ այն քայքայում է առաջինին:

#### **• Հիպովիտամինոզ B2 - ռիբոֆլավինի անբավարարություն**

Ռիբոֆլավինը մտնում է օքսիդա-վերականգնողական գործընթացներում մասնակցող բազմաթիվ ֆերմենտների պրոսթետիկ խմբերի կազմի մեջ: Մասնակցում է ածխաջրատային, լիպիդային և սպիտակուցային փոխանակությունում: Ռիբոֆլավինի էկզոգեն անբավարարությունը զարգանում է կենդանի սպիտակուցների, նիկոտինաթթվի անվարարար կիառման դեպքում, իսկ էնդոգենը` երկարատև անտիբիոտիկոթերապիայի, ադեստամոքսային տրակտի հիվանդությունների ժամանակ:

Ռիբոֆլավինի անբավարարությունն արտահայտվում է եռյակով (տրիադա)

- 1) Դերմատիտ
- 2) Խեյլիտ
- 3) Գլոսիտ

Դերմատիտը զարգանում է քիթ-շրթունքային ծալքերի, քթի թևերի և կոպերի շրջանում կարմրության, թեփոտման տեսքով, բերանի անկյուններում ճաքերի և կեղևների առաջացմամբ (զարգանում է անգույլար ստոմատիտ): Էպիթելը մացերացվում է,

հետագայում կեղևները պոկվում են և նրանց տեղում առաջացում են էրոզիա: Ճաքերը ցավոտ են, կարող են արյունահոսել:

Լեզվի փոփոխությունները սկսում են հիպերեմիայից, հետո պտկիկները սկսում են ենթարկվել ստրոֆիայի (մինչև ամբողջապես անհայտացում), լեզվի մեջքը դառնում է վառ կարմիր, հարթ, փայլուն և չոր: Այտերի և լեզվի լորձաթաղանթի վրա առաջանում են կերատոզի օջախներ:

Շրթունքի փոփոխությունները՝ ցավ, այրոց, որոնք ուժեղանում են խոսելուց և սնունդ ընդունելուց: Ջարգանում է բերանի չորություն:

Ռիբոֆլավինն ընտրողաբար ազդում է դեմքի մաշկային ծածկույթի, բիս և աչքի լորձաթաղանթի վրա: Անբավարարության դեպքում առաջին հերթին ախտահարվում են այդ հատվածները: B<sub>2</sub> –ը հարկավոր է նշանակել խելյիտների, գլոսիտների և անգուլյար ստոմատիտների ժամանակ:

Ախտորոշումը հաստատվում է արյան և մեզի բիոքիմիական անալիզով:

Բուժումը: Նշանակվում է ռիբոֆլավին ներքին ընդունման 0,005-0,01գ, օրական 3 անգամ (1-1,5 ամսվա ընթացքում)

• ***Հիպովիտամինոզ B<sub>6</sub>: Պիրիդոքսինի անբավարարություն***

Պիրիդոքսինը ակտիվ մասնակցում է ամինաթթուների (տրիպտոֆանի, մեթիոնինի, ցիստեինի, սերինի, գլուտամինաթթվի) փոխանակության պրոցեսում, լիպիդային փոխանակության մեջ, մասնավորապես կարգավորում է աթերոսկլերոզը: Վիտամինի անբավարարությունը զարգանում է աննդի մեջ նրա անբավարար քանակի պատճառով, ինչպես նաև աղիքային միկրոֆլորայի կողմից անբավարար սինթեզի հետևանքով (Էկզոգեն և Էնդոգեն): Էնդոգեն անբավարարության ձևավորմանը նպաստում են աղիքային ինֆեկցիաները, լյարդի հիվանդությունները, հղիների տոքսիկոզը, երկար անտիբիոտիկոթերապիան և այլն: Վիտամին B<sub>6</sub> անբավարարության ժամանակ խանգարվում է ԿՆՀ-ի և ԾՆՀ-ի ֆունկցիաները, առաջանում են քնկոտություն, բարձր զրգռականություն, հոգնածություն, ծայրամասային ներիտ, նեյրոդերմիտ, սեբորեային դերմատիտ:

Բ.Խ.-ում անգուլյար խելյիտ, ստոմատիտ, գլոսիտ: Լեզվի պտկիկները ենթարկվում են դեակվամացիայի, ստրոֆիայի, դառնում է ծալքավոր, առկա են համի աղավաղում և զգացողության իջեցում, կրկնվող գլոսալգիա:

**Բուժում:** Ստոմատոլոգիայում պիրիդոքսին հիդրոքլորիդը նշանակում են հաբերով ուտելուց հետո օրը 1-2 անգամ 0,002, 0,005 և 0,01 գ; մեծահասակներին՝ ն/ե, մ/մ,ե/մ 0,05-0,1գ (1 ամսվա ընթացքում):

- **Հիպովիտամինոզ B12 - ցինկոբալամինի անբավարարություն**

Ցիանկոբալամինը, որն անհրաժեշտ է էրիթրոցիտների հասունացման և նորմալ արնաստեղծման համար, հանդիսանում է նուկլեինաթթուների և նուկլեոտիդների սինթեզի ռեակցիաների կատալիզատոր: Վիտամինի ազդեցությունն իրականացվում է ֆոլաթթվի առկայությամբ, որը Վիտամին B12-ի ազդեցության ներքո փոխվում է ակտիվ ձևի և նպաստում նորմալ հեմոպոեզին: B12-ը և ֆոլաթթուն մասնակցում են հեմոգլոբինի սինթեզմանը:

Ցիանկոբալամինի անբավարարությունը զարգանում է մսա- և կաթնամթերքի սահմանափակ կիրառման դեպքում (բուսակերություն), էնդոգեն անբավարարությունը՝ ստամոքսի պատերում գաստրոմուկոպրոթեինի բացակայության կամ ադիներում սինթեզի խանգարման ժամանակ:

Ցիանկոբալամինի անբավարարության ժամանակ, բացի արյունաստեղծ ֆունկցիայի խանգարումներից, զարգանում է Ադիսոն - Բիրմերի չարորակ մեգալոբլաստիկ անեմիա: Բնորոշ են պերիֆերիկ նյարդերի ախտահարումներ (ներիտ, ներալգիա, լեզվի և բխլ պարեսթեզիա): Վաղ ախտահարումը՝ լեզվի այտուց, ծակծկոց, պարեսթեզիա, առաջնային և կողմնային մակերեսների հիպերեմիա՝ պտկիկների ատրոֆիայի ֆոնին – «полированный язык» - հղկված լեզու, հունտերյան լեզու, կամ Մելլեր-Չունտերի գլոսիտ: B9-ի անբավարարությունը բերում է էպիթելի չորություն և խոցանեկրոտիկ երևույթների:

**Բուժում.** Ադիսոն - Բիրմերի անեմիայի ժամանակ B12-ը ներարկում են մ/մ կամ ենթամաշկային 100-200 մկգ 2 օրը մեկ անգամ: Միաժամանակ նշանակում են ֆոլաթթու: Բուժման կուրսը՝ 20 օր: Ցիանկոբալամինը կիրառում են կանդիդոզների, տափակ կարմիր որքինի, Դյուրինգի դերմատիտի, գայլախտի ժամանակ: Արտադրվում է սրվակներով, որոնք պարունակում են 30, 100, 200 և 500 մկգ վիտամին:

Խորհուրդ չի տրվում մեկ ներարկիչում խառնել B12, B1, և B6 վիտամինները, քանի որ կոբալտի իոնը, որը պարունակվում է ցիանկոբալամինում, նպաստում է այդ վիտամինների քայքայմանը:

- **Նիկոտինաթթվի հիպովիտամինոզը**

Նպաստում է պելագրա հիվանդության զարգացմանը: Նիկոտինաթթուն հանդիսանում է սպեցիֆիկ հակապելագրային նյութ, այդ պատճառով այն նշում են որպես **PP վիտամին (предупреждающий пеллагру)**: Մասնակցում է նյութափոխանակությանը, անբավարարությունը զարգանում է սննդի հետ քիչ ընդունման դեպքում: Որոշակի դեր է խաղում նաև սննդում տրիպտոֆանի պակասը և ալկոհոլիզմը: հիպովիտամինոզի ժամանակ դիտվում է ախորժակի անկում, սրտխառնոց և դիարեա: Լեզուն մեծանում է, այտուցվում, պտկիկները սկզբից ենթարկվում են հիպերտրոֆիայի; մեջքը պատված է հաստ փառով, բաժանված է ակոսներով: Փառը սկսում է պոկվել, լեզուն այդ հատվածներում դառնում վառ-

կարմիր, փայլուն, խիստ ցավոտ: Չարգանում է բիլ հիպերեմիա և էրիթեմաներ մաշկի վրա: Հիվանդները բողոքում են թուլությունից, ապատիայից, հիշողության նվազումից, հոգնածության զգացողությունից:

Պելագրայի ժամանակ բնորոշ փոփոխություններն են.

- 1) Դեմենցիա – դրսևորվում է զանազան հոգեկան խանգարումներով
- 2) Դիարեա – բնորոշվում է ինտենսիվ հյուծող լուծով
- 3) Դերմատիտ – մաշկը դառնում է հիպերպիգմենտավորված, հատկապես այն հատվածներում, որոնք ենթարկվում են արևային ճառագայթմանը, հիպերեմիկ, չոր, թոշնած և թեփոտվող:

Լեզվի պտկիկներն ենթարկվում են ատրոֆիայի, լեզուն՝ լաքապատած, փայլուն, ալկարմիր, ցավոտ: Բ.Խ.Լ.-ը այտուցված, հիպերեմիկ, հիպերտրոֆիկ, առաջանում են բշտեր, որոնք բացվում են, առաջացնելով ցավոտ էրոզիաներ: Նշում են բերանի չորություն, համի խանգարում: Ներկայումս պարզվել է, որ պելագրայի զարգացման մեջ իր դերն ունի օրգանիզմ B1, B2 և B6 վիտամինների քիչ ներմուծումը:

PP վիտամինի անբավարարությունը հաստատվում է լաբորատոր քննությունների արդյունքներով:

**Բուժումը.** Նիկոտինամիդ կամ նիկոտինաթթու 0,05 գ per os օրը 2-3 անգամ (ուտելուց հետո) կամ պարենթերալ 1 մլ -1 % լուծույթը օրը 1-2 անգամ 15-20 օրվա ընթացքում: Միաժամանակ նշանակում են թիամին, ռիբոֆլավին, պիրիդոքսին, ինչպես նաև մեթիոնինով հարուստ սննդամթերք (կաթնաշոռ):

• ***Հիպովիտամինոզ C – Ասկորբինաթթվի անբավարարություն***

Օրական պահանջը կախված է ծանրաբեռնվածության աստիճանից եվ կազմում է 75-100մգ: Մարդու օրգանիզմը չի կարող ինքնուրույն սինթեզել ասկորբինաթթու, պահանջը բավարարվում է սննդի հետ ընդունելիս: Հիպովիտամինոզի զարգացման դեպքում տեղի է ունենում օքսիդա-վերագանգնողական ֆերմենտների համակարգի խանգարում, զգալի փոփոխություններ սպիտակուցային և ածխաջրատային փոխանակություններում, նվազում է օրգանիզմի ռեակտիվականությունը(նվազում է ֆագոցիտար ակտիվությունը, հակամարմինների առաջացումը), խանգարվում է կոլագենի սինթեզը և շարակցական հյուսվածքի հասունացումը, որն էլ առաջացնում է անոթների և հյուսվածքների թափանցելիության բարձրացում:

Էնդոգեն հիպովիտամինոզի զարգացմանը նպաստում են բարձր ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը, ինֆեկցիոն հիվանդությունները, գերսառեցումը, նյարդային լարվածությունը, հղիությունը, սպիտակուցների պակասը, ռետինոլի գերներմուծումը: Մեծ նշանակություն է տրվում մարսողական համակարգի վիճակին: Այդպես, ազատ ադաթթվի բացակայության դեպքում ասկորբինաթթուն քայքայվում է ավելի արագ, իսկ ադիններում բորբոքային երևույթների ժամանակ, այն վատ է ներծծվում:

Վիտամինի անբավարարության դեպքում, փոփոխություններին գումարվում են հեմորագիկ համախտանիշով և երկրորդային ինֆեկցիայով պայմանավորված բարդությունները: C-ավիտամինոզը զուգորդվում է թուլությունով, վատ ինքնազգացողությամբ, ախորժակի բացակայությունով, մարմնի զանգվածի նվազմամբ, ձկնամկանացավով: Մաշկը դառնում է մոգ, մելանինի կուտակման հետևանքով, չոր, հեշտ թեփոսվող:

C-Ավիտամինոզը միշտ արտահայտվում է բերանի խոռոչում: Մազանոթների թափանցելության կտրուկ աչի հետևանքով զարգանում է հեմորագիկ համախտանիշ՝ պետեխիալ արնազեղումներ բիւլ և ենթամաշկ, հողեր: Թափանցելությունը առավել կտրուկ է բարձրանում ասկորբինաթթվի և ռուտինի համակցված անբավարարության ժամանակ: Պետեխիաների հետ միաժամանակ բիւլ վնասված հատվածներում առաջանում են տարածուն արնազեղումներ: Արնազեղումների շրջանում հետագայում հնարավոր է խոցամեռուկային պրոցեսների զարգացում, նեկրոզի օջախները հիմնականում գտնվում են նշիկների և լնդեզրերի շրջանում:

Հիվանդության սկզբում նկատվում է լնդերի փխրունություն, արյունահոսություն, ցիանոզ: Գինգիվիտը հիմնականում դրսևորվում է հիպերպլաստիկ ձևով և երբեմն հասնում և ծածկում ատամի պսակային հատվածը: Ատամները խիստ շարժունակ են, հնարավոր է նրանց կորուստ:

Երկրորդային ինֆեկցիայի միացման ժամանակ առաջանում են խոցային գինգիվիտներ, որոնք ավարտվում են լնդերի նեկրոզով:

Տարբերակիչ ախտորոշում կատարում են հիպերտրոֆիկ գինգիվիտի, Վենսանի խոցանեկրոտիկ ստոմատիտի և լեյկոզի ժամանակ բ.խ.լ. փոփոխություններ:

Ախտորոշման համար որոշիչ դեր է խաղում անամները, լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքները, ցինգայի այլ կլինիկական արտահայտությունները:

Երեխաների մոտ C վիտամինի անբավարարության դեպքում զարգանում է Մելլեր-Բարլոուի հիվանդություն, մեծահասակների մոտ՝ ցինգա: Երեխաների մոտ առաջանում է հեմորագիկ դիաթեզ ատամների շրջանում, պետեխիալ արնազեղումներ, լնդերից արյունահոսություն, եզրային գինգիվիտ այտուցված արնահոսող լնդապտկիկներով:

Հիվանդությունը կարող է զարգանալ ծծկեր հասակի երեխաների մոտ՝ ստերիլիզացված կաթով կերակրելու դեպքում:

**Բուժում:** Նշանակվում է 0.1գ ասկորբինաթթու օրը 4-5 անգամ, կամ 1 - 3 մլ 5 % նատրիումի ասկորբինատի լուծույթը պարենտերալ: Միաժամանակ նպատակահարմար է նշանակել ռուտին՝ 50-100 մգ օրը 2-3 անգամ, պոլիվիտամինային պրեպարատներ, որոնք պարունակում են ասկորբինաթթու՝ ասկոռուտին, ասնիտին, ունդևիտ և այլն: Նշանակվում է հատուկ դիետա մրգերի և բանջարեղենի բարձր պարունակությամբ,

վիտամինակրիչների հյութեր և մզվածքներ: Արտահայտված արնահոսության դեպքում նշանակվում են  $\text{CaCl}_2$  և Vitamin K:

• **Հիպովիտամինոզ E- տոկոֆերոլի անբավարարություն**

Տոկոֆերոլը, հանդիսանալով բնական հակաօքսիդանտ, արգելակում է լիպիդների պերօքսիդային թթվայնացումը և օքսիդացման նյութերի օրգաններում և հյուսվածքներում: Մասնակցում է բջջային մետաբոլիզմի պրոցեսներում, ինչպես նաև հեմի և սպիտակուցների սինթեզին: Կարգավորում է անոթների պատերի թափանցելիությունը և ամրությունը (առաջին հերթին – լնդային մազանոթների): Վիտամին E-ի անբավարարության ժամանակ բարձրանում է մազանոթների թափանցելիությունը և փխրունությունը, տեղի են ունենում դեգեներատիվ փոփոխություններ նյարդային բջիջներում, կմախքային մկաններում, սրտամկանում, լյարդում դիտվում է ճարպային ինֆիլտրացիա:

**Բուժում:** Ստոմատոլոգիայում կիրառվում է պարօդոնտիտների բուժման համար, ներմուծվում է մ/մ կամ պարօդոնտալ վիրակապերով: ԲԽԼ հիվանդությունների բուժման ժամանակ օգտագործվում է որպես կերատոպլաստիկ նյութ, համակցելով տոկոֆերոլի ագետատը վիտամին A-ի հետ: Միջմկանային ներարկումների համար կիրառում են 5 %, 10 % կամ 30 % տոկոֆերոլի ագետատի յուղային լուծույթ՝ 50-100 մգ օրական 20-40 օրվա ընթացքում: Ներքին օգտագործման համար դեղաչափերը նույնն են՝ կիրառում են 50 % յուղային լուծույթը 0.1 և 0.2 մլ կապսուլաներում, որոնք համապատասխանաբար պարունակում են 0,05 և 0,1 գ տոկոֆերոլի ագետատ:

• **Հիպովիտամինոզ D**–ն կարող է զարգանալ վիտամինի ոչ ակտիվ ձևից ակտիվ ձևին անցման պրոցեսի խանգարման հետևանքով: Վիտամին D-ի անբավարարություն կարող է առաջանալ մաշկում նախավիտամին D-ից վիտամին D-ի փոխակերպման խանգարման հետևանքով, որի պատճառը երեխայի մոտ ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների դեֆիցիտն է:

**Անբավարարության նշաններն են.**

- Նյարդային համակարգի խանգարումներ – անհանգստություն, քնի խանգարում, վախկոտություն, , քնած ժամանակ ցնցումներ;
- քրտնարտադրության բարձրացում ծծկեր տարիքի երեխաների մոտ
- Երեխաների մոտ զարգանում են կայուն մացերացիաներ, ծոծրակային հատվածում մազաթափություն;
- Մեծ գաղթունի եզրերը փափուկ են, կրծքավանդակի ոսկրերի փափկացում (ռախիտի ախտանշաններ);
- Մկանների տոնուսի անկում;
- ֆիզիկական ունակությունների ձեռքբերման ուշացում

- Ատամների ուշացած ծկթում, ոսկրային միներալիզացիայի ուշացում:  
Վիտամին D-ի անբավարարությունը կլինիկական դրննորումներով նման է ռախիտանման հիվանդությունների, որոնք կապված են երիկամների և արտազատիչ համակարգի ֆունկցիաների խանգարումների հետ; հաճախ առաջանում են վարուսային և վալգուսային փոփոխություններ ստորին վերջույթներում:  
Բուժման համար կիրառվում են էրգոկալցիֆերոլի և խոլեկալցիֆերոլի սպիրտային և յուղային լուծույթները երեխաների տարիքին համապատասխան, ինչպես նաև խորհուրդ է տրվում երեխաներին պահել արևի ճառագայթների տակ (օրեկան 1 ժամից ոչ պակաս):

### ԱՏԱՄՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՀԱՍԱԿՈՒՄ

Ատամների վնասվածքը դա՛ ատամների և շրջակա հյուսվածքների անատոմիական ամբողջության խախտումն է, կամ ատամի դիրքի փոփոխությունը ատամնաշարում: Հանդիսանում է կարիեսից հետո ատամների կորուստի երկրորդ պատճառը:

Սուր վնասվածքները զարգանում են մեկանգամյա ազդող գործոններից:

Վնասվածքի տեսակը կախված է հարվածի ուժից, ուղղությունից, հարվածի ստացած հատվածից:

Նախատրամադրող գործոններից են Էնգլի II դասի I ենթադասը, կտրիչային վերածածք 3 մմ-ից ավել

#### Ատամների սուր վնասվածքների դասակարգումները

**Համաձայն ԱՀԿ դասակարգման առանձնացվում են ատամների սուր վնասվածքների (ԱՄՎ) 8 դասեր**

1. Ատամների սալջարդ աննշան կառուցվածքային ախտահարումներով
2. Ատամի պսակի ոչբարդացած կոտրվածք
3. Ատամի պսակի բարդացած կոտրվածք
4. Ատամի պսակի լրիվ կոտրվածք
5. Պսակա- արմատային երկայնակի կոտրվածք
6. ատամի արմատի կոտրվածք
7. Ատամի հողախախտ (մասնակի)
8. Ատամի լրիվ հողախախտ.

Ատամների սուր վնասվածքների դասակարգում ըստ Чупрыниной Н.М., 1985

1. Ատամների սալջարդ

2. Ատամի հոդախախտ

2.1. մասնակի`

ա) առանց տեղաշարժի;

բ) հարևան ատամի կողմ տեղաշարժով

գ) ատամի պտույտով երկայնակի առանցի

դ) պսակի շեղումով վեստիբուլյար ուղղությամբ

ե) պսակի շեղումով բերանային ուղղությամբ

զ) պսակի շեղումով դեպի օկկլյուզիոն հարթություն

2.2. ներհրված

2.3. լրիվ

3. ճաք

4. Կոտրվածք (ուղղաձիգ, թեք, լայնակի)

ա) պսակի կոտրվածք էմալի շրջանում;

բ) պսակի կոտրվածք էմալի և դենտինի շրջանում առանց խոռոչի մերկացման

գ) պսակի կոտրվածք էմալի և դենտինի շրջանում խոռոչի մերկացումով

դ) ատամի կոտրվածք էմալի, դենտինի և ցեմենտի շրջանում;

ժ) արմատի կոտրվածք հարվզիկային, միջին և գագաթային հատվածքներում

5. համակցված վնասվածքներ

6. սաղմի վնասվածք

**Ատամների սուր վնասվածքների դասակարգում ըստ МКБ-10**

- S02.5 ատամների կոտրվածք

Առաջնային (ժամանակավոր, կամ կաթնատամ) և մնայուն ատամների

S 02.50 միայն էմալի կոտրվածք, էմալի ճաք

- ✓ S 02.51 պսակի կոտրվածք առանց պուլպայի վնասվածքի
- ✓ S 02.52 պսակի կոտրվածք պուլպայի վնասվածքով
- ✓ S 02.53 արմատի կոտրվածք
- ✓ S 02.54 պսակի և արմատի կոտրվածք

- ✓ S 02.57 ատմանների բազմակի կոտրվածքներ
- ✓ S 02.59 ատամի կոտրվածք ոչհատակեցված
- S 03.2 Ատամի հողախախտ
- ✓ S 03.20 ատամի լյուքսացիա
- ✓ S 03.21 ատամի ինտրուզիա կամ էքստրուզիա
- ✓ S 03.22 Ատամի հողախախտ ` էքզարտիկուլյացիա)
- S00.8- գլխի այլ հատվածքների մակերեսային վնասվածք (ատամի սալջարդ )

**Ատամների սուր վնասվածքների դասակարգում ըստ Էլլիսի**

- պսակի կոտրվածք էմալի շրջանում
- պսակի կոտրվածք էմալի և դենտինի շրջանում
- պսակի կոտրվածք պուլպայի մերկացումով
- վնասվածք, որը բերում է պուլպայի կենսունակության կորուստի պսակի կոտրվածքով կամ առանց կոտրվածքի
- ատամի լրիվ հողախախտ
- արմատի կոտրվածք
- ատամի ենթահողախախտ
- պսակի կոտրվածք հարվզիկային շրջանում
- ժամանակավոր ատամների վնասվածքներ

*ԱՄՎ երեխաների հետազոտման սկզբունքները*

- պացիենտի գանգատները
- կյանքի անամնեզ (ալերգիաների առկայություն, նախկինում վնասվածքների առկայություն)
- վնասվածքի անամնեզ
- արտաքին զննում
- բերանի խոռոչի զննում
- լրացուցիչ եղանակներ (ռենտգեն, ջերմային ախտորոշում, տրանսիլյումինացիա)

*ԱՄՎ երեխաների բուժման փուլերը*

- Անհապահ բժշկական օգնություն, որը կարող է կատարվել ցանկացած բժշկական հիմնարկում (դպրոցական բուժկետում, սոմատիկ պոլիկլինիկաներում)
- Մասնագիտացված բուժում, կազմակերպվում է II, III մակարդակի բուժհիմնարկներում՝ մասնագիտացված մանկական ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկայում, դիմաճնոտային վիրաբուժական բաժանմունքում:
- Դիսպանսեր հսկողություն  
Դիսպանսեր հսկողության ժամկետներն են
  - Ակտիվ բուժման ավատից մեկ ամիս անց
  - Առաջին տարվա ընթացքում յուրաքանչյուր 3-4 ամիսը մեկ
  - Մինչև արմատների ձևավորման ավարտը՝ տարեկան երկու անգամ

## ԱՏԱՄՆԵՐԻ ՄԱԼՁԱՐԴ

Համաձայն MKB-10-ի՝ S00.8

Փափուկ հյուսվածքների փակ մեխանիկական վնասվածք է առանձնատոմիական ամբողջության խախտման հարվածի ժամանակ: Հարվածի ուժը բախշվում է այնպես, որ ատամի կարծր հյուսվածքների կառուցվածքային քայքայումներ չեն առաջանում, սակայն կարող է զարգանալ պուլպայի արնազեղում, նյարդա-անոթային խնձի վնասում, պերիօդոնտալ թելերի աննշան պատռվածքներ:

Չձևավորված ատամներում սալջարդերի ժամանակ նյարդա-անոթային խնձի վնասումը դիտվում է հազվադեպ, քանի որ արմատային պուլպայի և աճման գոտու քիչ տարբերակված բջիջներն ավելի կենսունակ են, գազաթի շեղման ամպլիտուդն ավելի փոքր է:

Հարվածից հետո առաջին ժամերի ընթացքում հիվանդը նշում է նվազող ցավ, և ցավ կծելուց:

Ատամների սալջարդի ժամանակ հնարավոր է զարգացման երկու տարբերակ:

1) Եթե ատամի վրա ազդող մեխանիկական ուժն աննշան է, առաջանում է նյարդաանոթային խրձի մասնակի պատվածք, պուլպայում առաջանում է հեմատոմա: Ատամի պսակի գույնը փոփոխվում է: Երեխան գտնվում է դինամիկ հսկողության տակ: Հեմատոմայի կազմալուծման ընթացքում(կարող է տևել մինչև 1.5 ամիս) ատամի գույնը վերականգնվում է:

2) Եթե ատամի վրա ազդող մեխանիկական ուժը զգալի է, առաջանում է նյարդաանոթային խրձի ամբողջական պատվածք, պուլպայում զարգանում են անդարձելի փոփոխություններ, ներգրավվում են պերիօդոնտալ հյուսվածքները: Այդ իրավիճակը պահանջում է բուժման անհապահ ինվազից եղանակների կիրառում:

Ցանկացած իրավիճակում պուլպայի վիճակի գնահատման համար կիրառվում է ԷՕՍ-ն, որը դինամիկ հսկողության ժամանակ թույլ է տալիս բժիշկին ընդունել ճիշտ որոշումներ բուժման եղանակների կիրառման համար: ԷՕՍ-ի նորմալ տվյալներն առաջին այցի ժամանակ չի բացառում պուլպայի բորբոքման հնարավորությունը հետագայում, ինչպես նաև առաջին այցի ժամանակ տվյալների նվազումը կարող է վերականգնվել մեկ ամսվա ընթացքում:

Ատամների սալջարդի հնարավոր **էլքերն են.**

- Ատամի ֆունկցիայի վերականգնում
- Ատամների պսակների գույնի փոփոխություն պուլպայի նեկրոզի հետևանքով
- Արմատախողովակի օբլիտերացիա փոխարինող դենտինի առաջացման հետևանքով
- Կաթնատամի պուլպայի անկում գրանուլացվող պրոցեդների զարգացմամբ և/կամ մնայուն ատամի սաղմի բորբոքային պրոցես ներգրավմամբ
- Ձևավորված ատամի պուլպայի անկում խրոնիկ պերիօդոնտիտների կամ արմատային կիստայի զարգացում
- Չձևավորված ատամի պուլպայի և աճման գոտու անկում

**Բուժում.** 3-4 շաբաթվա ընթացքում ախտահարված ատամի համար հանգստի ստեղծում, փափուկ սննդի ընդունում: Կաթնատամների սալջարդի դեպքում հնարավոր է կտրող եզրերի հղկում: Եթե 6-8 շաբաթվա ընթացքում պուլպայի կենսունակությունը չի

վերականգնում, ցուցված է էնդոդոնտիկ միջամտություն համապատասխան արմատների ձևավորման աստիճանի:

### **ԱՏԱՄԻ ՊՍԱԿԻ ՃԱՔ**

Համաձայն МКБ-10-ի՝ S02.50

Ճաքը հաճախ զուգորդվում է այլ ախտահարումների հետ՝ կոտրվածքի, հոդախախտի և այլն: Սուր վնասվածքերից բացի, ճաքերը կարող են առաջանալ խրոնիկ տրավմայի դեպքում՝ վնասակար սովորությունների, ատամների դիրքի անոմալիաների ժամանակ: Գանգատները բացակայում են, կարող են նկատել կոսմետիկ դեֆեկտը: Ջնման ժամանակ ճաքը դժվար է տեսնել, ռենտգենոլոգիապես՝ նույնպես: Լավ արտահայտվում է չորացված մակերեսը կողային մակերեսից խոշոռացույցով զննելուց, կամ տրանսիլյումինացիայի ժամանակ: Առավել հաճախ ճաքը տարածվում է մինչև էմալա-դենտինային սահման, այդ պատճառով սպեցիֆիկ բուժման կարիք չի լինում: Կտրիչների վեստիբուլյար մակերեսին կոսմետիկ նկատառումներով կարելի է զմրսել այն հեղուկ կոմպոզիտով:

### **ԱՏԱՄԻ ՊՍԱԿԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔ**

Հանդիսանում է առավել հաճախ հանդիպող սուր տրավմայի տեսակ: Պսակի կոտրվածքը մարում է հաշվածի այն ուժը, որը կարող էր վնասել արմատը և պերիօդոնտը: Սակայն հանդիպում են կլինիկական դեպքեր պերիօդոնտի հյուսվածքների տարբեր աստիճանի ախտահարումներով:

### **ԱՏԱՄԻ ՊՍԱԿԻ ՉԲԱՐԴԱԳՎԱԾ ԿՈՏՐՎԱԾՔ**

Ատամի պսակի չբարդացված կոտրվածքներ, որոնց ժամանակ կոտրվածքի գիծը չի անցնում էմալի կամ էմալա-դենտինային սահմանները, և չեն ներգրավում պուլպան և պերիօդոնտը:

### ***Պսակի կոտրվածք էմալի շրջանում***

Համաձայն МКБ-10-ի՝ S02.50

Առավել հաճախ հանդիպում է կենտրոնական կտրիչների թեք կամ լայնձիք կոտրվածքը: կոտրված ատամի պսակն ավելի կարճ է հարևան ատամի համեմատությամբ: Հիվանդները բողբում են հիմնականում էսթետիկ տեսքից, հազվադեպ՝ կոտրվածքի սուր եզրերով լորձաթաղանթի, լեզվի, շրթունքների վնասվածքից: Էմալի պոկված հատվածը հարկավոր է հղկել, փայլեցնել, մշակել ֆտորպարունակող լաքերով, R.O.C.S Medical Minerals, ClinPro և այլ նյութերով: Ծավալուն վնասվածքների դեպքում՝ վերականգնել կոմպոզիտային նյութերով: 6-8 շաբաթ անց նշանակվում է հերթական այց՝ պուլպայի կենսունակությունը հաստատելու համար: Երեխաներն ենթարկվում են դիսպանսեր հսկողության:

### ***Պսակի կոտրվածք էմալի և դենտինի շրջանում առանց պուլպայի մերկացման***

Համաձայն МКБ-10-ի՝ S02.51

Պացիենտը բողբում է սնունդ ընդունելիս ցավից ջերմային և մեխանիկական գրգռիչներից: Զոնդավորման ժամանակ առկա է ցավոտություն կոտրվածքի գծով: Ցավի ինտենսիվությունը կախված է դենտինի շեշտի հաստությունից՝ որքան քիչ է այն, այնքան ցավի ուժգնությունը բարձր է: Բուժման նպատակն է տվյալ դեպքում՝ պուլպայի կենսունակության պահպանումը, որի համար կիրառում ենք ժամանակավոր վերականգնում ցելուլոզիդային և մետաղական (կաթնատամների համար) պսակների օգնությամբ, կոմպոզիտային և ֆրազմենտար վերականգնումները: Բուժման տակտիկայի ընտրությունը կախված է արմատի ձևավորման աստիճանից: Ձևավորման առաջին փուլում գտնվող ատամների համար կատարվում է կարծր հյուսվածքների պահպանողական հղկում, որից հետո՝ տեղադրվում են բուժիչ տակդիրներ և ապակեիոնոմերային ցեմենտ: Կարծր հյուսվածքների զգալի դեֆեկտների դեպքում 1-3 ամիս անց ռեստավրացիայի արտաքին շերտը փոխարինում են կոմպոմերով:

Ձևավորման երկրորդ փուլում գտնվող աստամների համար դենտինի մակերեսային շերտերում կոտրվածքի դեպքում կատարվում է վերականգնում կոմպոզիտով առանց տակդիրի, կամ բուժիչ տակդիրով, ԱԻՑ-ով և կոմպոզիտով; խորանիստ շերտերում՝ տակդիրներով՝ բուժիչ և ԱԻՑ-ից և կոմպոզիտով:

Ձևավորման երրորդ փուլում գտնվող աստամների համար դենտինի մակերեսային շերտերում կոտրվածքի դեպքում կատարվում է վերականգնում կոմպոզիտով ԱԻՑ-ից տակդիրով, մ բուժիչ տակդիրով, ԱԻՑ-ով և կոմպոզիտով; խորանիստ շերտերում՝ կոմպոզիտով կրկնակի տակդիրներով՝ բուժիչ և ԱԻՑ-ով:

Ֆրագմենտար վերականգման ժամանակ հյուսվածքների հղկում չի կատարվում: Ռետենցիան իրականացվում է ի հաշիվ պլոմբանյութերի ադիեզիվ հատկությունների: Մետաղական պսակների կիրառման դեպքում հարկավոր է կատարել նրա վեստիբուլյար հատվածի հեռացում ԷՕԱ-ի դիսպանսեր կատարելու համար:

### **ԱՏԱՄԻ ՊՍԱԿԻ ԲԱՐԴԱՑԱԾ ԿՈՏՐՎԱԾՔ**

Համաձայն МКБ-10-ի՝ S02.52

Դասվում են այն կոտրվածքները, որոնց գիծն անցնում է էմալով և դենտինով աստամի խոռոչի մերկացումով:

Մերկացումը կարող է լինել կետային կամ ծավալուն: Գանգատվում են ցավերից մեխանիկական և ջերմային գրգռիչներից: Կետային ախտահարման ժամանակ կատարում են բուժման կենսաբանական եղանակը դիսպանսեր հսկողությամբ (մինչև արմատների ձևավորման ավարտը): Ծավալուն ախտահարումների դեպքում կատարում են վիտալ ամպուտացիայի կամ խորը ամպուտացիայի եղանակները կախված արմատի ձևավորման աստիճանից: Կիրառում են Pro Root MTA, Триоксидент նյութերը մինչև ապեքսիֆիկացիայի հասնելը, որից հետո արմատախողովակները լիցքավորում դասական եղանակներով:

## ԱՏԱՄԻ ԱՐՄԱՏԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔ

Համաձայն MKB-10-ի՝ S02.53

Կարող է լինել արմատի գագաթային 1/3-ի, միջին հատվածի, հարվզիկային հատվածում, թեք: Թեք կոտրվածքները կարող են լինել պուլպայի մերկացումով և առանց պուլպայի մերկացման:

Կաթնատամներում հանդիպում է հազվադեպ ոսկրային հյուսվածքի բարձր էլաստիկության հետևանքով: Արմատի մեկ երկրորդ կամ վզիկային հատվածում կոտրվածքի դեպքում կաթնատամները հեռացվում են, գագաթային հատվածում՝ ցուցված է դինամիկ հսկողություն, սահմանափակ դիետա: Ատամի հեռացման դեպքում գագաթային հատվածը չի հեռացվում՝ մնայուն ատամի սաղմի վնացվածքից խուսափելու պատճառով:

Առաջին օգնությունը կայանում է ատամների բեկակալման մեջ, որը պահպանվում է 6-8 շաբաթվա ընթացքում և պետք է ներգրավի ախտահարված ատամների յուրաքանչյուր կողմից երկուական առողջ ատամ: Բեկակալման համար կիրառում են Glas Span, F-Splint-Aid, Ribbond համակարգերը, ապակեթելային թելերը, օրթոդոնտիկ լարերը: Ատամը դուրս է բերվում օկյուզիայից: Կատարվում է հասանելի հատվածի էնդոդոնտիկ բուժում: Նշանակվում է հակաբակտերիալ թերապիա: Գոյություն ունի կոտրվածքի լավացման 4 տարբերակներ.

1. Դենտինի և ցեմենտի հյուսվածքների ներթափանցումը կոտրվածքի գիծ: Կոտրվածքից անմիջապես հետո կոտրվածքի գծով ձևավորվում է արյան մակարդուկ: Պրոլիֆերացնող օդոնտոբլաստները և պուլպայի այլ բջիջներն անցնում են կոտրվածքի տարածք: Մի քանի շաբաթվա ընթացքում կոտրված հատվածների միջև առաջանում է դենտինային կոշտուկ: Կոտրվածքի գիծ ներհրվում է նաև պերիօդոնտի շարակցական հյուսվածքը, ինչը բերում է ցեմենտի առաջավմանը: Ռենտգենի վրա կոտրվածքի սուր եզրերը ձեռք են բերում կլորավուն տեսք (ռեզեներացիայի նշաններ):
2. Պերիօդոնտի շարակցական հյուսվածքի ներփաթանցում կոտրվածքի գիծ: Ատամը զգայուն է, I շարժունություն, ռենտգենոլոգիապես երկար ժամանակ

փոփոխություններ չեն դիտվում: Կոտրված հատվածքների սուր եզրերը ֆիզիոլոգիական ռեգորբցիայի ընթացքում կլորանում են :

3. Պերիօդոնտի և ոսկրի շարակցական հյուսվածքի ներփաթանցում կոտրվածքի գիծ: Ռենտգենի վրա կոտրվածքի գիծը ներկայացված է ոսկրանման գոյացությունով: Սուր եզրերը կլորանում են, արմատի լուսանցքը սլերոզացվում:
4. Գրանուլյացիոն հյուսվածքի ներփաթանցում կոտրվածքի գիծ (անբարենպաստ ելք՝ պուլպայի նեկրոզի ժամանակ): Ատամի պսակի գույնը փոփոխված է, I շարժունություն, պուլպան մահացած է, առկա է արմատի բորբոքային դեստրուկցիա:

Բուժման բարենպաստ ելքի համար անհրաժեշտ են հետևյալ պայմանները.

1. Կոտրված հատվածների հստակ, ճշգրիտ ռեպոզիցիա
2. Երկարատև ամուր բեկակալում
3. Պուլպայի ինֆեկցման բացակայություն
4. Պացիենտի բարձր իմունիտետ, որը կնպաստի ռեգեներացիոն ընթացքին:

Երկայնակի կոտրվածքների ժամանակ, եթե կոտրվածքի գիծը անցնում է ատամի խոռոչով, ցուցված է ատամի հեռացում:

### ԱՏԱՄՆԵՐԻ ՀՈԴԱԽԱԽՏԵՐ

Համաձայն MKB-10-ի՝ S03.2

Առավել հաճախ հանդիպում է կաթնատամներում:

*Ատամի ներհրված հողախախտ*

Համաձայն MKB-10-ի՝ S03.21

Կլինիկորեն բնորոշվում է ատամի ինտրուզիայով, ատամի պսակի կարճացումով: Պսակը կարող է ներհրվել շրջակա հյուսվածքների մեջ տարբեր չափերով՝ 1/3-ից մինչև ամբողջ պսակը: Արմատը չի վնասվում: Աճման գոտին վնասված է: ռենտգենոգրամի վրա պերիօդոնտալ ճեղքը բացակայում է:

Բուժման հնարավոր եղանակներն են.

1. Ատամների հեռացում
2. Ատամների սկզբնական վիճակի վերականգնում վիրաբուժական արքանների օգնությամբ
3. Դինամիկ հսկողություն

Դիսպանսերիզացիան տևում է 1.5-2 տարի:

#### *Ատամների արտահրված հողախախտ*

Համաձայն МКБ-10-ի՝ S03.21

Կլինիկորեն բնորոշվում է ատամի էքստրուզիայով, այսինքն ատամնաբնից արտահրումով: Պսակը ավելի երկար է հարևան ատամների համեմատությամբ, արմատը վնասված չէ, ատամի գույնը փոփոխված չէ, բարձր աստիճանի շարժունություն, հատկապես տրավմայից հետո առաջին օրերի ընթացքում: ռենտգենոգրամի վրա՝ պերիօդոնտալ ճեղքի լայնացում գագաթի հատվածում:

Բուժումը կայանում է վնասված ատամի ռեպոզիցիայի և բեկակալման մեջ: Այն կատարվում է անզգայացման տակ, բեկակալման ժամկետը կախված է օրգանիզմի անհատական գործոններից, մեծամասնությամբ կազմում է 21-28 օր:

#### *Ատամների լրիվ հողախախտ*

Համաձայն МКБ-10-ի՝ S03.22

Էքզարտիկուլյացիան հանդիպում է հազվադեպ, հիմնականում տրանսպորտային պատահարների ժամանակ, հիմնական կլինիկական նշանն է ատամի բացակայությունն ատամնաբնից: Բուժման համար շատ կարևոր է վնասվածքի պահից մինչև բժշկի մոտ հասնելու ժամկետները: Եթե անցել է 1-1.5 ժամ, բուժման ելքը հնարավոր է լինի բարեհաջող:

Մնայուն ատամներն ենթարկվում են ռեպլանտացիայի

Կարձնատամները ռեպլանտացիայի չեն ենթարկվում: