

---

## ԳԼՈՒԽ IX. ՔՈՒՆՔՍՏՈՐԾՆՈՏԱՅԻՆ ՀՈԴԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

---

### 9.1. ՔՈՒՆՔՍՏՈՐԾՆՈՏԱՅԻՆ ՀՈԴԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱՆ

Քունքստործնոտային հողը (ՔՄՕՀ) գույգ է, կառուցվածքով համալիր, էլիպսաձև: ՔՄՕՀ-ն կազմված է ստորին ծնոտի գլխիկից, ստործնոտային փոսիկից, քունքոսկրի հողային թմբիկից և հողային սկավառակից: Այս բոլոր տարրերը հողային պատիճի մեջ են: Պատիճն ունի երկու շերտ՝ արտաքին ֆիբրոզ և ներքին սինովիալ: Վերջինս արտադրում է սինովիալ հեղուկ, որը փոքրացնում է հողային մակերեսների շփումը հողի շարժումների ժամանակ: Հողաձառը ծածկում է ստործնոտային փոսը միայն վիմաթմբկային ճեղքից առաջ և ամբողջ հողային թմբիկը: Ստորին ծնոտի գլխիկը աճառով ծածկված է միայն իր առաջավերին մասում:

Հողերեսների համատեղելիությունն իրականանում է հողային սկավառակի միջոցով, որն ունի երկգոգ կլորաձև ոսպնյակի տեսք: Հողապարկը կոնաձև է, նրա լայն հիմքը դարձած է դեպի վեր: Այստեղ՝ քունքոսկրի վրա, այն կաչում է հողային թմբիկից առաջ, իսկ հետևից՝ վիմաթմբկային ճեղքի մակարդակին:

Աջ և ձախ քունքստործնոտային հողերում շարժումը համատեղ է, որի պատճառով ֆունկցիոնալ տեսակետից դրանք կազմում են միասնական համակցված հող, որում կատարվում են շարժումների հետևյալ տեսակները՝

- ստորին ծնոտի իջեցում և բարձրացում, որը համապատասխանում է բերանը բացելուն և փակելուն,
- ստորին ծնոտի տեղաշարժ դեպի առաջ և դեպի հետ,
- ծնոտի շարժումը դեպի աջ և ձախ:

### 9.2. ՔՄՕՀ-ի հիվանդությունների դասակարգումը

ա) արթրիտներ

քստ էթիոլոգիայի՝

1. ինֆեկցիոն՝

- սպեցիֆիկ (տուբերկուլյոզային, սիֆիլիտիկ, ակտինոմիկոտիկ, գոնորեային),
- ոչ սպեցիֆիկ (ռևմատիկ, ռևմատոիդ),

2. տրավմատիկ,

քստ ընթացքի՝

- սուր (սերոզ, թարախային),
- քրոնիկական,

- բ) արթորոզներ,
- գ) ՔՄՕՀ-ի ցավային դիսֆունկցիա,
- դ) անկիլոզներ:

### **9.3. ԱՐԹՐԻՏՆԵՐ**

Արթրիտները հոդերի բորբոքային հիվանդություններ են:

#### **Սուր ոչ սպեցիֆիկ արթրիտներ**

##### Գանգատները՝

- հիվանդության սուր սկիզբը,
- մարմնի ընդհանուր ջերմաստիճանի բարձրացումը,
- սուր ցավերը հոդերում,
- ստորին ծնոտի շարժումների դեպքում ցավը ուժգնանում է,
- ցավերը ճառագայթում են եռվորյակ նյարդի ճյուղերի ուղղությամբ՝ դեպի ականջ, քունքային շրջան, ճակատային շրջան,
- առկա է բերանը բացելու սահմանափակում:

##### Օբյեկտիվ տվյալներն են.

- Առկա է բերանը բացելու սահմանափակում:
- Ցավը կտրուկ ուժգնանում է ստորին ծնոտի ցանկացած շարժման դեպքում:
- Առկա է դեմքի անհամաչափություն (ասիմետրիա) ՔՄՕՀ-ի հոդի շրջանի այտուցվածության պատճառով:
- Տրավմատիկ արթրիտների դեպքում նկատվում են հեմատոմաներ և քերձվածքներ:
- Ականջի այծիկից առաջ նկատվում են ուռճածություն և հիպերեմիա:
- Շոշափելիս նկատվում են արտաքին լսողական անցուղու նեղացում և ցավ, ցավը առկա է նաև ականջի այծիկը շոշափելիս:
- Նկատվում է ՔՄՕՀ-ի հոդի, քունքային և հարականջամոդական շրջանների մաշկի գերզգայունություն:
- Ռենտգենաբանորեն ՔՄՕՀ-ի հոդի ոսկրային կառուցվածքը փոփոխված չէ, նկատվում է հոդաճեղքերի լայնացում:

#### **Քրոնիկական ոչ սպեցիֆիկ արթրիտներ**

##### Գանգատները՝

- հիվանդության խրոնիկական ալիքաձև ընթացք (6 ամսից մինչև մի քանի տարի), պարբերական սրացումներով,
- ցավի ուժգնացում սնունդ ընդունելիս (հատկապես կոշտ սնունդ), մրսելուց և երկար խոսելուց հետո,
- խրթոց ՔՄՕՀ-ում,
- շարժումների սահմանափակում հոդում առավոտյան ժամերին և օրվա վերջում:

Օբյեկտիվ տվյալներն են.

- Առկա է բերանը բացելու ոչ մեծ սահմանափակում:
- Առկա է բորբոքման նշանների բացակայություն ՔՄՕՀ-ում:
- Արտաքին լսողական անցուղին շոշափելիս նկատվում է նրա նեղացում և ցավոտություն:
- Հոդում ցավը ուժգնանում է ականջի այծիկը սեղմելիս:
- Ռենտգենաբանորեն նկատվում է հողաճեղքի նեղացում:

**9.4. ՍՊԵՑԻՖԻԿ ԱՐԹՐԻՏՆԵՐ**

**ՔՄՕ հողի սիֆիլիսիկ արթրիտը** հանդիպում է սիֆիլիսի երրորդային շրջանում: Հողը սովորաբար ախտահարվում է երկրորդային, երբ սիֆիլիսիկ գումման (վարակակոշտ) տեղակայված է լինում հարհողային տարածության մեջ: Ստորին ծնոտի շարժումներն այդ ժամանակ ցավոտ չեն, սակայն որոշակիորեն սահմանափակված են: Ոսկրային հյուսվածքն ախտահարվում է աննշան: Ռենտգենաբանորեն հողի շրջանում դիտվում են վերնոսկրային հաստացումներ: Սպեցիֆիկ բուժումից և մեխանոթերապիայից հետո հողի շարժողունակությունը գործնականում լիովին վերականգնվում է: Եզակի դեպքերում սիֆիլիսիկ արթրիտը կարող է առաջանալ հեմատոզեն ճանապարհով: Արդեն սկզբնական փուլում ի հայտ է գալիս հողի շարժունակության սահմանափակում: Բորբոքումը ունենում է թույլ ընթացք և ուղեկցվում է հողացավերով, որոնք ուժգնանում են գիշերային ժամերին: Նման ընթացքի դեպքում հողազլխիկում ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում են քայքայման օջախներ, իսկ հետագայում՝ եզրային դեֆեկտ: Այս գործընթացը կարող է ավարտվել հողի անկիլոզով:

**ՔՄՕ հողի տուբերկուլյոզային արթրիտն** արձանագրվում է շատ ավելի հազվադեպ, քան այլ հողերի ախտահարումները, և սովորաբար առաջանում է կոնտակտային ճանապարհով, երբ վարակը տարածվում է տուբերկուլյոզով ախտահարված ստորին ծնոտի ճյուղից, քունքոսկրից, միջին ականջից, փափուկ հյուսվածքներից սկրոֆուլոդերմայի դեպքում: Չի բացառվում նաև տուբերկուլյոզային օջախից վարակի տարածումը դեպի ՔՄՕ հող հեմատոզեն կամ լիմֆոզեն ճանապարհով: Հողի տուբերկուլյոզն ունի երկարատև ընթացք և հանգեցնում է հողելունի մակերեսի ռեզորբցիայի և քայքայման, որի հետևանքով զարգանում է ֆիբրոզ անկիլոզ:

**Ընժուլք** ճիշտ ժամանակին իրականացված սպեցիֆիկ թերապիան է և մեխանոթերապիան:

**9.5. ՔՄՕ-Ի ԱՐԹՐՈԶ**

Արթրոզը հողաճառի և հողային սկավառակի դիստրոֆիկ և նեկրոբիոտիկ փոփոխությունն է, որն ուղեկցվում է ոսկրերի հողային մակերեսների դեֆորմացիայով:

Գանգատները՝

- մշտական շարժումների դժվարացումը և սահմանափակումը հողում առավուտյան ժամերին, որը օրվա ընթացքում անցնում է,
- գլխացավը (մշտական, բուժ, նվվացող),
- բուժ, նվվացող ցավերը ՔՄՕՇ-ի շրջանում,
- քրոնիկական ալիքաձև ընթացքը՝ պարբերական սրացումներով,
- ցավի ուժգնացումը սնունդ ընդունելուց, մրսելուց և երկար խոսելուց հետո,
- խրթոցը ՔՄՕՇ-ում,
- լսողության թուլացումը, աղմուկն ականջներում,
- արցունքահոսությունը,
- հողի շարժումների դժվարացումը և սահմանափակումն առավուտյան ժամերին,
- բերանի լորձաթաղանթի պարէսթեզիան:

Օբյեկտիվ տվյալներն են.

- ՔՄՕՇ-ում առկա են խրթոց, շրխկոց:
- Առկա է բերանի բացման ոչ մեծ սահմանափակում:
- Բերանը բացելիս ստորին ծնոտը թեքվում է դեպի ախտահարված կողմ:
- Արտաքին լսողական անցուղին շոշափելիս ազատ է:
- ՔՄՕՇ-ի շոշափումն անցավ է:
- Առկա է ՔՄՕՇ-ի, քունքային և հարականջային շրջանների զգացողության թուլացում:
- Առկա է ստորին ծնոտի շարժումների ծավալի մեծացում հակառակ կողմում:  
Ռենտգենաբանորեն տարբերում են սկլերոզացնող և դեֆորմացնող արթորոզները:

Սկլերոզացնողի դեպքում նկատվում է ոսկրերի հողային մակերեսների կորտիկալ թիթեղների սկլերոզ, հողաճեղքի նեղացում: Դեֆորմացնողի դեպքում նկատվում է աճառի թելազատում, և մակերեսի անհարթությանը զուգահեռ՝ նրա աճառի բարակում, իսկ ավելի ուշ շրջաններում նաև աճառային ծածկույթի եզրերով առաջանում են ոսկրային ելուններ՝ էկզոֆիտներ: Ոսկրի աճառագուրկ մակերեսը, լինելով մշտական ճնշման տակ, հղկվում է, որը հանգեցնում է գլխիկի դեֆորմացիայի: Ոսկրի ենթաաճառային հատվածում առաջանում են լակունար ռեզորբցիա և ոսկրագոյացում, իսկ ոսկրի հղկված մակերեսների շրջանում՝ օստեոսկլերոզ:

**9.5. ՔՈՒՆՔՍՏՈՐՇՆՈՏԱՅԻՆ ՀՈԴԻ ՑԱՎԱՅԻՆ ԴԻՍՖՈՒՆԿՑԻԱՅԻ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Այն առաջանում է ծամիչ մկանների հավասարակշռված աշխատանքի և երկու հողերի համաձայնեցված շարժման խանգարման դեպքում:

Պատճառագիտությունը՝

- մկանային համակարգի ախտաբանական պրոցեսները (բորբոքային, դեգեներատիվ, հետտրավմատիկ),
- ատամնաճնոտային համակարգի փոփոխությունները (ծամիչ ատամների կորուստ, իմաստության ատամների ծկթում և այլն):

Գանգատները՝

- մշտական բուժ գլխացավերը,
- ՔՄՕՀ-ի ցավերը,
- ցավերի ճառագայթումը դեպի ականջ, քունքային, գագաթային և ծոծրակային շրջաններ, լեզու, ըմպան, պարանոցի կողմնային հատված և ձեռք,
- լսողության նվազեցումը, ականջների փակվածության զգացումը և աղմուկը,
- արցունքահոսությունը և լուսավախությունը,
- ծնոտների միաբերման զգացումը քնից հետո,
- այրոցի զգացում բերանի խոռոչում:

Օբյեկտիվ տվյալներն են.

- Առկա է շրխկոց ՔՄՕՀ-ում:
- Առկա է բերանը բացելու սահմանափակում, բերանը բացելիս ստորին ծնոտը թեքվում է կողմ կամ կատարում է S-աձև շարժում:
- Ակնաճեղքը նեղացած է, իսկ բերանի անկյունը բարձրացած է ախտահարման կողմում:
- Առկա է ցավոտ և ձգված մասեր մկանների առանձին հատվածներում (ծամիչ, բերանի հատակի, պարանոցի հետին մկաններ և կրծոսկրաանրակապակաձև մկան):
- Առկա է ՔՄՕՀ-ի բորբոքման ախտանիշների բացակայություն:
- Ռենտգենաբանորեն ոսկրային կառուցվածքը փոփոխված չէ, նկատվում է հողագլխիկների և հողաճեղքերի անհամաչափություն:

**9.6. ՔՈՒՆՔՍՈՐՇՆՈՏԱՅԻՆ ՀՈՂԻ ԱՆԿԻՈՋ**

Այն հողային մակերեսների ֆիբրոզ կամ ոսկրային սերտաճում է, որի հետևանքով առաջանում է հողի մասնակի կամ լրիվ անշարժացում:

Դասակարգումը.

- միակողմանի կամ երկկողմանի,
- ֆիբրոզ կամ ոսկրային,
- մասնակի կամ լրիվ:

Ոսկրային անկիլոզ առաջանում է միայն մանկական տարիքում, քանի որ աճառային հյուսվածքը այդ տարիքում դեռ լրիվ ձևավորված չէ, հողային մակերեսները պատված են վերնոսկրով (աճառային հյուսվածքի ձևավորվորումը սկսվում է 6-8 ամսականում և ավարտվում է 6 տարեկանում):

Պատճառագիտությունը՝

- հողերի սուր և քրոնիկական բորբոքային հիվանդությունները (թարախային արթրիտներ, ստորին ճնտտի հողային գլխիկի օստեոմիելիտ),
- հողերի դիստրոֆիկ հիվանդությունները,
- ստորին ճնտտի հողային ելունի բարձր ներհողային կոտրվածքը:

Կլինիկական պատկերը

- Առկա է բերանը բացելու մասնակի կամ լրիվ սահմանափակում, միակողմանի ախտահարման դեպքում տուժում է նաև մյուս հողի ֆունկցիան, քանի որ նրանք համակցված են աշխատում, որը հանգեցնում է ախտորոշման դժվարությունների:
- Առկա է ստորին ճնտտի թերաճ, քանի որ պրոցեսը տեղակայված է հողային գլխիկի շրջանում, որտեղ ստորին ճնտտի ուղղահայաց աճման գոտին է:
- Թերաճի հետևանքով ախտահարված կողմը կարճ է, մարմինը ուռուցիկ է, իսկ առողջ կողմը ավելի տափակված է և երկար (դեմքի անհամաչափություն):
- Քթի ծայրը և կզակը դեպքերի 70-80%-ում թեքված են դեպի ախտահարված կողմը:
- Երկկողմանի ախտահարման դեպքում հիվանդն ունի <թռչնի դեմք>, որը պայմանավորված է ստորին ճնտտի թերաճով և դեպի հետ տեղաշարժով:
- Ատամների դասավորությունը հովհարաձև է:
- Ախտահարված կողմում առկա են ականջախեցու ցածր դասավորություն և լսողության նվազում:
- Ֆիբրոզ անկիլոզների դեպքում արտահայտված է ցավային ախտանիշը, որը բացակայում է ոսկրային անկիլոզների դեպքում, քանի որ ֆիբրոզի դեպքում բերանը բացելիս ձգվում են ֆիբրոզ ձգանները:
- Ֆիբրոզ անկիլոզների դեպքում ռենտգենաբանորեն երևում են հողերեսները, հողաճեղքը և հողագլխիկը, որոնք քողարկված են: Ոսկրային անկիլոզների դեպքում ռենտգենաբանորեն արտահայտված են բոլոր հողերեսների դեստուկցիան և դեֆորմացիան: Ծանր դեպքերում հողաճեղքը բացակայում է, նկատվում է ամբողջական զանգված, ստորին ճնտտի անկյան հետին եզրով երևում է ելունը, իսկ առաջային եզրով՝ կտրուճը:

**9.7. ՔՈՒՆՔՍՈՐԾՆՈՏԱՅԻՆ ՀՈԴԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

**Արթրիտների բուժումը**

Պահպանողական բուժում

1. Քանի որ կա բերանը բացելու դժվարություն, ուստի հողին պետք է հանգիստ տալ՝ սահմանափակելով նրա ֆունկցիան, դնելով պարսատիկանման վիրակապ:
2. Նշանակվում է ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային թերապիա՝ ասպիրին, բուտադիոն (քսուք), ինդոմետացին, իպուբրոֆեն և այլն: Այս դեղերը նախ-

- ընտրելի են այն պատճառով, որ հողային սկավառակը չունի արյունամատակարարում, իսկ սրանք թափանցում են սինովյալ հեղուկի մեջ:
3. Նշանակվում են ցավազրկողներ (ասպիրին, ամիդոպիրին, անալգին), սեղատիվ պրեպարատներ և նեյրոլեպտիկներ:
  4. Կատարվում են ներհոդային ներարկումներ հիդրոկորտիզոնով օրումեջ:
  5. Դրվում են թրջոցներ սպիրտով, բժշկական լեղիով և դիմեքսիդով:
  6. Ցուցված է ֆիզիոթերապիան՝ ֆյուլկտուորիզացիա, ֆոնոֆերեզ, ԳԲՀ, սոլյուքս:
  7. Իրականացվում են մկանային վարժանքներ և մեխանոթերապիա:  
Վիրաբուժական բուժման մեթոդները (իրականացվում է թարախային արթրիտների դեպքում)

Գոյություն ունի վիրաբուժական եղանակով հողին հասնելու 4 մուտք.

1. *Ըստ Ռատուերի* (առաջականջային մուտք). կատարվում է Յամ-ի չափով կտրվածք այտային աղեղի տակ՝ ականջի այծիկից 1-1,5սմ առաջ: Ապա ականջի այծիկից վար կատարվում է երկրորդ Յամ երկարությամբ կտրվածքը: Արդյունքում առաջանում է եռանկյունաձև լաթ: Կտրվում է ծամիչ-հարականջային փակեղը (*fascia parotideomasseterica*), բացվում է ծամիչ մկանը (*m. masseter*): Մկանի հետին վերին մկանախրձերը անջատվում են այտային աղեղից, որի տակ բացվում է հողաշապիկը:
2. *Ըստ Դեվիդսոնի* (ներականջային մուտք). կտրվածքը կատարվում է ականջի այծիկի ներքին մակերեսին՝ դեպի վեր մինչև ականջախեցու աճառի կպման տեղը և 1-2սմ դեպի առաջ: Անջատվում է մաշկը, այստեղ ենթամաշկային ճարպաբջջանքը թույլ է զարգացած, արտաքին լսողական անցքի շրջանում աճառային հյուսվածքն անջատվում է քունքոսկրից, ապա շարժվում են առաջ մինչև բացվի հողաշապիկը:
3. *Քուքային մուտք*. կտրվածքը կատարվում է քունքամկանի թելերին զուգահեռ՝ նրա առաջային եզրով, հատվում են բոլոր շերտերը մինչև քունքոսկրի խրթեջ: Ապա բութ եղանակով հասնում են մինչև հողաշապիկ:
4. *Ստորձնոտային մուտք*. կատարվում է աղեղնաձև կտրվածք ստորին ձնոտի անկյունից 1,5-2սմ դեպի հետ: Ոսկրը մերկացնելուց հետո բարձրանում են վեր՝ մինչև հողաշապիկ:

Հողաշապիկին հասնելուց հետո այն մշակվում է հականեխիչներով և դրենավորվում է:

### **ՔՄԾՀ-ի արթրոզի բուժումը**

Առաջին հերթին պետք է հայտնաբերել պատճառային գործոնը և փորձել այն վերացնել (կծվածքի խանգարում ծամիչ ատամների կորստի հետևանքով):

#### Պահպանողական բուժումն ընգրկում է՝

- ստերոիդ և ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային թերապիա,

- խոնդրոպրոտեկտորներ՝ աճառային հյուսվածքը վերականգնելու նպատակով:

Ծանր դեպքերում իրականացվում է վիրաբուժական բուժում, որն ուղղված է հոդազվիկի մոդելավորմանը. այն կատարվում է դեֆորմացված հատվածները հեռացնելու ճանապարհով և սկավառակի պլաստիկայի եղանակով:

### **9.10 Քունքստործնոտային հոդի ցավային դիսֆունկցիայի համախտանիշի բուժումը**

Առաջին հերթին վերացվում են օլյուոզիոն խանգարումները, պետք է վերականգնել ծամիչ ֆունկցիան: Իրականացվում են անէսթետիկներով պաշարումներ (բլոկադաներ) ծամիչ մկանների շրջաններում: Ցավերի դեպքում ցուցված է ֆիզիոթերապիա, մկանների մարզում:

#### **9.11 Քունքստործնոտային հոդի անկլիոզի բուժումը**

Ֆիբրոզ անկլիոզի դեպքում իրականացվում են՝

- ֆիզիոթերապիա (ֆոնոֆորեզ կալիումի յոդիտով (KY), լիդազա, հիդրոկորտիզոն կամ ուլտրաձայն),
- հիդրոկորտիզոնի ներհոդային ներարկումներ (25մգ. շաբաթը 2 անգամ 5-6 ներարկում),
- ռեդրեսացիա (բերանի ստիպողաբար բացում՝ ֆիբրոզ թելերի պատումամբ),
- մեխանոթերապիա:

Ոսկրային և կայուն ֆիբրոզ անկլիոզների դեպքում բուժումը վիրաբուժական է: Այն ուղղված է ստորին ծնոտի ֆունկցիայի վերականգնմանը և դեֆորմացիայի վերացմանը՝ կեղծ հոդ ստեղծելու ճանապարհով:

### **ՔՄՄԸ-Ի ՄԻԱԲԵՐՈՒՄ (ԿՈՆՏՐԱԿՏՈՒՐԱ)**

Միաբերումը ստորին ծնոտի շարժումների սահմանափակումն է ընդհուպ ամբողջական անշարժացում: Միաբերման հիմնական պատճառ են ծամիչ մկանների կծկման և թուլացման հետ կապված խնդիրները: Գոյություն ունի կոնտրակտուրայի 2 տեսակ՝ բորբոքային և սպիական:

**Բորբոքային կոնտրակտուրա (տրիզմ):** Առաջանում է ծամիչ մկանների նյարդավորման ռեֆլեկտոր կամ անմիջական գրգռման հետևանքով, օրինակ՝ ցավային գրգիռի կամ ստորին ծնոտին հարող հյուսվածքների բորբոքման հետևանքով, որում ընդգրկված են ծամիչ մկանները: Տարբերում են բորբոքային կոնտրակտուրայի 3 աստիճան՝

1-ին աստիճանի դեպքում բերանը բացելու սահմանափակումը 3-4սմ սահմաններում է (վերին և ստորին ատամների կտրող մակերեսների միջև),

2-րդ աստիճանի դեպքում՝ 1-1,5սմ,

3-րդ աստիճանի դեպքում՝ 1սմ-ից քիչ:



**Բուժումը:** Վերացվում է բորբոքային օջախը: Բորբոքային կոնտրակտուրայի դեպքում ծամիչ մկանների սպազմը հնարավոր է հանել՝ անջատելով նրանց նյարդավորումը, որն իրականացվում է եռվորյակ նյարդի 3-րդ ճյուղի շարժիչ նյարդաթելերով: Այս նյարդաթելերն անջատելու համար կիրառվում են Բերշեի և Բերշե-Դուբովի անզգայացման եղանակները: Երկարատև բորբոքային կոնտրակտուրայի դեպքում (2 շաբաթից ավելի) ցուցված են ֆիզիոթերապիան և բուժական ֆիզկուլտուրան:

**Սպիական կոնտրակտուրա:** Առաջանում է ստորին ծնոտը շրջապատող հյուսվածքների, որոնք ընդգրկում են ծամիչ մկանները, սպիական փոփոխությունների հետևանքով: Դա կարող է առաջանալ խոցանեկրոտիկ պրոցեսների, քրոնիկական սպեցիֆիկ հիվանդությունների, ջերմային և քիմիական այրվածքների, վնասվածքների, բարորակ և չարորակ ուռուցքների վիրահատությունների, անզգայացման ժամանակ սխալ նյութ ներարկելու պատճառով: Վերքերի լավացումը երկրորդային ձգումով հանգեցնում է սպիական հյուսվածքի զարգացմանը, որը բաղկացած է կոլագենային թելիկներից, որոնք չունեն կծկողականություն: Տարբերում են դերմատոզեն, շարակցահյուսվածքային, միոզեն, մուկոզոզեն և ոսկրային կոնտրակտուրաներ: Կլինիկորեն արտահայտվում է ստորին ծնոտի շարժումների տարբեր աստիճանի սահմանափակումներով: Մակերեսային սպիները տեսանելի են անզեն աչքով, իսկ խոր սպիները հայտնաբերվում են շոշափելիս: Հոդազլխիկների շարժումները պահպանված են:

**Բուժումը** պայմանավորված է դեֆորմացված հյուսվածքների տեղակայմամբ, նրանց ծավալով, ախտահարման ժամկետներով: Բուժումը կարող է լինել պահպանողական-ֆիզիոթերապևտիկ, որոնք արդյունավետ են միայն վաղ դեպքերում (12 ամսից ոչ ավելի): Վիրաբուժական բուժման էությունն այն է, որ հատվում են սպիները և ենթարկվում պլաստիկայի: Հետվիրահատական ռեցիդիվները կանխելու նպատակով իրականացվում են բուժական ֆիզկուլտուրա և մեխանոթերապիա:

**1. Մուր օստեոմիելիտի բուժումը՝**

1. սեկվեստրների հեռացումն է
  2. շարժունակ ատամների շինավորումն է
  3. սուրբայերիոստալ աբսցեսների բացահատումն է
  4. համալիր դեղորայքային բուժումն է
- ա) 1, 2, 3  
բ) 1, 2, 4  
գ) 1, 2, 3, 4  
դ) 2, 3, 4

**2. Մուր օստեոմիելիտի բուժումը՝**

1. համալիր դեղորայքային բուժումն է
  2. պատճառային ատամի հեռացումն է
  3. ֆիզիոթերապևտիկ բուժումն է
  4. շարժունակ ատամների շինավորումն է
- ա) 1, 2, 3  
բ) 1, 2, 4  
գ) 1, 2, 3, 4  
դ) 2, 3, 4

**3. Ամպուտացիայի ցուցումներն են՝**

1. ներոսկրային գրպանիկների առկայությունը (եզրային պերիօդոնտիտ)
  2. շուրջատամնային ոսկրային ռեզորբցիան
  3. միջատամնային խտրոցի ռեզորբցիան
  4. բազմարմատ ատամի մեկ արմատի գազաթի թափածակումը (պերֆորացիան)
- ա) 1, 2, 3, 4  
բ) 2, 3, 4  
գ) 1, 2, 3  
դ) 1, 2, 4

**4. Բազմարմատ ատամի արմատի հեռացումը պսակի մասի պահպանումով կոչվում է՝**

- ա) ալոտրանսպլատացիա  
բ) հեմիսեկցիա  
գ) ամպուտացիա  
դ) ապեկեկտոմիա

**5. Ակտինոմիկոզի դեպքում որ պնդումն է ճիշտ.**

- ա) հարուցիչն է շոդաստունկը  
բ) հարուցիչն է Կոխի ցուպիկը  
գ) հարուցիչն է դժգոյն տրեպոնեման  
դ) հարուցիչն է Լեֆլերի ցուպիկը