

**ԴԻՄԱԾՆՈՏԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ԹԱՐԱԽԱԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ
ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ**

Բորբոքումը էվոյուցիայի ընթացքում ձևավորված երևույթ է, որն ըստ էության օրգանիզմի պաշտպանական ռեակցիայի դրսևորումն է զանազան հիվանդագին ներգործությունների նկատմամբ:

Բորբոքումը հարմարվողական-պաշտպանական երևույթ է կենսաբանական տեսակի դեպքում, սակայն անհատի դեպքում այն կարող է հանգեցնել անզամ մահվան ելքի: Երևույթը դրսևորվում է հյուսվածքների վնասումով (ալտերացիա), արյան միկրոշրջանառության խանգարումով և հյուսվածքների թափանցելիության մեծացումով, էքսուդացիայով ու լեյկոցիտների արտահոսքով, ինչպես նաև նոր հյուսվածքային տարրերի առաջացումով (պրոլիֆերացիա):

Բորբոքումը հարուցող գործոնները

Բորբոքման պատճառները բազմազան են: Բորբոքումը կարող են հարուցել ախտածին մանրէները, մակաբույծ կենդանիները, մեխանիկական վնասվածքը, ֆիզիկական այլ գործոնները (ճառագայթումը, էլեկտրական էներգիան, տաքը, սառը), քիմիական գործոնները (թթուները, հիմքերը և այլն), ինչպես նաև էնդոգեն գործոնները:

Միևնույն գործոնը կարող է հանգեցնել տարբեր հետևանքների՝ պայմանավորված տվյալ գործոնի ազդեցության կոնկրետ պայմաններով: Պայմանները ախտաբանական գործընթաց չեն հարուցում, այլ միայն նպաստում կամ խոչընդոտում են դրա առաջացումը: Պայմանները օրգանիզմի համար կարող են լինել բարենպաստ կամ անբարենպաստ: Դրանց մի մասը նվազեցնում է դիմադրողականությունը ախտածին գործոնի նկատմամբ, իսկ մյուս մասը, ընդհակառակը, բարձրացնում է: Օրինակ՝ անբարենպաստ պայմաններ են լորձաթաղանթի և մաշկի պատնեշային ֆունկցիայի խանգարումը, իմունադեֆիցիտային վիճակները, հիպովիտամինոզները, շաքարային դիաբետը, երիկամների հիվանդությունները, արյան մատակարարման անբավարարությունը: Այս ամենը հյուսվածքներում վարակիչ գործընթացի ծավալմանը նպաստող պայմաններ են: Թվարկված պայմանները նվազեցնում են օրգանիզմի դիմադրողականությունը բորբոքում հարուցող գործոնների նկատմամբ:

Բարենպաստ պայմանները թուլացնում են վնասակար գործոնի ախտածին ազդեցությունը, կամ ուժգնացնում են օրգանիզմի պաշտպանական հատկանիշները: Նման պայմաններ են հակավարակային իմունիտետի ստեղծումը, ռացիոնալ կոփումը, լիարժեք հաշվեկշռված սնունդը և այլն:

Օրգանիզմի կոնստիտուցիոնալ վիճակը ենթաբջջայինից մինչև համակարգային մակարդակներով հանդերձ՝ պայմանավորված գենետիկ

առանձնահատկություններով, նույնպես ազդում է այս կամ այն ախտածին գործոնի նկատմամբ օրգանիզմի դիմադրողականության վրա:

Բորբոքման ռեակցիայի դրսևորումը պայմանավորված է նաև տարիքով: Բորբոքման բուրբ նշանները սկսում են դրսևորվել մարդու ներարգանդային կյանքի միայն 4-5-րդ ամիսներից հետո: Պոստնատալ շրջանում՝ կյանքի առաջին ամիսներին, օրգանիզմի դիմադրողականությունը զանազան ախտածին գործոնների ներգործության նկատմամբ դեռևս ցածր է: Ցածր է նաև լիարժեք պատնեշներ ստեղծելու ունակությունը: Հետագայում օրգանիզմի բնականոն զարգացման դեպքում նրա դիմադրողականությունը վնասակար ներգործությունների նկատմամբ աճում է, տևական մնում է բարձր մակարդակի վրա և ծերության ժամանակ կրկին նվազում է: Հետագոտություները ցույց են տալիս, որ 7-12 տարեկան երեխաները ամենից հաճախ են հիվանդանում դիմաձնոտային շրջանի բորբոքային հիվանդություններով: Ըստ երևույթին դա պայմանավորված է պաշտպանական մեխանիզմների անբավարար ձևավորմամբ, որին գումարվում են նաև երեխաների կրած սթրեսային ազդեցությունները:

Հարկ է նշել, որ մարդը կենսաբանական էակ լինելուց բացի, նաև սոցիալական էակ է: Նրա վրա ներգործում են այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են աշխատանքի և կենցաղի պայմանները, որոնք հյուսվածքների վրա իրենց ազդեցությունը միջնորդավորում են նեյրոհումորալ համակարգի միջոցով:

Միկրոօրգանիզմ-մակրոօրգանիզմ հարաբերությունների բարդ համակարգում միշտ գործում է երկկողմանի կապը: Միայն միկրոօրգանիզմի կամ մակրոօրգանիզմի դերի ուսումնասիրությունը հաճախ հանգեցնում է բորբոքային գործընթացի պատճառագիտության և ախտածնության սխալ մեկնաբանությանը: Ամենայն հավանականությամբ, մեռուկացմամբ ուղեկցվող և տարածման հակում ունեցող ատիպիկ ընթացքով թարախային-բորբոքային գործընթացների զարգացումը պայմանավորված է ոչ միայն և ոչ այնքան միկրոֆլորայի տեսակով և քանակով, որքան մակրոօրգանիզմի ոչ սպեցիֆիկ իմունային պատասխանով: Այդ առումով մի փոքր անդրադարձ կատարենք օրգանիզմի *ռեակտիվականությամբ*:

Օրգանիզմի ռեակտիվականությունը

Ռեակտիվականություն է կոչվում օրգանիզմի՝ միջավայրի զանազան ներգործություններին կենսագործունեության փոփոխություններով պատասխանելու հատկությունը: Ռեակտիվականությունը օրգանիզմի պաշտպանական-հարմարվողական հատկանիշների ամբողջությունն է և պայմանավորված է ժառանգական ու ձեռքբերովի գործոններով: Այն պայմանավորված է սեռով, տարիքով, կյանքի պայմաններով ու միջավայրով և այլն:

Կա ոչ սպեցիֆիկ և սպեցիֆիկ (իմունաբանական) ռեակտիվականություն: Այն լինում է նաև ֆիզիոլոգիական ու ախտաբանական: Ֆիզիոլոգիական ռեակտիվականությունն արտացոլում է հիմնականում բարենպաստ

պայմաններում կենսագործող գործնականում առողջ օրգանիզմի պաշտպանական-հարմարվողական հատկանիշները: Ախտաբանական ռեակտիվականությունը լինում է բնածին և ձեռքբերովի: Ձեռքբերովի ախտաբանական ռեակտիվականությունը ձևավորվում է օրգանիզմի կրած միանվագ ուժեղ ախտածին ազդեցությունից կամ բազմակի, երբեմն՝ սիստեմատիկ կրած ազդեցությունից:

Ըստ դրսևորման տեսակի՝ ռեակտիվականությունը լինում է նորմերգիկ (բնականոն), հիպերերգիկ (բարձրացած) և հիպոերգիկ (նվազած): Կա նաև աղավաղված (դիզերգիկ) ռեակտիվականություն: Այս տեսակներն առավել ցայտուն դրսևորվում են ոչ սպեցիֆիկ վարակային-բորբոքային հիվանդությունների դեպքում: Օրգանիզմի ռեակտիվականությունը պայմանավորում է բորբոքային ռեակցիայի տեսակը:

Բորբոքային ռեակցիայի տեսակի վաղաժամկետ ախտորոշումը ազդում է բժշկի մարտավարության վրա տեղային և ընդհանուր բուժումն ընտրելիս: Օրինակ՝ հիպերբարոօքսիգենացումը (ՀՖՕ) ցուցված է հիպոերգիայի դեպքում, կարող է կիրառվել նորմերգիայի դեպքում և հակացուցված է հիպերերգիայի դեպքում: Բացատրությունը հետևյալն է. ՀՖՕ-ն խթանում է ֆագոցիտոզը: Հիպերերգիայի դեպքում նեյտրոֆիլների ֆագոցիտար ակտիվությունը մեծացած է: ՀՖՕ-ի կիրառումը սկզբում կարող է հանգեցնել հյուսվածքների ավելի մեծ վնասման: Հետագայում ֆագոցիտոզը կտրուկ նվազում է, առաջանում է իմունադեպրեսիա, և գործընթացը դառնում է հիպոերգիկ՝ հյուսվածքների թարախամեռուկային ախտահարման զուգակցմամբ:

Նորմերգիայի դեպքում առաջին կլինիկական նշաններից մինչև արտահայտված բորբոքային գործընթացի զարգացումը տևում է 1.5-3 օր: Ցավի ախտանիշը չափավոր է արտահայտված, ուժգնանում է ֆունկցիոնալ ծանրաբեռնվածության ժամանակ: Մարմնի ջերմաստիճանը լինում է 37.5-38.5°C-ի սահմաններում: Բորբոքումը սովորաբար ընդգրկում է մեկ անատոմիական շրջան: Ֆունկցիոնալ խանգարումները (ծամելը, կլլումը, արտասանությունը և այլն) համապատասխանում են բորբոքման ծավալին և տեղակայմանը: Ինտոքսիկացիան (դող, սարսուռ, վեգետատիվ ֆունկցիաների և աղիքների գործունեության խանգարում) արտահայտված է չափավոր: Այսպիսով, նորմերգիան օրգանիզմի բնականոն պատասխանն է բորբոքմանը:

Հիպոերգիայի դեպքում առաջին կլինիկական նշաններից մինչև արտահայտված բորբոքման դրսևորումը եղած ժամանակը գերազանցում է 3 օրը: Հիվանդությունը սկսվում է աննկատ: Հիվանդի ինքնազգացողությունը բավարար է, որի պատճառով ուշ է դիմում բժշկի: Ցավի ախտանիշը թույլ է արտահայտված: Մարմնի ջերմաստիճանը կամ ենթատենդային է, կամ չի բարձրանում: Ֆունկցիոնալ սահմանափակումների աստիճանը ցածր է: Ինտոքսիկացիան արտահայտված չէ: Թարախային օջախը բացահատելիս արտահոսում է գալիս աննշան քանակությամբ թարախ՝ չնայած հյուսվածքների տարածուն ներսփռանքին:

Հիպերերգիայի դեպքում բորբոքումը ծավալվում է արագ, հաճախ՝ կայծակնորեն, 12-24 ժամվա ընթացքում: Ջերմաստիճանը գերազանցում է 38.5°C-ը: Ցավի ախտանիշը, ֆունկցիոնալ սահմանափակումների աստիճանը, ինտոքսիկացիան վառ արտահայտված: Բորբոքումը տարածվում է երկու և ավելի անատոմիական շրջաններում: Թարախային օջախը բացահատելիս առկա է թարախային առատ արտադրություն:

Մանրէների դերը բորբոքման գործընթացում

Դիմաճնոտային շրջանի բորբոքային երևույթները բոլոր դեպքերում ունեն վարակային բնույթ, այսինքն՝ նրանց ծագման, զարգացման և ընթացքի մեջ մեծ դեր ունի միկրոֆլորային: Նույնիսկ եթե հյուսվածքների վնասումն առաջացել է մեխանիկական, ֆիզիկական կամ քիմիական գործոններից, ախտահարման օջախում միշտ էլ հայտնվում են մանրէներ, որոնք այստեղ են թափանցում լորձաթաղանթից, մաշկից կամ արտաքին միջավայրից: Բորբոքման գոտում մանրէների չափավոր առկայությունը դրական է գնահատվում, քանի որ նրանց տոքսինների ներգործության և անտիգենային խթանման հետևանքով այդ գոտի են ուղղվում ֆագոցիտները, և ակտիվանում են օրգանիզմի դիմադրողականության տարբեր գործոններ: Սակայն որոշակի «կրիտիկական մակարդակի» գերազանցումը, որն անհատական է ամեն օրգանիզմի դեպքում, անխուսափելիորեն հանգեցնում է կլինիկորեն արտահայտված բորբոքման:

Մանրէների «մուտքի դռների» տեղակայմամբ պայմանավորված՝ լինում են օդոնտոզեն, ստոմատոզեն, տոնզիլոզեն, ռինոզեն, դերմատոզեն բորբոքային գործընթացներ: Մեծ մասամբ բորբոքումն ունի օդոնտոզեն բնույթ, այսինքն՝ մանրէները հյուսվածքների մեջ են թափանցում ատամի մեռուկացած պուլպաի կամ պարօդոնտային գրպանիկների միջոցով: Ամենից հաճախ օդոնտոզեն բորբոքման պատճառը կարիեսն է ու նրա բարդությունները, ապա՝ ատամի և նրան շրջապատող հյուսվածքների վնասվածքները: Պուլպաի և պերիօդոնտի վարակումը կարող է լինել նաև ինտակտ ատամի առկայությամբ՝ ռետրոգրադ ուղիով, օրինակ՝ քրոնիկական օստեոմիելիտի դեպքում: Այն ախտաբանական երևույթները, որոնց ծագումը կամ ընթացքը պայմանավորված են վարակված կամ մահացած ատամնային սաղմերով, նույնպես օդոնտոզենների շարքում են:

Երկար ժամանակ դիմաճնոտային շրջանի բորբոքային հիվանդությունների պատճառագիտության մեջ առաջատար դերը վերագրում էին պիոզեն օդակյաց (աերոբ) և ֆակուլտատիվ անօդակյաց (անաերոբ) միկրոֆլորային (ստրեպտոստաֆիլոկոկեր, գրամբացասական բակտերիաներ): Վերջին տարիներին հետազոտման մեթոդների կատարելագործմանը զուգընթաց պարզվել է, որ թարախաբորբոքային հիվանդությունների պատճառագիտության մեջ որոշիչ դերը պատկանում է բակտերիաների և օբլիգատ անաերոբների զուգորդմանը, որն էլ սովորաբար բաղկացած է լինում 3-4

տեսակից: Օդոնտոգեն թարախակույտերի և ֆլեգմոնաների բազմաթիվ հետազոտություններով ապացուցվել է նրանց պոլիէթիոլոգիական բնույթը 66-88% դեպքերում: Թարախային օջախներում անաերոբ-աերոբ խառը միկրոֆլորա հայտնաբերվում է կլինիկական դիտարկումների 52-68% դեպքերում:

Պրեմորբիդ գործոններ

Դիմաճնոտային շրջանի բորբոքային հիվանդությունների առաջացմանը և զարգացմանը նախորդում են որոշ անբարենպաստ գործոններ, որոնք կարելի է միավորել երեք խմբում (դիագրամ 9):

Պրեմորբիդ գործոնների առաջին խումբը *սոցիալ-կենսաբանական* է՝ երեխայի ֆիզիկական զարգացման աստիճանը, նրա կրած սուր և քրոնիկական հիվանդությունները, ծծկեր շրջանի անբարենպաստ ընթացքը, երեխայի արհեստական և խառը սնուցումը, օրգանիզմի ալերգականությունը և այլն:

Երկրորդ խումբը *սոցիալ-հիգիենիկ* գործոններն են՝ բերանի խոռոչի հիգիենայի կանոնները չպահպանելը, ծնողների ցածր սանիտարական կուլտուրան, ֆիզկուլտուրայով և սպորտով չզբաղվելը, ինքնաբուժումը, հիվանդության նշանների նկատմամբ ոչ համապատասխան վերաբերմունքը:

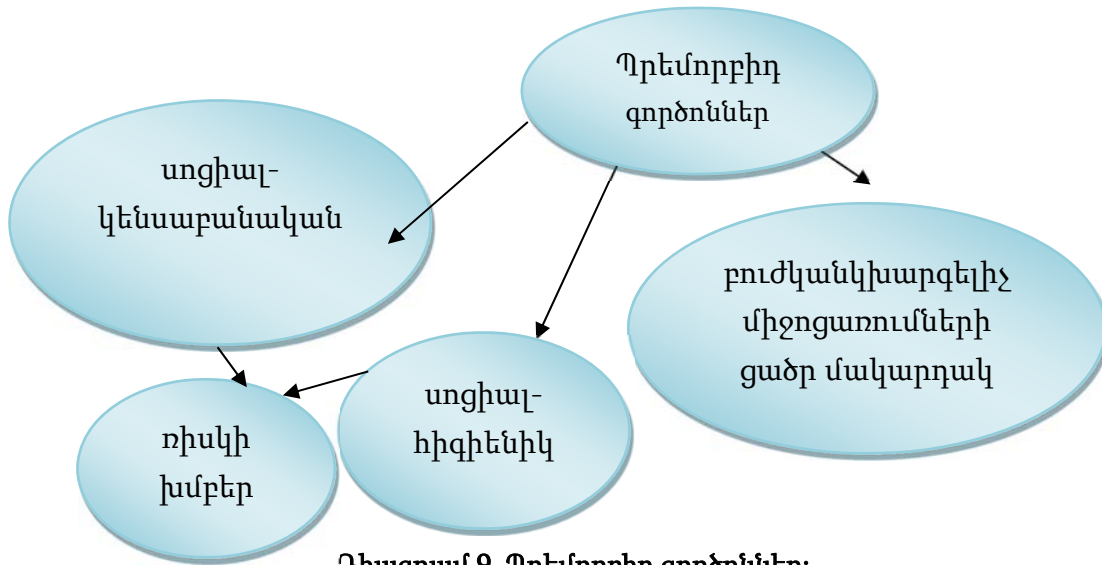
Երրորդ խումբը *բուժկանխարգելիչ միջոցառումների ցածր մակարդակն է*:

Բժիշկ ստոմատոլոգի կողմից իրականացվող կանխարգելիչ միջոցառումները

Բժիշկ ստոմատոլոգը արդեն 3 տարին լրացած երեխաներից պետք է կազմի «Ռիսկի խումբ»՝ առաջնորդվելով անամնեզում առկա սոցիալ-կենսաբանական և սոցիալ-հիգիենիկ պրեմորբիդ գործոններով: Ռիսկի խմբում ընդգրկելիս հաշվի են առնվում հետևյալ չափանիշները՝ հաճախակի հիվանդանալը (տարվա մեջ 3 անգամից ավելի), ֆիզիկական զարգացման մեջ ետ մնալը, ալերգիաների առկայությունը, արհեստական կամ խառը սնուցումը, մեկ տարվա ընթացքում վերին շնչուղիների 3-ից ավելի վարակիչ հիվանդությունները, ստոմատոլոգին ուշ դիմելը, ինքնաբուժումը, ֆիզկուլտուրայով և սպորտով չզբաղվելը:

Ռիսկի խմբի երեխաների սանացիան իրականացնելիս կարիեսի բարդացած տեսակների դեպքում անհրաժեշտ են բուժման արմատական մեթոդներ, քանի որ այդ երեխաները խուսափում են պլանային սանացիայից և հաջորդ անգամ ստոմատոլոգին այցելելու են միայն սուր ցավի կամ քրոնիկական բորբոքման սրացման ժամանակ:

Ռիսկի խմբի երեխաները ստոմատոլոգի կողմից վերցվում են դիսպանսեր հսկողության տակ՝ տարեկան երեք անգամ կատարվող այցելություններով: Ռիսկի խմբի երեխաները պետք է հետազոտվեն նաև ԼՕՌ մասնագետի կողմից, և հնարավորինս կարճ ժամկետներում անհրաժեշտ է իրականացնել բերանի ու ըմպանի արմատական սանացիա:



Դիագրամ 9. Պրեմորբիդ գործոններ:

Անհրաժեշտ է կատարել սանիտարալուսավորչական աշխատանք երեխաների և ծնողների շրջանում, պարզաբանել ստոմատոլոգիական հիվանդությունների կապը օրգանիզմի այլ հիվանդությունների հետ, մանկապարտեզներում և դպրոցներում կազմակերպել բերանի խոռոչի անհատական խնամքի միջոցներից ճիշտ օգտվելու հմտությունների ուսուցումը:

Օդոնտոգեն վարակի օջախի առաջացման ռիսկը մեծ է այն երեխաների դեպքում, որոնք տառապում են կարիեսի դեկոմպենսացված տեսակով: Այդ խմբի ատամների սանացիայի ժամանակ պետք է լայնորեն կիրառել պերիօդոնտիտով ախտահարված ատամների բուժման վիրաբուժական և պահպանողական-վիրաբուժական մեթոդները:

Անհայտ տեղակայմամբ վարակով (ռևմատիզմ, նեֆրիտ, քրոնիոսեպսիս) հիվանդի բուժման ժամանակ հարգազաթային շրջաններում ախտաբանական օջախների հայտնաբերումը միանշանակ հիմք է վիրաբուժական սանացիայի համար:

Կարծիք կա, որ պետք է ընդլայնել կաթնատամ աղորիքների հեռացման ցուցումները, քանի որ մանկական տարիքում արմատային կիստաների 90%-ը և օդոնտոգեն օստեոմիելիտի 80%-ը հայտնաբերվում են կաթնատամ աղորիքների և առաջին մշտական աղորիքների շրջանում, որոնք սովորաբար նախկինում անարդյունավետ են բուժված եղել:

**Թարախային բարդությունների կանխարգելմանն ուղղված
միջոցառումները վիրաբուժական ստոմատոլոգիական ոլորտում**

Հայտնի է, որ կարիեսն ամենատարածված հիվանդություններից մեկն է: Մարդկանց զգալի մասի դեպքում կան օդոնտոգեն վարակի օջախներ, որոնք օրգանիզմի իմունակենսաբանական հավասարակշռության խախտման, նրա սպեցիֆիկ և իմունաբանական ռեակտիվականության նվազման ժամանակ վերաճում են դիմաճնոտային շրջանի ու պարանոցի սուր բորբոքային հիվանդությունների: Նշված շրջանների տարածուն բորբոքային հիվանդությունների ծագումը և դրանց բարդությունների զարգացումը կանխարգելել կարելի է պոլիկլինիկայում սահմանափակ բորբոքային երևույթները ժամանակին հայտնաբերելով ու արդյունավետ բուժմամբ:

Դիմաճնոտային շրջանի ու պարանոցի ծանր բորբոքային երևույթներ կարող են առաջանալ նաև ախտորոշիչ միջամտությունների և ասեպտիկ վիրահատությունների դեպքում: Այդտեղ զգալի դեր ունի վերջին տասնամյակում հոսպիտալ վարակի նկատելի ավելացումը: Որոշ հեղինակների տվյալներով ներկայումս այն 2-4 անգամ ավելի հաճախ է դրսևորում, քան նախկինում: Պոլիկլինիկաներում բավական հաճախ դիտվում են նաև հետներարկումային բարդություններ (ինֆիլտրատների, աբսցեսների առաջացում, ծնոտների առբերում):

Հետվիրահատական թարախային բարդությունների կանխարգելմանն ուղիները հետևյալն են.

1. Ասեպտիկ և սեպտիկ հիվանդների տարաբաժանում՝ վերջիններիս հատուկ բաժանմունք կամ հիվանդասենյակներ հատկացնելու միջոցով: Վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի ստացիոնար բաժանմունքում ասեպտիկ և սեպտիկ հիվանդներին պետք է հատկացվեն առանձին վիրահատարաններ, վիրակապարաններ, հիվանդասենյակներ: Եթե ասեպտիկ և սեպտիկ հիվանդներին առանձին վիրասրահներով ապահովելու հնարավորություն չկա, ապա թարախային երևույթների պլանային վիրահատությունները կատարվում են որոշակի օրերին, իսկ հետո վիրահատական բլոկը և սարքավորումները խնամքով ախտահանվում են:
2. Համալիր սանիտարահիգիենիկ միջոցառումների կատարում, բուժական և ախտորոշիչ սարքերի կանոնավոր խոնավ մաքրում, ախտահանում, վարակազերծում:
3. Ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի կանոնների խստիվ պահպանում ստոմատոլոգիական բուժօգնականների անձնակազմի կողմից: Այդ տեսակետից անթույլատրելի է վիրահատական միջամտությունների իրականացումը այն ստոմատոլոգիական կաբինետներում, որտեղ կատարվում է հիվանդների «խառը» ընդունելություն:

4. Հիվանդի նպատակաուղղված նախապատրաստում առաջիկա միջամտությանը (իմունաբանական կորեկցիա, մետաբոլիզմի կանոնավորում, օրգանների կենսականորեն կարևոր ֆունկցիաների խանգարումների վերացում կամ նվազեցում, միջոցառումներ սակավարյունության, արյան մակարդման շեղումների, վիտամինային անբավարարության դեմ և այլն):

5. Վիրահատման ժամանակ նուրբ, խնայողական վերաբերվել հյուսվածքներին, կիրառել տեխնիկական ճիշտ հնարքներ, խնամքով հեմոստազ:

Ամփոփելով նշենք, որ գրականության տվյալների վերլուծությունը վկայում է դիմաձնոտային շրջանի բորբոքային հիվանդությունների հաճախականության աճի մասին: Ստոմատոլոգիական ծառայության գլխավոր ջանքերը պետք է ուղղված լինեն դիմաձնոտային շրջանի սուր բորբոքային հիվանդությունների կանխարգելմանը՝ կարիեսի բարդություններով ախտահարված ատամները լիարժեք բուժելու, օրգանիզմում օդոնտոզեն և ստոմատոզեն վարակի օջախները վերացնելու, ախտորոշիչ և բուժական բոլոր միջամտությունների ժամանակ ասեպտիկայի ու անտիսեպտիկայի կանոնները խստիվ պահպանելու միջոցով: