

Շրթունքները (labia oris) մկանային ծալքեր են, labia superius et labia inferius:

Փակ վիճակում նրանք սահմանափակում են բերանի խոռոչը (rima oris), որի եզրային հատվածները կազմում են բերանի անկյունները (angulus oris): Շրթունքների հիմքը կազմում են m.orbicularis oris-ը, փուխը շարակցական հյուսվածքը, մաշկը և լորձաթաղանթը: Վերին շրթունքի մաշկային մակերեսին միջին գծով փողրակն է (philtrum), որը հպվում է վերին շրթունքի թմբիկին (tuberculum labii superioris): Վերին շրթունքը տարանջատվում է այտերից sulcus nasolabialis-ով, ստորին շրթունքը կզակից՝ sulcus mentolabialis-ով: Շրթունքները միանում են commissurae labiorum-ով: Շրթունքների ծածկույտում առկա է 3 հատված՝

- մաշկային (pars cutanea),
- միջանկյալ (pars intermedia),
- լորձաթաղանթային (pars mucosa):

Շրթունքների անցման շրջանում դեպի լինդ առաջանում են երկու ծալքեր՝ վերին և ստորին շրթունքների սանձիկներ, frenulum labii superioris et inferioris: Շրթունքների **նյարդավորումն** ապահովում են՝

**շարժական**՝ N. facialis,

**զգացող** վերին շրթունքը՝ n.infraorbitalis, ստորին շրթունքը՝ n. mentalis, բերանի անկյունները՝ n. buccalis,

**Արյունամատակարարումը**՝ aa. labialis superir et inferior et a. mentalis:

Ենթալորձային շերտում տեղակայվում են փոքր լորձային գեղձերը՝ glandulae labialis, որոնց հիմնական ֆունկցիան շրթունքների խոնավության բավարար մակարդակի ապահովումն է:

Մինչև 1 տարեկանը շրթունքների լորձաթաղանթը շուտ է ենթարկվում վնասվածքների, սակայն շուտ էլ վերականգնվում է:

Մինչև 4 տարեկանը ենթալորձային շերտը մեծանում է, մեծանում է նաև անոթների թափանցելիությունը, լորձաթաղանթն ավելի փուխ է, հաստ:

4 տարեկանից հետո շրթունքները ստանում են կոնստիտուցիոնալ ձևը, հիվանդություններն ունեն երկարատև քրոնիկական բնույթ:

Նորմայում շրթունքները առանց լարվածության, հերմետիկ հպվում են Կլեյնի գծով:

Շրթունքների հպման խանգարումների հետևանքով, ինչպես նաև տարբեր էնդոգեն և էկզոգեն գործոններից առաջանում են խեյլիտներ (cheilitis)՝ շրթունքների բարորակ բորբոքային բնույթի փոփոխություններ:

Ըստ **Մաշկեղէխների և Կուտիկի**՝ լինում են.

Բուն խեյլիտներ

- էքսֆոլիատիվ,
- գլանդուլյար,

- ակտինիկ,
  - մետեորոլոգիական:
- Ախտանշային խելյիտներ՝
- ատոպիկ,
  - էքզեմատոզ,
  - պլազմաբջջային,
  - մակրոխելյիտ,
  - շրթունքների ճաքեր:

**Էքսֆոլիատիվ խելյիտ**  
**Cheilitis exfoliativa**

Քրոնիկական հիվանդություն է, որի դեպքում ախտահարվում է շրթունքի կարմիր երիզը: Առաջին անգամ նկարագրվել է 1900–ին: Հիվանդանում են սկսած 3 տարեկանից:

Որոշ գիտնականներ նշում են, որ հիվանդության հիմքում առկա են նեյրոզեն մեխանիզմները: 30 հիվանդ երեխաներից 26-ի դեպքում հայտնաբերվել են պսիխոպաթոլոգիաներ, գերազանցապես դեպրեսիվ ռեակցիաներ, նյարդային վիճակներ: Այդ երեխաների ԷԷԳ-ի անալիզը հնարավորություն է տալիս խոսելու նրանց ծոծրակային և գազաթային հատվածներում գլխուղեղի կենսաէլեկտրիկ ակտիվության դիֆուզ փոփոխության մասին:

Երեխաների հոգեհուզական դաշտի ուսումնասիրությամբ հայտնաբերվել է տագնապային դեպրեսիվ համախտանիշ, որն ավելի արտահայտված է էքսուդատիվ տեսակի դեպքում, չոր տեսակի դեպքում գերակշռում է դեպրեսիվ բաղադրիչը: Էքսուդատիվ տեսակի դեպքում նկատվում է վեգետատիվ ռեակտիվության սիմպաթո-ադրենալային ուղղվածություն:

Վարկած կա, որ հիվանդության էթիոլոգիայում կարևոր դեր են կատարում վահանագեղձի հիվանդությունները: Երեխաների շրջանում (82% էքսուդատիվ, 26% չոր տեսակի դեպքում) նկատվում է թեթև արտահայտված թիրեոտոքսիկոզ:

Առկա են նաև ընտանեկան հիվանդացության դեպքեր, որը վկայում է գենետիկ վարկածի մասին: Վերջնականորեն պարզաբանված չէ հերպես վիրուսի դերը հիվանդության էթիոլոգիայում: Շարակցական հյուսվածքի ֆիբրոզը, որն առկա է ախտաբանական փոփոխությունների հիմքում կարող է պայմանավորված լինել տարբեր գործոններով (բորբոքային, իմունաալերգիկ, մետաբոլիկ, գենետիկ):

Հյուսվածքաբանական հետազոտությամբ հայտաբերվող լիմֆոցիտները և պլազմատիկ բջիջները մի շարք դեպքերում կարող են վկայել հիվանդության ախտածագման իմունաալերգիկ գործոնների կարևորության մասին:

- Լինում են՝
- չոր ձևի,
  - էքսուդատիվ ձևի:

Էքսֆոլիատիվ խելիսն ունի շատ բնորոշ տեղակայում: Տեղակայվում է կարմիր երիզին, ընդ որում, ախտահարվում է միայն երիզի մի մասը՝ Կլեյնի գոտուց մինչև կարմիր երիզի կենտրոնական հատվածը: Ախտահարման հատվածը բերանի մի անկյունից մյուսը ձգվող ժապավենի տեսք ունի:

Մաշկը, բերանի անկյունները, լորձաթաղանթը երբեք չեն ախտահարվում:

### ***Չոր ձև***

Բնորոշվում է կանգային հիպերեմիկ օջախի առաջացմամբ՝ պատված չոր, կիսաթափանցիկ ավսեանման խրթեշներով:

Խրթեշներն արձաթագույն են կամ մոխրագույն, կենտրոնում կպած են կարմիր երիզին, ծայրերը բարձրացած են: Շրթունքները չոր են, եղջերանում են: Խրթեշները հեշտ հեռացվում են՝ թողնելով հիպերեմիկ մակերես առանց էրոզիաների: 5-7 օրից խրթեշները նորից առաջանում են: Գանգատվում են չորությունից և խրթեշները անընդհատ կծելու սովորությունից: Ընթացքը երկարատև է: Չունի ինքնաբուժման կամ ռեմիսիաների հակվածություն: Չոր տեսակը կարող է վերածվել էքսուդատիվի:

### ***Էքսուդատիվ ձև***

Բնորոշ են արտահայտված ցավոտություն, այտուց, հիպերեմիա: Կլեյնի գոտում առաջանում են մեծաքանակ կեղևներ գորշադեղնավուն կամ դեղնա-շագանակագույն, որոնք պլաստով ծածկում են շրթունքը բերանի մի անկյունից մյուսը, շրթունքին հարող մաշկը, բերանի անկյունները երբեք չեն ընդգրկվում:

Երբեմն կեղևները հասնում են մեծ չափերի, գոգնոցի նման կախվում են շրթունքից՝ տպավորություն առաջացնելով, որ ախտահարված է ողջ կարմիր երիզը: Կեղևները հեռացնելուց հետո էրոզիաներ չեն հայտնաբերվում:

Գանգատները. առկա է այրոցի, ձգվածության զգացողություն, ցավոտություն, հատկապես բերանը փակելիս: Դժվարացած է սնունդ ընդունելը, խոսելը: Բերանը հաճախ կիսաբաց է:

*Հյուսվածքաբանորեն հայտնաբերվում են՝*

- ականթոզ,
- պարակերատոզ,
- հիպերկերատոզ,
- մեծաքանակ լուսավոր բջիջների առկայություն փշաձև շերտում (մետաբոլիկ ակտիվության խանգարման հետևանքով),
- էպիթելային շերտում ճեղքերի գոյացում միջբջջային քայքայման հետևանքով, որը նպաստում է էքսուդացիայի ավելացմանը:

Էքսուդատիվ տեսակը բուժման հետևանքով վերածվում է չոր տեսակի:

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝

*Չոր տեսակի դեպքում՝*

օդերևութաբանականական խելիտից,

ատոպիկ խելիտից,

կոնտակտային ալերգիկ խելիտից:

*Էքսուդատիվ խելյիտի դեպքում՝*

կարմիր գայլախտի էրոզիվ-խոցային տեսակից,  
ակտինիկ խելյիտի էքսուդատիվ տեսակից,

էկզեմատոզ խելյիտից:

Հիվանդությունն ընթանում է երկար՝ տարիներով (հասկապես չոր տեսակը),  
հակում չունի ինքնաբուժման և սպոնտան ռեմիսիաների:

**Բուժումը** համալիր է:

*Տրանկվիլիզատորներ՝*

Ֆենագեպամ՝ 0,0005գ-ից օրը 3 անգամ,

Սիբագոն՝ 0,005գ-ից օրը 3 անգամ,

տիրոկսազին՝ 0,003 գ-ից օրը 3 անգամ,

էլենիում՝ 0,01գ-ից օրը 3 անգամ:

*Չոր տեսակի* դեպքում՝ ինդիֆերենտ նրբաքսուքներ՝ «Восторг» և այլն:

Թիրեոտոքսիկոզի դեպքում՝ ուղղորդել էնդոկրինոլոգի մոտ:

*Էքսուդատիվ տեսակի* դեպքում՝

Բուկի ճառագայթներ՝ շաբաթը 2 անգամ, յուրաքանչյուր ճառագայթումից  
առաջ կեղևները մաքրել բորաթթվի 2%-անոց լուծույթով:

Համակցել օրգանիզմի ռեակտիվությունը բարձրացնող դեղամիջոցների հետ՝  
պիրոզենալ մ/մ (3-4 կուրս, 6-8 ամիս ընդմիջումներով):

Այտուցի, ցավոտության և այրոցի դեպքում արդյունավետ է ռեֆլեքսաթե-  
րապիան:

**Գլանդուլյար խելյիտ Cheilitis glandulares**

Գլխավորապես ախտահարվում է ստորին շրթունքը: Ջարգանում է ՇԿԵ և  
Կլեյնի գոտու թքագեղձերի հիպերպլազիայի, հիպերֆունկցիայի և հետերոզե-  
նիայի հետևանքով:

Լինում են՝

- առաջնային,
- երկրորդային,
- հասարակ,
- թարախային,
- ֆիբրոզ:

**Առաջնային գլանդուլյար** խելյիտը հիվանդություն է, որը մասնագետները  
բացատրում են թքագեղձերի բնածին անոմալիաներով: Կլինիկորեն արտա-  
հայտվում է հասունացումից հետո (20 տարեկանից հետո):

**Երկրորդային խելյիտն** առաջանում է բորբոքային ինֆիլտրատի գեղձային  
հյուսվածքի գրգռման հետևանքով, որը հանգեցնում է գեղձային հյուսվածքի  
հիպերպլազիայի և հիպերֆունկցիայի:

**Էթիոլոգիան՝**

բնածին անոմալիա,

ժառանգական գործոններ,

պսիխոզեն պատճառներ:

### **Կլինիկան**

Հիմնականում հիվանդանում են 50 տարեկանից մեծ մարդիկ: Տղամարդկանց շրջանում 2 անգամ հաճախ է դրսևորվում: Ստորին ծնոտը 2 անգամ ավելի հաճախ է ախտահարվում: Երեխաների շրջանում հազվադեպ է: Ունի շատ բնորոշ կլինիկա. լորձաթաղանթի հատվածում նկատվում է թքագեղձերի լայնացած մուտքերի «ցողի» ախտանիշ: Հնարավոր է այդ հատվածում լեյկոպլակիա առաջանա (օղակների պես): Նկատվում է կարմիր երիզի եղջերացում՝ մշտական խոնավության պատճառով: Կարմիր երիզի ճաքեր, չորություն, էրոզիաներ, մացերացիաներ: Երկարատև ընթացքի դեպքում քրոնիկական հիպերկերատոզի օջախները նախաքաղցկեղի պատճառ կարող են դառնալ: Պիոզեն միկրոֆլորա ավելանալու դեպքում գլանդուլյար ինեյլիտը վերածվում է թարախայինի, որի դեպքում նկատվում են ցավոտություն, այտուց: Շրթունքը պատված է դեղնականաչավուն կամ մուգ հաստ կեղևներով: Լայնացած մուտքերից նկատվում է թարախահոսություն: Երբեմն մուտքերը կարող են խցանվել թարախով, որի հետևանքով կարող է նկատվել արցցեսավորում, որից հետո ֆիբրոզ հյուսվածքի առաջացում և թքագեղձի արտահայտվածություն շրթունքի մակերեսին:

### **Ախտորոշումը**

Էպիթելում հայտնաբերվում են ականթոզ, պարակերատոզ, բորբոքային ինֆիլտրատի առկայություն:

Հայտնաբերվում է թքագեղձերի հիպերտրոֆիա՝ բորբոքային ինֆիլտրացիայով:

ԳԽ-ն նախաքաղցկեղ չէ, բայց նպաստավոր պայմաններ է ստեղծում նախաքաղցկեղի զարգացման համար:

### **Բուժումը՝**

հակաբորբոքային,

պրեդնիզոլոն,

հիդրոկորտիզոն,

նաֆթալինային,

էլեկտրակուագուլյացիա (հիպերտրոֆիայի ենթարկված թքագեղձի հատում), երկրորդային ԳԽ դեպքում կատարվում է հիմնական հիվանդության բուժում և հակաբորբոքային թերապիա:

### **Մետեորոլոգիական ինեյլիտ (Cheilitis meteorological)**

#### **Էթիոլոգիան**

Պատճառը հիմնականում օդերևութաբանական գործոններն են՝ խոնավությունը, ջերմաստիճանի բարձրացումը կամ նվազում, արևային ռադիացիան, օդի փոշոտումը, քամին, ցուրտը և այլն: Կարևոր է նաև մաշկի կոնստիտուցիոնալ տեսակը. ավելի հաճախ լինում է սպիտակ, նուրբ մաշկով մարդկանց դեպքում: Հաճախ առկա է նաև մաշկի հիվանդություններ ունեցող

հիվանդների դեպքում՝ սեբորեա, դիֆուզ նեյրոդերմիտ, երբ հիվանդությունն ուղեկցվում է մաշկի չորությամբ:

Երեխաների շրջանում հաճախադեպ է (դրսում ավելի հաճախ և երկար մնալու պատճառով):

### **Կլինիկան**

Հիմնականում ախտահարվում է ստորին ծնոտի կարմիր երիզը ողջ երկարությամբ:



**Նկար 98. Մետերոլոգիական**

#### **խելիտ:**

ալերգիկ կոնտակտային խելիտից, էքսֆոլիատիվ խելիտից, ակտինիկ խելիտ չոր տեսակից:

#### **Բուժումը**

Նման է ակտինիկ խելիտին: Երկարատև ընթացքի դեպքում առաջանում է օբլիգատ նախաքաղցկեղ:

#### **Ակտինիկ խելիտ (Cheilitis actinica)**

Երթունքների բորբոքային հիվանդություն է, որի պատճառը բարձրացած զգայունությունն է ուլտրաձայնային ճառագայթների հանդեպ:

