

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

Վիտամինները կենսաբանական կատալիզատորներ են, որոնք վոլադոմ են ֆերմենտների և հորմոնների հետ, մի շարք ֆերմենտների բաղադրության մեջ առկա են որպես կոֆակտորներ կամ մասնակցում են դրանց սինթեզին: Վիտամինների պակասը կարող է հանգեցնել օրգանիզմում նյութափոխանակությունը կարգավորող ֆերմենտների և հորմոնների առաջացման խանգարումների:

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

Մարդու օրգանիզմ վիտամինների ներմուծման հիմնական աղբյուրը սննդամթերքն է: Ուստի կարևոր է ոչ միայն սնունդով ներմուծվող վիտամինների քանակը, այլև սննդի որակական կազմը: Օրինակ՝ ածխաջրերով հարուստ սնունդ ընդունելու դեպքում բարձրանում է B₁ վիտամինի անհրաժեշտ քանակը, իսկ սպիտակուցների անբավարարության դեպքում նվազում է B₂-ի, նիկոտինաթթվի և ասկորբինաթթվի յուրացումը:

Հիպովիտամինոզը կարող է լինել առաջնային (էկզոգեն)՝ պայմանավորված սննդակարգում վիտամինների քիչ քանակով կամ միանման անբավարար կամ չբավարանող սնունդով: **Երկրորդային վիտամինային անբավարարությունը (էնդոգեն)** զարգանում է աղեստամոքսային ուղու հիվանդությունների դեպքում, երբ խանգարվում է սննդանյութերի ներծծումը, այդ թվում նաև վիտամինների, օրինակ՝ լյարդի, աղիքների հիվանդությունների կամ էնդոկրին համակարգի խանգարումների դեպքում: Հարկ է առանձնացնել այն դեպքերը, երբ վիտամինային անբավարարությունը զարգանում է վիտամինների նորմալ քանակ ընդունելիս: Դրանք կարող են առաջանալ շրջակա միջավայրի բարձր կամ ցածր ջերմաստիճանների ազդեցությամբ, ֆիզիկական մեծ ծանրաբեռնվածության, հոգեհուզական լարվածության, թթվածնային քաղցի դեպքում: Հղիության և կրծքով կերակրելու ժամանակ մեծանում է ասկորբինաթթվի, պիրիդոքսինի, ֆոլաթթվի, կալցիումի և տոկոֆերոլի անհրաժեշտությունը:

Մետաբոլիզմի ընթացքում վիտամինների մեծամասնությունը սերտ պայմանավորված իրար հետ: Այժմ ընդունվում է, որ մեկ տեսակի վիտամինի մեկուսացված անբավարարություն գործնականում չի լինում: Որոշված է, որ ասկորբինաթթվի ընդունման քանակը շատանալու դեպքում B₂ վիտամինի անհրաժեշտությունը նվազում է, իսկ հյուսվածքներում դրա նվազման պայմաններում նվազում է նաև C և B₁-ի քանակությունը: Հայտնի է

ասկորբինաթթվի և թիամինի, ֆոլաթթվի և B₁, B₂ վիտամինների, թիամինի, ռիբոֆլավինի և պիրիդոքսինի, ռիբոֆլավինի, ռետինոլի և պանտոթենաթթվի, նիկոտինաթթվի և ռիբոֆլավինի յուրացման արտահայտված փոխկապվածությունը: Գույություն ունի նաև վիտամինային որոշ պրեպարատների անհամատեղելիություն: 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 և առաջացնելու միմյանց ունակությունները:

Բերանի խոռոչի հիպովիտամինոզների ախտանիշները

• Ռետինոլի անբավարարություն

Ա վիտամինի կարևոր ֆունկցիաներից մեկը էպիթելի բջիջների (այդ թվում բերանի խոռոչի լորձաթաղանթ էպիթելի) տարբերակման և եղջրացման պրոցեսների կանոնակարգումն է: Էպիթելային հյուսվածքի շրջանառության պրոցեսների նորմալացման մեջ նրա մասնակցությունը օրգանիզմում հիմնական ֆիզիոլոգիական ֆունկցիան է: Ռետինոլն ունակ է վերականգնելու ոչ միայն էպիթելի, այլև շարակցական հյուսվածքի կառուցվածքային ամբողջականությունը՝ առաջացնելով կոլագենային և էլաստիկ թելերի հաստացում:

Ա հիպովիտամինոզը կարող է դիտվել սննդի հետ քիչ ընդունելու, ինչպես նաև լյարդի և աղիքների հիվանդությունների դեպքում՝ նրա սինթեզի խանգարման հետևանքով: Հայտնի է ռետինոլի և K վիտամինի անտագոնիզմը:

Ա վիտամինի անբավարարությունը հանգեցնում է էպիթելի զգալի փոփոխությունների. ասորոֆիլայի և եղջերացման խանգարումների արդյունքում նվազում են մաշկի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի պաշտպանողական հատկությունները: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթ վրա արտահայտվում է՝

- 1) չորությամբ,
- 2) եղջերացման պրոցեսների գերակշռումով (հիպերկերատոզ),
- 3) ասորոֆիլ երևույթներով,
- 4) էրոզիաներով և խոցերով,
- 5) լորձաթաղանթը կորցնում է փայլը, կարող են առաջանալ լեյկոպլակիայի նման սպիտակավուն օջախներ,
- 6) թքագեղձերի ֆունկցիաների խանգարում՝ թքարտադրության նվազում:

Հյուսվածքաբանորեն դիտվում են էպիթելի մետապլազիա, փշաձև շերտի բջիջների փոխարինում եղջերային բջիջներով:

Բուժումը

Նշանակվում են ռետինոլը բուժող չափաբաժիններով՝ օրական 10 000-25 000 ME: Բարձր դեղաչափերն անհրաժեշտ է կիրառել բժշկի հսկողությամբ, քանի որ հնարավոր է հիպերվիտամինոզի զարգացում, որն արտահայտվում է քնկոտությամբ, թուլությամբ, գլխացավով, դեմքի հիպերեմիայով և մաշկի թեփոտությամբ: Խորհուրդ է տրվում կիրառել դրաժեններ, ինչպես նաև E վիտամինի հետ համակցված (անիտ):

Ստոմատոլոգիայում A վիտամինը լայնորեն կիրառվում է որպես էպիթելացումն արագացնող միջոց բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի էրոզիաների և խոցերի դեպքում, հիպերկերատոզների բուժման համար (լեյկոպլակիա, կարմիր տափակ որքին) և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի չորությունը նվազեցնելու համար: Նշանակվում են հաբեր կամ դրաժեներ 3300 ME օրական 1-2 անգամ սնունդ ընդունելուց հետո, 3,44%-անոց ռետինոլի ացետատի կամ 5,5%-անոց ռետինոլի պալմիտատի յուղային լուծույթը 8-10 կաթիլ օրը 2 անգամ, բուժման տևողությունը՝ 1,5-2 ամիս: Յուղային լուծույթները՝ որպես կերատոպլաստիկ նյութ, ցուցված են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի խոցային-էրոզիվ ախտահարումների դեպքում՝ էպիթելացումն արագացնելու համար:

• **Հիպովիտամինոզ B₁ (թիամինի անբավարարություն)**

B₁ վիտամինն ունի կարևոր դեր ածխաջրատային փոխանակության մեջ՝ իրականացնելով ֆոսֆորիլիզացման ռեակցիան: Թիամինի անբավարարությունը հանգեցնում է ածխաջրերի ոչ լիարժեք այրմանը և օրգանիզմում պիրոխաղողաթթվի և կաթնաթթվի քանակությունների շատացմանը, որն անբարենպաստ է անդրադառնում նյարդային և սիրտանոթային համակարգերի ֆունկցիաներին: Մասնակցում է սպիտակուցային փոխանակությանը: Վիտամին B₁-ի թիամինոլիֆոսֆատ ածանցյալը առկա է կետոթթուներից CO₂ անջատման կատալիզատոր եղող կոկարբոքսիլազ ֆերմենտի կազմում:

Վիտամին B₁-ի անբավարարության էնդոգեն տեսակը զարգանում է քրոնիկական հիվանդությունների՝ ԱՍՏ-ի, լյարդի, դիաբետոսների, ներիտների, ակոհոլիզմի դեպքում: Առկա է թիամինի անտազոնիզմը նիկոտինաթթվի հետ:

Վիտամին B₁-ի անբավարարության դեպքում առաջանում է բերի-բերի հիվանդությունը, որը բնութագրվում է նյարդային և սիրտ-անոթային համակարգերի խանգարումներով: Հնարավոր են տարբեր աստիճանների ֆունկցիոնալ խանգարումներ՝ պարէսթեզիաներ, ներոտիկ վիճակներ, քնի խանգարումներ, թուլություն, քաշի նվազում, լարվածություն շրջապատի հանդեպ: Հնարավոր են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ալերգիկ ռեակցիաներ: Ուղեկցվում է լեզվի պտկիկների հիպերպլազիայով:

Կարող են լինել բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ալերգիկ ռեակցիաներ, ՍԱՀ-ի և ԱՍՏ-ի խանգարումներ (սրտխառնոց, փսխում, ախորժակի բացակայություն):

Բուժումը

Վիտամին B₁-ն դրական ազդեցություն ունի եովորյակ նյարդի ներիտների և ներալգիաների, գոտևորող որքինի, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի պարէսթեզիաների, սնկային և դեղորայքային ստոմատիտների բուժման դեպքում: Բուժական նպատակներով վիտամինը նշանակում են per os (ուտելուց հետո), կամ եթե առկա են ԱՍՏ հիվանդություններ, ապա նշանակվում են ներարկումներ (ներերակային կամ միջմկանային):

Բուժման համար կիրառվում են թիամին քլորիդի հաբեր 0,002, 0,005 և 0,01գ, 2,5%-անոց և 5%-անոց լուծույթներ 1մլ սրվակներով, թիամին բրոմիդի հաբեր 0,00258, 0,00645 և 0,00129գ, 3%-անոց և 6%-անոց լուծույթներ 1մլ սրվակներով: Օրական բուժիչ դեղաչափերը մեծահասակների դեպքում կազմում են 0,012գ 1-3 (մինչև 5) անգամ: Բուժման ժամկետը 30 օր է: Աղիքներում ներծծման խանգարումների դեպքում ներարկում են մ/մ 0,025-0,05գ թիամին քլորիդի (1մլ 2,5%-անոց կամ 5%-անոց լուծույթ) կամ 0,03-0,06գ թիամին բրոմիդի (1մլ 3%-անոց կամ 6%-անոց լուծույթ): Նշանակվում են կոկարբոքսիլազա 0,05գ սրվակներով: Բուժման կուրսը 10-15 ներարկում է: Խորհուրդ չի տրվում միաժամանակ ներարկել B₁, պիրիդոքսինի և ցիանկոբալամինի խառնուրդը, քանի որ վերջինս ուժեղացնում է թիամինի ալերգիկացնող հատկությունները, իսկ պիրիդոքսինը դժվարացնում է B₁-ի վերածումը ակտիվ (ֆոսֆորիլացված) տեսակի: Արգելվում է մեկ ներարկիչում խառնել թիամինը և նիկոտինաթթուն, քանի որ այդ խառնուրդը քայքայում է թիամինը:

• ***Հիպովիտամինոզ B₂. Ռիբոֆլավինի անբավարարություն***

Ռիբոֆլավինը առկա է օքսիդա-վերականգնողական գործընթացներում մասնակցող բազմաթիվ ֆերմենտների պրոսթետիկ խմբերի կազմում: Մասնակցում է ածխաջրատային, լիպիդային և սպիտակուցային փոխանակությանը: Ռիբոֆլավինի էկզոգեն անբավարարությունը զարգանում է կենդանի սպիտակուցների, նիկոտինաթթվի անբավարար կիրոաման, իսկ էնդոգենը երկարատև անտիբիոտիկոթերապիայի, աղեստամոքսային ու հիվանդությունների դեպքում:

Ռիբոֆլավինի անբավարությունն արտահայտվում է եռյակով (տրիադա)

- 1) դերմատիտի,
- 2) խելիտի,
- 3) գլոսիտի:

Դերմատիտը զարգանում է քիթ-շրթունքային ծալքերի, քթի թևերի և կոպերի շրջանում կարմրությամբ, թեփոտմամբ, բերանի անկյուններում ճաքերի և կեղևների առաջացմամբ (զարգանում է անգույլար ստոմատիտ): Էպիթելը մացերացվում է, հետագայում կեղևները պոկվում են և դրանց տեղում առաջացնում են էրոզիա: Ճաքերը ցավոտ են, կարող են արյունահոսել:

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

Շրթունքի փոփոխությունները ցավ, այրոց, որոնք ուժգնանում են խոսելիս և սնունդ ընդունելիս: Զարգանում է բերանի չորություն:

Ռիբոֆլավինն ընտրողաբար ազդում է դեմքի մաշկային ծածկույթի, բերանի խոռոչի և աչքի լորձաթաղանթի վրա: Անբավարարության դեպքում

առաջին հերթին ախտահարվում են այդ հատվածները: B₂-ը հարկավոր է նշանակել խելյիտների, գլոսիտների և անգույյար ստոմատիտների դեպքում:

Ախտորոշումը հաստատվում է արյան և մեզի կենսաքիմիական անալիզով:

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

• ***Հիպովիտամինոզ B₆. 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 սննդի մեջ նրա անբավարար քանակի պատճառով, ինչպես նաև աղիքային միկրոֆլորայի կողմից անբավարար սինթեզի հետևանքով (էկզոզեն և էնդոզեն): Էնդոզեն անբավարարության ձևավորմանը հանգեցնում են աղիքային վարակները, լյարդի հիվանդությունները, հղիների տոքսիկոզը, երկարատև անտիբիոտիկոթերապիան և այլն: Վիտամին B₆-ի անբավարարության դեպքում խանգարվում են ԿՆՀ-ի և ԾՆՀ-ի ֆունկցիաները, առաջանում են քնկոտություն, խիստ զրգռականություն, հոգնածություն, ծայրամասային ներիտ, նեյրոդերմիտ, սեբորեային դերմատիտ:

Բերանի խոռոչում դիտվում են անգույյար խելյիտ, ստոմատիտ, գլոսիտ: Լեզվի պտկիկները ենթարկվում են դեակվամացիայի, ատրոֆիայի, լեզուն դառնում է ծալքավոր, առկա են համի աղավաղում և զգացողության նվազում, կրկնվող գլոսալգիա:

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

• ***Հիպովիտամինոզ B₁₂. ցիանկոբալամինի անբավարարություն***

Ցիանկոբալամինը, որն անհրաժեշտ է էրիթրոցիտների հասունացման և նորմալ արյունաստեղծման համար, նուկլեինաթթուների և նուկլեոտիդների սինթեզի ռեակցիաների կատալիզատոր է: Վիտամինի ազդեցությունն իրականացվում է ֆոլաթթվի առկայությամբ, որը վիտամին B₁₂-ի ազդեցությամբ փոխվում է ակտիվ տեսակի և նպաստում նորմալ հեմոպոեզին: B₁₂-ը և ֆոլաթթուն մասնակցում են հեմոգլոբինի սինթեզմանը:

Ցիանկոբալամինի անբավարարությունը զարգանում է մսամթերք և կաթնամթերք սահմանափակ կիրառելու դեպքում (բուսակերություն), էնդոզեն անբավարարությունը՝ ստամոքսի պատերում գաստրոմուկոպրոթեինի բացակայության կամ աղիքներում սինթեզի խանգարման դեպքում:

Ցիանկոբալամինի անբավարարության դեպքում, բացի արյունաստեղծ ֆունկցիայի խանգարումներից, զարգանում է Ադիսոն-Բիրմերի չարորակ մեգալոբլաստիկ անեմիա: Բնորոշ են պերիֆերիկ նյարդերի ախտահարումներ (ներիտ, ներալգիա, լեզվի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի պարէսթեզիա):

Վաղ ախտահարման դեպքում առկա են լեզվի այտուց, ծակծկոց, պարեսթեզիա, առաջնային և կողմնային մակերեսների հիպերեմիա՝ պտկիկների ատրոֆիայի զուգակցմամբ՝ հղկված լեզու («полированный язык»), հունտերյան լեզու կամ Մելլեր-Ջունտերի գլոսիտ:

Բջի անբավարարությունը հանգեցնում է էպիթելի չորության և խոցանեկրոտիկ երևույթների:

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

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

• ***Նիկոտինաթթվի հիպովիտամինոզը***

Նպաստում է պելագրա հիվանդության զարգացմանը: Նիկոտինաթթուն սպեցիֆիկ հակապելագրային նյութ է, այդ պատճառով այն նշում են որպես **PP վիտամին (предупреждающий пеллагру)**: Մասնակցում է նյութափոխանակությանը, անբավարարությունը զարգանում է սննդի հետ քիչ ընդունելու դեպքում: Որոշակի դեր են կատարում նաև սննդում տրիպտոֆանի պակասը և ալկոհոլիզմը: Հիպովիտամինոզի դեպքում դիտվում են ախորժակի անկում, սրտխառնոց և դիարեա: Լեզուն մեծանում է, այտուցվում, պտկիկները սկզբում ենթարկվում են հիպերտրոֆիայի, մեջքը պատված է հաստ փառով, բաժանված է ակոսներով: Փառը սկսում է պոկվել, լեզուն այդ հատվածներում դառնում է վառ կարմիր, փայլուն, խիստ ցավոտ: Զարգանում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հիպերեմիա և էրիթեմաներ մաշկի վրա: Հիվանդները գանգատվում են թուլությունից, ապաթիայից, հիշողության նվազումից, հոգնածության զգացողությունից:

Պելագրայի դեպքում բնորոշ փոփոխություններն են՝

- 1) դեմենցիան. դրսևորվում է զանազան հոգեկան խանգարումներով,
- 2) դիարեան. բնորոշվում է ինտենսիվ հյուծող լուծով,
- 3) դերմատիտը. մաշկը դառնում է գերպիզմենտավորված, հատկապես այն հատվածներում, որոնք ենթարկվում են արևային ճառագայթմանը, լինում է հիպերեմիկ, չոր, թոշնած և թեփոտվող:

Լեզվի պտկիկները ենթարկվում են ատրոֆիայի, լեզուն լաքապատած է, փայլուն, ալ կարմիր, ցավոտ: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթն այտուցված է, 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 օրգանիզմում B₁, B₂ և B₆ վիտամինների քիչ ներմուծումը: PP վիտամինի անբավարարությունը հաստատվում է լաբորատոր քննությունների արդյունքներով:

Բուժումը. նիկոտինամիդ կամ նիկոտինաթթու 0,05g per os օրը 2-3 անգամ (ուտելուց հետո) կամ պարենտերալ 1մլ 1%-անոց լուծույթը օրը 1-2 անգամ 15-20 օրվա ընթացքում: Միաժամանակ նշանակվում են թիամին, ռիբոֆլավին, պիրիդոքսին, ինչպես նաև մեթիոնինով հարուստ սննդամթերք (կաթնաշոռ):

• **Հիպովիտամինոզ C. ասկորբինաթթվի անբավարարություն**

Օրական պահանջը պայմանավորված է ծանրաբեռնվածության աստիճանով և կազմում է 75-100մգ: Մարդու օրգանիզմը չի կարող ինքնուրույն սինթեզել ասկորբինաթթու, պահանջը բավարարվում է սնունդի հետ: Հիպովիտամինոզի զարգացման դեպքում օքսիդա-վերագանգոդական ֆերմենտների համակարգը խանգարվում է, կատարվում են զգալի փոփոխություններ սպիտակուցային և ածխաջրատային փոխանակություններում, նվազում է օրգանիզմի ռեակտիվականությունը (նվազում է ֆագոցիտար ակտիվությունը, հակամարմինների առաջացումը), խանգարվում են կոլագենի սինթեզը և շարակցական հյուսվածքի հասունացումը, որն էլ առաջացնում է անոթների և հյուսվածքների թափանցելիության մեծացում:

Էնդոգեն հիպովիտամինոզի զարգացմանը հանգեցնում են ֆիզիկական խիստ ծանրաբեռնվածությունը, վարակիչ հիվանդությունները, գերսառեցումը, նյարդային լարվածությունը, հղիությունը, սպիտակուցների պակասը, ռետինոլի գերընդունումը: Մեծ նշանակություն է տրվում մարսողական համակարգի վիճակին: Այսպես՝ ազատ աղաթթվի բացակայության դեպքում ասկորբինաթթուն քայքայվում է ավելի արագ, իսկ աղիքներում բորբոքային երևույթների դեպքում այն վատ է ներծծվում:

Վիտամինի անբավարարության դեպքում փոփոխություններին գումարվում են հեմոռագիկ համախտանիշով և երկրորդային վարակով պայմանավորված բարդությունները: C ավիտամինոզը զուգորդվում է թուլությամբ, վատ ինքնազգացողությամբ, ախորժակի կորստով, մարմնի զանգվածի նվազմամբ, ձկնամկանացավով: Մաշկը մելանինի կուտակման հետևանքով դառնում է մուգ, չոր, հեշտ թեփոտվող:

C ավիտամինոզը միշտ արտահայտվում է բերանի խոռոչում: Մազանոթների թափանցելիության կտրուկ աճի հետևանքով զարգանում է հեմոռագիկ համախտանիշ՝ պետեխիալ արյունազեղումներ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթում, ենթամաշկում, հոդերում: Թափանցելիությունն առավել կտրուկ է մեծանում ասկորբինաթթվի և ռուտինի համակցված անբավարարության դեպքում: Պետեխիաների հետ միաժամանակ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վնասված հատվածներում առաջանում են տարածուն արյունազեղումներ: Արյունազեղումների շրջանում հետագայում հնարավոր է զարգանան

խոցամեռուկային պրոցեսներ, նեկրոզի օջախները հիմնականում նշիկների և լնդեզրերի շրջանում են:

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

Երկրորդային վարակ ավելանալու դեպքում առաջանում են խոցային գինգիվիտներ, որոնք ավարտվում են լնդերի նեկրոզով:

Տարբերակիչ ախտորոշում կատարվում է հիպերտրոֆիկ գինգիվիտից, Վենսանի խոցանեկրոտիկ ստոմատիտից, իսկ լեյկոզի դեպքում՝ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի փոփոխություններից:

Ախտորոշելու համար որոշիչ դեր են կատարում անամնեզը, լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքները, ցինգայի կլինիկական այլ արտահայտությունները:

Երեխաների շրջանում C վիտամինի անբավարարության դեպքում զարգանում է Մելլեր-Բարլոուի հիվանդություն, մեծահասակների դեպքում՝ ցինգա: Երեխաների շրջանում առաջանում են հեմոռագիկ դիաթեզ ատամների շրջանում, պետեխիալ արյունազեղումներ, լնդերից արյունահոսություն, եզրային գինգիվիտ՝ այտուցված արյունահոսող լնդապտկիկներով:

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

Բուժումը: Նշանակվում է 0.1գ ասկորբինաթթու օրը 4-5 անգամ կամ 1-3մլ 5%-անոց նատրիումի ասկորբինատի լուծույթը պարենտերալ: Միաժամանակ նպատակահարմար է նշանակել ռուտին՝ 50-100մգ օրը 2-3 անգամ, պոլիվիտամինային պրեպարատներ, որոնք պարունակում են ասկորբինաթթու՝ ասկոռուտին, ասնիտին, ունդևիտ և այլն: Նշանակվում է հատուկ դիետա մրգերի և բանջարեղենի շատ պարունակությամբ, վիտամինակրիչների հյութեր և մզվածքներ: Արտահայտված արյունահոսության դեպքում նշանակվում են $CaCl_2$ և վիտամին K:

• **Հիպովիտամինոզ E. տոկոֆերոլի անբավարարություն**

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

Բուժումը: Ստոմատոլոգիայում կիրառվում է պարօդոնտիտները բուժելու համար, ներմուծվում է մ/մ կամ պարօդոնտալ վիրակապերով:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հիվանդությունների բուժման ժամանակ օգտագործվում է որպես կերատոպլաստիկ նյութ՝ տոկոֆերոլի ացետատը համակցելով վիտամին A-ի հետ: Միջմկանային ներարկումների համար կիրառվում է 5%-անոց, 10%-անոց կամ 30%-անոց տոկոֆերոլի ացետատի յուղային լուծույթ՝ 50-100մգ օրական, 20-40 օրվա ընթացքում: Ներքին օգտագործման համար դեղաչափերը նույնն են. կիրառվում են 50%-անոց յուղային լուծույթը 0.1 և 0.2մլ պատիճներում, որոնք համապատասխանաբար պարունակում են 0,05 և 0,1գ տոկոֆերոլի ացետատ:

- **Հիպովիտամինոզ D-**ն կարող է զարգանալ վիտամինի ոչ ակտիվ տեսակից ակտիվ տեսակի վերածվելու պրոցեսի խանգարման հետևանքով: Վիտամին D-ի անբավարարություն կարող է առաջանալ մաշկում նախավիտամին D-ից վիտամին D-ի փոխակերպման խանգարման հետևանքով, որի պատճառը երեխայի դեպքում ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների պակասությունն է:

Անբավարարության նշաններն են՝

- նյարդային համակարգի խանգարումներ՝ անհանգստություն, քնի խանգարում, վախկոտություն, քնած ժամանակ ցնցումներ,
- քրտնարտադրության շատացում ծծկեր տարիքի երեխաների շրջանում,
- երեխաների շրջանում զարգանում են կայուն մացերացիաներ, ծոծրակային հատվածում՝ մազաթափություն,
- մեծ գաղտունի եզրերը փափուկ են, դիտվում է կրծքավանդակի ոսկրերի փափկացում (ռախիտի ախտանշաններ),
- մկանների տոնուսի անկում,
- ֆիզիկական ունակությունների ձեռքբերման ուշացում,
- ատամների ուշացած ծկթում, ոսկրային միներալիզացիայի ուշացում:

Վիտամին D-ի անբավարարությունը կլինիկական դրսևորումներով նման է ռախիտանման հիվանդություններին, որոնք պայմանավորված են երիկամների և արտազատիչ համակարգի ֆունկցիաների խանգարումներով, հաճախ ստորին վերջույթներում առաջանում են վարուսային և վալգուսային փոփոխություններ:

Բուժման համար կիրառվում են երգոկալցիֆերոլի և խոլեկալցիֆերոլի սպիրտային և յուղային լուծույթները երեխաների տարիքին համապատասխան, ինչպես նաև խորհուրդ է տրվում երեխաներին պահել արևի ճառագայթների տակ (օրական 1 ժամից ոչ պակաս):

ԱՏԱՄՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ

Ատամների վնասվածքը ատամների և շրջակա հյուսվածքների անատոմիական ամբողջության խախտումն է կամ ատամի դիրքի փոփոխությունը ատամնաշարում: Կարիեսից հետո ատամների կորստի երկրորդ պատճառն է:

Սուր վնասվածքները զարգանում են մեկանգամյա ազդող գործոններից:

Վնասվածքի տեսակը պայմանավորված է հարվածի ուժով, ուղղությամբ, հարված ստացած հատվածով:

Նախատրամադրող գործոններից են Էնգլի II դասի I ենթադասը, կտրիչային վերածածկը 3 մմ-ից ավելի:

Ատամների սուր վնասվածքների դասակարգումները

ա. Համաձայն ԱՀԿ դասակարգման՝ առանձնացվում են ատամների սուր վնասվածքների (ԱՄՎ) 8 դասեր՝

1. ատամների սալջարդ՝ կառուցվածքային աննշան ախտահարումներով,
2. ատամի պսակի ոչ բարդացած 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:

բ. Ատամների սուր վնասվածքների դասակարգումը՝ ըստ Ն.Մ. Չուպրինինայի, 1985՝

1. ատամների սալջարդ,
2. ատամի հողախախտ
 - 2.1. մասնակի
 - ա) առանց տեղաշարժի,
 - բ) դեպի հարևան ատամի կողմ տեղաշարժով,
 - գ) ատամի՝ երկայնակի առանցքի շուրջ պտույտով,
 - դ) պսակի՝ վեստիբուլյար ուղղությամբ շեղումով,
 - ե) պսակի՝ բերանի ուղղությամբ շեղումով,
 - զ) պսակի՝ դեպի օկլյուզիոն հարթություն շեղումով,
 - 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,