

Ալերգիան օրգանիզմի ախտաբանորեն առաջացած և ձևափոխված ռեակցիան է որոշակի անտիգենային բնույթի սուբստանտների հանդեպ, որոնք նորմալ, առողջ մարդու դեպքում հիվանդագին երևույթներ չեն առաջացնում:

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

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

Հիմնական հասկացությունները

Այն նյութերը, որոնք ունակ են առաջացնելու ալերգիկ ռեակցիաներ, կոչվում են **ալերգեններ**:

Ալերգենները լինում են՝

- 1) էկզոալերգեններ՝
 - ա) ոչ ինֆեկցիոն ծագման՝ բույսերի փոշիները, կենցաղային փոշին, կենդանիների մորթիները, դեղորայքը, սննդամթերքը,
 - բ) ինֆեկցիոն ծագման՝ վիրուսները, միկրոօրգանիզմները, դրանց կենսագործունեության արգասիքները,
- 2) էնդոալերգեններ՝ սեփական (աուտոալերգեններ)՝ օրգանիզմի ձևափոխված սպիտակուցները, որոնք լինում են՝
 - ա) բնական կամ առաջնակի՝ ռսպնյակը, թիրեոգլոբուլինը, որոնք նորմալում իմունային ռեակցիա չեն առաջացնում,
 - բ) երկրորդային, որոնք առաջանում են նյութափոխանակության խանգարումների դեպքում՝ ինֆեկցիոն կամ ոչ ինֆեկցիոն գործոնների ազդեցությամբ (այրվածքներ, սառեցում, իոնիզացնող ճառագայթում, միկրոօրգանիզմներ, վիրուսներ, սնկեր և այլն):

Ալերգենները կարող են լինել լրիվ անտիգեններ և ոչ լրիվ /հապտեններ/:
Հակամարմինները գլոբուլինի մոլեկուլներն են, որոնք ձևափոխվել են սպեցիֆիկ անտիգենային խթանման հետևանքով:

Հակամարմինները լինում են հետևյալ տեսակների՝

- ա) բջջային (ֆիքսված բջիջներում),
- բ) անաֆիլակտիկ (ազրեսիվ),
- գ) շրջափակող (մեկուսացնում են ալերգենները՝ չառաջացնելով ալերգիա),
- դ) հումորալ կամ ազատ (արյան մեջ),
- ե) վկաներ (ռեակցիային չեն մասնակցում):

Ա.Դ.Ադոն (1979թ.) առաջարկել է ախտաձագման մեխանիզմների 3 փուլ.

1) Իմունաբանական փուլը սկսվում է ալերգենի հետ օրգանիզմի կոնտակտից, որի հետևանքով առաջանում է օրգանիզմի սենսիբիլիզացիա՝ հակամարմինների առաջացում, որոնք ունակ են փոխազդելու ալերգենի հետ: Եթե հակամարմինների առաջացման ընթացքում ալերգենը հեռացվում է օրգանիզմից, ապա հիվանդագին երևույթներ չեն լինում: Ալերգենի կրկնակի ազդեցության դեպքում արդեն սենսիբիլիզացված օրգանիզմում առաջանում է ալերգեն-հակամարմին համալիրը, այսինքն՝ այս փուլում օրգանների «շոկային հյուսվածքներում» կատարվում է անտիգեն-հակամարմին ռեակցիա:

2) Ախտաքիմիական. արտադրվում են կենսաբանական ակտիվ նյութեր՝ ալերգիայի մեդիատորներ՝ հիստամին, սերոտոնին, բրադիկինին, ացետիլխոլին, հեպարին, շոկային թույներ:

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

Ըստ զարգացման մեխանիզմի՝ տարբերում են ալերգիկ ռեակցիաների 4 տեսակներ՝

1. առաջին տեսակի ալերգիկ ռեակցիա (արագընթաց ալերգիկ ռեակցիա, ռեագինային, անաֆիլակտիկ, ատոպիկ),
2. երկրորդ տեսակի ալերգիկ ռեակցիա (ցիտոտոքսիկ տեսակ),
3. երրորդ տեսակի ալերգիկ ռեակցիա (հյուսվածքների վնասում իմունային համալիրներով՝ Արտյուսի, իմունահամալիրային տեսակ),
4. չորրորդ տեսակի կամ դանդաղ ընթացող ալերգիկ ռեակցիա (դանդաղեցված տեսակի գերզգայունություն՝ բջջային գերզգայունություն):

Ալերգիաների դեպքում բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ախտահարումները Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ալերգիաները լինում են՝

- 1) Հիվանդություններ՝ պայմանավորված արագ ընթացող գերզգայունությամբ
 - ա) անաֆիլակտիկ շոկ,
 - բ) Կվինկեյի այտուց,
 - գ) եղնջացան,
- 2) դանդաղ ընթացող գերզգայունություն՝
 - ա) ֆիքսված դեղորայքային ստոմատիտ,
 - բ) տարածուն տոքսիկո-ալերգիկ ստոմատիտ (կատառալ, կատառալ-հեմոռագիկ, էրոզիվ-խոցային, խոցա-նեկրոտիկ ստոմատիտներ, խելլիտներ, գլոսիտներ, գինգիվիտներ),
- 3) համակարգային տոքսիկո-ալերգիկ հիվանդություններ՝
 - ա) բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմա,
 - բ) Ստիվենս – Ջոնսոնի համախտանիշ,
 - գ) քրոնիկական ռեցիդիվող աֆթոզ ստոմատիտ,
 - դ) Լայելի հիվանդություն,

- ե) Բեխչետի համախտանիշ,
- զ) Շյոգրենի համախտանիշ:

Կվինկեի անգիոնևրոտիկ այտուց

Բնորոշ է մաշկի, ենթամաշկային բջջանքի կամ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի, շրթունքի, աչքի, կոկորդի, բրոնխների, սեռական օրգանների սուր զարգացող սահմանափակ այտուցը: Այտուցն առաջանում է շարակցական հյուսվածքում, հիպոդերմում կամ ենթալորձաթաղանթում:

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

Ախտածնության մեջ կարևորվում են ժառանգականությունը, վեգետատիվ նյարդային համակարգի խիստ գրգռվածությունը, քրոնիկական վարակի օջախների առկայությունը, ստամոքս-աղիքային ուղու հիվանդությունները:

Կլինիկան

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

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

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

Կվինկեի այտուցը կարող է պահպանվել մի քանի ժամ կամ օրեր, հետագայում առանց հետք թողնելու անհետանում է, սակայն կարող է պարբերաբար կրկնվել: Այտուցը հազվադեպ է ուղեկցվում ցավի զգացումներով: Երեխաները հաճախ գանգատվում են հյուսվածքների լարվածության զգացումից:

Տարբերակիչ ախտորոշումը՝

- լիմֆոստագ,
- պերիօստիտի դեպքում առաջացած կոլատերալ այտուց,
- Մելկերսոն- Ռոզենտալի համախտանիշ,
- Կարմիր քամի:

Բուժումը՝

- ալերգենի հեռացում,
- հակահիստամինային դեղամիջոցներ (դիմեդրոլ, սուպրաստին, տավեգիլ, պառլազին, էրոլին, նիկսար և այլն/) ն/մ կամ ներքին ընդունման,

- վիտամինաբուժում՝ ասկորուտին
- կոկորդի այտուցի դեպքում՝ ն/մ 25մգ պրեդնիզոնի հեմիսուկցինատ,
- զարկերակային ճնշման անկման դեպքում՝ ե/մ 0.1-0,5մլ 0,1%-անոց ադրենալինի լուծույթ:

Կանխարգելումը

Բացառել ալերգենի հետ շփումը:

Եղնջացան

Մաշկի կամ լորձաթաղանթի շարակցական հյուսվածքի ժամանակավոր սահմանափակ այտուց է: Բնորոշվում է մաշկին և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին արագ տարածվող եղնջացանով, որոնք առաջանում են միկրոցիրկուլյատոր հունի անոթների թափանցելիության մեծացման հետևանքով և ուղեկցվում են շրջապատող հյուսվածքի այտուցով:

Եղնջայտուցն անմիջապես առաջանում է մաշկի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի տարբեր հատվածներում և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին պահպանվում է 1-2 ժամ: Կարող է տեղակայվել շրթունքներին, հազվադեպ՝ այտերին: Ունի կտրուկ սահմանափակ խմորանման բլիթների տեսք:

Բուժումը՝

- ալերգենի հեռացում,
- սպեցիֆիկ թերապիա,
- իմունաբանական թերապիա,
- պաթոգենետիկ թերապիա,
- սիմպտոմատիկ թերապիա,
- տեղային հականեխիչ մշակումներ,
- դեսենսիբիլիզացնող դեղամիջոցներ,
- կերատոպլաստիկներ,
- ծանր դեպքերում՝ ե/մ 1մլ 0,1%-անոց ադրենալինի լուծույթ:

Դեղորայքային ալերգիաներ, ֆիքսված և տարածուն տոքսիկո-ալերգիկ ստոմատիտներ

Դեղորայքային ալերգիա կարող է առաջացնել յուրաքանչյուր դեղամիջոց, սակայն առավել հաճախ պատճառ են դառնում հակաբիոտիկները, սուլֆանիլամիդները, անալգետիկները, բրոմիդները, նոպոկաինը, յոդը և այլ դեղամիջոցներ: Ալերգիկ ռեակցիայի զարգացման արագությունը և արտահայտվածության աստիճանը պայմանավորված է դեղամիջոցների ընդունման ձևով (առավել մեծ զգայունություն են առաջացնում բերանի խոռոչի լորձաթաղանթում կիրառվող ապլիկացիաները) և դեղամիջոցի բարձր դոզավորումից: Կարևորվում են երեխայի օրգանիզմի անհատական ռեակտիվականությունը, ընդհանուր ստմատիկ ախտաբանությունները, դեղորայքային ալերգենի բնույթը:

Կլինիկական արտահայտությունը և ընթացքի ծանրությունը պայմանավորված է գերզգայունության որևէ տեսակի գերակշռումից (օրինակ՝ անաֆիլակտիկ շոկ):

Բերանի խոռոչում կլինիկական արտահայտությունը բազմազան է: Պայմանավորված տեղակայմամբ՝ տարբերում են ստոմատիտներ, խեյլիտներ, գլոսիտներ:

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

Ըստ ախտահարման տարածվածության աստիճանի՝ լինում են ֆիքսված և տարածուն դեղորայքային ստոմատիտներ:

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

Այն երեխաները, որոնց դեպքում դեղորայքային ալերգիան ընթանում է ծանր և շատ ծանր, հոսպիտալացվում են մանկական հիվանդանոցներում:

Կատառալ և կատառալ-հեմոռագիկ ստոմատիտ, խեյլիտ, գլոսիտ

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

Հիվանդ երեխաների 1/3-ի դեպքում ախտահարումը լինում է մեկուսացված, սակայն բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի փոփոխությունները մեծ մասամբ համակցվում են այլ օրգանների ախտահարումների հետ:

Բերանի խոռոչը զննելիս նկատվում են տարածուն հիպերեմիա, լորձաթաղանթի այտուց, լեզվի կողմնային մակերեսին և այտերին՝ ատամների արտատպվածքներ: Առկա է լեզվի թելանման պտկիկների խոր դեակվամացիա (լաքապատ լեզու): Նկատվում են մանր կետային հեմոռագիաներ, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի մեխանիկական գրգռումն ուղեկցվում է արյունահոսությամբ: Երեխաների ընդհանուր վիճակը խանգարված չէ:

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝

- հիպովիտամինոզ C-ից, B-ից,
- ստամոքս-աղիքային ուղու հիվանդություններից,
- վարակիչ հիվանդություններից,
- սնկային ախտահարումներից:

Բուժումը

Տեղային՝

- հականեխիչ ողողումներ,
- անզգայացնող դեղամիջոցներ,
- կերատոպլաստիկներ:

Ընդհանուր՝

- դեղերի ընդունման դադարեցում կամ փոխարինում այլ դեղերով,

-հակահիստամինային դեղամիջոցներ (դիմեդրոլ, սուպրաստին, տավեգիլ, պառլագին, էրոլին, նիկսար և այլն) ն/մ կամ ներքին ընդունման,
-կալցիումի պրեպարատներ,
-խորհուրդ է տրվում ընդունել չգրգռող սնունդ և մեծ քանակությամբ հեղուկներ:

Էրոզիվ-խոցային ստոմատիտ, խեյլիտ, գլոսիտ

Հիվանդությունն ուղեկցվում է ցավերով, որոնք ուժգնանում են ուտելիս և խոսելիս: Այտուցված և հիպերեմիկ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին՝ քիմքի, լնդերի, շրթունքի, այտերի, լեզվի հատվածներին, առաջանում են թափանցիկ պարունակությամբ բշտեր, որոնց բացվելուց հետո առաջանում են էրոզիաներ՝ ծածկված ֆիբրինային փառով (նկ. 87):

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

Երեխայի վիճակը կարող է վատանալ, առաջանում է թուլություն, ախորժակի անկում, մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 38°C: Ստորձնոտային ավշահանգույցները մեծացած են, շոշափելիս ցավոտ են: Հիվանդության ծանրության աստիճանը պայմանավորված է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ախտաբանական փոփոխությունների տարածվածությամբ և քրոնիկական վարակի օջախների առկայությամբ:

Տարբերակիչ ախտորոշումը՝

-սուր հերպետիկ ստոմատիտ,
-բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմա,
-բշտախտ:

Բուժումը՝

-դեղերի ընդունման դադարեցում,
-հակահիստամինային դեղամիջոցներ,
-ծանր դեպքերում՝ կորտիկոստերոիդներ:

Տեղային բուժումը՝

-անզգայացնող դեղամիջոցներ,
-հականեխիչ մշակումներ,
-պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներ,
-չգրգռող սնունդ և հեղուկների առատ ընդունում:

Հիվանդությունը հազվադեպ է ընթանում միայն բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին մեկուսացված: Հիմնականում զարգանում է ծանր ընդհանուր ավերգիկ ռեակցիաների զուգակցմամբ, ախտահարվում են մաշկը, լորձաթաղանթները և ներքին օրգանները, զարգանում է սուր, օրգանիզմի ռեակտիվականության նվազմամբ՝ որպես հիպերերգիկ ռեակցիա ֆուզոսպիրիլյար սիմբիոզի գերզգայունության հանդեպ:



**Նկար 87. Ալերգիկ խելլիտ:
Խոցա-նեկրոտիկ ստոմատիտ, խելլիտ, գլոսիտ**

Հիվանդությունն ընթանում է օրգանիզմի ընդհանուր վիճակի խանգարումներով: Երեխաները գանգատվում են ընդհանուր թուլությունից, գլխացավերից, ախորժակի կորստից, բերանի խոռոչի ցավերից, որոնք ուժգնանում են սնունդ ընդունելիս և խոսելիս, բերանի տհաճ հոտից, գերթքարտադրությունից, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումից:

Չննելիս երեխաներն աղինամիկ են, առկա է թքահոսություն, արտահայտված տհաճ հոտ բերանի խոռոչից (քաղցրահամ): Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթն արտահայտված հիպերեմիկ է և այտուցված, որոնց զուգակցմամբ առկա են դեղնամոխրագույն նեկրոզի օջախներ: Միջատամնային պտկիկները մեռուկացված են, պահպանված լորձաթաղանթը ծածկված է գորշ-մոխրագույն ֆիբրինային փառով, որոնք հեռացնելուց հետո մերկանում է խոցոտված արյունահոսող մակերեսը:

Խոցա-նեկրոտիկ դեղորայքային ստոմատիտների դեպքում բերանի խոռոչի լորձաթաղանթն ախտահարվում է լիովին (95% դեպքերում): Ենթաճնտային ավշահանգույցները մեծացած են, շոշափելիս ցավոտ են: Պերիֆերիկ արյան մեջ նշվում են փոփոխություններ՝ լեյկոցիտների քանակի շատացում՝ հիմնականում էոզինոֆիլների (12-15), ԷՆԱ-ն բարձր է և այլն:

Տարբերակիչ ախտորոշում կատարվում է՝

- Վենսանի խոցա-նեկրոտիկ ստոմատիտից,
- արյան հիվանդությունների դեպքում (լեյկոզ, ագրանուլոցիտոզ) բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի խոցային ախտահարումներից,
- սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների դեպքում առաջացած տրոֆիկ խոցերից:

Բուժումը

Ընդհանուր՝

- դեղերի ընդունման ընդհատում,
- հակահիստամինային դեղամիջոցներ,

-ծանր դեպքերում՝ կորտիկոստերոիդներ, հեմոդեզ, պոլիգլյուկին և այլն:

Տեղային՝

-անզգայացնող դեղամիջոցներ,

-հականեխիչ դեղամիջոցներ,

-պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներով մեռուկացած հյուսվածքների հեռացում,

-կերատոպլաստիկներ:

Ֆիքսված դեղորայքային պլերզիա

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

Դեղերն ընդունելն ընդհատելուց հետո 10 օրվա ընթացքում պրոցեսը վերանում է, սակայն կրկնակի օգտագործելու դեպքում այն կրկնվում է նույն հատվածում: Հիվանդությունն ուղեկցվում է այրոցի զգացումով:

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝

-բշտախտից,

-բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմայից:

Տարածուն տոքսիկո-պլերզիկ ստոմատիտներ

Հիմնականում առաջանում են հակաբիոտիկներ ընդունելուց և ունեն կլինիկական նշանների բազմազանություն: Երեխաները զանգատվում են քորից, այրոցից, բերանի չորությունից, ուտելու ժամանակ առաջացած ցավերից:

Բիոմիցին, սպրեպտոմիցին, պենիցիլին ընդունելուց հետո դիտարկվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի գերարյունություն, այտուց, կատառալ գինգիվիտի երևույթներ: Կարող է առաջանալ «պենիցիլինային լեզու», նման փոփոխություններ նկատվում են նաև շրթունքի վրա: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին կարող են առաջանալ բշտիկներ, որոնց բացվելուց հետո կառաջանան էրոզիաներ:

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

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

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝

-կարմիր տափակ որբինից,

-բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմայից,

-համակարգային կարմիր գայլախտից,

-Լայելի համախտանիշից:

Բուժումը՝

- դեղերի ընդունման դադարեցում կամ փոխարինում այլ դեղամիջոցներով,
- երկրորդային վարակի կանխում,
- երեխայի իմունային կարգավիճակի ուսումնասիրություն:

Համակարգային տոքսիկո-ալերգիկ հիվանդություններ

Բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմա (ԲԷԷ)

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և մաշկի բորբոքային հիվանդություն է, որը բնութագրվում է էլեմենտների պոլիմորֆիզմով (բիծ, բուշտ, եղնջացան): Հնարավոր են մաշկի կամ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի իզոլացված ախտահարումներ, բայց առավելապես հանդիպում են համակցված ախտահարումներ:

Հիվանդությունը բնութագրվում է սուր սկզբով, կարող է տևել տարիներ, բնորոշ է սեզոնայնությունը՝ սրացումները հիմնականում նկատվում են աշնան-ձմռան ամիսներին:

Հիմնականում առկա է 5 տարեկանից մեծ երեխաների մոտ:

Էթիոլոգիան և ախտածնությունը

Էթիոլոգիան մինչև վերջ պարզաբանված չէ:

Ըստ էթիոլոգիայի՝ հիվանդությունը լինում է 2 տեսակի՝

- 1-ին տեսակ՝ իրական կամ իդեոպաթիկ, ունի ինֆեկցիոն-ալերգիկ բնույթ,
- 2-րդ տեսակ՝ սիմպտոմատիկ կամ տոքսիկո-ալերգիկ:

Էթիոլոգիական գործոններից կարևորվում են նաև՝

- բակտերիային ալերգիայի դերը, քանի որ երեխաների մեծամասնության դեպքում հայտնաբերվել է սենսիբիլիզացիա ստաֆիլոկոկերի և ստրեպտոկոկերի հանդեպ,
- 30% հավանականությամբ հնարավոր է նաև վիրուսային վարակի դերը հիվանդության էթիոլոգիայում (հասարակ հերպես, կոկսակի վիրուս, ECHO): Նկարագրված են դեպքեր երբ ԲԷԷ-ն առաջանում է քրոնիկական ռեցիդիվող հերպետիկ վարակ ունեցող երեխաների դեպքում (հետհերպետիկ ԲԷԷ):

Օրգանիզմի սենսիբիլիզացիայի պատճառ են քրոնիկական վարակի օջախները: ԲԷԷ սրացումները նկատվում են օրգանիզմի ռեակտիվականության նվազման պատճառով (հիպովիտամինոզների, գերսառեցման, վիրուսային վարակների, սթրեսի հետևանքով):

ԲԷԷ-ի սիմպտոմատիկ տեսակն ունի տոքսիկո-ալերգիկ տեսակին բնորոշ կլինիկական պատկեր, բայց, ըստ էության, օրգանիզմի հիպերերգիկ ռեակցիան է դեղորայքի հանդեպ (հակաբիոտիկներ, սալիցիլատներ, ապիդոպիրին և այլն):

Կլինիկան. հիվանդությունը սկսվում է սուր, նկատվում են թուլություն, դող, ջերմության բարձրացում մինչև 38°C և բարձր, երեխաները գանգատվում են գլխացավից, մկաններում և հոդերում ցավերից, 1-2 օրից նախաբազկին,

դաստակին, դեմքին, պարանոցին առաջանում են կապտակարմրավուն բծեր, որոնք ավելի բարձր են հարակից մաշկից: Կենտրոնական մասը ներհրված է և ունի առավելապես կապտավուն երանգ, պերիֆերիկ հատվածը պահպանում է կարմրավարդագույն երանգը (կոկարդներ): Ավելի ուշ կենտրոնական մասում հայտվում է ենթաէպիթելային բուշտ՝ սերոզ կամ հեմոռագիկ պարունակությամբ: Մաշկային էլեմենտների առաջացումն ուղեկցվում է քորով և այրոցի զգացողությամբ:



Նկար 88. Բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմա՝ բուժման ընթացքում:

Բերանի խոռոչում հաճախ ախտահարվում են շրթունքների, այտերի, բերանի խոռոչ հատակի, լեզվի, փափուկ քիմքի լորձաթաղանթները (նկ. 88): Նկատվում են լորձաթաղանթի տարածուն հիպերեմիա և այտուց, ենթաէպիթելային բշտերի առաջացում: Էլեմենտները ցավոտ են նույնիսկ հանգիստ վիճակում, իսկ լեզուն կամ շրթունքները շարժելիս ցավը կտրուկ ուժգնանում է, որը դժվարացնում է սննդի ընդունումը: Բշտերն արագ բացվում են՝ առաջացնելով ցավոտ էրոզիաներ՝ պատված ֆիբրինոզ փառով: Շրթունքի կարմիր երիզին տեղակայված էրոզիաները կարող են միաձուլվել՝ առաջացնելով բավականին մեծ էրոզային մակերեսներ: Նիկոլսկու ախտանիշը բացասական է (էրոզիայի եզրի էպիթելը ձգելիս այն չի շերտազատվում): Հնարավոր է էրոզիաների երկրորդային վարակ:

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

Լինդը սովորաբար պրոցեսում չի ընդգրկվում: Բերանի խոռոչի վատ հիգիենան, կարիեսային խոռոչների առկայությունը ծանրացնում են ԲԷԷ-ի ընթացքը:

Պերիֆերիկ արյան պատկերում նկատվում է լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի բարձրացում:

ԲԷԷ-ի ինֆեկցիոն-ալերգիկ տեսակին բնորոշ է երկարատև ռեցիդիվող ընթացքը: Սրացումները նկատվում են աշնան-ձմռան ամիսներին: Ռեմիսիայի շրջանում մաշկի և լորձաթաղանթի վրա փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում:

ԲԷԷ-ի տոքսիկո-ալերգիկ տեսակը սրվում է դեղորայքային ալերգենի հետ կոնտակտի հետևանքով: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ԲԷԷ-

ով երեխաների դեպքում նկատվում է արտահայտված T բջջային իմունոդեֆիցիտ: Էտակրիդինի և դեկարիսի համակցված օգտագործումը թերապևտիկ լավ արդյունք է տալիս:

Ախտորոշումը՝

- անամնեզ,
- կլինիկական պատկեր,
- ցիտոլոգիական հետազոտություն (հայտնաբերվում են սուր ոչ սպեցիֆիկ բորբոքման բնորոշ նշաններ),
- հյուսվածքաբանական հետազոտություն (բշտերի սուբէպիթելային տեղակայում, ականթոլիզի բացակայություն):

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝

- ականթոլիտիկ և ոչ ականթոլիտիկ բշտախտից,
- ՍՀՄ-ից
- երկրորդային սիֆիլիսից:

Ստիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշ

ԲԷԷ-ի ծանր տեսակն է, որն ուղեկցվում է օրգանիզմի ընդհանուր վիճակի վատացմամբ: Ընթանում է մաշկի, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի, աչքի (երկողմանի կոնյուկտիվիտ, կերատիտ), քթի (ռինիտ, քթային արյունահոսություն), սեռական օրգանների լորձաթաղանթի ախտահարումներով:

Հիվանդությունը սկսվում է սուր, բարձր ջերմությամբ և հոդացավերով:

Ընդհանուր վիճակի վատացմանը զուգահեռ շրթունքների, այտերի լորձաթաղանթին, լեզվին, փափուկ քիմքին, բկանցքին, քմային աղեղներին, մաշկին առաջանում են բշտեր, որոնք բացվում են՝ առաջացնելով ցավոտ էրոզիաներ: Էրոզիաների միաձուլումից առաջանում են ցավոտ, էրոզային մակերեսներ: Էրոզիաները ծածկվում են ֆիբրինոզ փառով: Շրթունքների և լեզվի գեներալիզացված ախտահարման դեպքում երեխաները հրաժարվում են սննդից, որը հանգեցնում է օրգանիզմի հյուծմանը:

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝

- բշտախտից,
- կանդիդոզից,
- Դյուրինգի դերմատիտից,
- կարմիր գայլախտ սուր ձևից:

Հյուսվածքաբանությունը. հայտնաբերվում են սպոնգիոզ, ներբջջային այտուց, բշտերը ենթաէպիթելային են: Շարակցական հյուսվածքում նույնպես նկատվում են այտուց, անոթների շուրջ բորբոքային ինֆիլտրատի առկայություն:

Բուժումը. և՛ ԲԷԷ-ի, և՛ Ստիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշի դեպքում ընդհանուր է և տեղային:

Ընդհանուր բուժում՝

1. դեսենսիբիլիզացնող դեղամիջոցներ (դիմեդրոլ, սուպրաստին, տավեգիլ, ֆենկարոլ, կլարիտին),

2. հակաբորբոքային դեղամիջոցներ (սալիցիլատներ),
3. վիտամինաբուժում (վիտամին B),
4. կալցիումի պրեպարատներ,
5. էտակրիդին լակտատ և լևամիզոլ,
6. կորտիկոստերոիդներ 20-30 մգ (60-80 մգ Ստիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշի դեպքում),
7. դետոքսիկացիոն թերապիա:

Տեղային բուժում. ուղղված է բորբոքման և այտուցի վերացմանը, էպիթելիացման պրոցեսների արագացմանը՝

1. անզգայացնող դեղամիջոցներ (տրիմեկային, լիդոկային),
2. հականեխիչ պրեպարատներ (ֆուրացիլին, քլորամին և այլն),
3. պրոտոլիտիկ ֆերմենտներ (տրիպսին, քեմոտրիպսին),
4. կերատոպլաստիկներ (չիչխանի յուղ):

Ռեմիսիայի շրջանում պետք է կատարվի բերանի խոռոչի սանացիա:

Լայելի հիվանդություն

Հիվանդությունը տոքսիկո-ալերգիկ ռեակցիայի ծանր տեսակն է: Ընդհանուր վիճակի վատացման զուգակցմամբ բնութագրվում է մաշկի և լորձաթաղանթի ծանր ախտահարմամբ: Հիվանդությունն առավելապես առաջանում է դեղեր ընդունելուց հետո (յոդ, հակաբիոտիկ, բրոմ և այլն), ուստի տոքսիկո-ալերգիկ համախտանիշ է, նախորդող սենսիբիլիզացիայի հետևանքով առաջացած ալերգիկ ռեակցիա:

Կլինիկան

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

Հյուսվածքաբանությունը. հիվանդության զարգացման հիմքում առկա են էպիթելի և էպիդերմիսի մակերեսային շերտերի նեկրոզ, մալպիգյան շերտի այտուց, միջբջջային կապերի խախտում, ինտրա- և ենթաէպիթելային բշտերի առաջացում:

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝

- Բէէ-ից
- Բշտախտից:

Բուժումը

Բուժումը կատարվում ստացիոնարում:

Դադարեցվում է պատճառ դարձած դեղերի ընդունումը: Նշանակվում են՝
-դեքսեմետրիզոնով դեղամիջոցներ (դիմեդրոլ, սուլպրաստին, տավեգիլ),
-ԳԿՄ,

-դետոքսիկացնող թերապիա (30%-անոց թիոսուլֆատի լուծույթ, 10%-անոց կալցիումի քլորիդի լուծույթ և այլն),

-հեմոդեզ, վիտամին C և P,

-բարձր կալորիականություն ունեցող սնունդ (ալերգիկ մթերքների բացառում):

Տեղային բուժման դեպքում կիրառվում են տեղային ցավազրկող միջոցներ, հականեխիչ մշակում, նեկրոզված հյուսվածքների հեռացում պրոտոն-լիտիկ ֆերմենտների միջոցով, կերատոպլաստիկներ:

Հիվանդության ելքը պայմանավորված է նրանով, թե երբ է սկսվել բուժումը, 30% դեպքերում հնարավոր է լետալ ելք:

Քրոնիկական ռեցիդիվող աֆթոզ ստոմատիտ

Stomatitis aphthosa chronica recidiva

Բակտերիային ալերգիայով պայմանավորված հիվանդություն է: Ալերգիայի աղբյուր են քրոնիկական վարակի օջախները ատամներում, պարօդոնտում, հայմորյան ծոցերում: *Ախտածագման մեջ* նկատվում են օրգանիզմի ռեակտիվականության փոփոխություն, սենսիբիլիզացիա՝ հատկապես ստաֆիլոկոկերի, ստրեպտոկոկերի և աղիքային ցուպիկի նկատմամբ: Արյան մեջ նկատվում է T սուպրեսորների ավելացում, որի հետևանքով T հելպերների քանակը քչանում է, B լիմֆոցիտների քանակը և Ig G-ն՝ բարձրանում: Փոփոխվում են նաև հումորալ և բջջային իմունային օղակները. լիզոցիմի քանակը նվազում է, B լիզինները՝ մեծանում, կոմպլեմենտի համակարգի C3, C4 ֆրակցիաների քանակը՝ քչանում, իսկ C5 ֆրակցիայինը՝ շատանում: Բերանային հեղուկում նկատվում է սեկրետոր և շճային Ig A քանակի նվազում, որի հետևանքով լորձաթաղանթի պաշտպանական ֆունկցիան թուլանում է: Այս ամենով հանդերձ՝ բերանի խոռոչի միկրոֆլորան վերափոխվում է ավելի ազրեսիվ և ոչ բնորոշ տեսակների, որն իր հերթին սկիզբ է տալիս արատավոր օղակի առաջացմանը:

Հիվանդության զարգացումը պայմանավորված է նաև խաչաձև իմունային ռեակցիայի առկայությամբ. ստրեպտոկոկերն ունեն անտիգենային նմանու-

թյուն բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բջիջների հետ, որի պատճառով խանգարվում է նրանց համապատասխան ճանաչումը լիմֆոցիտների կողմից խթանելով ցիտոտոքսիկության ռեակցիան:

Հուսվածքաբանորեն նկարագրվում է ֆիբրինա-մեռուկային ախտահարում՝ էպիթելի ալոպոզով և էրոզիաներով:

Հիվանդության **կլինիկայում** առկա է 3 շրջան՝

1. պրոդրոմալ,
2. աֆթայի զարգացման,
3. մարման:

Պրոդրոմալ շրջանում.

⊗ Երեխան մատնանշում է ապագա ախտահարման տեղը:

⊗ Փոխվում է նրանց տրամադրությունը:

⊗ Մաշկային ծածկույթները գունատ են:

⊗ Լնդերը փուխր են, ալոպոզված:

Երկրորդ շրջանում՝

⊗ Առաջանում է բշտիկ, որն արագ պայթում է:

⊗ Աֆթայի առաջացման հատվածը հիպերեմիկ է:

⊗ Կենտրոնում զարգանում է սպիտակ գլխիկ՝ էպիթելի մեռուկի օջախ, որը խիստ ցավոտ է:



Նկար 89. Քրոնիկական ռեցիդիվող աֆթոզ ստոմատիտ՝ միջին ծանրության:

տահարման օջախ, հիվանդությունը դրսևորվում է 1 տարում 2 անգամ,

3. ծանր աստիճան՝ 6-ից շատ ախտահարման օջախ, հիվանդությունը դրսևորվում է 1 տարում 2 անգամից ավելի:

Աֆթան տեղակայվում է՝

⊗ Առաջացած աֆթան կլորավուն կամ ձվաձև է, հստակ սահմանափակված է գրանուլյացիաների երիզով (նկ. 89):

⊗ Ծածկված է տարբեր աստիճանի հաստություն ունեցող ֆիբրինային փառով:

▪ Ուղեկցվում է շրջակա լիմֆադենիտով և ջերմության բարձրացմամբ:

Ծանրության աստիճանները 3-ն են՝

1. թեթև աստիճան՝ 1-2 ախտահարման օջախ, հիվանդությունը դրսևորվում է 2 տարին 1 անգամ,

2. միջին աստիճան՝ 5-6 ախտահարման օջախ, հիվանդությունը դրսևորվում է 1 տարում 2 անգամից ավելի:

- բերանի նախադռան հատվածներում,
- շրթունքներին,
- անցման ծալքերում,
- լեզվի կողմնային մակերեսներին:

ՔՌԱՍ-ին զուգորդող հիվանդությունների հաճախականությունը՝

- աղեստամոքսային ուղու, լյարդի և լեղատար ուղիների բորբոքային հիվանդություններ,
- ալերգիկ հիվանդություններ,
- ԼՕՌ օրգանների հիվանդություններ,
- 50 % դեպքերում երեխաների դեպքում հայտնաբերվում են լյամբլաներ:

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է՝

- տրավմատիկ և հերպես զուգորդող ստոմատիտներից,
- Վենսանի խոցամեռուկային ստոմատիտից,
- Լորտ-Խակոբայի բուլյոզ դերմատիտից,
- սիֆիլիտիկ պապուլաներից:

Մետոնի աֆթաներ

Aphthae Suttoni

Վերջին տարիներին կլինիկական արտահայտումը բաժանվել է 3 տեսակի՝

- եզակի աֆթաների զարգացում ամիսը 1-3 անգամ,
- բազմակի աֆթաների զարգացում, որոնք փոխարինում են միմյանց մինչև լավացումը,
- սպիացող աֆթաների զարգացում՝ առանց պերիադենիտի նշանների:

Այդ կլինիկական տեսակները կարող են փոխարինել միմյանց նույն հիվանդի դեպքում:

Բոլոր տեսակների դեպքում կլինիկական պատկերը բնորոշ է.

- Առաջանում են ցավոտ, հիպերեմիկ օջախներ:
- Նեկրոզի հատվածը մեծանում է և խորանում՝ ստանալով խառնարանանման տեսք:
- Ծածկված է գորշավուն փառով:
- Հետզհետե տափակում է՝ լցվելով գրանուլացիոն հյուսվածքով:
- Լավանալուց հետո մնում է սպի:

Հյուսվածքաբանորեն դիտվում է հյուսվածքների մեռուկ՝ բազալ թիթեղի քայքայումով, բուն լորձաթաղանթում՝ բորբոքման երևույթներով:

Բուժումը

Ընդհանուր՝

- ☉ վարակի և թունավորման օջախի հեռացում,
- ☉ աղեստամոքսային ուղու ֆունկցիայի նորմալացում,
- ☉ սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ հիպոսենսիբիլիզացիա,
- ☉ իմունակարգավորում,

- ☺ սեղատիվ թերապիա,
- ☺ ռացիոնալ սնուցում,
- ☺ վիտամինաբուժում:

Տեղային՝

- ☺ անզգայացում,
- ☺ հականեխիչ և հակաբորբոքային թերապիա,
 - ☺ բուժիչ թաղանթների կիրառում,
 - ☺ կորտիկոստերոիդների օգտագործում,
 - ☺ կերատոպլաստիկներ,
 - ☺ բերանի խոռոչի սանացիա,
 - ☺ դիսպանսեր հսկողություն,
 - ☺ մետաբոլիզմը խթանող միջոցներ՝ կալցիումի պանտոտենատ, ռիբոֆլավին, կալիումի օրոտատ, վիտամին B₁₂, ֆոլաթթու B₉՝ բջջային իմունիտետը բարձրացնելու համար,
 - ☺ իմունոկարգավորում՝ թիմոզեն, հիստոգլոբուլին լևամիզոլ-դեկարիս. բավականին արդյունավետ պրեպարատ է, իմունոմոդուլյատոր է T լիմֆոցիտների նկատմամբ, ինչպես նաև կարող է ուժեղացնել թույլ բջջային կամ թուլացնել ուժեղ բջջային իմունային պատասխանը և ազդեցություն չունենալ նորմալ պատասխանի վրա,
 - ☺ ժամանակակից բուժումը հիմնված է համակցված մեթոդի վրա, որը ենթադրում է դեկարիսի, գամմա գլոբուլինի և ասկորբինաթթվի զուգակցում և ռեմիսիայի բավականին երկարացում:

Bechet համախտանիշ

- Նկարագրվել է առաջին անգամ 1937թ.:
- Արտահայտվում է ախտանիշների եռյակով՝
 - բերանի խոռոչի,
 - սեռական օրգանների,
 - ակնազնդի ախտահարումներով:
- 1941թ. Touraine նկարագրել է նման ախտահարում, որը զուգորդվում էր մարսողական համակարգի ախտահարումով և առաջարկել է անվանել այն մեծ աֆթոզ:
 - Բուժման մեջ անհրաժեշտ է ներգրավել բջջաքայքայող նյութեր (օրինակ՝ կոլխիցինը, մետոտրեքսատը):