Երեխաների շրջանում ավելի հաճախ առաջանում է արևի տակ երկար մնալու պատճառով:

**Էթիոլոգիան:** Դանդաղ տեսակի գերզգայունության ռեակցիան է ուլտրաձայնային ճառագայթների հանդեպ:

*Լինում են՝*

- չոր ձևի,
- էքսուդատիվ ձևի:

#### **Չոր ձև**

Բնորոշվում է ստորին շրթունքի չորությամբ, վերին շրթունքը և մաշկը ախտահարվում են հազվադեպ: Ախտահարումն ընդգրկում է կարմիր երիզն ամբողջությամբ, այն դառնում է վառ կարմիր՝ ծածկված մանր, չոր, սպիտակա-արծաթագույն խրթեշներով: Այնուհետև հնարավոր է էրոզիաներ առաջանան:

Կարմիր երիզը հիպերեմիկ է և ինֆիլտրացված: Չոր է, հաճախ պատված մանր խրթեշներով (նկ. 98):

Անհանգստացնում է շրթունքների չորության, ձգվածության զգացողությունը, թեփոտումը: Չորության հետևանքով նկատվում են էրոզիաներ և ճաքեր:

*Հյուսվածքաբանությունը.* Էպիթելային շերտում նկատվում են հիպերպլազիա, տեղ-տեղ եղջերացում, ստրոմայի ինֆիլտրատ:

#### **Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝**

Որոշ հիվանդ երեխաների շրջանում կարմիր երիզի վրա առաջանում են հիպերկերատոզի օջախներ, երբեմն՝ վերուկոզ գերաճներ:

Երկարատև ընթացքի և գրգռող գործոնների առկայությունը (արևահարումը, ծխելը) կարող են հիմք դառնալ օբլիզատ նախաքաղցկեղի առաջացման համար:

### **Էքսուդատիվ ձև**

Այտուցված, հիպերեմիկ կարմիր երիզին առաջանում է վառ կարմիր երիթեմա, այնուհետև՝ մանր բշտիկներ, կեղևներով ծածկված էրոզիաներ: Երեխաներին անհանգստացնում են քորը, այրոցը, ցավը: Բնորոշ է սեզոնային ընթացքը. սրվում է գարնան-ամռան ամիսներին, աշնան-ձմեռան ամիսներին նկատվում է ռեմիսիա:

### **Տարբերակիչ ախտորոշումը**

*Չոր ձևի դեպքում՝*

էքսֆոլիատիվ խեյլիտի չոր տեսակից, կարմիր գայլախտից:

*Էքսուդատիվ ձևի դեպքում՝*

կոնտակտային-ալերգիկ խեյլիտից, ատոպիկ խեյլիտից:

### **Բուժումը**

Պետք է խուսափել արևահարումից:

Նշանակել նիկոտինաթթվի դեղահաբեր, վիտամին B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>,

հակամալարիային պրեպարատներ (դելագիլ 0,25գ-ից, օրը 2 անգամ, 2-3 շաբաթվա ընթացքում),

ԳԿՍ (պրեդնիզոլոն 10մգ օրը),

ԳԿՍ տեղային (0,5%-անոց պրեդնիզոլոն, ֆլյուցինար, լոկակորտեն, լորինդեն և այլն),

լուսապաշտպանիչ նրբաքսուքներ՝ «Луч», «Щит», «АНТИЛЮКС», 10%-անոց սալիցիլային քսուք:

### ***Միմպտոմատիկ խեյլիտներ***

### **Ատոպիկ խեյլիտ (cheilitis atopicalis)**

Ատոպիկ խեյլիտը ատոպիկ դերմատիտի կամ նեյրոդերմատիտի ախտանիշներից է:

Հաճախադեպ է երեխաների և դեռահասների շրջանում՝ 7-17 տարեկանում:

### **Էթիոլոգիան**

Հիվանդության զարգացման գործում կարևորվում են գենետիկ գործոնները, որոնք նախատրամադրվածություն են ստեղծում ալերգիաների հանդեպ (սննդային, կենցաղային միկրոօրգանիզմներ, աուտոալերգեններ):

**Կլինիկան:** Ախտահարում է կարմիր երիզը՝ ընդգրկելով հարող մաշկը և բերանի անկյունները, ընդ որում, բերանի անկյուններն ավելի ինտենսիվ: Կարմիր երիզը ինֆիլտրացված է, եղջերանում է մանր խրթեշների առաջաց-

մամբ: Չորությունը ճաքերի և էրոզիաների առաջացման պատճառ է դառնում: Շրթունքների փոփոխությունները զուգակցվում են մաշկի չորության և թեփոտության հետ: Պրոցեսը երբեք չի տարածվում լորձաթաղանթի վրա:

Ընթանում է երկար, ամռանը հիմնականում ունի ռեմիսիայի շրջան: Սրվում է աշնան-ձմռան ամիսներին:

Հիմնականում հասունացումից հետո ինքնաբուժման է ենթարկվում, հնարավոր է պահպանվի բերանի անկյունների շրջանում:

Երեխաները գանգատվում են քորի, այրոցի զգացումից, եղջերացումից:

#### **Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝**

ակտինիկ խեյլիտից,

ալերգիկ խեյլիտից,

կոնտակտային խեյլիտից,

ստրեպտոկոկային ուտիճից:

#### **Բուժումը՝**

դեսեսնիբիլիզացնող թերապիա,

երկարատև և համառ ընթացքի դեպքում ԳԿՍ 2-3 շաբաթ (պրեդնիզոլոն 8-14 ս օրը 10-15 մգ, դեքսամետազոն),

թիոսուլֆատ Na 30%-անոց ն/ե օրը 5-10մլ (կուրսը 10 ներարկում),

հիստոգլոբուլին 6-8 ներարկում ե/մ շաբաթը 2 անգամ աճող դեղաչափով 0,2-1մլ,

վիտամիններ՝ B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>,

ԳԿՍ տեղային (0,5%-անոց պրեդնիզոլոն, լորինդեն, ֆլուցինար) օրը 4-5 անգամ,

պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում՝ Բուկկի ճառագայթներ,

սննդային դիետա (բացառել շոկոլադը, սուրճը, ելակը և այլն):

#### **Էքզեմատոզ խեյլիտ**

#### **Cheilitis eczematosa**

Ընդհանուր էկզեմատոզ պրոցեսի դրսևորում է, որի հիմքում առկա է մաշկի մակերեսային շերտերի նեյրոալերգիկ բնույթի բորբոքումը, որն առաջանում է արտաքին և ներքին գրգռիչների հետևանքով և կլինիկորեն արտահայտվում է կարմրությամբ և քորով ուղեկցվող բշտիկների առաջացմամբ:

Ալերգեններ են՝

միկրոբները,

սննդանյութերը,

դեղերը,

ամալգաման,

ատամի մածուկը:

#### **Կլինիկան**

Ընթանում է սուր, ենթասուր և քրոնիկական: Կարմիր երիզի ախտահարումն



ընթանում է դեմքի մաշկի ախտահարմանը զուգահեռ կամ իզոլացված: Հիվանդության սուր փուլը բնորոշվում է էլեմենտների պոլիմորֆիզմով (վեզիկուլներ, խրթեշներ, կեղևներ): Առկա է շրթունքի զգալի այտուց:

Հիվանդները գանգատվում են քորից, այտուցից, այրոցից, բնորոշ է հարակից մաշկի ներգրավումը:

Քրոնիկական ընթացքի դեպքում բորբոքային երևույթները նվազում են: Կարմիր երիզը և մաշկը պնդանում են բորբոքային ինֆիլտրատի պատճառով, հայտնվում են հանգույցներ, խրթեշներ: Բշտիկներով ցանավորումը դադարում է, նկատվում է թեփոփում:

Նման ընթացքով հիվանդությունը կարող է երկար ընթանալ: Նկարագրված բոլոր փոփոխությունները զարգանում են անփոփոխ ՇԿԵ-ի վրա: Երբեմն էկզեմատոզ խեյլիտին նախորդում են երկար ժամանակ զոյություն ունեցած ճաքերը, միկրոբային ուտիճը: Այդ դեպքում հիվանդությունը դիտարկվում է որպես միկրոբային սենսիբիլիզացիա:

**Հյուսվածքաբանությունը:** Հայտնաբերվում է սպոնգիոզ՝ էպիդերմիսի փշաձև շերտում բշտիկների առաջացմամբ:

**Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝** ատոպիկ խեյլիտից, ալերգիկ կոնտակտային խեյլիտից, ակտինիկ խեյլիտի էքսուդատիվ տեսակից:

#### **Բուժումը**

Կատարվում է դեսենսիբիլիզացիա, նշանակվում են սեդատիվ պրեպարատներ:

**Տեղային** բուժումը՝ ԳԿՍ քսուքներ, արոզոլներ, միկրոբային էկզեմայի դեպքում օգտագործվում են քսուքներ, որոնք պարունակում են ԳԿՍ և հակամիկրոբային ազեոտներ լորինդեն C, սինալար H, դեքսոնի:

#### **Կոնտակտային-ալերգիկ խեյլիտ**

Հիվանդության հիմքում ընկած է ՇԿԵ սենսիբիլիզացիան: Զարգանում է ալերգենի հետ կոնտակտի հետևանքով:

Դանդաղ տեսակի գերզգայունության ռեակցիա է: Ներկայումս կարծում են, որ ցածրամոլեկուլային քիմիական նյութերը թափանցում են հյուսվածքներ մանր տրավմաների հատվածներից, ներծծվում են և հայտնվում արյան պլազմայում:

Հիմնականում զարգանում է կանանց շրջանում 20 տարեկանից մեծ տարիքում: Երեխաների շրջանում հազվադեպ է զարգանում:

**Էթիոլոգիան:** Հիմնականում քիմիական նյութերի ազդեցության հետևանք է (ալերգիկ գործոն կարող են լինել, օրինակ, ատամնամածուկների բաղադրության մեջ առկա արոմատիկ միացությունները):

Նկատվում է նաև դպրոցահասակ երեխաների շրջանում մատիտը բերանում պահելու սովորության հետևանքով:

Մաշկային փորձերը միշտ չէ, որ դրական են լինում: Գերզգայունության զարգացման արագությունը տարբեր է (5-7 օրից մինչև ամիսներ)՝ պայմա-

նավորված ալերգիկ ռեակցիաների հանդեպ նախատրամադրվածությամբ, նյարդային, էնդոկրին և մյուս համակարգերի վիճակներով:

**Վիճակներ.** հիմնականում ախտահարվում է կարմիր երիզը: Երբեմն ընդգրկում է մաշկը, հազվադեպ է համակցված ախտահարումը՝ ընդգրկելով նաև լորձաթաղանթը: Ալերգենի հետ շփման տեղում ՇԿԵ-ից զարգանում է էրիթեմա: Վառ արտահայտված բորբոքային ռեակցիայի դեպքում հիպերեմիկ մակերեսին առաջանում են մանր բշտիկներ, որոնք արագ բացվում են՝ առաջացնելով էրոզիաներ, ճաքեր:

**Գանգատները.** ուժեղ քոր, այրոց, շրթունքի այտուց: Հնարավոր է ընթանա առանց արտահայտված էրիթեմայի առաջացման: Այդ դեպքում նկատվում են սահմանափակ թեփոտում և շրթունքների չորություն:

**Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝**

էքսֆոլիատիվ խեյլիտից,  
ակտինիկ խեյլիտի չոր տեսակից,  
ատոպիկ խեյլիտից:

**Բուժումը՝**

ալերգենի վերացում (սրացումը նկատվում է ալերգենի հետ շփման դեպքում),  
ԳԿՍ պարունակող քսուլներ (ֆլուցինար, լորինդեն, 0,5%-անոց պրեդնիզոլոն) քսում են ՇԿԵ-ի վրա 5-6 անգամ,  
ընդհանուր դեսենսիբիլիզացիա՝ սուպրաստին, տավեգիլ, ֆենկարոլ:

**Պլազմաբջջային խեյլիտ**

1950թ. Zoon նկարագրել է որպես բնական անցքերի շուրջ նկատվող պլազմաբջջային բորբոքային պրոցեսի մի մաս, որն ուղեկցվում է պլազմաբջջային ինֆիլտրատով:

**Էթիոլոգիան** անհայտ է: Խիստ կարևոր է շրթունքների քրոնիկական գրգռումը տարբեր գրգռիչներով (այդ թվում՝ միկրոտրավմաներ, արևային ճառագայթներ և այլն):

**Վիճակներ** բազմազան է: Հիմնականում ախտահարվում է ստորին շրթունքը՝ մուգ կարմիր էրիթեմայով, կարծես լաքապատ մակերեսով, երբեմն մակերեսին առաջանում են էրոզիաներ, պետեխիաներ: Այլ դեպքերում հնարավոր է սպիտակ, դեղնավուն կամ շագանակագույն 6-10մմ հաստությամբ կեղևներ առաջանան, որոնք գոգնոցի նման կախվում են շրթունքի մակերեսից, որի տակ ցավոտ էրոզիվ մակերես է կամ փափուկ ուռուցքանման գոյացություն:

**Հյուսվածքաբանորեն դիտվում են** ականթոզ, սպոնգիոզ, չափավոր պարա- և հիպերկերատոզ, դերման այտուցված է, հոմոգեն ինֆիլտրացված պլազմոցիտներով խոր շերտերում պլազմոցիտները դասավորված են պերիվասկուլյար:

**Ընթացքը** քրոնիկական է, երկարատև, չունի ռեմիսիաների և ինքնաբուժման հակվածություն:

**Ախտորոշումը** կատարվում է հյուսվածքաբանական հետազոտության հիման վրա:

**Տարբերակումը** կատարվում է ֆիքսված դեղորայքային էրիթեմայից, ԲԷԷ-ից, կարմիր գայլախտի էրոզիվ- խոցային տեսակից:

**Բուժումը.** ախտահարված հատվածի վիրաբուժական հատում (քանի որ կա ջարդրակացման վտանգ):

**Ընդհանուր** բուժման համար նշանակվում են՝  
ԳԿՄ՝ պրեդնիզոլոն 15-20մգ,  
պոլիվիտամիններ՝ 1-2 ամիս,  
վիտամին A յուղային լուծույթ 7-10 ապլիկացիա օրը 3 անգամ, 1-2 ամիս,  
Ca պանտոտենատ՝ 0,1մգ, օրը 3 անգամ, 1-2 ամիս,  
հիստոգլոբուլին՝ 2մլ-ից, 1 շաբաթում 2 անգամ ե/մ, 1 կուրսը՝ 7-10 ներարկում,  
սեղատիվ միջոցներ և տրանկվիլիզատորներ,  
դեսեսնիբիլիզացնող թերապիա՝ սուպրաստին, պիպոլֆեն, ֆենկարոլ,  
վիրաբուժական միջամտությունից առաջ 1,5-2 շաբաթ նշանակվում է հակաբորբոքային, դեսեսնիբիլիզացնող տեղային թերապիա (ԳԿՄ, անտի-բիոտիկներ և կերատոպլաստիկներ 20 րոպետով, օրը 4 անգամ):

### **Մակրոխեյլիտ**

(Մելկերսոն-Ռոզենթալի համախտանիշ)

1901թ.-ին մակրոխեյլիտը Ռոսսոլիմոն Մելկերսոնը (շվեդ բժիշկ) նկարագրել է որպես մի հիվանդություն, որն ընթանում է դիմային նյարդի պարալիչով և շրթունքի այտուցով: 1931-ին Ռոզենթալը այդ 2 ախտանիշներին ավելացրել է ծալքավոր լեզուն:

**Էթիոլոգիան** անհայտ է: Կոնստիտուցիոնալ է, ժառանգական է: Հնարավոր է անգիոներոզ (նեյրոդիստրոֆիա): Կասկածում են նաև հեմատոզեն – ինֆեկցիոն բնույթ: Բնորոշվում է 3 ախտանիշով՝

- մակրոխեյլիտով,
- ծալքավոր լեզվով,
- դիմային նյարդի պարալիչով:

Առավել հաճախադեպ է կանանց շրջանում: Բնորոշ է հանկարծակի սկիզբը:

Հիմնականում 1 կամ 2 շրթունքների այտուցը առաջին ախտանիշն է: Երբեմն պարալիչը կամ ներազգիան կարող են լինել առաջին նշանը: Մի քանի ժամից կարող է հայտնվել նաև մեկ կամ 2 շուրթերի այտուցը:

**Գանգատները.** քոր, շրթունքի չափերի անհավասարաչափ մեծացում (նույնիսկ 3-4 անգամ). մի կեսն ավելի մեծ է, քան մյուսը: Գույնը փոփոխված չէ, երբեմն հնարավոր է կապտավուն երանգ: Այտուցն անհամաչափ է: Շոշափելիս փափուկ է կամ պինդ էլաստիկ կոնսիստենցիայի: Սեղմելիս հետք չի թողնում:

Այտուցը կարող է երկարատև պահպանվել, երբեմն մեծանալ կամ փոքրանալ: Այտուցի ինտենսիվությունն օրվա տարբեր ժամերին կարող է փոփոխվել:

Դիմային նյարդի պարալիչն արտահայտվում է միակողմանի ռինոպաթիայով, բերանի խոռոչում տեսաճ գզացողությամբ, ակնակապիճի լայնացմամբ, թթահոսության փոփոխմամբ, բերանի անկյան կախվածությամբ: Ծալքավոր լեզուն զարգացման անոմալիա է, արտահայտվում է նաև լեզվի այտուցով, անհավասարաչափ մեծացմամբ:

Հնարավոր է հիվանդության քրոնիկական ընթացք նույնիսկ մեկ ախտանիշի առկայությամբ: Ախտադադարների /ռեմիսիաների/ ժամանակ ախտանիշները կարող են անհետանալ: Երկարատև ընթացքի դեպքում մակրոխեյլիտը և պարալիչը դառնում են մշտական բնույթի: Սրացումը հաճախ նկատվում է հերպեսից, ֆոկալ ինֆեկցիայից, նյարդային լարվածություններից հետո:

**Հյուսվածքաբանորեն դիտվում են** ականթոզ և ինֆիլտրատ՝ հիմնականում ավշանոթների պրոյեկցիայով:

**Տարբերակիչ ախտորոշումը** կատարվում է՝

- Կվինկեյի այտուցից,
- լինֆանգիոմայից,
- հեմանգիոմայից:

#### ***Բուժումը***

Պետք է կատարել մանրակրկիտ ընդհանուր ախտորոշում, որից հետո նշանակվում են՝

ԳԿՍ (20-30մգ պրեդնիզոլոն, 2-3մգ դեքսամետազոն),

լայն սպեկտրի հակաբիոտիկների օգտագործում (օլետետրին 750 000 ED օրը), հակամալարիային բուժում (դելագիլ 0,25գ, օրը 2 անգամ, 20-25գ կուրսը), անտիհիստամինային բուժում,

վիտամիններ B, C:

Բուժման կուրսը տևում է 30-40 օր: Այն պետք է կրկնել 2-3 ամիս հետո:

Ռեմիսիայի շրջանում կիրառվում են պիրոզենային պրեպարատներ (պիրոզենալ, պրոդիգոզան), էլեկտրաֆորեզ՝ հեպարինով և դիմեքսիդով:

Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում ցուցված է կատարել վիրահատական միջամտություն:

Վիրահատական բուժումը չի երաշխավորվում, որ ռեցիդիվներ չեն լինի:

#### **Շրթունքի քրոնիկական ճաք**

Սա ՇԿԵ, բերանի անկյունների և լորձաթաղանթի քրոնիկական հիվանդություն է, որն ուղեկցվում է հյուսվածքների ամբողջականության գծային խախտումով: Հաճախ է հանդիպում հավասար քանակով բոլոր տարիքային խմբերում երկու սեռերի շրջանում: Մեծ նշանակություն ունի շրթունքի անատոմիական կառուցվածքը (խոր ծալքեր): Նպաստող գործոններն են շրթունքների չորությունը, ատամներով քրոնիկական տրավման,

օդերևութաբանական գործոնները, ծխելը, ներոզեն պատճառները, վնասակար սովորությունները, հիպովիտամինոզները, շաքարային դիաբետը:

Միկրոբային ֆլորան խոչընդոտում է ճաքի լավացումը և նպաստում է օջախի երկարատև պահպանմանը: Ունի երկարատև ընթացք՝ 3-10 տարի: Ամռանը ճաքը լավանում է, ցուրտ եղանակին նկատվում են ռեցիդիվներ: Ավելի հաճախ հանդիպում է 8-81 տարեկանների շրջանում: 70% դեպքերում առկա է տղամարդկանց շրջանում: 65% դեպքերում ախտահարվում է ստորին շրթունքը: Ճաքի կենտրոնական տեղակայումը 5 անգամ ավելի հաճախ է, քան կողմնային տեղակայումը: Միակի ճաքեր ախտորոշվում են 70% հիվանդների դեպքում:

### ***Կլինիկան***

Գանգատվում են ցավոտ ճաքից, խոսելու, ժպտալու, բերանը բացելու դժվարությունից, էսթետիկ գանգատներից: Լինում է միակի կամ բազմակի գծային ճաք՝ 0,2-1,5սմ տրամագծով: Ճաքը կարող է հասնել լորձաթաղանթին, բայց մաշկը երբեք չի ընդգրկվում: Երկարատև ընթացքի դեպքում ծածկված է շագանակագույն կեղևներով: Ճաքի շուրջ առկա է բորբոքային ինֆիլտրատ:

Նոր ճաքի դեպքում եզրերը փափուկ են, անցավ, երկարատև ընթացքի դեպքում պնդացած են հին սպիների առաջացման հետևանքով: Գիշերը ճաքը էպիթելացվում է, առավոտյան նորից բացվում է, արյունահոսում: Ընթացքն անհատական է: Բերանի խոռոչի վատ հիգիենայի դեպքում ավելանում է ստրեպտոկոկային վարակը, և առաջանում են բնորոշ կեղևներ:

Որոշ հիվանդների դեպքում ճաքն արագ լավանում է, ոմանց դեպքում նկատվում է քուրքների անարդյունավետություն և հաճախակի ռեցիդիվներ: Ռեցիդիվները հիմնականում առաջանում են նույն տեղում:

*Հյուսվածքաբանությունը.* էպիթելի բազալ թաղանթների դեֆեկտ, երկարատև ընթացքի դեպքում՝ ճաքերի պատերի էպիթելացում, ականթոզ, պարակերատոզ, հիպերկերատոզ: Նկատվում են իներվացիայի և արյունամատակարարման տեղային խանգարումներ, 6%-ի դեպքերում նկատվում է չարորակացում:

***Չարորակացման*** կլինիկական նշաններն են՝

շրջակա ավշահանգույցները մեծացած են, պնդացած, քիչ ցավոտ, ճաքի երկարատև անարդյունավետ բուժումը, եզրերի վալիկաձև հաստացումը, ճաքերի խորքում մանր պապիլոմատոզ գերաճերը:

### ***Ախտորոշումը***

Կլինիկորեն հեշտ են ախտորոշվում:

Տարբերակում են ստրեպտոկոկային և ստաֆիլոկոկային ուտիճից:

### ***Բուժումը***

***Պահպանողական՝***

կերատոպլաստիկներ, հակաբորբոքային քուրքներ:

Բուժումը տևում է 7-9 շաբաթ և չի կանխում ռեցիդիվները:

Վիրաբուժական միջամտությունն ունի թերություններ:

Հնարավոր չէ կիրառել բազմակի ճաքերի դեպքում:

Անհրաժեշտ է կատարել սպինների ֆիզիոթերապիա:

Լավ արդյունք են տալիս 0,25%-անոց, 0,5%-անոց, 1%-անոց նովոկաինային գոլ լուծույթով պաշարումները (3-4 այցի ժամանակ):

Առաջին և երկրորդ այցերի ընթացքում հեռացվում են խրթեշները, կեղևները, պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներով, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> թրջած խծուծով կատարում են վիտամին A-ի յուղային լուծույթով ապլիկացիաներ 15 րոպեի ընթացքում: Պաշարման եղանակն է.

2%-անոց դիկաինով ապլիկացիոն եղանակով կատարվում է անզգայացում, լորձաթաղանթի կողմից ծակում են, ներմուծում 0,3մլ նովոկաինի տաք լուծույթ, ասեղն անցնում է ճաքի ամբողջ երկարությամբ և ներմուծվում 1,5-2մլ լուծույթ:

Հիվանդների 82%-ի դեպքում առաջին պաշարումից /բլոկադայից/ հետո նկատվում է էպիթելացում: Կրկնում են 5-7 օրից: 1 կուրսը ներառում է 1-2 պաշարում /բլոկադա/: Կոմիսուրալ ճաքի դեպքում պաշարումը հերթակա-նությամբ կատարվում է յուրաքանչյուր կողմում: Տանը նշանակվում են վիտամին A-ի ապլիկացիաներ 2-3 անգամ ուտելուց հետո, պոլիվիտամիններ 3-4 շաբաթ:

*Բլոկադայի առանձնահատկությունները՝*

- ներարկել անմիջապես ճաքի հիմքում,
- չվնասել կարմիր երիզը կամ մաշկը, քանի որ առատ արյունամա-տակարարման հետևանքով հնարավոր է առաջանա արյունահո-սություն կամ հեմատոմա,
- հնարավոր է ալերգիկ ռեակցիա (փոխարինել 0,5%-անոց տրիմե-կայինով),
- հզոր ռեֆլեկտոր գոտի է, հնարավոր է մաշկի ծածկույթների գունա-տություն,
- պաշարման դեպքում խորհուրդ չի տրվում այլ միջամտություններ կատարել՝ բերանի մեծ բացելը կանխելու համար:

Պաշարման /բլոկադայի/ հակացուցումներն են՝

- ճաքերի չարորակացումը,
- հին սպինների առկայությունը ճաքի շուրջ,
- ճաքի տեղակայում լորձաթաղանթին:

Վերջին դեպքերում ցուցված է վիրահատական բուժում: Կանխատեսումը դրական է, բայց քրոնիկական երկարատև ընթացքի դեպքում հնարավոր է եզրերին լեյկոպլակիա զարգանա: