

ԹՔԱԳԵՂՁԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (ՍԻԱԼԱԴԵՆԻՏՆԵՐ)

Մանկական դիմաձևոտային վիրաբուժության բնագավառում հաճախադեպ են թքագեղձերի բորբոքային հիվանդություններով տառապող հիվանդները: Հարկ է նշել, որ բորբոքումների հաճախականությամբ առաջին տեղում են հարականջային թքագեղձերը, երկրորդ՝ ենթաձևոտային, երրորդ՝ ենթալեզվային: Հազվադեպ են նաև համակցված, այսինքն՝ մի քանի գեղձերի միաժամանակյա բորբոքումները:

Թքագեղձերի բորբոքումների պատճառագիտական գործոնները կարող են լինել նեյրոզեն, նեյրոէնդոկրին և ինֆեկցիոն բնույթի: Նեյրոզեն բնույթի բորբոքումները ծագում են ստամոքսի, կերակրափողի կամ աղիքների վրա կատարված վիրահատություններից հետո: Նեյրոէնդոկրին բորբոքումները դրսևորվում են օվարիոտոմիաներից հետո, օրխիտի դեպքում: Վարակային բնույթի բորբոքումներն առաջանում են այն ժամանակ, երբ գեղձի մեջ մանրէներ են թափանցում թքագեղձին հարևան կամ հեռավոր շրջաններից:

Թքագեղձի մեջ վարակի թափանցման ուղիներն են՝ ստոմատոզեն, հեմատոզեն և կոնտակտային (ըստ շարունակության):

Ստոմատոզեն ուղին գործում է ստոմատիտների դեպքում, ինչպես նաև թքածորանի մեջ օտար մարմին մտնելիս:

Հեմատոզեն ուղին գործում է տարափոխիկ (ինֆեկցիոն) հիվանդությունների, սեպսիսի դեպքում:

Վարակը լիմֆոզեն ուղիով թքագեղձ մուտք է գործում դիմաձևոտային շրջանի բորբոքային երևույթների ժամանակ: Այդ դեպքում սկզբում զարգանում է լիմֆադենիտ թքագեղձի ներսում (կեղծ կամ պսևդոսիալադենիտ), իսկ հետո բորբոքումը տարածվում է գեղձի պարենխիմի վրա:

Ըստ շարունակության՝ սիալադենիտը ծագում է հարձևոտային ֆլեզմոնաների, ֆուրունկուլների, դերմատիտի, օտիտի, ֆարինգիտի, օստեոմիելիտի դեպքում:

Թքագեղձում վարակի դրսևորման պարտադիր պայման է նյարդային կանոնավորման խանգարման և պարասիմպաթիկ նյարդավորման արգելակման գուցակցմամբ առաջացած սիալոստազը:

Սիալադենիտներն ունեն բազմատեսակ կլինիկական դրսևորումներ: Դա պայմանավորված է պատճառային գործոններով, բորբոքման տեղակայմամբ, հիվանդի տարիքով, օրգանիզմի իմունաբանական վիճակով, ուղեկցող հիվանդություններով և այլն:

Ըստ կլինիկական ընթացքի՝ սիալադենիտները լինում են սուր և քրոնիկական:

ՍՈՒՐ ՄԻԱԼԱՂԵՆԻՏ

Էթիոպիական և ախտաբանական գործոնների հիման վրա նպատակահարմար է առանձնացնել սուր սիալադենիտների հետևյալ կլինիկական տեսակները՝

1. սուր վիրուսային սիալադենիտ՝
 - ա. էպիդեմիկ պարօտիտի վիրուսից հարուցված,
 - բ. գրիպի վիրուսից հարուցված,
 - գ. այլ վիրուսներից հարուցված (հերպես, Կոքսսակի և այլն),
2. սուր բակտերիային սիալադենիտ՝
 - ա. սուր վարակիչ հիվանդություններից հարուցված,
 - բ. հետվիրահատական շրջանում առաջացած,
 - գ. կախեքսիայի, սիրտ-անոթային անբավարարության և հյուսվածքների սնուցումը խանգարող քրոնիկական այլ հիվանդություններից առաջացած,
 - դ. լիմֆոզեն (Վ. Լ. Գերցենբերգի կեղծ պարօտիտ),
 - ե. կոնտակտային,
 - զ. թքածորան օտար մարմին մուտք գործելուց առաջացած:

ՍՈՒՐ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԷՊԻԴԵՄԻԿ) ՊԱՐՕՏԻՏ

Սուր վարակիչ հիվանդություն է, որն առաջին անգամ նկարագրել է Հիպոկրատը:

Հարուցիչ վիրուսը հայտնաբերվել է 1934թ. Ջոնսոնի և Գուդպասչերի կողմից: Հիմնականում հիվանդանում են երեխաները 5-10 տարեկանում: Մեծահասակներից առավել հաճախ հիվանդանում են կանայք: Հարուցիչն ախտահարում է սովորաբար հարականջային թքագեղձերը, սակայն որոշ հեղինակներ (Վ. Ն. Ռեմորով) տվյալներ են նշում ենթաձնոտային (10%) և ենթալեզվային (4.9%) թքագեղձերի ախտահարման հնարավորությունների մասին:

Համաճարակային պարօտիտը ներկայումս համաճարակային բռնկումներով դիտվում է սպորադիկ հիվանդացման, հազվադեպ՝ փակ մանկական կուլեկտիվներում: Առողջ մարդը վարակվում է անմիջականորեն հիվանդից՝ վերին շնչուղիների միջոցով, օդակաթիլային եղանակով: Վարակումից 3 օր անց վիրուսը հայտնաբերվում է հարականջային թքագեղձում և սկսում է արտազատվել թքի հետ: Արդեն հիվանդության 6-7-րդ օրերին օրգանիզմում վիրուսի դեմ հակամարմիններ են արտադրվում:

Համաճարակային պարօտիտի դեպքում գլխավորապես ախտահարվում է թքագեղձերի ստրոման: Մանրադիտակով հետազոտելիս նկատվում է բորբոքված գեղձի ստրոմայի զգալի գերարյունություն, որը տարածվում է նաև շրջակա բջջանքի վրա: Առանձին դեպքերում հայտնաբերվում է ստրոմայի լեյկոցիտային ներսփռանք, հիմնականում թքածորանների և արյունատար անոթների շուրջը: Գեղձի ծորաններում հայտնաբերվում է շերտազատված

Էպիթելային բջիջների մեծ քանակություն: Գեղձի էպիթելում փոփոխությունները սովորաբար աննշան են (ուռչեցում և հատիկավոր պղտորում): Մեռուկացում հազվադեպ է դիտվում: Բորբոքային պրոցեսը կարող է արագ ապաճել և ավարտվել լիակատար առողջացմամբ: Հազվադեպ հիվանդության ելքը կարող է լինել թարախակալումը:

Համաճարակային պարօտիտի ինկուբացիոն շրջանը տևում է 2-3 շաբաթ: Պայմանավորված հիվանդության ծանրությամբ՝ նրա կլինիկական ընթացքն ունի 3 տեսակ՝ թեթև, միջին ծանրության և ծանր: Հիվանդության ընթացքը լինում է նաև բարդացած և չբարդացած:

Պարօտիտի թեթև տեսակի դեպքում կլինիկական նշանները թույլ են արտահայտված: Մարմնի ջերմաստիճանը չի բարձրանում: Հարականջային թքագեղձերի այտուցը գրեթե առանց ցավի է: Նրանց ծորաններից չափավոր քանակով թափանցիկ թուք է արտադրվում: Հաճախ ախտահարվում է միայն մեկ գեղձը: Մեկ շաբաթից այտուցը և ցավը անցնում են:

Հիվանդության միջին ծանրության դեպքում դիտվում է կարճ (2-3 օր) պրոդրոմալ շրջան, որն արտահայտվում է տկարությամբ, ախորժակի վատացմամբ, սարսուռով, գլխացավով, վերջույթների մկանների, հոդերի և պարանոցի շրջանների ցավոտությամբ, ջերմաստիճանի որոշ բարձրացմամբ, բերանի չորությամբ: Նշված շրջանից հետո ուռչում է հարականջային թքագեղձը: 1-2 օրից ուռչում է նաև 2-րդ հարականջային թքագեղձը: Մարմնի ջերմաստիճանը էլ ավելի է բարձրանում (մինչև 38°C): Այտուցն արագ աճում է և գրեթե միշտ մի կողմում ավելի մեծ է լինում: Որոշ հիվանդների դեպքում նկատվում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և հարականջային թքագեղձի ծորանի բացվածքի գերարյունություն: Սալիվացիան նվազած է: Բորբոքային երևույթները սկսում են մարել 3-4 օրից:

Ծանր տեսակի դեպքում պրոդրոմալ երևույթներն ավելի արտահայտված են: Հաճախ այտուցվում են գույգ գեղձերը: Շուտով նրանց շրջակայքում զարգանում է կոլատերալ բորբոքում: Այտուցը տարածվում է ստորին ծնոտի վերել ճյուղի արտաքին մակերեսով դեպի վեր, մինչև ակնակապիճի մակարդակը, դեպի հետ՝ պտկաձև ելուստների վրա, և դեպի ներքև՝ ստորին ծնոտի անկյունից ցած: Ուռած հատվածի մաշկը նորմալ գույնի է, բայց լարված: Մեծացած և շոշափման ժամանակ ցավոտ հարականջային թքագեղձը ականջաբլթակը մղում է դեպի դուրս, կարող է ճնշել և զգալիորեն նեղացնել արտաքին լսողական անցուղին: Բերանի բացումը կարող է դժվարանալ: Թքածորանի բացվածքը կարմրած է: Ծորանը շոշափվում է որպես ձգան: Այտուցված գեղձի թքագատությունը կտրուկ նվազում է կամ ընդհատվում: Մարմնի ջերմաստիճանը բարձր է՝ 39-40°C: 5-6-րդ օրն այն աստիճանաբար նվազում է: Դրանից հետո կոլատերալ այտուցը և գեղձի բորբոքումը աստիճանաբար վերանում են:

Չբարդացած համաճարակային պարօտիտի դեպքում հիվանդի արյան մեջ լեյկոցիտների քանակը գրեթե չի փոփոխվում: Նկատվում է չափավոր մոնոցիտոզ և լիմֆոցիտոզ: ԷՆԱ-ն բնականոն սահմաններում է:

Համաճարակային պարօտիտի բարդություններն են մենինգիտը, էնցեֆալիտը: Կարող են ախտահարվել տեսողական, ակնաշարժ, գատող, դիմային և նախադուռ-խիտունջային նյարդերը: Երբեմն նյարդային համակարգի ախտահարումն ուղեկցվում է հոգեկան խանգարումներով: Էպիդեմիկ պարօտիտի հաճախադեպ բարդությունն օրխիտն է: Այս բարդության ելքը մեծ մասամբ բարենպաստ է, բայց հազվադեպ կարող է ամորձին ապաճել (միակողմանի):

Որպես բարդություն նկարագրված է նաև մաստիտը, որը զարգանում է հիվանդության 3-5-րդ օրը: Դիտվում են նաև ենթաստամոքսային գեղձի ախտահարում, սուր նեֆրիտի երևույթներ:

Հիվանդների մեծամասնության դեպքում էպիդեմիկ պարօտիտն ավարտվում է առողջացմամբ: Սակայն նյարդային համակարգի ախտահարման, հարակից շրջանների վրա տարածվող թարախանեկրոտիկ պրոցեսի զարգացման դեպքում կարող է լինել լետալ ելք՝ մահ: Առողջացումից հետո համաճարակային պարօտիտի վիրուսի նկատմամբ առաջանում է կայուն իմունիտետ:

Կանխարգելիչ միջոցառումներ ձեռնարկում են՝ հիվանդասենյակը և հիվանդի իրերը խոնավ միջոցներով ախտահանելով, սպասքը եռացնելով, սենյակը օդափոխելով: Համաճարակային պարօտիտով հիվանդների մեկուսացումն իրականացվում է հիվանդության սկզբից 9 օրվա ընթացքում:

Բարդությունների կլինիկական նշանների դրսևորման ժամանակ նպատակահարմար է սահմանել դիսպանսեր հսկողություն: Համաճարակային պարօտիտով չհիվանդացած մինչև 10 տարեկան երեխաների դեպքում անհրաժեշտ է սահմանափակել հիվանդի հետ կոնտակտը և 21 օրվա ընթացքում առանձնացնել հիվանդից:

Համաճարակային պարօտիտի տարածումը կանխարգելելու համար կիրառում են ակտիվ իմունիզացիա՝ կենդանի հակապարօտիտային վակցինայով: Կենդանի վակցինան ներարկում են 1 պատվաստային դոզա, միանվագ, ենթամաշկային, 0,5մլ ծավալով: Պատվաստումը կատարվում է 1-1,5 տարեկան չհիվանդացած երեխաներին:

Բուժումը հիմնականում ախտանշային է: Բարձր ջերմության ժամանակ անհրաժեշտ է պահպանել անկողնային ռեժիմ: Դա նպաստում է բարդությունների կանխարգելմանը: Որևէ դիետա չի նշանակվում: Մնունդը պետք է նպաստի բերանի խոռոչի մաքրմանը, որի համար խորհուրդ է տրվում կիրորնի հյութ, պաքսիմատ օգտագործել:

Հարականջային թթագեղձերի շրջանում նշանակվում են տաքացնող միջոցներ՝ տաքացնող թրջոցներ, ԳԲՀ, սոլյուքս:

Նշանակվում է նաև ՌԻՄՃ: Անհրաժեշտ է բերանի խոռոչի կանոնավոր խնամք (ողողումներ, ոռոգումներ):

Ինտերֆերոնի կիրառումն օրը 5-6 անգամ ոռոգումներով բավականին արդյունավետ է հիվանդության առաջին 1-2 օրերին: Ինտերֆերոնը կիրառում են նաև միջմկանային ներարկման եղանակով 1-2 մլ օրը 1 անգամ, 5-10 օրվա ընթացքում:

Քանի որ գեղձի արտազատիչ ֆունկցիան ընկճված է, ուստի բերանի խոռոչից դեպի գեղձ առաջանում է մանրէների թափանցման վտանգ: Դա կանխելու համար անհրաժեշտ է թթածորանների մեջ ներմուծել հակաբիոտիկի 0,5մլ լուծույթ (օր.՝ 50000-100000 միավոր պենիցիլին նովոկաինի 0,5%-անոց լուծույթի մեջ):

Եթե նկատվում է հարաճուն թարախային բորբոքում և հայտնաբերվում են փափկեցման օջախներ, անհրաժեշտ է վիրահատական միջամտություն ստացիոնարում:

Ընդհանուր բնույթի բարդություններ առաջանալու դեպքում անհրաժեշտ է բուժումը կազմակերպել համապատասխան մասնագետի հետ համատեղ (նյարդաբան, թերապևտ, ուրոլոգ և այլն):

ԳՐԻՊՈՋ ՍԻԱԼԱԴԵՆԻՏ

Հիվանդությունը առկա է գրիպի համաճարակների ժամանակ: Հիվանդությունը կարող է դիտվել նաև գրիպի դեմ կատարված պատվաստումից հետո: Այտուցվում են մեկ կամ մի քանի մեծ և փոքր թքագեղձեր: Տարբերում են հիվանդության թեթև, միջին ծանրության և ծանր տեսակները:

Հիվանդության թեթև տեսակի դեպքում հիվանդի ինքնազգացողությունը քիչ է տուժում: 1-2 օր ջերմաստիճանը 37-37,5°C է: Թքագեղձի շրջանում նկատվում է թեթև ուռածություն շրջակա հյուսվածքների այտուցման և գեղձի չափավոր ինֆիլտրացիայի հետևանքով: Գեղձի արտազատող ֆունկցիան թուլանում է:

Միջին ծանրությամբ հիվանդությանը բնորոշ է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը և ընդհանուր վիճակի խանգարումը: Տեղային դիտվում է գեղձի շրջակա հյուսվածքների զգալի այտուց և գեղձի շատ պինդ (քարի նման) ինֆիլտրացիա: Թքազատությունը նվազում է կամ դադարում: Եթե ախտահարված են մի քանի թքագեղձեր, ապա բերանում զգացվում է չորություն:

Հիվանդության այս տեսակի առանձնահատկությունն այն է, որ սուր բորբոքման երևույթները 1 շաբաթում վերանում են, իսկ գեղձի ֆունկցիայի վերականգնումը և ինֆիլտրատի ներծծումը տևում են մի քանի շաբաթ և նույնիսկ ամիս:

Սուր գրիպոզ սիալոադենիտի ծանր տեսակի դեպքում հիվանդի ընդհանուր վիճակը խիստ վատանում է, քունը՝ խանգարվում, ախորժակը՝ փակվում: Մարմնի ջերմաստիճանը բարձր է: Տեղային նկատվում են գեղձի թարախային քայքայման մեռուկացման նշաններ: Վիրաբուժական

միջամտությունից հետո բորբոքումն արագ մարում է, ընդհանուր վիճակը բարելավվում է, և հիվանդն առողջանում է:

Գրիպոզ սիալադենիտը մեծ մասամբ դիտվում է հարականջային թքագեղձերում, հազվադեպ՝ ենթաձնոտային և ենթալեզվային գեղձերում: Հարականջային թքագեղձի ախտահարման դեպքում բնորոշ գանգատներն են բերանը բացելիս և գլխի կողմնային պտույտներ կատարելիս ցավոտությունը:

Ենթաձնոտային թքագեղձի ախտահարման դեպքում կլլումը ցավոտ է: Եթե պրոցեսը տեղակայված է ենթալեզվային թքագեղձում, ապա լեզվի շարժումները ցավոտ են, գեղձը ծածկող լորձաթաղանթը՝ գորշավուն, հեշտ քայքայվում է և թարախն ու գեղձի քայքայված հյուսվածքներն արտազատվում են:

Փոքր թքագեղձերը բորբոքման մեջ ընդգրկվում են մեծ թքագեղձերի հետ համատեղ: Նրանց բորբոքման առաջին նշանը թքային, շրթունքային կամ քմային փոքր թքագեղձերի պնդացումն է, լեզվով շոշափվող լորձաթաղանթի թմբկավորությունը: Գեղձերի շրջանում լորձաթաղանթը գերարյունային է: Գեղձերը շոշափվում են որպես գնդաձև, ցավոտ, շարժուն, հարթ մակերեսով գոյացություններ:

Բուժումը: Արդյունավետ են բերանի խոռոչի ոռոգումներն ինտերֆերոնով օրական 4-5 անգամ: Ծորանների մեջ նպատակահարմար է հակաբիոտիկ ներմուծել: Ախտահարված գեղձի շրջանում կատարվում են նովոկաինային պաշարումներ (բլոկադաներ): Թարախանեկրոտիկ պրոցեսի դեպքում ցուցված է վիրահատություն: Պետք է հետևել հիվանդի խնամքին, սննդին, ռեժիմին: Մեծ մասամբ բուժումն արդյունավետ է: Բարդությունները պայմանավորված են սպիական փոփոխությունների և ծորանների կպումներով:

ԼԻՄՖՈԳԵՆ ՄԻԱԼԱԴԵՆԻՏ

Վարակի լիմֆոգեն տարածման դեպքում հաճախ ախտահարվում է հարականջային թքագեղձի ավշային համակարգը: Վարակի աղբյուրը կարող են լինել քթմպանային, բկանցքում, ստորին ծնոտի և լեզվի շրջաններում տեղակայված բորբոքումները (Վ. Լ. Գերցենբերգ, 1926): Ենթաձնոտային և ենթալեզվային թքագեղձերի ախտահարում նկարագրված չէ:

Պրոցեսը սկսվում է հարականջային թքագեղձի որևէ հատվածի պնդացումով, որը շոշափելիս ցավոտ է:

Հիվանդության թեթև ընթացքի դեպքում պնդությունը 2-3 շաբաթվա ընթացքում աստիճանաբար մեծանում է, և թքագեղձի շրջանում ձևավորվում է սահմանափակ ուռուցք: Ծորանից արտադրվող թուքը փոքր-ինչ պղտոր է, մածուցիկությունը՝ մեծացած: Հիվանդի ընդհանուր վիճակը չի տուժում: Հետո բորբոքումն աստիճանաբար մարում է: Ինֆիլտրատը ներծծվում է 2-3 շաբաթվա ընթացքում: Լրիվ ներծծումից հետո գեղձի ֆունկցիան վերականգնվում է:

Հիվանդության միջին ծանրության դեպքում ջերմաստիճանը բարձրանում է, պնդացած գեղձի շրջանում դիտվում է զգալի այտուց: Լինում է ուժգին, տրոփող ցավ: Գեղձը ծածկող մաշկը կարմրում է, աստիճանաբար սերտաճում ինֆիլտրատի հետ, և կարող է թարախակույտը ինքնուրույն բացվել: Թարախի արտահոսքից հետո բորբոքումը սկսում է մարել: Երբեմն թարախակույտը բացվում է գեղձի ծորանների մեջ, և թարախը ստենոնյան ծորանի բացվածքով դուրս է հոսում: Այդ դեպքում բորբոքային ինֆիլտրատը ուշ է ներծծվում: Գեղձում պինդ հանգույցի առկայությունը կարող է զգացվել էլի մի քանի շաբաթ: Ցավերը չեն անհանգստացնում, ծորանից արտադրվում է կլինիկորեն չփոփոխված թուք: Ինֆիլտրատի լրիվ ներծծումից հետո գեղձի ֆունկցիան վերականգնվում է:

Սիալոգրաֆիայով գեղձի մեջ թարախակույտի տեղում հայտնաբերվում է խոռոչ, որն ինֆիլտրատը ներծծվելուց հետո այլևս չի նկատվում, և նրա տեղում պարենքիմի ու ծորանների պատկերը բացակայում է սպիական փոփոխությունների պատճառով:

Լիմֆոգեն պարօտիտի ծանր տեսակի դեպքում բորբոքման երևույթներն արագ են զարգանում: Հաճախ գեղձում նկատվում է թարախակույտի գոյացում: Բորբոքումը վերացվում է թարախակույտի վիրահատական բացահատումից հետո:

Լիմֆոգեն պարօտիտի ախտորոշմանն օգնում է բնորոշ անամնեզը. հիվանդը նշում է թքագեղձի որևէ մասում պինդ, ցավոտ հատվածի առաջացումը:

Բուժումը: Լիմֆոգեն պարօտիտի բուժումը պետք է լինի համակարգված: Համանման բուժում իրականացվում է նաև վարակիչ սիալոադենիտների մյուս տեսակների դեպքում: Հիվանդության սկզբում շճային բորբոքման պայմաններում պետք է միջոցներ ձեռնարկել բորբոքումը դադարեցնելու և թքագատումը վերականգնելու համար: Թքագատումը խթանելու համար նշանակվում են պիլոկարպինի հիդրոքլորիդի 1%-անոց լուծույթի կաթիլներ (2-3 կաթիլ օրը 1-2 անգամ): Թքագեղձում ծորանով ներմուծում են նովոկաինի 0.5%-անոց լուծույթում լուծված հակաբիոտիկներ: Լավ արդյունք են ապահովում դիմեքսիդի 30%-անոց լուծույթով թրջոցները: Թրջոցը պետք է դրվի բորբոքված գեղձի վրա, օրը 1 անգամ 30 րոպե տևողությամբ և կրկնվի 5-10 օր:

Նշանակվում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ: Հակաբորբոքային ազդեցություն են ունեն նովոկաինային պաշարումները: Հակաբիոտիկա-թերապիայի համար ցանկալի է որոշել միկրոֆլորան և նրա զգայունությունը հակաբիոտիկների նկատմամբ:

Ներքին ընդունման համար նշանակվում են սուլֆանիլամիդներ, դեսենսիբիլիզացնող պրեպարատներ: Արդյունավետ են տրասիլուլի կամ կոնտրիկալի ներերակային կաթիլային ներարկումները:

Թարախակույտ առաջանալու դեպքում այն անհրաժեշտ է բացահատել: Հարականջային թքագեղձի շրջանում կտրվածքը պետք է կատարել դիմային նյարդի ճյուղերին զուգահեռ: Հատում են մաշկը, ենթամաշկը, գեղձի փակեղը, որից հետո բույժ եղանակով բացահատում են գեղձի հյուսվածքները: Վերքը դրենավորում են:

Թքագեղձի մեռուկացման դեպքում մեռուկացած հյուսվածքների անջատումը երկարատև է՝ մի քանի շաբաթ: Նման դեպքերում հնարավոր է նաև թքի խուղակի գոյացումը: Եթե վերքից նկատվում է թքի արտադրություն, ապա նշանակվում են սեկրեցիան ընկճող և մեռուկացած հյուսվածքների սահմանազատումը խթանող պրեպարատներ:

Սուր սիալադենիտի ընթացքի ծանրությունը շատ բանով պայմանավորված է օրգանիզմի ոչ յուրահատուկ դիմադրողականության թուլացումով, հետևաբար նշանակվում են խթանող այլ դեղեր՝ մեթիլուրացիլ, դեկարիս, նատրիումի նուկլեինատ, վիտամիններ:

ԹՔԱԳԵՂՁԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐ

Քրոնիկական սիալադենիտների պատճառագիտության և ախտածնության հարցերը մինչ օրս լավ ուսումնասիրված չեն:

Ըստ այնմ, թե թքագեղձի որ անատոմիական հատվածն է առավելապես ախտահարված, լինում են քրոնիկական սիալադենիտի 3 տեսակներ՝ ինտերստիցիալ սիալադենիտ (ախտահարված է ինտերստիցիան կամ ստրոման), պարենքիմային սիալադենիտ (ախտահարված է պարենքիմը) և սիալոդոխիտ (ախտահարված է արտատար ծորանների համակարգը): Այնուհանդերձ, պետք է հիշել, որ քրոնիկական սիալադենիտի բոլոր 3 տեսակների դեպքում էլ ախտահարվում են գեղձի և՛ ստրոման, և՛ պարենքիմը, և՛ ծորանները:

Քրոնիկական սիալադենիտն ամենահաճախադեպն է հարականջային թքագեղձերում, ավելի հազվադեպ՝ ենթածնոտային, ենթալեզվային և մանր թքագեղձերում: Քրոնիկական սիալադենիտը հաճախ է երկկողմանի լինում, ընդ որում, հիվանդության նշանները սկզբում հայտնաբերվում են գեղձերից մեկում, հետո՝ մյուսում:

ԻՆՏԵՐՍՏԻՑԻԱԼ ՄԻԱԼԱԴԵՆԻՏ

Հիվանդությունը մանկական տարիքին բնորոշ չէ: Մեծ մասամբ հիվանդանում են տարեց մարդիկ, առավելապես՝ կանայք:

Ամենից առաջ ախտահարվում են հարականջային թքագեղձերը, հազվադեպ՝ ենթածնոտայինները:

Ենթադրվում է, որ թքագեղձերում խանգարումներն ի հայտ են գալիս օրգանիզմում կատարվող նյութափոխանակության խանգարման առկայությամբ: Հնարավոր է, որ հիվանդությունը սկսվում է որպես ռեակտիվ դիստրոֆիկ պրոցես, իսկ բորբոքումը զարգանում է միայն գեղձի վարակումից

հետո: Մանրէները գեղձ են ներթափանցում ծորանով կամ ավշահանգույցներից: Հաճախ թքի մեջ միկրոֆլորա չի հայտնաբերվում: Այդ դեպքում պատճառը փնտրում են նեյրովեգետատիվ խանգարումների մեջ: Առանձին դեպքերում գեղձերի ախտահարումը դիտվում է շաքարային դիաբետի հետ (Խարվատի համախտանիշ):

Կա նաև AOP համախտանիշ (adipositas, oligomenorrhoe, parotidomegalia), որի դեպքում կանանց շրջանում ճարպակալման հետ մեկտեղ նկատվում է թքագեղձերի մեծացում: Նման երևույթ կարող է լինել նաև սովի, ավիտամինոզի դեպքում: Թքագեղձերի մեծացում կարող է դիտվել երբեմն օրգանիզմի լրիվ առողջ վիճակում (Կյուտների բորբոքային ուռուցք):

Ի վերջո, այս ամենը հանգեցնում է գեղձի ստրոմայի գերաճի և պարենքիմի երկրորդային կառուցվածքային փոփոխությունների:

Գեղձի ախտաբանաանատոմիական հետազոտման ժամանակ միջբլթակային շերտերում հայտնաբերվում է այտուցված փուխր շարակցական հյուսվածք՝ լայնացած և արյունալցված անոթներով: Գեղձի առանձին հատվածների միջբլթակային տարածություններում կարող է հայտնաբերվել նաև կոպիտ ֆիբրոզ հյուսվածք՝ լիմֆոհիստոցիտար ներսփռանքով:

Գեղձի պարենքիմը փոխարինված է լիմֆոիդ տարրերի կուտակումներով: Շատ քիչ քանակությամբ ազնուսներ և միջբլթակային արտատար ծորաններ են պահպանված: Ծորանների լուսանցքը խիստ նեղացած է: Ծորանները շրջապատված են կոպիտ թելակազմ հյուսվածքներով: Ծորանների լուսանցքում հայտնաբերվում է ամորֆ եոզինոֆիլ զանգված: Առանձին բլթակներում, բացի կոպիտ թելակազմ հյուսվածքներից և լիմֆոիդ տարրերի կուտակումից, հայտնաբերվում է նաև ճարպային հյուսվածք (լիպոմատոզ ատրոֆիա): Այսպիսով, ինտերստիցիալ սիալադենիտի հիմնական հատկանիշն արտահայտված սկլերոզն է, որը հանգեցնում է պարենքիմի ապաճմանը և ծորանների լուսանցքների նեղացմանը:

Կլինիկան: Այս հիվանդությանը բնորոշ է թքագեղձերի (ամենից հաճախ՝ հարականջային) համաչափ այտուցը, տարիներով հանգիստ երկարատև ընթացքը, որն ուղեկցվում է թույլ ընթացող սրացումներով: Ըստ թքագեղձերում կատարված փոփոխությունների արտահայտվածության՝ հիվանդությունն ունի 3 աստիճան՝ նախնական, կլինիկորեն արտահայտված և ուշացած:

Նախնական աստիճանի դեպքում հիվանդները նշում են տհաճ զգացում հարականջային թքագեղձերից մեկում կամ երկուսում, երբեմն՝ ցավ ծոծրակում, տհաճ զգացում ականջներում: Գեղձերը ծածկող մաշկը չի փոփոխվում: Թքագեղձի ֆունկցիան խանգարված չէ: Կոնտրաստ սիալոգրաֆիայում նկատվում է 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ կարգի ծորանների նեղացում:

Կլինիկորեն արտահայտված աստիճան: Ախտահարված գեղձերի ուռածությունը մշտական է, բայց ցավոտ չէ: Գեղձերի մակերեսը հարթ է: Նրանք ստորադիր հյուսվածքներին սերտաճած չեն: Ունեն խմորանման

կոնսիստենցիա: Ծորաններից արտադրվում է թափանցիկ թուփ չափավոր քանակներով: Թքագեղձի արտազատիչ ֆունկցիան աննշան է տուժում և մոտ է նորմալի ստորին սահմաններին (սիալոմետրիա՝ 1,5±0,5 մլ):

Ուշացած աստիճան: Հիվանդները գանգատվում են թուլությունից, աշխատունակության անկումից, երբեմն թուլանում է լսողությունը: Բերանում զգացվում է չորություն: Նկատվում է թքագեղձերի մշտական ուռածություն, որոնք ցավոտ չեն: Գեղձերի մեջ զգացվում են պնդացման օջախներ: Թքագատությունը նվազած է (սիալոմետրիա՝ 0,5մլ): Միալոգրամում գեղձի պարենքիմը չի նշմարվում: Հարականջային և ներգեղձային ծորանները նեղացած են, ընդհատուն, անհարթ ուրվագծերով:

Ինտերստիցիալ սիալադենիտի սրացումները նկատվում են մրսածության ժամանակ, աշնանը և գարնանը: Սկզբում նկատվում է ընդհանուր թուլություն և գեղձի այտուց: Ցավ գրեթե չի լինում: Գեղձը փոքր-ինչ պնդանում է, բայց մնում է շարժուն: Արտազատվող թուփը պղտոր է: Շրջակա ավշահանգույցները մեծանում են, երեկոյան լինում է ենթատենդային ջերմություն:

Ախտորոշումը: Ինտերստիցիալ սիալադենիտի ախտորոշումը կատարվում է ըստ կլինիկական բնորոշ նշանների՝ գեղձերի աստիճանական համաչափ մեծացում, ֆունկցիայի դանդաղ նվազում: Նույնիսկ հիվանդության ուշացած աստիճանում ֆունկցիան որոշ չափով պահպանվում է: Ախտորոշումը հաստատվում է սիալոգրաֆիայի տվյալներով:

ՊԱՐԵՆՔԻՄՍՏՈՋ ՄԻԱԼԱԴԵՆԻՏ

Պարենքիմատոզ սիալադենիտի պատճառներն անհայտ են: Հեղինակներից շատերը նշում են, որ հիվանդությունը ծորանների համակարգի բնածին փոփոխությունների, գեղձի հյուսվածքների դիսպլազիայի և բշտանման խոռոչների ձևավորման հետևանք է: Բշտանման խոռոչներում կուտակվում է թուփը, խանգարվում է նրա արտահոսքը, որը հանգեցնում է հարականջային ծորանով դեպի գեղձ մանրէների ներթափանցմանը և բորբոքման զարգացմանը: Բնածին խանգարումների տեսության օգտին է վկայում նաև այն հանգամանքը, որ երբեմն դիտվում են թքագեղձերի ընտանեկան ժառանգական ախտահարումներ:

1981թ. Իմպերոն և համահեղինակները (Ճապոնիա) պարենքիմային պարօտիտով հիվանդների թքից անջատել են կիստոզ ֆիբրոզի գործոնը, որը յուրահատուկ է միայն սույն հիվանդությանը: Հետազոտման արդյունքները դարձյալ հիմք են տալիս ենթադրելու հիվանդության ժառանգական բնույթի մասին:

Հիվանդության զարգացման գործում մեծ դեր են վերագրում օրգանիզմի ոչ յուրահատուկ դիմադրողականության թուլացմանը: Կարևոր նշանակություն ունի բերանի խոռոչի միկրոֆլորան, որը հարականջային թքագեղձ կարող է մուտք գործել թքածորանով, լիմֆոգեն և հեմատոգեն ճանապարհներով: Նկատի է առնվում, որ հիվանդության սրացումները սովորաբար լինում

են սուր ռեսպիրատոր հիվանդություններից կամ օդնստոգեն բորբոքումներից հետո:

Որոշ հեղինակներ պարենքիմատոզ պարօտիտը նշում են որպես էպիդեմիկ պարօտիտի հետևանք:

Ախտաբանաանոտմիական փոփոխությունները բնորոշվում են գեղձի միջբլթային շերտերի այտուցով և անզիոմատոզով, առանձին լայնացած ծորանների առկայությամբ: Ծորանների շուրջ տեղ-տեղ նկատվում է լիմֆոհիստոցիտային ներսփռանք: Նկատվում է բարակ շերտիկներով թելակազմ հյուսվածքի աճ: Միջբլթակային և ներբլթակային ծորանները պաստառված են երկշերտ խորանարդաձև էպիթելով: Առանձին ծորանների լուսանցքներում նկատվում է վարդագույն ամորֆ զանգված: Ացինուսների էպիթելային բջիջները գլանաձև են, նրանց ցիտոպլազման վակուոլիզացված է սպիտակուցային սեկրետի կուտակման հետևանքով: Բջիջների կորիզները կլոր են, հիպերքրոմ, տեղակայված բազալ հատվածում:

Կլինիկան: Քրոնիկական պարենքիմային սիալադենիտն առկա է տարիքային բոլոր խմբերում: Այն բավական հաճախ լինում է մանկական տարիքում: Քրոնիկական սիալադենիտը մանկական տարիքում դրսևորվում է բացառապես միայն պարենքիմային եղանակով: Գրեթե միշտ (99%) ախտահարվում են հարականջային թքագեղձերը, հազվադեպ՝ ենթաձուտայինները: Հիվանդությունն ունի դրսևորման երեք աստիճաններ՝ նախնական, կլինիկորեն արտահայտված և ուշացած:

Նախնական աստիճանի ընթացքն առանց ախտանշանների է: Հիվանդությունը հայտնաբերվում է պատահականորեն: Տեսանելի փոփոխություններ չկան: Միալոմետրիայի տվյալները. 20 բուպետում հավաքում է միջինը մոտ 1,5մլ թափանցիկ թուք:

Միալոգրամում չփոփոխված պարենքիմի և ծորանների ֆոնի վրա դիտվում են 1-2մմ տրամագծով եզակի խոռոչներ:

Կլինիկորեն արտահայտված աստիճանի ժամանակ հիվանդին անհանգստացնում է գեղձը մերսելիս արտադրվող աղի արտազատուկը և ծանրության զգացումը գեղձի շրջանում: Երբեմն գեղձերը մեծացած են և ունեն առաձգական-էլաստիկ կոնսիստենցիա, տեղ-տեղ՝ ոչ ցավոտ պնդացումներով: Ծորաններից արտադրվում է չափավոր մածուցիկ թուք, որը պարունակում է լորձային գնդիկներ, իսկ երբեմն էլ՝ թարախ:

Միալոգրամն ուսումնասիրելիս հայտնաբերվում են 2-3մմ տրամագծով բազմաթիվ խոռոչներ, III, IV, V կարգի ծորանները չեն նշմարվում կամ ընդհատուն են (նկ. 118): Միալոմետրիայի տվյալները համապատասխանում են նորմայի ստորին սահմանին (1մլ):

Հիվանդության **ուշացած աստիճանի** ժամանակ հիվանդներին անհանգստացնում են ախտահարված գեղձերի ուռածությունը, հարականջային շրջաններում՝ ծանրության կամ թույլ ցավոտության զգացումը, թարախախառը թքի արտադրությունը, բերանի չորությունը: Ուռած գեղձը

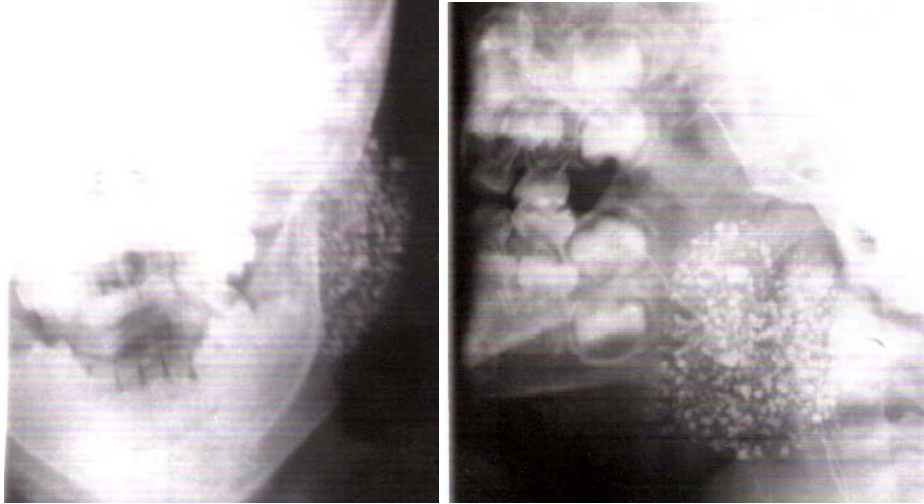
շոշափելիս զգացվում է թմբիկավոր անհարթ մակերես: Գեղձը շոշափելիս ցավոտ չէ: Գեղձը ծածկող մաշկը երբեմն կարող է լինել բարակած: Նրա վրա կարող են լինել սպիներ՝ նախկինում թարախակալումների բացահատման հետքերը:

Սիալոմետրիայով հայտնաբերվում է ֆունկցիայի նվազում (միջինը՝ 0,5մլ):

Սիալոգրաֆիայով հայտնաբերվում են մեծ չափերի խոռոչներ (5-10մմ): Գեղձի պարենքիմը և ծորանները չեն նշմարվում: Ստենոնյան ծորանը ձևափոխված է:

Քրոնիկական պարենքիմատոզ պարոտիտի սրացումներն ունեն բուռն ընթացք: Մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է՝ 38-39°C, արագանում է ԷՆԱ-ն, դիտվում է լեյկոցիտոզ: Հարականջային թքագեղձերն ուռչում են, պնդանում, դառնում ցավոտ: Շոշափելիս մակերեսն անհարթ է, թմբիկավոր: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը բաց վարդագույն է, հարականջային ծորանի բացվածքի մոտ՝ գերարյունային: Գեղձը մերսելիս ծորանից արտադրվում է պղտոր թուփ՝ թարախի կամ ֆիբրինի հետ խառնված: Բերանը բացելը կարող է ցավոտ լինել, դժվարացած: Առանձին դեպքերում գեղձը կարող է ենթարկվել թարախային քայքայման:

Երեխաների շրջանում պարենքիմային պարոտիտի սրացումներն ավելի ակտիվ են ընթանում և ավելի երկարատև են, քան մեծահասակների դեպքում, սակայն գեղձի արտազատիչ ֆունկցիան ավելի քիչ է տուժում: Հիվանդության նախնական աստիճանում գեղձերի ախտահարումը մեծ մասամբ միակողմանի է (75%): Կլինիկորեն արտահայտված աստիճանում միակողմանի և երկկողմանի ախտահարումների հաճախականությունը գրեթե հավասար է: Ուշացած աստիճանում սովորաբար բորբոքումը երկկողմանի է: հետազոտման օժանդակ մեթոդները՝ կոնտրաստային սիալոգրաֆիան, սիալոմետրիան, ռադիոսիալոգրաֆիան, սկանոգրաֆիան, սցինտիգրաֆիան, թերմովիզոգրաֆիան, էխոսիալոգրաֆիան: Նշված մեթոդներից առավել կարևորություն ունի կոնտրաստային սիալոգրաֆիան, քանի որ այն ամենամատչելին և ամենատարածվածն է: Այն բավական օբյեկտիվ տվյալներ է հաղորդում թքագեղձի պարենքիմում և ստրոմայում կատարված փոփոխությունների վերաբերյալ: Կոնտրաստային սիալոգրաֆիա կատարելու համար թքագեղձի մեջ ծորանով ներարկում են յոդոլիպոլ (յոդի 30%-անոց լուծույթը դեղձի յոդի մեջ): Հետազոտման ենթակա գեղձը նախօրոք մերսում են 1-1,5 ժամ ճնտտի անկյունից դեպի վեր և առաջ ուղղությամբ: Հիվանդին միջմկանային ներարկվում է ատրոպին՝ տարիքային դեղաչափով, որից կես ժամ անց գեղձ է ներմուծվում գոլ յոդոլիպոլը: Վեջինս ներարկվում է 3-5 տարեկան երեխաներին 1մլ, 5-7 տարեկաններին՝ 1,0-1,5մլ, 7-12 տարեկաններին՝ 2մլ:



Նկար 118. Պարենքիմատոզ սիալադենիտի պատկերը կոնտրաստային սիալոգրամում. «խաղողի ողկույզի» պատկեր:

Սիալադենիտներն ախտորոշելու համար կարևոր նշանակություն ունեն Սիալոմետրիայի համար թուրքը հավաքում են առավոտյան 20 րոպեի ընթացքում: Հիվանդը պետք է քաղցած լինի: Թուրքը հավաքում են երկու թքածորաններից, նշագծված փորձանոթներում, ծորանների մեջ մտցված կանյուլաների միջոցով: Նորմալ հարականջային թքագեղձը սովորաբար 20 րոպեում արտադրում է 1,1-2,5մլ թուրք: Կարելի է որոշել հավաքված թքի pH-ը, մածուցիկությունը, թափանցիկությունը, սպիտակուցի քանակը: Կարելի է կատարել մանրէաբանական քննություն, որոշել հայտնաբերված մանրէների զգայունությունը հակաբիոտիկների նկատմամբ:

Բուժումը: Քրոնիկական սիալադենիտների բուժման նպատակը օրգանիզմի դիմադրողականությունն ամրապնդելն է, գեղձի ֆունկցիան բարելավելը, սրացումները կանխելը, գեղձի հյուսվածքների սնուցումը բարելավելը, ստրոմայի սկլերոզացումը և պարենքիմի դեգեներատիվ փոփոխությունները կասեցնելը:

Բուժումը պետք է լինի համակարգված:

1. **Հակաբիոտիկաթերապիա:** Իրականացվում է թքի մանրէաբանական քննությունից հետո: Հիմնականում հայտնաբերվում են ստրեպտոստաֆիլոկոկեր: 25-30% դեպքերում հայտնաբերվում են սնկիկներ (կանդիդամիկոզ):
2. **Յոդաթերապիա:** Մանկական տարիքում ներքին ընդունման համար նշանակվում են կալիումի յոդիդի 2-, 3-, 4-տոկոսանոց լուծույթներ, 2-ական օր՝ ըստ աճման և նվազման: Ախտորոշման նպատակով գեղձի մեջ ներմուծված յոդոլիպոլը ևս ունենում է բարերար թերապևտիկ ազդեցություն:

Յոդաթերապիայի դեպքում յոդից կարող է նկատվել կողմնակի ազդեցություն (արցունքահոսություն, հարբուխ, տրեմոր, մաշկային

ցան): Այդ ժամանակ հարկ կլինի խուսափել յոդի լրացուցիչ քանակներ օրգանիզմ ներմուծելուց:

3. **Ֆերմենտաթերապիա:** Թքագեղձի ծորանները լվանում են պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներով (տրիպսին, պանկրեատին):
4. **Ծորանների բուժավորում և ինստիյացիաներ:** Բուժերով կատարվում է ծորանների մեխանիկական լայնացում: Ինստիյացիայի համար կիրառվում են գոլացրած հականեխիչ թույլ լուծույթներ, հակաբիոտիկներ: Երեխայի հարականջային թքագեղձի մեջ ծորանով ներմուծում են մինչև 1,0-1,5մլ հեղուկ:
5. **Օրգանիզմի ոչ սպեցիֆիկ դիմադրողականության բարձրացում:** Տրվում են համապատասխան պրեպարատներ՝ նատրիումի նուկլեինատ, պենտոքսիլ, մեթիլուրացիլ, դեկարիս և այլն:
6. **Թքագեղձի արտազատիչ ֆունկցիայի խթանում:** Հիվանդին տալիս են պիլոկարպինի հիդրոքլորիդի 1%-անոց լուծույթի կաթիլներ, ենթամաշկային ներարկում են գալանթամինի 0,5%-անոց լուծույթ:
7. **Իմունիզացիա աուտովակցինայով,** որը պատրաստվում է հիվանդի թքագեղձից արտազատված թքի մեջ պարունակվող մանրէներից:
8. **Ֆիզիոթերապիա:** Օգտագործում են ԳԲՀ էլեկտրական դաշտ, կալիումի յոդիդի էլեկտրաֆորեզ:
9. **Վիտամինաթերապիա:** Արդյունավետ են B խմբի և C վիտամինները:
10. **Տաքացնող կապեր** հիվանդ գեղձի շրջանում դիմեքսիդով, Վիշնևսկու բալզամով:
11. Հիվանդին **խորհուրդ է տրվում** սննդի հետ օգտագործել կիտրոն, պաքսիմատ:
Սահմանվում է դիսպանսեր հսկողություն:

ԹՔԱԳԵՂՁԵՐԻ ՈՒՌՈՒՑՔԱՆՍԱՆ ԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Թքագեղձերի ուռուցքանման գոյացություններից առավել հայտնի են կիստաները (բշտեր): Վերջիններս կարող են ախտահարել ինչպես մեծ, այնպես էլ փոքր թքագեղձերը: Թքագեղձերի կիստաները, ըստ էության, ռետենցիոն բնույթ ունեն: Նրանք երեխաների բերանի խոռոչներում հայտնաբերվող ուռուցքների և ուռուցքանման գոյացությունների մեջ ամենամեծաքանակն են (կազմում են ուռուցքանման գոյացությունների մոտ 71%-ը): Փոքր թքագեղձերի ռետենցիոն կիստաներն ավելի հաճախադեպ են, քան մեծ թքագեղձերինը: Մեծ թքագեղձերից ամենից հաճախ կիստաները ախտահարում են ենթալեզվային գեղձերը:

Փոքր թքագեղձերն անհամաչափ ցրված են ամբողջ բերանի խոռոչում՝ առավելապես տեղակայվելով շրթունքների ու թշերի լորձաթաղանթում, ինչպես նաև կարծր և փափուկ քիմքերի սահմանագծում: Փոքր թքագեղձերի կիստաներն առավելապես (դեպքերի մոտ 90%-ը) դրսևորվում են վերին և ստորին շրթունքների ու թշերի լորձաթաղանթի շրջաններում: Դա պայմանավորված է նրանով, որ սննդառության ժամանակ նշված հատվածների վնասման հավանականությունն ավելի մեծ է:

Կիստաների մեծ մասը զարգանում է թքագեղձի արտատար ծորանի խցանման հետևանքով, որն առաջանում է վնասման կամ բորբոքման պատճառով: Վնասվածքը կարող է լինել միանվագ կամ քրոնիկական (օրինակ՝ կծվածքի խանգարման կամ ատամների սուր եզրերի առկայության դեպքում): Ենթալեզվային թքագեղձի ռետենցիոն կիստայի պատճառը կարող է լինել ենթալեզվային թքածորանի բնածին ատրեզիան: Այս դեպքում կիստաները հայտնաբերվում են մեկ ամսականից մինչև մեկ տարեկան երեխաների և անգամ նորածինների շրջանում: Իսկ ընդհանուր առմամբ թքագեղձերի կիստաների մեծ մասն ախտորոշվում է 4-7 տարեկան երեխաների դեպքում:

ՓՈՔՐ ԹՔԱԳԵՂՁԵՐԻ ԿԻՍՏԱՆՆԵՐԸ

Գանգատները: Փոքր թքագեղձի կիստայի դեպքում հիվանդը գանգատվում է ոչ ցավոտ գոյացությունից, որը կարող է մեծանալ կամ փոքրանալ, ինչ-որ ժամանակահատվածում ընդհանրապես վերանում է, ապա նորից ի հայտ է գալիս: Դրա պատճառն այն է, որ կիստայի թաղանթը բարակ է ու ճնշելիս կամ կծելիս հեշտությամբ պատռվում է, և կիստայի պարունակությունը ինքնաբերաբար արտահոսում է: Վերքի ապաքինումից հետո թուրքը կրկին կարող է կուտակվել, այսինքն՝ առաջանում է կիստայի ռեցիդիվ:

Կլինիկան: Հիվանդին հետազոտելիս հայտնաբերվում է բերանի խոռոչի թափանցիկ լորձաթաղանթով ծածկված նորագոյացություն, որը

կլորավուն է, կապտավուն երանգով և ունի հստակ սահմաններ (նկ. 119): Շոշափելիս կիստան ցավոտ չէ և ունի էլաստիկ կոնսիստենցիա: Նրա արտաքին զագաթը լորձաթաղանթի մակերեսին շատ մոտ է տեղակայված:



Նկար 119. Ստորին շուրթի փոքր թքագեղձի ռետենցիոն կիստա (մուկոցելե):

Կիստան պարունակում է լորձանման, թափանցիկ, դեղնավուն երանգով հեղուկ՝ խտացած թուփ:

Փոքր թքագեղձերի կիստաների **տարբերակիչ ախտորոշումը** պետք է կատարել լիմֆանգիոմաներից: Վերջիններս գործնականում երբեք որպես միայնակ կիստա չեն դրսևորվում:

Բուժումը միայն վիրահատական է: Այն կարող է իրականացվել ցիստոտոմիայի (կիստոտոմիայի) շատ պարզ

մեթոդով, երբ կիստայի արտափքված մասը իրեն ծածկող լորձաթաղանթի հատվածի հետ միասին գատվում և հեռացվում է բերանի խոռոչից: Առաջացող վերքի մակերեսը կարճ ժամանակ անց էպիթելացվում է: Վիրահատական բուժման մեկ այլ, ավելի արմատական մեթոդ է կիստայի հեռացումը՝ ցիստեկտոմիան (կիստեկտոմիան), որը կարող է կատարվել ինչպես տեղային, այնպես էլ ընդհանուր անզգայացմամբ: Վերջին հանգամանքը պայմանավորված է վիրահատման ենթակա երեխայի տարիքով և հոգեհուզական վիճակով: Ցիստեկտոմիա իրականացնելիս նորագոյացության եզրերով՝ կարմիր երիզին ուղղահայաց, արվում են ծայրերում իրար միացող երկու կիսալուսնաձև կտրվածքներ, այնուհետև բույթ և սուր եղանակների հերթագայությամբ կիստան իր թաղանթով հանդերձ հեռացվում է: Կիստային հարող և վիրահատման ժամանակ վնասվող մանր թքագեղձերը նույնպես հեռացվում են: Առաջացած վերքը կարվում է լուծվող թելով, օրնակ՝ կետգուտով կամ վիկրիլով:

Վիրահատվելուց հետո փոքր թքագեղձի կիստայի ռեցիդիվի հավանականությունը չափազանց փոքր է և սովորաբար պայմանավորված է վիրահատության ժամանակ մերձակա փոքր թքագեղձերի վնասմամբ: Եթե կիստայի առաջացումը պայմանավորված է բերանի լորձաթաղանթի քրոնիկական վնասմամբ, ապա վիրաբուժական միջամտությունից առաջ անհրաժեշտ է վերացնել պատճառը, այլապես հնարավոր են հիվանդության բազմաթիվ ռեցիդիվներ:

ԵՆԹԱԼԵԶՎԱՅԻՆ ԹՔԱԳԵՂՁԵՐԻ ԿԻՍՏԱ (ՌԱՆՈՒԼԱ)

Կիստային ախտահարումների հաճախության առումով ենթալեզվային թքագեղձերը երկրորդ տեղում են մանր թքագեղձերից հետո: Դա պայմանավորված է դրանց անատոմիաֆիզիոլոգիական առանձնահատկություններով: Վալտերյան ծորաներն ուղղահայաց դիրք ունեն, կարճ են, դրանց քանակը 12-15 է: Դրանք լեզվի տակ են և սնվելիս կարող են վնասվել: Ենթալեզվային (բարթոլինյան) թքածորանը մշտական չէ և ենթածնոտային (վարտոնյան) ծորանի հետ բացվում է ենթալեզվային պտկիկում:

«Ռանուլա» եզրույթը ծագում է լատիներեն «rana»՝ գորտ բառից (ռանուլա՝ փոքրիկ գորտ), քանի որ այս կիստան նմանեցվել է գորտի կոկորդային բշտին:

Փանգատները: Երեխան գանգատվում է լեզվի տակ ինչ-որ կլոր, անսովոր բանի առկայությունից: Վերջինս կարող է ինչ-որ ժամանակ անհետանալ, ապա նորից ի հայտ գալ, ինչպես նաև կարող է մեծանալ: Երբեմն այն կարող է խանգարել արտասանությանը կամ կլլմանը:

Կլինիկան: Ռանուլան տեղակայվում է բերանի հատակի առաջակողմնային հատվածում, լեզվի սանձիկի մոտ: Այն ձվաձև ուռուցք է՝ ծածկված լորձաթաղանթով, որը կիստայի պարունակության պատճառով հաճախ ստանում է երկնագույն երանգ (նկ. 120):

Շոշափելիս գոյացությունը ցավոտ չէ, փափուկ է, զգացվում է ծփանք: Մեծ կիստան կարող է լեզուն դեպի հետ տեղաշարժել, ծավալվել բերանի հատակի միջին գծից այն կողմ կամ դեպի ենթածնոտային տարածություն: Եզակի դեպքերում կիստան նման է ավազի ժամացույցի կամ ծանրագնդի, որի մի մասը ծնոտակորձային մկանից վերև է, իսկ մյուս մասը՝ ներքև: Երկու մասերը պայմանավորված են բարակ պարանոցով, որը սեղմված է նշված մկանով:



Նկար 120. 6-ամյա աղջկա ռանուլա:

լակազմ շարակցահյուսածքային թաղանթ, որը սերտորեն կապված է

Ռանուլան կարող է ինքնաբերաբար պատռվել ու դատարկվել, ապա կրկնվել:

Կիստայի պարունակությունը թափանցիկ, դեղնավուն, մածուցիկ, ծորուն հեղուկ է, որն իր կոնսիստենցիայով նման է ձվի սպիտակուցի: Կիստան ունի շատ բարակ, բաց կապտավուն երանգի թե-

թքագեղձի միջբլթային խտրոցների հետ: Ներսից թաղանթը երբեմն պաստառված է խորանարդաձև կամ գլանաձև էպիթելով:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Ենթալեզային թքագեղձի կիստան անհրաժեշտ է տարբերակել բերանի հատակի դերմոիդ կիստայից և հեմանգիոմայի ու լիմֆանգիոմայի կիստոզ դրսևորումներից: Դա կարելի է անել պունկցիայի միջոցով: Դերմոիդ կիստայի պունկտատը դեղնավուն ճարպանման զանգված է, հեմանգիոմայինը՝ արյուն, իսկ լիմֆանգիոմայից ստացվում է դեղին կամ դարչնագույն (ժանգագույն) թափանցիկ հեղուկ:

Բուժումը վիրահատական է: Հիմնականում կիրառվում է ցիստոտոմիա վիրահատությունը. բացվում է պատուհան դեպի կիստայի խոռոչը, ապա կիստայի թաղանթը հանգուցակարերով կարվում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին: Խոռոչում 4-5 օր կարելի է թողնել յոդոֆորմով սոզոնոված վիրախճուճ:

Քանի որ կիստայի թաղանթը սերտաճած է թքագեղձի պարենխիմին, ապա ցիստոտոմիա իրականացնելը չափազանց բարդ է, և անհրաժեշտության դեպքում կիստան հեռացվում է ենթալեզվային թքագեղձի հետ:

Ավազի ժամացույցի նմանություն ունեցող և բերանի հատակի ստոծանու տակ տարածվող կիստան վիրահատվում է երկու փուլով: Նախ՝ ենթաձնոտային եռանկյունու տարածքում կատարված կտրվածքի բացվածքից հեռացվում է կիստայի ստորին հատվածը, ապա՝ ներբերանային մոտեցմամբ հեռացվում է կիստայի մնացորդը ենթալեզվային թքագեղձով հանդերձ:

ՀԱՐԱԿԱՆՁԱՅԻՆ ԹՔԱԳԵՂՁԻ ԿԻՍՏԱ

Սա մանկական տարիքում հազվադեպ հիվանդություն է: Առավելապես դիտարկվում է 12-14 տարեկան երեխաների շրջանում: Կիստան սովորաբար տեղակայվում է հարականջային թքագեղձի ստորին հատվածում: Հաճախ հայտնաբերում է պատահականորեն:

Գանգատները: Կիստան զարգացման սկզբում որևէ անհանգստություն չի պատճառում: Երբ այն հասնում է որոշ մեծության, ապա հիվանդը կամ նրա ծնողները նշում են հարականջային շրջանի փափուկ հյուսվածքների պարբերաբար առաջացող անկայուն ուռածություն:

Կլինիկան: Արտաքինից դրսևորվում է հարականջային շրջանի ուռածություն: Շոշափելիս հայտնաբերում է փափուկ առաձգական նորագոյացություն, որի սահմանները դժվար է հստակեցնել, քանի որ գոյացությունը հարականջային թքագեղձի հաստության մեջ է: Ուռուցքը ծածկող մաշկը փոփոխված չէ: Միալոգրամում տեսանելի է լցման արատ, իսկ ուլտրաձայնային հետազոտմամբ հայտնաբերվում է անէխոգեն տարածք: Թքագեղձի ֆունկցիան չի տուժում: Կիստայի խոռոչը լցված է դեղնագույն հեղուկով, որը երբեմն պղտոր է և կարող է որոշ քանակությամբ լորձ պարունակել:

Հարականջային թթագեղձի կիստան անհրաժեշտ է տարբերակել անոթային ուռուցքներից և թթագեղձերի այլ նորագոյացություններից՝ հիմնվելով պունկցիայի և ՈւՂՀ-ի տվյալների վրա:

Բուժումը վիրահատական է: Քանի որ կիստայի թաղանթը բարակ է և սերտաճած թթագեղձի պարենքիմին, ուստի ցիստեկտոմիայի ժամանակ կիստային հարող գեղձային հյուսվածքի որոշ քանակ կարող է հեռացվել: Վիրահատման ժամանակ կա դիմային նյարդի վնասման վտանգ, այդ առումով մեծ կիստաների դեպքում երբեմն նպատակահարմար է կատարել ցիստոտոմիա՝ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի կողմից ստեղծված վիրահատական մուտքով:

ԾՆՈՏՆԵՐԻ ԿԻՍՏԱՆԵՐ

Ծնոտների կիստաները (*herniae maxillae et mandibulae*) ուռուցքանման գոյացություններից են: Դրանց մանկական ստոմատոլոգն իր աշխատանքում բավական հաճախ է առնչվում:

Երեխաների շրջանում ծնոտների օդոնտոգեն կիստաներից ամենից հաճախադեպը ռադիկուլար (արմատային) և ֆոլիկուլար կիստաներն են: Ըստ վիճակագրության՝ գերակշռում են ռադիկուլար կիստաները՝ կազմելով ծնոտների ամբողջ կիստաների 94-96%-ը: Ֆոլիկուլար կիստաները դիտարկվում են 4-6% դեպքերում:

Ծնոտների ոչ օդոնտոգեն կիստաները զարգացման արատներ են, որոնցից են ֆիսուրալ (կտրիչային կամ քթաքմային խողովակի, գլոբուլոմաքսիլար կամ ինտերմաքսիլար կիստաները), ինչպես նաև տրավմատիկ ծագման կիստաները (սուլիտար, հեմոռագիկ): Սրանք մանկական տարիքում խիստ հազվադեպ են:

Կլինիկական գործունեության մեջ կիրառական է ծնոտների կիստաների հետևյալ դասակարգումը՝

1. բորբոքային բնույթի օդոնտոգեն կիստաներ՝
 - ռադիկուլար (արմատային, նկ. 120),
 - ատամ պարունակող ռադիկուլար (նկ. 121),
 - ռեզիդուալ (մնացորդային, որը մնացել է պատճառային ատամը հեռացնելուց հետո, նկ. 122),
2. ոչ բորբոքային բնույթի օդոնտոգեն կիստաներ՝
 - ֆոլիկուլար,
 - ծկթման,
3. ոչ օդոնտոգեն կիստաներ՝
 - ֆիսուրալ (կտրիչային կամ քթաքմային խողովակի, գլոբուլոմաքսիլար կամ ինտերմաքսիլար կիստաները),
 - տրավմատիկ (սուլիտար, հեմոռագիկ):

Ախտածնությունը

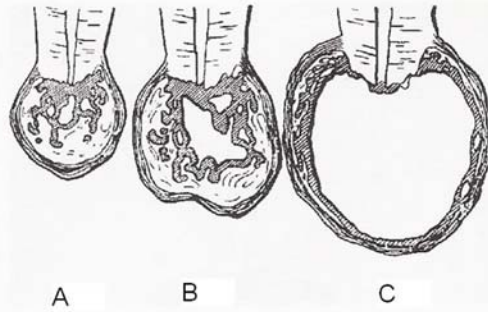
Ծնոտների բորբոքային օդոնտոգեն կիստաներն առաջանում են կարիեսի բարդությունների հետևանքով: Դրանց զարգացումը պայմանավորված է կաթնատամների և մշտական ատամների (առավելապես՝ ադորիքների) պուլպիտի ու պերիօդոնտիտի քրոնիկական տեսակների անարդյունավետ բուժմամբ կամ բարձիթոդի լինելով: Երեխաների շրջանում հաճախդեպ է, հիմնականում՝ 7-12 տարեկանում, ընդ որում, տղաներն ավելի հաճախ են հիվանդանում, քան աղջիկները: Մանկական տարիքում կիստաների 90%-ը տեղակայվում է կաթնատամ ադորիքների կամ առաջին մշտական ադորիքի շրջանում: Ստորին ծնոտն ախտահարվում է ավելի հաճախ, քան վերինը: Դա բացատրվում է նրանով, որ ստորին ադորիքները վերիններից անհամեմատ ավելի հաճախ են ախտահարվում կարիեսով: Ներկայումս երեխաների ծնոտների օդոնտոգեն կիստաների 12,5%-ը հայտնաբերվում է 4-5 տարեկանում: Վերին ծնոտի կիստաների 33%-ը դրսևորվում է 12-15 տարեկան երեխաների շրջանում:

Բորբոքային կիստայի զարգացումը սկսվում է ատամի արմատի գագաթի շուրջը գրանուլացիոն հյուսվածքի աճով ուղեկցվող քրոնիկական բորբոքային օջախի ձևավորմամբ (նկ. 121): Հետագայում բորբոքային երևույթի հաճախակի սրացման և գրանուլոմայի կենտրոնում սնուցման խանգարման հետևանքով առաջանում են խոռոչներ՝ պաստառված էպիթելով, որը դառնում է ապագա կիստայի թաղանթը: Կիստայի աճը, չափերի մեծացումը կատարվում են նրա ներսում կուտակվող տրանսուդատի պատճառով: Էպիթելի բջիջների կողմից արտադրվող և կիստայի խոռոչում կուտակվող հեղուկը մշտական ճնշում է գործադրում կիստան շրջապատող ոսկրային հյուսվածքի վրա: Կիստայի ներսում ճնշումը կարող է տատանվել 1,3-1,7կՊա (10-80մմ սնդիկի սյուն): Դրա հետևանքով նախ՝ ատրոֆիայի է ենթարկվում ծնոտի ոսկրի սպունգանման շերտը, ապա՝ կեղևային շերտը, և կիստան շարունակաբար աճում է:

Մայասսեն, Ն.Ա. Աստախովը և այլք նշում էին, որ գրանուլոմայի ներսում առկա էպիթել սաղմնային ատամնաթիթեղի էպիթելի մնացորդն է: Դրանք Մայասսե-Աստախովի բջիջներն են (*debrix epithelialis paradentaries*): Սչուստերը, Ի.Գ. Լուկոմսկին պնդում էին, որ լնդի էպիթելը կարող է թափանցել պերիօդոնտի և ծնոտների ոսկրային հյուսվածքի մեջ և հետագայում մասնակցել կիստայի ձևավորմանը: Կարծիք կա, որ կիստաները կարող են զարգանալ նաև էնդոթելի բջիջների մետապլազիայի կամ մարգինալ պերիօդոնտի միջով էպիթելի վեգետացիայի հետևանքով:

Ոչ բորբոքային կիստաների ծագումը պայմանավորված է սաղմնային զարգացման գործընթացների խանգարման հետևանքով ոսկրում մնացած էպիթելային հյուսվածքի վրա զանազան էնդոգեն և էկզոգեն գործոնների ներգործությամբ:

Կաթնատամներից ծագող արմատային կիստաների ախտածնության առանձնահատկությունը կիստայի թաղանթի առնչությունն է մշտական ատամի սաղմին(նկ. 122): Սկսելով զարգացումը կաթնատամ ադորիքի հարգագաթային հյուսվածքներում և աստիճանաբար մեծանալով՝ կիստան հասնում է մշտական ատամի սաղմին: Կիստայի չափերը հետագայում ծավալվելու դեպքում ատամի սաղմը կարող է տեղաշարժվել դեպի հարևան ատամների կողմը կամ դեպի ծնոտի եզրը, կամ էլ ձևավորվող մշտական



Նկար 121. Արմատային բորբոքային կիստայի զարգացման սխեմատիկ պատկերը:

ատամի պսակը խորասուզվում է կիստայի խոռոչի մեջ, իսկ արմատը և հարակից աճման գոտին մնում են թաղանթի սահմաններից դուրս: Վերին ծնոտի կիստան աճում է ոսկրային հյուսվածքի նվազագույն դիմադրության ուղղությամբ և ձևախախտում է հայմորյան խոռոչի հատակը (նկ. 123): Փոքր (1-2սմ տրամաչափով) կիստաները վերծնոտային խոռոչի չափերը էապես չեն փոխում, իսկ մեծ (2,5սմ և ավելի տրամաչափով) կիստաները ճնշում են հայմորյան խոռոչը ու գրավում նրա ծավալի զգալի մասը՝ չխախտելով նրա լորձաթաղանթի ամբողջականությունը: Կիստայի և հայմորյան խոռոչի հարաբերությունը որոշիչ ազդեցություն ունի կիստայի վիրահատական բուժման մեթոդի ընտրության վրա:



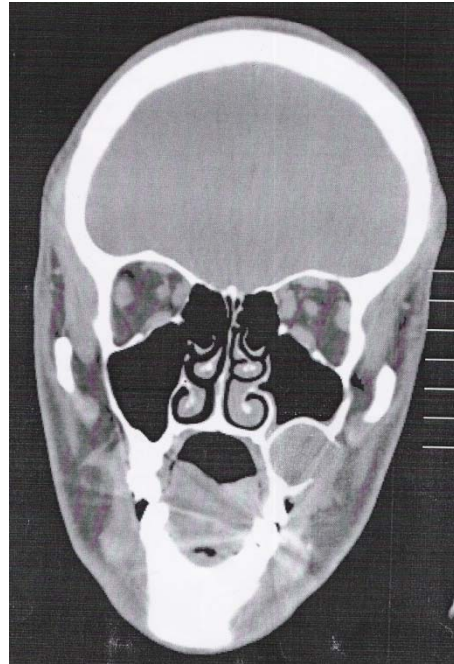
Նկար 122. Մտորին ծնոտի ատամ պարունակող արմատային կիստայի օրթոպանտոմոգրամ:

Ախտաբանական անատոմիան

Բորբոքային կիստան ունի լավ արտահայտված թաղանթ և լցված է հեղուկով: Թաղանթը բաղկացած է արտաքին և ներքին շերտերից: Արտաքին շերտը կազմված է ֆիբրոզ հյուսվածքից, որն ունի լիմֆոիդ տարրերով ներսփռված գրանուլացիոն հյուսվածքի մասեր: Կիստայի թաղանթի ներքին մակերեսը պատված է բազմաշերտ, տափակ, չեղջերացող էպիթելով: Թաղանթի այն հատվածներում, որոնք հարում են վերձնոտային խոռոչին, կարող է հայտնաբերվել խորանարդաձև կամ



Նկար 124. Ստորին ձնոտի ռեզիդուալ կիստա:



Նկար 123. Վերին ձնոտի կիստա, որն աճում է դեպի հայտնային խոռոչ:

գլանաձև էպիթել:

Կիստայի պարունակած հեղուկը (տրանսուդատը) թափանցիկ է, ունի դեղնավուն երանգ և օժտված է օպալեսցենցիայի հատկությամբ, որը պայմանավորված է նրանում խոլեստերինի բյուրեղների առկայությամբ: Կիստան բորբոքվելու դեպքում նրա հեղուկը թարախակալման հետևանքով պղտորվում է: Առանձին դեպքերում կիստայի պարունակությունը կարող է թարախային էքսուդատ լինել:

Կլինիկական պատկերը

Կիստաները հաճախ ունեն անախտանիշ ընթացք: Բազմաթիվ կիստաներ հայտնաբերվում են պատահականորեն՝ ձնոտների ռենտգենաբանական հետազոտման ժամանակ: Այլ դեպքերում կիստան կարող է զարգանալ՝ դրսևորելով բարորակ ուռուցքին բնորոշ ախտանշաններ: Այդպիսի կլինիկական ընթացքի դեպքում հիվանդության առաջատար ախտանշանը ոսկրի ծավալի դանդաղ և առանց ցավի մեծացումն է:

Այսպիսով, արմատային և ֆոլիկուլար կիստաների ձևավորումն ու սկզբնական ընթացքն անցնում են աննկատ: Հիվանդները որևէ զանգատ չունեն: Երեխան կամ ծնողներն անհանգստանում են միայն այն ժամանակ, երբ

կիստան մեծանալով առաջացնում է ծնոտի ձևախախտում: Այդ ժամանակ հիվանդները նաև նշում են ծամելիս առաջացող անախորժ զգացում, մեկ կամ մի քանի ատամների շարժունություն: Ֆոլիկուլար կիստայի դեպքում ուշադրություն են դարձնում ատամնաշարքում որևէ ատամի բացակայության վրա, որը, ըստ ժամկետային հաշվարկների, պետք է որ արդեն ծկթած լիներ:

Ոսկրի ձևախախտված հատվածը ծածկող լորձաթաղանթի գույնը չի փոփոխվում, սակայն նրա անոթային պատկերը կարող է որոշակիորեն արտահայտվել: Շոշափմամբ հնարավոր է պարզել, որ նորագոյացությունը կլորավուն է, ունի հստակ սահմաններ և պինդ (առողջ ոսկրի նման) կոնսիստենցիա: Ոսկրի ամենաարտափքված մասում հաճախ տեղակայված են մեկ կամ երկու քայքայված կամ բուժված ատամներ, որոնց արմատները կապ ունեն կիստայի խոռոչի հետ: Մեծ չափեր ունեցող կիստայի դեպքում ծնոտի ոսկրային պատը բարակում է, և շոշափելիս զգացվում է նրա ճկումը: Մագաղաթի ճարճատյունի ախտանիշը (Դյուայյուիտրենի ախտանիշ) կարող է դիտարկվել 12 տարեկանից մեծ երեխաների շրջանում: Ավելի կրտսեր տարիքում այն գործնականում չի դրսևորվում ոսկրային հյուսվածքի ճկունության շնորհիվ: Այդ տարիքում կիստան պատող բարակած ծնոտոսկրի առաձգական ճկունությունը մասնագիտական գրականության մեջ հայտնի է որպես ռետինե կամ պլաստմասսե խաղալիքի ախտանիշ (ըստ Յու. Ի. Բեռնադսկու):

Ոսկրի շարունակական ատրոֆիան կիստայի ոսկրային պատում հանգեցնում է «պատուհանի» առաջացմանը: Դրա հետևանքով ի հայտ է գալիս նոր ախտանիշ՝ ծփանք:

Թարախակալված կիստան կլինիկական պատկերով նման է սուր թարախային պերիօստիտին: Այս դեպքում հնարավոր է, որ վերջնական ախտորոշումը կատարվի թարախակույտի վիրահատական բացահատման ժամանակ, երբ վիրաբույժի գործիքը խորասուզվում է կիստայի խոռոչի մեջ: Վերին ծնոտում տեղակայված կիստայի թարախակալումը կարող է ուղեկցվել սուր թարախային պերիօստիտին, օստեոմիելիտին կամ էլ սուր հայմորիտին բնորոշ ախտանշաններով:

Ախտորոշումը

Արմատային կիստաների ախտորոշումը կատարվում է կլինիկական, ռենտգենաբանական և որոշ օժանդակ հետազոտությունների տվյալների համադրման հիման վրա:

Կիստաների ախտորոշման առաջատար մեթոդը ծնոտոսկրերի ռենտգենաբանական քննությունն է: Ռենտգենյան նկարում արմատային կիստան երևում է որպես հստակ եզրագծված, կլորավուն, հոմոգեն, լուսավոր օջախ (ոսկրի նոսրացման): Կիստան շրջապատող ոսկրն ունի ռեպարատիվ օստեոգենեզի գոտի, որի արտահայտվածությունը պայմանավորված է կիստայի վաղեմությամբ: Ոսկրի կորտիկալ շերտը բարակում է և ձևախախտվում՝ կրկնելով ախտահարման օջախի ուրվագծերը: Մեծ կիստաների դեպքում

ուսկրի կորտիկալ շերտի անընդհատությունը կարող է խախտվել: Կիստան կարող է առաջացնել հարևան ատամների արմատների տարամիտում (դիվերգենցիա): Արմատային կիստայի պատճառային ատամի արմատը կիստայի խոռոչում է: **Կաթնատամից ծագած ատամ պարունակող** արմատային կիստայի դեպքում հայտնաբերվում են կիստայի խոռոչի հետ կապված կաթնատամի (քայքայված կամ բուժված) արմատը և մշտական ատամի ֆոլիկուլը: Եթե կիստան ճնշել ու տեղաշարժել է մշտական ատամի սաղմը, ապա երևում է տեղաշարժված ատամի աճման գոտին սահմանափակող ոսկրի կորտիկալ շերտը, իսկ ատամի պսակը կարող է ընդգրկվել կիստայի խոռոչում (նկ. 122):

Մնացորդային (ռեզիդուալ) կիստան ռենգենյան նկարում դրսևորվում է որպես հստակ սահմաններով, համասեռ (հոմոգեն) լուսավոր օջախ, որը ծնոտի մարմնի այն հատվածում է, որտեղ բացակայում է պատճառային ատամը (նկ. 124):

Ֆոլիկուլար կիստայի խոռոչում հայտնաբերվում է մշտական ատամի ֆոլիկուլը: Երբեմն ծնոտում կարող են հայտնաբերվել երկու և ավելի ֆոլիկուլար կիստաներ:

Ռենտգենյան ախտորոշման ժամանակ կարող է դժվարանալ **կաթնատամից ծագած ատամ պարունակող** արմատային և ֆոլիկուլար կիստաների տարբերակումը: Հաճախ ախտորոշումը կարող է ճշտվել միայն վիրահատման ժամանակ:

Եթե վերին ծնոտի կիստան ներաճել է հայմոռյան խոռոչի մեջ, ապա ռենտգենյան նկարում կարելի է տեսնել բնորոշ գմբեթը, որն ունի հստակ սահմաններ:

Կիստայի սուր բորբոքման և թարախակալման դեպքում ոսկրի ախտահարված օջախը պատվում է թանձր սովերով, իսկ սահմանների ուրվագծերը կորցնում են հստակությունը:

Ռենտգենաբանական հետազոտման ամենատեղեկատվական մեթոդները համակարգչային շերտագրությունն է և օրթոպանտոմոգրաֆիան: Ռենգենյան ախտորոշման օժանդակ մեթոդ է կոնտրաստային ցիստոգրաֆիան: Վերջինիս կիրառումը նպատակահարմար է վերին ծնոտի կիստաների դեպքում: Ներբերանային կոնտակտային ռենտգենյան նկարները կիստաներն ախտորոշելու համար լիարժեք տեղեկատվություն չեն ապահովում:

Օժանդակ հետազոտման մեթոդ է կիստայի պունկցիան և պունկտատի քննությունը: Վերջինս թափանցիկ է, դեղին (սաթի), միշտ պարունակում է խոլեստերինի բյուրեղիկներ, որոնք լույսի ճառագայթի տակ փայլվում են:

Հնարավոր է կատարել նաև գերձայնային ալիքներով հետազոտություն: Ստացվող էխոգրամները հնարավորություն են տալիս գաղափար կազմելու գոյացության չափերի և տեղակայման մասին:

Դժվար է վերին ծնոտի թարախակաված կիստայի ախտորոշումը: Այդպիսի կիստան հարկ է լինում տարբերակել բարորակ ուռուցքներից, օստեոմիելիտից և հայմոռիտից:

Արմատային և ֆոլիկուլար կիստաների տարբերակիչ ախտորոշում կատարելիս դրանք պետք է համեմատել ինչպես միմյանց, այնպես էլ ամելոբլաստոմայի և օստեոբլաստոկլաստոմայի կիստոգ տեսակների հետ:

Բուժումը

Կիրառվում են վիրահատական բուժման համընդհանուր մեթոդները՝ ցիստոտոմիան (Պարչ-1) և ցիստեկտոմիան (Պարչ-2): Մեթոդի ընտրությունը պայմանավորված է երեխայի տարիքով, կիստայի մեծությամբ և տեղակայմամբ:

Կաթնատամնային և խառը կծվածքների դեպքում վիրահատական միջամտության նպատակն է կասեցնել կիստայի աճը, պայմաններ ստեղծել ոսկրային հյուսվածքի ռեգեներացիայի համար՝ պահպանելով զարգացող մշտական ատամները: Ստորին ծնոտի կաթնատամներից ծագող արմատային կիստաների դեպքում իրականացվում է ցիստոտոմիա վիրահատությունը: Վերին ծնոտի նույնանման կիստաների դեպքում ցիստոտոմիա իրականացվում է միայն փոքրածավալ ախտահարումների (տրամագիծը չգերազանցի 1,5սմ-ը) դեպքում: Ավագ տարիքի երեխաներին ցուցված է վիրահատել ցիստոտոմիայի եղանակով, եթե հարևան ատամների արմատները պրոյեկտվում են կիստայի խոռոչում: Վերին և ստորին ծնոտների մշտական ատամներից ծագող կիստաների դեպքում իրականացվում է ցիստեկտոմիա՝ նախօրոք պատրաստված ատամի արմատի գագաթի մասնահատմամբ (եթե կիստայի տրամագիծը չի գերազանցում 1,5սմ-ը), այսինքն՝ ճիշտ այնպես, ինչպես մեծահասակների դեպքում: Ցիստոտոմիան սովորաբար կատարվում է տեղային անզգայացմամբ՝ ամբուլատոր պայմաններում (նկ. 125,126,127):

Եթե վերին ծնոտի կիստան ներաճել է հայմոռյան խոռոչի մեջ, ապա ցանկացած տարիքում ցուցված է ցիստեկտոմիա վիրահատությունը (նկ. 128): Նման դեպքերում ցիստեկտոմիան զուգորդվում է ռադիկալ հայմոռոտոմիայի հետ: Վիրահատությունը կատարվում է ընդհանուր անզգայացման ներշնչափողային /էնդոտրախետալ/ տարբերակի կիրառմամբ:

Հիվանդության ելքը

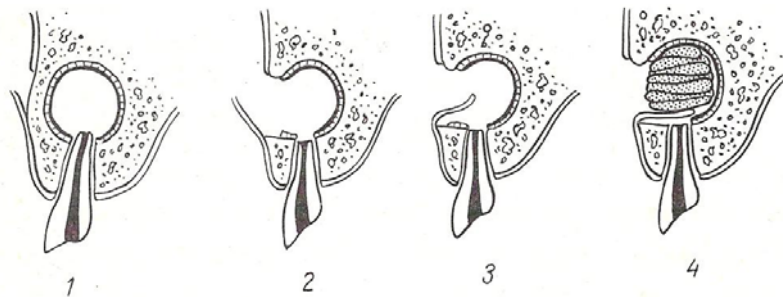
Հիվանդության ելքը բարենպաստ է: Հիվանդների մեծամասնության դեպքում ցիստոտոմիայից հետո նկատվում է հետվիրահատական արատի աստիճանաբար փոքրացում՝ ոսկրային հյուսվածով լցվելու հետևանքով: Մշտական ատամները (սաղմերը), որոնք նախկինում մի կողմ էին մղվել կիստայի կողմից կամ պարփակված էին կիստայի խոռոչում, շարունակում են զարգանալ, ծկթում են և ատամնաշարքում զբաղեցնում իրենց բնորոշ տեղը: Այդ ատամների դիրքը շտկվում է կծվածքի ինքնակարգավորմամբ կամ օրթոդոնտիկ բուժման միջոցով: Կարող են դիտվել այդ ատամների կարծր

հյուսվածքների կառուցվածքային փոփոխություններ որպես տեղային հիպոպլազիա (Տուրների ատամներ), ինչպես նաև կարող է արձանագրվել դրանց պուլպայի էլեկտրագրոսկոպիայի նվազում կամ բացակայություն: Ռադիկալ հայտնությունից զուգորդված ցիստեկտոմիայից հետո ատամները և սաղմերը հեռացնելու հետևանքով մնում է ատամնաշարքի արատ, որը պետք է լրացվի պրոթեզավորմամբ:

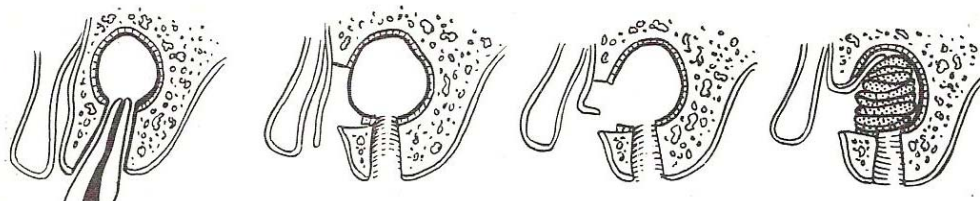
Արմատային կիստայի ցիստոտոմիայից հետո ռեցիդիվ կարող է լինել, եթե վիրահատման ժամանակ բացվող ոսկրային պատուհանի տրամագիծը փոքր է կիստայի տրամագծից: Ցիստեկտոմիայից հետո ռեցիդիվ հնարավոր է, եթե վիրահատման ժամանակ կիստայի թաղանթն ամբողջությամբ չի հեռացվել:

Կանխարգելումը

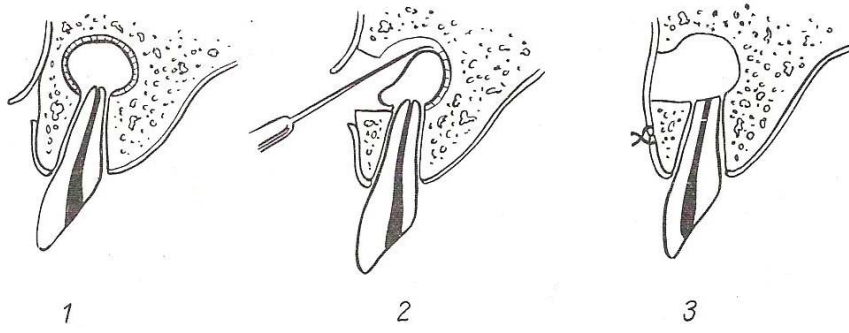
Կիստաների առաջացումը կանխարգելելու համար անհրաժեշտ է ժամանակին հեռացնել անարդյունավետ բուժված կաթնատամները, մեկ տարի տևողությամբ հսկողություն սահմանել քրոնիկական պուլպիտից կամ պերիօդոնտիտից բուժված հիվանդների նկատմամբ՝ պարտադիր վեց ամիսը մեկ անգամ ռենտգենաբանական հսկողություն իրականացնելով: Անախտանիշ ընթացող կիստաներն ի հայտ բերելու համար կարևոր ցուցանիշ են մշտական ատամների ծկթման հերթականությունը և ժամանակը: Այդ առումով նպատակահարմար է հսկել և հետազոտել 9-10 տարեկան երեխաներին: Ատամների ծկթման ժամկետները և հերթականությունը խախտելու դեպքում անհրաժեշտ է կատարել ռենտգենաբանական հետազոտություն, որը հնարավորություն կտա հայտնաբերելու կիստան, երբ այն ունի դեռևս համեմատաբար փոքր չափեր:



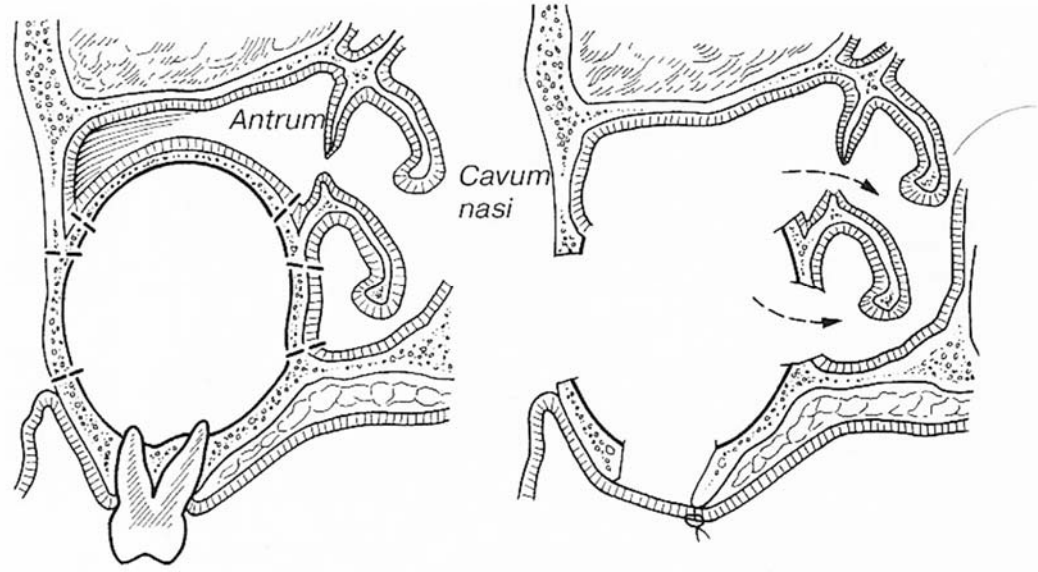
Նկար 126. Ցիստոտոմիա վիրահատությունը, երբ պատճառային ատամը պահպանվում է:



Նկար 125. Ցիստոտոմիա վիրահատությունը, երբ պատճառային ատամը հեռացվում է:



Նկար 127. Ցիստեկտոմիա վիրահատությունը:



Նկար 128. Վերին ծնոտում իրականացվող ցիստեկտոմիան, որը զուգորդվում է հայնորոտոմիայով, որի հետևանքով ձևավորվում է կիստոհայնորոնազալ անաստամոզ: