

**ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹԻ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՕՐԳԱՆ-ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ
ԱՆՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ**

Տարբեր օրգան-համակարգերի ախտահարումներ կարող են իրենց դրսևորումներն ունենալ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին. դրանք են՝

- ստամոքս-աղիքային ուղին,
- սիրտ-անոթային համակարգը,
- արյունաստեղծ օրգանները (սուր և քրոնիկական լեյկոզներ, ագրանուլոցիտոզ, հեմոռագիկ դիաթեզներ՝ հեմոֆիլիա, Վերհլոֆի հիվանդությունը, Շենլեյն-Հենոխի հիվանդությունը, Ռանդոլու-Օսլերի հիվանդությունը, Վակեզի հիվանդությունը, անեմիաները երկաթդեֆիցիտային, B₁₂-դեֆիցիտային),
- էնդոկրին համակարգը (շաքարային դիաբետ, հիպոթիրեոզ, դիֆուզ տոքսիկ խալիպ, հիպոպարաթիրեոզ, Իցենկո-Կուշինգ, Ադիսոնի հիվանդություն),
- միզասեռական համակարգը,
- հիպո- և ավիտամինոզները,
- դերմատոզները (ԿՏՈ, բշտախտ, ՀԿԳ):

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը սերտորեն կապված է տարբեր օրգան-համակարգերի հետ: Ուստի բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հիվանդությունների հիմնական մասը պայմանավորված է համապատասխան համակարգի ֆունկցիայի խանգարմամբ, հաճախ հիվանդության առաջին ախտանիշները հայտնվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին և չունեն սպեցիֆիկ դրսևորումներ, որը դժվարացնում է ախտորոշումը:

Ստամոքս-աղիքային ուղու ախտահարումներ

Երեխաների շրջանում ստամոքս-աղիքային ուղու հիվանդություններն ուղեկցվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի դրսևորումներով, որը պայմանավորված է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և ՄԱՏ-ի միևնույն ֆունկցիայով: ՄԱՏ-ի խանգարումների դեպքում բերանի խոռոչում նկատվում են՝

- բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի այտուց,
- լեզվի վրա փառի առկայություն,
- քրոնիկական կատառալ գինգիվիտ՝ ցիանոտիկ այտուցով,
- հնարավոր է տհաճ հոտ բերանից,
- պետեխիալ ցանավորում թրոմբոցիտոպենիայի հետևանքով:

Ստամոքսի խոռոչի հիվանդության սրացումն ուղեկցվում է՝

- ❖ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ռեակտիվության նվազմամբ,
- ❖ մազանոթների կայունության նվազմամբ,
- ❖ արյան շիճուկում հիստամինի կոնցենտրացիայի մեծացմամբ,

- ❖ հիստամինազայի ակտիվության նվազմամբ,
- ❖ հիալուրոնիդազայի ակտիվության մեծացմամբ:

B խմբի վիտամինների դեֆիցիտը նույնպես հանգեցնում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ախտահարմանը:

ՔՌԱՍ (քրոնիկական ռեցիդիվող աֆթոզ ստոմատիտ) ընթանում է աղիքների դիսբակտերիոզի զուգակցմամբ, աղիքներում կատարվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի նմանատիպ փոփոխություններ:

Քրոնիկական ստոմիկ կոլիտն ուղեկցվում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին ռեցիդիվող աֆթաների առաջացմամբ:

Հեպատոխոլիցիտիտը պարբերաբար առաջանում է դեսկվամատիվ գլոսիտից՝ պտկիկների ատրոֆիայով:

Չիզենտերիա նկատվում են՝

- ❖ կատառալ և աֆթոզ ստոմատիտ,
- ❖ դեսկվանատիվ գլոսիտ, ընդ որում, ստոմատիտը զարգանում է հիվանդության սկզբում՝ 2-3 օր հետո, իսկ գլոսիտը՝ 7-14-րդ օրերին: Հնարավոր է նաև կանդիդոզի զարգացում:

Քրոնիկական էստերոկոլիտի դեպքում նկատվում են՝

- ❖ գլոսիտ (72%)` բնորոշվում է վառ հիպերեմիայով, այտուցով և ցիանոզով, 38% դեպքերում նկատվում է ծայքավոր լեզու, 51% դեպքերում՝ դեսկվամատիվ գլոսիտ,
- ❖ աֆթոզ ստոմատիտ, ուտիճ,
- ❖ ընթանում է վիտամին PP-ի և B2-ի պակասուրդի /դեֆիցիտի/ զուգակցմամբ:

Քրոնիկական գաստրիտի դեպքում փոփոխությունները բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին պայամանավորված են հիվանդության տևողությամբ և տեսակով, նկատվում է դեսկվամատիվ գլոսիտ՝ պտկիկների ատրոֆիայով և հարթվածությամբ:

Հիպերացիդ գաստրիտի դեպքում նկատվում են՝

- ❖ պտկիկների հիպերտրոֆիա,
- ❖ լեզվի համային զգացողության նվազում,
- ❖ հաճախ ՔՌԱՍ, ՍՀՍ լեյկոպլակիայի, խեյլիտի հետ:

Չիսթակտերիոզի դեպքում բերանի խոռոչում ավելի ակնհայտ ախտանիշ է սուր պսևդոմեմբրանոզ կանդիդոզը: Հիվանդ երեխաների դեպքում նկատվում է աղիքների ֆերմենտների ակտիվության մեծացում, որը բացատրվում է աղիքային նորմալ միկրոֆլորայի կազմի և ակտիվության փոփոխությամբ:

Բուժումը. ՄԱՏ-ի հիվանդությունների դեպքում զարգացող ստոմատիտը, գինգիվիտը և գլոսիտը բուժելու նպատակով կատարվում են՝

- բերանի խոռոչի հիգիենայի անցկացում,
- հիգիենայի և բերանի խոռոչի խնամքի ցուցումներ,
- Անհրաժեշտության դեպքում հականեխիչ կամ հակաբորբոքային պրեպարատներով ողողումներ (քլորհեքսիդին, կալենդուլայի թուրմ,

երիցուկ և այլն),

- պարտադիր պայման է հիմնական հիվանդության բուժումը,
- հիպովիտամինոզ B-ի դրսևորումների առկայության դեպքում նշանակվում են B խմբի վիտամիններ ներքին ընդունման համար (դեկամնիտ, պանգեկսավիտ, գալտամնիտ, յունիկապ), պարենտերալ (թիամին, ռիբոֆլավին, պիրիդոքսին, ցիանկոբալամին):

Լյարդի հիվանդություններ

Հիվանդության տեսակով, աստիճանով, տևողությամբ, ուղեկցող հիվանդությունների առկայությամբ պայմանավորված՝ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին արտահայտությունները տարբեր են:

Լյարդի սուր բորբոքում զարգանում է վարակիչ ախտահարումների դեպքում (Բոտկինի հիվանդություն): Դեղնուկի աճման շրջանում նկատվում են՝

- բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի, շրթունքների, լեզվի հիպերեմիա, չորություն, այտուց, երբեմն հիվանդությունն ուղեկցվում է հերպեսանման բշտիկային ցանավորմամբ: Բնորոշ նշաններն են՝
- լորձաթաղանթի դեղնավուն երանգավորումը,
- նկատվում է փոքր թքագեղձերի ծորանների հիպերպլազիա,
- ստենոտոնյան ծորանի էլանցքի բորբոքային փոփոխությունները,
- շրթունքին և փափուկ քիմքին տելեանգիոէկտազիաների առկայությունը,
- լեզվի մեջքին հայտնվում է փառ, լեզուն այտուցված է, ցիանոտիկ, նկատվում են թելանման պտկիկների ատրոֆիա և էպիթելի օջախային դեսկվամացիա:

Հիվանդները նշում են այրոց, լեզվի ցավ, լորձաթաղանթը վառ կարմիր է, փայլուն, նկատվում է հիպերտրոֆիկ և կատառալ գինգիվիտ: Բոլոր այս երևույթներն առավելապես պայմանավորված են երկրորդային հիպովիտամինոզով:

Բուժումը: Կատարվում է երկրորդային վարակի կանխարգելում, ցուցված է հականեխիչ պրեպարատների օգտագործում (քլորհեքսիդին, ֆուրացիլին, Этоний рунկ):

Միրո-անոթային համակարգի հիվանդություններ

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին դրսևորումները նկատվում են հիմնականում սիրո-անոթային հիվանդությունների դեկոմպեսացված տեսակերի դեպքում, որը երեխաների դեպքում 0,4% է: Բերանի խոռոչում նկատվում են կանգային երևույթներ, այտուցվածություն, հյուսվածքների ցիանոտիկ երանգ: Ոչ բավարար միկրոշրջանառության հետևանքով հնարավոր են դիստրոֆիկ պրոցեսներ, մինչև իսկ նեկրոզի օջախների առաջացում հատկապես հաճախակի վնասվածքի ենթարկվող հատվածներում: Առաջացող խոցերը

շատ ցավոտ են և դանդաղ են լավանում: Առավելապես երեխաների դեպքում առկա են կոմպենսացված տեսակները, որոնք սովորաբար բերանի խոռոչում չեն ուղեկցվում նկատելի փոփոխություններով: Ստոմատոլոգի մոտ երեխաներն ուղղորդվում են առաջացած տրոֆիկ խոցերը բուժելու և դրանց վարակումը կանխարգելելու համար:

Արյան համակարգի հիվանդություններ

Արյան համակարգի հիվանդություններից են՝

- սուր և քրոնիկական լեյկոզները,
- ագրանուլոցիտոզը,
- հեմոռագիկ դիաթեզները՝ հեմոֆիլիա, Վերիլոֆի հիվանդություն, Շենլեյ-Չենոխի հիվանդություն, Ռանդյու-Օսլերի հիվանդություն, Վակեզի հիվանդություն,
- անեմիաները՝ երկաթդեֆիցիտային, B₁₂-դեֆիցիտային:

Արյան և արյունաստեղծ օրգանների շատ հիվանդություններ իրենց բնորոշ դրսևորումներն ունեն բերանի խոռոչում: 65,8% դեպքերում հիվանդ երեխաների շրջանում նկատվում են դրսևորումներ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին: Դա բացատրվում է նրանով, որ արյունը, մաշկը և ենթալորձաթաղանթը շարակցական հյուսվածքի տարատեսակներ են: Լեյկոզների դեպքում բերանի խոռոչի փոփոխությունները խիստ բնորոշ են և ախտորոշիչ կարևոր նշանակություն ունեն:

Լեյկոզներ

Լեյկոզն արյունաստեղծ օրգանների չարորակ հիվանդություն է, որը զարգանում է արյունաստեղծ օրգանների պրոգրեսիվ բջջային հիպերպլազիայի հետևանքով, երբ բջջային պրոլիֆերացիան գերակշռում է բջիջների հասունացմանը (դիֆերենցացիային): Արյան բջիջները ենթարկվում են անապլազիայի և ստանում են նոր բլաստոմային հատկություններ:

Լեյկոզները դասակարգվում են սուր և քրոնիկական տեսակների:

Սուր լեյկոզը բնորոշվում է ոսկրածուծում, փայծաղում, ավշահանգույցներում բլաստային, երիտասարդ բջիջների ավելացմամբ: Ունի բավականին ծանր ընթացք: Առավելապես զարգանում է երեխաների շրջանում և չունի վառ արտահայտված ախտանշաններ:

Սուր լեյկոզի տեսակներն են՝

- 1) լիմֆոբլաստային,
- 2) պլազմոբլաստային,
- 3) միելոբլաստային:

Բավականին բնորոշ են դրսևորումները բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին: Նկատվում են՝

- փափուկ քիմքին, լեզվի ծայրին և մեջքին, քիմքին և լեզվին լորձաթաղանթի խոցա-նեկրոտիկ փոփոխություններ,
- քիմքի և լեզվի ավշահանգույցների հիպերպլազիա,

- երբեմն նկատվում են քսերոստոմիա և տհաճ զգացողություններ՝ այրոց, փափուկ քիմքի և լեզվի շրջանում ծակծկոց,
- նկատվում են նաև լեզվի ախտահարումներ՝ փառ, խոցոտումներ:

Քրոնիկական լեյկոզի տեսակներն են՝

1)միելոլեյկոզը,

2)լիմֆոլեյկոզը:

Զարգացման 2 փուլերն են՝

- բարորակ,
- չարորակ:

Առաջին փուլը բնորոշվում է նեյտրոֆիլային լեյկոցիտոզով դեպի պրոմիելոցիտներ շեղմամբ և եզակի բլաստային բջիջների առկայությամբ:

Երկրորդ փուլում արյան մեջ շատանում են բլաստային տեսակները, նկատվում է լեյկոցիտների քանակի արագ աճ, զարգանում են նաև անեմիա, թրոմբոցիտոպենիա, որն ուղեկցվում է հեմոռագիաներով: Քրոնիկական լեյկոզների դեպքում բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը հազվադեպ է ախտահարվում:

Երեխաների շրջանում հաճախադեպ են լեյկոզների սուր տեսակները:

- Բերանի խոռոչում նկատվում են նեկրոզի օջախներ: Լնդային պտկիկները լինում են խիստ վնասված, նեկրոզն ընդգրկում է էպիթելը և ենթալորձաթաղանթը:
- Ենթալորձաթաղանթային շերտը ինֆիլտրացված է լիմֆատիկ, պլազմատիկ, ռետիկուլյար, բլաստոմային բջիջներով: Նկատվում է անոթների գերարյունացում: Անոթների լուսանցքները լցված են լինում լեյկոցիտներով, հնարավոր է նույնիսկ էպիթելի և ենթալորձաթաղանթային շերտի նեկրոզի զարգացում:
- Սպունգանման նյութում նկատվում է ռեզորբցիա՝ ուղղահայաց տեսակի գերակշռմամբ:
- Պերիօդոնտում նկատվում են արյունաստեղծման օջախներ՝ փուխր շարակցական հյուսվածքի մետապլազիայի (ռետիկուլյար և բլաստոմային բջիջների առկայությամբ) կամ գագաթային հատվածում լայնածավալ օջախներով:
- Բլաստոմային բջիջները ջնջում են պերիօդոնտի և ատամնաբնի միջև սահմանը:
- Երեխաների ընդհանուր վիճակը ծանր է, նկատվում են թուլություն, գունատություն (անեմիայի և ինտոքսիկացիայի հետևանքով):
- Վիրուսային և բակտերիային վարակները չունեն սահմանափակման միտում, քանի որ իմունիտետի պակասությամբ /դեֆիցիտը/ դիմադրողականություն չի ապահովում վարակի հանդեպ:
- Հյուսվածքների բորբոքային ինֆիլտրացիան չի անհետանում նույնիսկ բուժումից հետո, քանի որ շրջապատող բլաստոմային բջիջներն ունեն ուռուցքանման աճի միտում:

- Հեմոռագիաներն առաջանում են թրոմբոցիտոպենիայի և հեմոպոեզի համակարգի այլ խանգարումների հետևանքով:
- Սուր լեյկոզի դեպքում ատամի կակղանում նկատվում են ռետիկուլո-էնդոթելային բլաստոմատոզ փոփոխություններ: Այդ փոփոխություններն ավելի արտահայտված են կակղանի տերմինալ հատվածներում և չձևավորված արմատներով ատամներում: Օդոնտոբլաստները խանգարումներ հիմնականում չեն ունենում: Բլաստոմային փոփոխությունների ավելի հաճախ ենթարկվում են չտարբերակված ֆիբրոբլաստները:
- Լնդերի, թշերի, քիմքի, լեզվի լորձաթաղանթին առաջանում են հեմոռագիաներ և արյունազեղումներ: Արյունազեղումների հատվածում ձևավորվում են արյունահոսող նեկրոզի օջախներ, խոցոտումներ: Հիվանդության զարգացմանը զուգահեռ նեկրոզի օջախը մեծանում է, լինդը հիպերեմիկ է և խոցոտված:
- Առաջանում է տհաճ հոտ բերանից:
- Ատամները շարժվում են, դրանց հեռացումն ուղեկցվում է երկարատև արյունահոսություններով:
- Լեզուն այտուցված է, ծածկված է փառով, լեզվի ծայրին, ատամների հավոդ հատվածներում առաջանում են խոցեր:
- Երբեմն բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին հայտնվում են բշտեր, որոնց բացվելուց հետո առաջանում են էրոզիաներ:
- Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի սուր լեյկոզների դեպքում բնորոշ է հեմոռագիկ համախտանիշ (լնդերի արյունահոսություն, լորձաթաղանթի արյունազեղումներ, լեյկեմիկ ինֆիլտրատ և խոցանեկրոտիկ ախտահարումներ):
- Հաճախ են նաև հիպերտրոֆիկ գինգիվիտները՝ ատամների շարժունակությամբ, որն առաջանում է լնդերի լեյկոզ ինֆիլտրացիայի և ավելոյարոսկրի դեստրուկցիայի հետևանքով:
- Երեխաները սովորաբար գանգատվում են ծնոտում ցավերից՝ պայմանավորված ծնոտոսկրում, պերիօդոնտում և կակղանում լեյկեմիկ ինֆիլտրատի առկայությամբ:

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝

- Հիպերտրոֆիկ գինգիվիտից,
- Վենսանի խոցա-նեկրոտիկ ստոմատիտից,
- Հիպովիտամինոզ C-ից:

Բուժումը

Իրականացվում է հեմատոլոգի կողմից:

Շատ կարևոր է բերանի խոռոչ հիգիենիկ վիճակի պահպանումը:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի խոցա-նեկրոտիկ ախտահարումների դեպքում կատարվում են՝

- Անզգայացում,
- պրոթեոլիտիկ ֆերմենտների օգտագործում,
- կերատոպլաստիկների օգտագործում,
- սնկային կամ վիրուսային ախտահարումների դեպքում նշանակվում է հակասնկային և հակավիրուսային թերապիա: Քլորհեքսիդինային ողորումների դեպքում նկատվում է միկրոօրգանիզմների քանակի նվազում, որը նպաստում է երկրորդային վարակի կանխարգելմանը: Բերանի խոռոչի մանրակրկիտ և մշտական հիգիենան կարևոր գործոն է լեյկոզով հիվանդ երեխաների բերանի խոռոչի վիճակի բարելավման համար:

Միելոմային հիվանդություն

Նկատվում են՝

- լնդի էպիթելի այտուց և ատրոֆիա,
- ենթալորձաթաղանթային շերտում հայտնաբերվում է ռետիկուլյար, լիմֆատիկ և բազմակի պլազմատիկ բջիջների ինֆիլտրատ,
- ծնոտոսկրը և միջատամնային խտրոցները ենթարկվում են ռեզորբցիայի,
- ռեզորբցիան ընթանում է ավելի ինտենսիվ, քան լեյկոզների դեպքում,
- ոսկրածուծային տարածություններում հայտնաբերվում են բլաստոմային (միելոմային) բջիջներ,
- պերիօդոնտում հայտնաբերվում են արյունաստեղծման օջախներ և ցեմենտիկլեր,
- լակունաներում նկատվում է ատամի հյուսվածքների ռեզորբցիա (ցեմենտ, դենտին), պետրիֆիկատներ,
- հաճախ հիվանդության առաջին ախտանիշը հենց բերանի խոռոչի դրսևորումներն են,
- դրանց վաղ ախտորոշումը և բուժումը նպաստում են հիվանդության ռեմիսիայի զարգացմանը,
- կլինիկական դասական ընթացքի դեպքում բերանի խոռոչում նկատվում են հիպերեմիա, լնդային եզրի ցիանոզ, գեներալիզացված պրոգրեսիվող պարօդոնտիտ, հիպերպլազիա, լնդային արյունահոսություններ, փառի առկայություն,
- ըստ որոշ հեղինակների՝ այս փոփոխությունները երկրորդային են՝ պայմանավորված բակտերիային ատամնավահանիկի առկայությամբ:

Ազրանուլոցիտոզ

Այս համախտանիշը բնութագրվում է պերիֆերիկ արյան մեջ նեյտրոֆիլային գրանուլոցիտների քանակի նվազմամբ կամ բացակայությամբ:

Տարբերում են հետևյալ տեսակները՝

1. միելոտոքսիկ,
2. իմունային:

- Լնդերի ենթալորձաթաղանթային շերտում առկա է լիմֆատիկ, պլազմատիկ և ռետիկուլյար բջիջներից ինֆիլտրատ:
- Միջավելոլային խտրոցներում ռեզորբցիա չի նկատվում:
- Ոսկրածուծային տարածություններում հայտնաբերվում է ճարպային և շարակցական հյուսվածք՝ լիմֆատիկ և պլազմատիկ բջիջների պարունակությամբ:
- Կակղանում հայտնաբերվում են արյունազեղումներ, մանր դենտիկլներ և կրային աղեր:
- Ագրանուլոցիտոզի դեպքում բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը միշտ ախտահարվում է, թեև կլինիկորեն ոչ միշտ է հայտնաբերվում:
- Չննման ժամանակ հայտնաբերվում են լեզվի, փափուկ և կարծր քիմքի, ենթալեզվային հատվածի, թշերի, քմային աղեղների, նշիկներին նեկրոզի հատվածներ: Օջախները կարող են միաձուլվել:
- Հյուսվածքները այտուցված են, փխրուն:
- Ախտահարված հատվածներն ունեն կեղտոտ գույն, տհաճ նեխած հոտ:
- Խոցերը հստակ սահմանափակված են շրջակա հյուսվածքներից:
- Նեկրոզները ոչ ռեակտիվ բնույթ ունեն, քանի որ չկան գրանուլոցիտներ, խիստ թուլացած է բջջային ռեակցիան:
- Ավշահանգույցները մեծացած են:
- «Բերանի խոռոչի նեյտրոպենիկ խոցոտումներ» բնորոշ են միելոսուպրեսիվ վիճակների դեպքում:
- Դիտվում է հիվանդ երեխաների շրջանում, երբ նեյտրոֆիլների քանակը 20 000 մմ³ է, բայց առկա է նեյտրոֆիլային դիսֆունկցիայի արտահայտված հակվածություն:

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝

- ✓ Վենսանի խոցա-նեկրոտիկ գինգիվոստոմատիտից,
- ✓ արյան այլ հիվանդություններից:

Բուժումը

Ընդհանուր բուժում. հիվանդը հեմատոլոզի և թերապևտի հսկողության տակ է, ցուցված են արյան փոխներարկում, էթիոլոգիական գործոնների վերացում:

Տեղային. անզգայացնող դեղամիջոցներ, պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներ, հականեխիչներ և կերատոպլաստիկներ:

Հեմոռագիկ դիաթեզներ (ՀԴ)

Հիվանդությունն արտահայտվում է պարբերաբար առաջացող արյունահոսությունների հակվածությամբ, որոնք առաջանում են ինքնաբերաբար կամ չնչին վնասվածքների հետևանքով՝

1. ՀԴ՝ պայմանավորված արյան մակարդելիության խանգարումներով,
2. ՀԴ՝ պայմանավորված թրոմբոցիտոպոեզի խանգարումներով,
3. ՀԴ՝ պայմանավորված անոթային պատի ախտահարումներով՝ վազոպաթիա:

Հեմոֆիլիա

Ժառանգական հիվանդություն է, առկա է միայն տղաների շրջանում, հիվանդությունը փոխանցողը մայրն է, ում հայրական կողմի բարեկամները տառապում են հեմոֆիլիայով, միննույն ժամանակ մայրը լիովին առողջ է:

Հիվանդությունն ունի 3 տեսակ՝

1. դասական հեմոֆիլիա A, որը պայմանավորված է VIII գործոնի անբավարարությամբ՝ հակահեմոֆիլային գլոբուլին A,
2. Կրիստմանի հիվանդություն, հեմոֆիլիա B, որը պայմանավորված է IX գործոնի անբավարարությամբ՝ հակահեմոֆիլային գլոբուլին B,
3. հեմոֆիլիա C, որը պայմանավորված է X գործոնի ակտիվության կտրուկ նվազմամբ:

Հիվանդությունը սովորաբար արտահայտվում է կյանքի 2-3 տարում: Երեխան ունենում է նուրբ մարմնակազմվածք, բարակ, գունատ մաշկ, թույլ զարգացած ենթամաշկային ճարպային շերտ:

Տրավմայի դեպքում, ինչպես նաև առանց նկատելի պատճառների, առաջանում են արյունազեղումներ:

- ✓ Ատամների ծկթման շրջանում բնորոշ է արյունահոսություն լնդեզրից:
- ✓ Ատամները հեռացնելուց հետո զարգանում է ծանր արյունահոսություն, որի դադարեցնելու համար անհրաժեշտ է հիվանդին հոսպիտալացնել:
- ✓ Դիտվում է նաև հողերում և ՍՍՏ արյունահոսություն (որոնք ըստ առաջացման հաճախության 2-րդ և 3-րդ տեղն են զբաղեցնում): Հիվանդությունը երկար ժամանակ կարող է ընթանալ գաղտնի և հայտնաբերվել միայն ատամը հեռացնելուց հետո:

Ստոմատոլոգիական հիվանդությունների կանխարգելումը հեմոֆիլիայով հիվանդների դեպքում առաջնային նշանակություն ունի:

Այն ընտանիքները, որտեղ կան հեմոֆիլիայով հիվանդներ, դիսպանսեր հսկողության տակ են: Բերանի խոռոչի սանացիայի դեպքում պետք է բացառել ցանկացած միջամտություն կակդանի, պերիօդոնտի վրա, ատամի հեռացում և օպերատիվ ցանկացած միջամտություն:

Եթե ամեն դեպքում անհրաժեշտ է հեռացնել ատամը և վիրաբուժական որևէ միջամտություն կատարել, ապա երեխային հոսպիտալացնում են արյունաբանական բաժանմունքում, որտեղ պատրաստում են վիրահատության: Ատամը պետք է հեռացնել առանց հյուսվածքի վնասման: Խորհուրդ է տրվում կիրառել հեմոստատիկ սպունգով տամպոնադա կամ հեմոստատիկ ազդեցության այլ միջոցներ: Միջամտությունից հետո երեխաները ստացիոնարում մնում են 7-10 օր:

Թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա՝ Վերլիոֆի հիվանդություն

Արյան մեջ թրոմբոցիտների քանակի և նվազման հետևանքով բնորոշվում է արյունահոսությամբ՝ պայմանավորված մեգակարիոցիտների հասունացման խանգարմամբ:

- ✓ Հիվանդությունը կարող է ունենալ թեթև կամ ծանր, սուր կամ քրոնիկական ընթացք:
- ✓ Հիմնական կլինիկական ախտանիշը արյունազեղումների առաջացումն է՝ առանց նկատելի պատճառների, տենդային վիճակներից հետո (գրիպ, պնևմոնիա և այլն):
- ✓ Արյունազեղումները տարբեր չափերի են, ասիմետրիկ, տեղակայված են ամբողջ մարմնի մակերեսով:
- ✓ Հիմնական հեմատոլոգիական նշանը թրոմբոցիտոպենիան է՝ թրոմբոցիտների կտրուկ անիզոցիտոզով և Կանցելսոնի հսկա տեսակների առկայությամբ:
- ✓ Կարմիր և սպիտակ արյան պատկերում փոփոխություններ չեն նկատվում:

Բերանի խոռոչում նկատվում են՝

- ❖ լնդերի արյունահոսություն,
- ❖ գինգիվիտ,
- ❖ բոլոր այս ախտանիշներն ավելի արտահայտվում են կաթնատամների փոփոխման և պուրբերտատային շրջանում:

Նմանատիպ կլինիկական ախտանշաններ նկատվում են նաև Գլանցմանի հեմոռագիկ թրոմբոպենիայի և Վիլբրանդ-Յուրգենսի հիվանդության դեպքում: Հիվանդությունն ընտանեկան բնույթ ունի, և ի տարբերություն Վերլիոֆի հիվանդության՝ թրոմբոցիտար թիթեղների քանակությունն արյան մեջ չի նվազում:

Շենլեյն-Հենոխի հիվանդությունն ավերգիկ ծագման ինֆեկցիոն-տոքսիկ պուրպուրա է: Նկատվում են՝

- ❖ ջերմության բարձրացում,
- ❖ եղնջացան,
- ❖ ալբումինուրիա,
- ❖ հեմատուրիա,
- ❖ աղիքային երևույթներ,
- ❖ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի արյունազեղումներ,
- ❖ լնդային արյունահոսություններ:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի դրսևորումները հայտնվում են վարակիչ կամ տենդային հիվանդությունների ընթացքում կամ հետո ստացած դեղեր օգտագործելու հետևանքով:

Ռանդոլ-Օսլերի հիվանդություն

- ❖ Բնորոշվում է բազմակի արյունահոսող տելեանգիէկտազիաների

առկայությամբ: Հիվանդությունն ունի ընտանեկան բնույթ, ժառանգվում է դոմինանտ տեսակով:

- ❖ 60-80% դեպքերում պրոցեսն արտահայտվում է երեխաների դեմքին և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին:
- ❖ Հայտնաբերվում են բազմակի, մազանոթային հեմանգիոմաներ, որոնք վնասվելիս շիթով արյունահոսում են:
- ❖ Ատամների հեռացումն արյունահոսությամբ չի ուղեկցվում:
- ❖ Հիվանդությունն ուղեկցվում է անեմիայով:
- ❖ Արյան մակարդեղիության համակարգում խնդիրներ չեն նկատվում:
- ❖ Անգիոմաների հյուսվածքաբանական առանձնահատկությունը անոթի պատում մկանային և էլաստինային թելերի բացակայությունն է. անոթի պատը կազմված է միայն էնդոթելային շերտից: Էնդոթելի պրոլիֆերացիայի հետևանքով հնարավոր է անոթի լուսանցքը փակվի:
- ❖ Անոթները սինուսաձև լայնացած են, շրջապատված են շարակցական հյուսվածքով:
- ❖ Սրացումների ընթացքում հարկավոր է հոսպիտալացնել արյունաբանական բաժանմունք:

Պոլիցիտեմիա (երիթրեմիա, Վակեզի հիվանդություն)

Արյան համակարգի քրոնիկական հիվանդություն է, բնորոշվում է էրիթրոցիտների քանակի կայուն ավելացմամբ և շրջանառող արյան միավոր ծավալում Hb քանակի բարձրացմամբ:

Հիվանդությունը պայմանավորված է ոսկրածուծում էրիթրոցիտների, լեյկոցիտների և թրոմբոցիտների պրոդուկցիայի ավելացմամբ:

- Մաշկի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի գույնի փոփոխությամբ դրանք դառնում են մուգ բալագույն, ցիանոտիկ երանգով, որը պայմանավորված է մազանոթներում վերականգնված Hb պարունակության բարձրացմամբ:
- Նկատվում է լնդային արյունահոսություն, հնարավոր է նաև արյունահոսություն ստամոքսից և աղիքներից:
- Բերանի խոռոչում նկատվում է Կուպերմանի ախտանիշը՝ փափուկ քիմքի լորձաթաղանթի ցիանոզ և կարծր քիմքի գունատություն:
- Նկատվում են մաշկի քոր, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի պարետոզիա՝ պայմանավորված անոթների գերլցավորված վիճակով և նեյրոանոթային խանգարումներով:
- Արյան մեջ նկատվում է էրիթրոցիտների քանակի շատացում $6-8 \times 10^{12}$ գ/լ, Hb 180-200գ/լ, ԷՆԱ-ն՝ մինչև 1-3մմ/ժ:

Բուժումը: Հատուկ տեղային բուժում ցուցված չէ, ընդհանուր բուժումը կատարվում է հեմատոլոգի կողմից:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի փոփոխությունները անեմիաների ժամանակ

Անեմիան վիճակ է, որը բնորոշվում է էրիթրոցիտների քանակի և արյան միավոր ծավալում Hb քանակի նվազմամբ:

Անեմիաները լինում են ժառանգական և ձեռքբերովի:

Պոստհեմոռագիկ անեմիան զարգանում է արյան կորստի հետևանքով:

Հեմոլիտիկ անեմիան զարգանում է էրիթրոցիտների խիստ քայքայման հետևանքով:

Էրիթրոցիտների գոյացման խանգարումների հետևանքով առաջացող անեմիաներ երկաթդեֆիցիտային, մեգալոբլաստային:

- Երեխաների շրջանում առավել հաճախադեպ են երկաթդեֆիցիտային և մեգալոբլաստային անեմիաները:
- Հանդիպում են նաև այլ անեմիաներ.
- ✓ Ծանր պերնիզիոզ. զարգանում է գլխատային ինվազիայից, կերակրափողի ծանր այրվածքներից հետո, երբ ստամոքսային մարսողությունը խանգարվում է (ազաստիկ տեսակ) ծանր վիրահատություններից հետո, որոնք ուղեկցվում են արյան մեծ կորստով վարակիչ հիվանդություններից հետո:
- ✓ Ալիմենտար անեմիաներ, որոնք զարգանում են միօրինակ կաթնային կերակրումից, ածխաջրատային սնունդ (կաշաներ) օգտագործելու՝ ավիտամինոզի հետևանքով:
- Անեմիաների ստոմատոլոգիական ախտանիշ է Բարլովի անեմիան. հիվանդանում են մինչև 2 տարեկան երեխաները: Ծկթող ատամների շուրջ լինող այտուցված է, հիպերեմիկ, ցիանոտիկ երանգով, հեշտ արյունահոսում է, առավոտյան բարձի վրա մնում են թփի և արյան հետքեր:

Երկաթդեֆիցիտային հիպոքրոմային անեմիա (քլորոզ)

Առաջանում է երկաթի անբավարար ընդունման կամ դրա արագացված օգտագործման պատճառով (պուբերտատային շրջան, նկ. 95): Կարևոր են նաև տարած հիվանդությունները, թաքնված ընթացք ունեցող վարակները, ռացիոնալ սնուցումը, ինտոքսիկացիաները և այլն:

Քլորոզն առավել հաճախադեպ է աղջիկների սեռական հասունացման շրջանում, քանի որ այդ շրջանում նկատվում է երկաթի մեծաքանակ օգտագործում: Նկատվում են թուլություն, աղմուկ ականջներում, գլխացավ, սրտխփոց, վատ քուն, ախորժակի կորուստ, փորկապություն:

Հիվանդները գանգատվում են՝

- ❖ լեզվի շրջանում այրոցի զգացողությունից,
- ❖ կծու, թթու, աղի սնունդ ընդունելու դժվարությունից,
- ❖ լնդային արյունահոսությունից:

Օբյեկտիվ: Նկատվում են գինգիվիտներ անգույն լորձաթաղանթի գու-

զակցմամբ, լնդապտկիկները մեծացած են, ցիանոտիկ, արյունահոսում են: Բերանի խոռոչի հիգիենան դժվարացած է: Առկա է լեզվի էպիթելի դեսկվամացիա:



Նկար 95. Երկաթդեֆիցիտային անեմիա:

Տեղային բուժում՝ բերանի խոռոչի սանացիա, սիմպտոմատիկ թերապիա, երկրորդային վարակը կանխարգելող միջոցառումներ:

Ադիսոն-Բիրմայի (B12-դեֆիցիտային, ֆոլաթթվի դեֆիցիտային, պերնիցիոզ) անեմիա

B₁₂ և B₉ վիտամինների անբավարարության հետևանքով զարգացող էրիթրոպոեզը խանգարվում է: Հիվանդությունը զարգանում է աստիճանաբար: Ձարգանում են ընդհանուր թուլություն, գլխացավ և պարէսթեզիա:

Օբյեկտիվ: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը գունատ է, ատրոֆիկ, դեղնավուն երանգով, այտերի լորձաթաղանթին նկատվում են կետային արյունազեղումներ, լնդային արյունահոսություններ: Բնորոշ են լեզվի փոփոխություններ. այն դառնում է հարթ, փայլուն՝ պտկիկների ատրոֆիայի, էպիթելի բարակելու և մկանային ատրոֆիայի հետևանքով: Լեզվին հայտնվում են վառ կարմիր բծեր, որոնց միաձուլումից լեզուն դառնում է վառ կարմիր (Հունտեր-Միլլերի գլոսիտ):

Ախտորոշումը. ախտորոշվում է արյան պատկերի հիման վրա: Արյան մեջ նկատվում են՝

- ❖ Hb քանակի նվազում, էրիթրոցիտների քանակի նվազում,
- ❖ ԳՑ 1,1-1,3 հիպերքրոմ անեմիա:

Բուժումը. Նշանակվում են վիտամին B₉, B₁₂ (տե՛ս «Վիտամիններ» բաժինը), տեղային կատարվում է բերանի խոռոչի սանացիա:

Բերանի խոռոչի փոփոխությունները էնդոկրին հիվանդությունների ժամանակ

Ներքին սեկրեցիայի գեղձերի ֆունկցիայի շեղումները հանգեցնում են նյութափոխանակության և տրոֆիկ խանգարումների: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին փոփոխություններ նկատվում են շաքարային դիաբետի, սեռական գեղձերի, վահանագեղձի և հարվահանագեղձի ֆունկցիայի խանգարումների դեպքում:

Շաքարային դիաբետ

Հիվանդությունն ուղեկցվում է քսերոստոմիայով (դեհիդրատացիայի հետևանքով): Քսերոստոմիան հանգեցնում է լորձաթաղանթի կատառալ բորբոքման, լորձաթաղանթը դառնում է այտուցված, հիպերեմիկ, փայլուն:

Հիվանդները գանգատվում են՝

- ❖ այրոցի զգացողությունից,
- ❖ լեզվի, շրթունքի, լնդերի շրջանում ծակծկոցից,
- ❖ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի պարէսթեզիայից,
- ❖ հնարավոր է համային զգացողության նվազում քաղցր, աղի, թթու մթերքների հանդեպ,
- ❖ լեզուն պատվում է սպիտակ փառով,
- ❖ լեզվի վրա հայտնվում են ցավոտ ճաքեր,
- ❖ առաջանում է նախատրամադրվածություն բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բորբոքային պրոցեսների հանդեպ,
- ❖ դանդաղում է երոզիաների և խոցերի ռեգեներացիան:

Երեխաները գանգատվում են ցավից, որն առաջանում է տաք, կծու կամ չոր ուտելիք ընդունելիս:

Բավական հաճախ ախտահարվում են պարոօդոնտալ հյուսվածքները: Սկզբում զարգանում է կատառալ գինգիվիտ, որը վերածվում է պրոգրեսիվող ընթացք ունեցող պարոօդոնտիտի: Հաճախ առաջանում են պարոօդոնտալ արսցեսներ:

Բերանի խոռոչի շաքարային դիաբետի դեպքում նկատվում է նաև կանդիդոզ, որը բնորոշվում է կայուն և համառ ընթացքով: Հաճախադեպ են միկոտիկ ուտիճները, որոնց դեպքում բերանի անկյուններում հայտնվում են սպիտակամոխրագույն կեղևներով պատված ճաքեր:

Բուժումը

Նշանակվում են՝

- բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի չորությունը նվազեցնող միջոցներ,
- հակասնկային պրեպարատներ,
- հականեխիչներ բերանի խոռոչ լորձաթաղանթի երկրորդային վարակը կանխելու համար,
- պարբերաբար պետք է կատարել բերանի խոռոչի սանացիա, ուստի երեխաները պետք է գտնվեն դիսպանսեր հսկողության տակ:

Վահանագեղձի և հարվահանագեղձի հիվանդությունների դեպքում ուղիղ կապ է նկատվում հիվանդության ընթացքի և պարօդոնտի ու բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վիճակի միջև:

Հիպոթիրեոզ

Հիպոթիրեոզով հիվանդ երեխաների դեպքում՝

- բերանի խոռոչի լորձաթաղանթն անեմիկ է, այտուցված, չոր
- առկա է մակրոգլոսիա,
- լեզվի կողմնային հատվածներում նկատվում են ատամների հետքեր,
- հաճախ առկա է էմալի հիպերպլազիա,
- հիպոսալիվացիա,
- կարիեսի մեծ ինտենսիվություն,
- ատամների զարգացման և ծկթման ժամկետների ուշացում:

Բուժումը

Կատարվում է բերանի խոռոչի սանացիա:

Դիֆուզ տորսիկ խալիս

Երեխաները գանգատվում են՝

- բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի այրոցի զգացողությունից,
- համային զգացողության նվազումից,
- ընդհանուր վիճակի վատացումից,
- բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը գունատ է, այտուցված,
- հայտնաբերվում է դեսկվամատիվ գլոսիտ,
- առկա են էմալի զարգացման անոմալիաներ,
- նկատվում է ատամների ծկթման ժամկետների արագացում:

Հիպոպարաթիրեոզ

• Լնդի լորձաթաղանթը հիպերեմիկ է, այտուցված:

- Ուտեղիս երեխաները գանգատվում են լեզվի թմրածությունից և ծակծկոցներից, շրթունքների ձգվածության զգացողությունից, բերանի խոռոչի չորությունից, այրոցից:
- Առկա է ծնոտների տրիզմ:
- Աշնան-ձմռան ամիսներին շրթունքի ներքին մակերեսին և լեզվի կողմնային հատվածներում առաջանում են ցավոտ աֆթաներ:
- Հաճախ նկատվում են պարօդոնտի հյուսվածքների ախտահարումներ՝ կատառալ և հիպերտրոֆիկ գինգիվիտ, պարօդոնտիտ:

Իգենկո-Կուշինգի համախտանիշ

- Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթն այտուցված է:
- Լեզվի և այտերի լորձաթաղանթին նկատվում են ատամների արտատպվածքներ:
- Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին առաջանում են էրոզիաներ և խոցեր, որոնք աչքի են ընկնում երկարատև ընթացքով:
- Առաջանում են հեմոռագիկ պարունակությամբ բշտեր:
- Առաջանում է կանդիդոզ:

- Առկա է պարօղոնտի հիվանդությունների առաջացման նախատրամադրվածություն:
- Որոշ հիվանդների դեպքում նկատվում է մակրոխեյլիտ:
- Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին կարող են առաջանալ տրոֆիկ խոցեր:

Բուժումը. Կատարվում է բերանի խոռոչի սանացիա:

Աղիսունի հիվանդություն

- Այտերի լորձաթաղանթին, լեզվի եզրերին, քիմքին, լնդերին հայտնվում են մուգ շագանակագույն բծեր կամ գոտիներ՝ առանց բորբոքման նշանների, որոնք չեն բարձրանում լորձաթաղանթի մակերեսից:
- Սուբյեկտիվորեն գանգատները բացակայում են:
- Հիվանդները ասթենիկ են, նշում են գլխացավեր, ՄՍՏ-ի խանգարումներ, քաշի կորուստ:
- Տեղային բուժում անհրաժեշտ չէ:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հիվանդությունները միզասեռական հիվանդությունների ժամանակ

Միզասեռական համակարգի հիվանդությունների ժամանակ.

- Դիտվում է բերանի խոռոչի չորություն:
- Բերանի խոռոչից զգացվում է տհաճ հոտ:
- Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը այտուցված է:
- Տրոֆիկայի խանգարման հետևանքով կարող են առաջանալ լորձաթաղանթի նեկրոտիկ փոփոխություններ (ռետրոմոյար հատվածում, այտերի, բերանի խոռոչի հատակի, ավելոյար ելունի շրջանում), որոնք լայնածավալ են, բայց քիչ ցավոտ են:
- Չարգանում է քրոնիկական կատառալ գինգիվիտ:
- Երեխաներին անհանգստացնում են թքարտադրության խանգարումները, բերանի խոռոչից տհաճ հոտը:
- Թքի մեջ բարձրացած է մնացորդային ազոտի մակարդակը:

Բուժումը

Կիրառվում են՝

1. հականեխիչ միջոցներ,
2. պրոթեոլիտիկ ֆերմենտներ,
3. կերատոպլաստիկներ: