

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի կառուցվածքային առանձնահատկությունները մանկական տարիքում

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը բաղկացած է երեք շերտից՝

- էպիթելային (epithelium mucosae oris),
 - բուն լորձաթաղանթ (tunica mucosa propria),
 - ենթալորձաթաղանթ (tunica submucosa):
- Էպիթելի և շարակցահյուսվածքային հիմքի միացումը կատարվում է *բազալ /հիմքային/ թաղանթի միջոցով (membrana basilaris):*

Էպիթելը բաղկացած է բջիջների երեք շերտերից՝

- հիմքային (բազալ),
 - փշաձև,
 - տափակ,
- Հիմքային շերտում դիտվում է բազոֆիլիա այդ բջիջների բջջանյութում ՌՆԹ-ի մեծ պարունակության պատճառով: Հիմքային շերտում և փշաձև բջիջների ստորադիր հատվածներում հաճախ լինում են *միտոզներ*, այդ պատճառով այդ շերտերը կոչվում են սաղմնային գոտի (zona germaninativa): Հիմքային թաղանթը երկու թիթեղ է, որոնցից մեկը կազմում են բջջաթաղանթները, իսկ մյուսը՝ շարակցական հյուսվածքի նախակոլագենային շերտը: Միջթիթեղային տարածությունը լցված է կաչուն նյութով:

Պայմանավորված բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի անատոմիա-ֆիզիոլոգիական առանձնահատկություններով՝ տարանջատում են՝

- ծածկութային,
- ծամողական,
- հատուկ լորձաթաղանթ:

Ծածկութային լորձաթաղանթը բնորոշվում է *եղջերացման բացակայությամբ* և արտահայտված *ենթալորձային շերտի առկայությամբ*:

Ծամողական լորձաթաղանթում հայտնաբերվում են եղջերացման նշաններ և այն մեծամասնությամբ հավում է ամիջապես վերնոսկրին, քանի որ *ենթալորձային շերտը նվազագույն է*: Հատուկ լորձաթաղանթը պարունակում է հատուկ նյարդային տարրեր՝ ծայրամասային ռեցեպտորներ (զգայարանային ապարատ). այն պատում է լեզուն՝ առաջացնելով պտկիկներ, որոնք ապահովում են տարբեր տեսակի զգայունությունը:

Դրանք են՝

- ☞ թելանման պտկիկներ (papilla filiformes),
- ☞ սնկաձև պտկիկներ (papilla fungiformes),
- ☞ տերևանման պտկիկներ (papilla foliatae),
- ☞ գլանաձև պտկիկներ (papilla circumvallatae):

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի գգայունությունն ապահովում են եվորոյակ, դիմային և լեզվըմպանային նյարդերի նեյրոնները, ինչպես նաև վերին պարանոցային հանգույցի սիմպաթիկ թելերը, որոնք միաժամանակ ազդում են արյունամատակարարման և գեղձային ապարատի արտազատման վրա:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի կառուցվածքը փոփոխվում է տարիքին գուզընթաց:

Նորածինների շրջանում (մինչև 10 օրական) կառուցվածքը միանման է բուրբ հասվածներում, լորձաթաղանթը կառուցված է միայն հիմքային և փշածն բջիջներից: Հիմքային թաղանթը նուրբ է և բարակ: Թելանման կառույցները քիչ տարբերակված են, դիտվում են կոլագենային թելերի ֆուքսինֆիլիա և էլաստինային թելերի ֆուքսիլինֆիլիա: Բջիջները պարունակում են մեծ քանակությամբ ՌՆԹ և գլիկոգեն:

Բջջային տարրերն են՝

- ֆիբրոբլաստները, որոնք սինթեզում են նախակոլագենը և նախաէլաստինը,
- հիստիոցիտները՝ ֆունկցիոնալ ակտիվ տարրերը,
- մակրոֆագերը, որոնց հիմնական խնդիրն է հյուսվածքների պահպանումը,
- պարարտ բջիջները (առայժմ ոչ ակտիվ տեսակները):

Իմունային հատկություններն ապահովվում են պտղին մայրական հասուն սպիտակուցների ընդերային փոխանցման հաշվին:

Ծծկեր շրջանում (մինչև 1 տարեկան) էպիթելի ծավալը մեծանում է, առաջանում է կառուցվածքային տարբերակում, որի մասին վկայում են ծամոդական էպիթելում պարակերատոզի երևույթները: Գլիկոգենի քանակը բջիջներում կտրուկ նվազում է, հիմքային թաղանթը մնում է նուրբ և բարակ: Լորձաթաղանթը կայուն է վիրուսային և բակտերիային (բացի սնկերից) ծագում ունեցող հարուցիչների նկատմամբ, սակայն սկսում են նվազել անտենատալ շրջանում ձեռք բերած հյուսվածքների իմունային հատկությունները:

Վաղ մանկական հասակում (1-3 տարեկան) կարգավորվում է էպիթելի ձևավորումը: Կոլագենային և էլաստիկ թելերը տեղակայվում են անորոշ և ունեն նուրբ և բարակ կառուցվածք: Բջիջներում գլիկոգենը բացակայում է: Նվազում է իմունային սպիտակուցների քանակը, մեծանում է հյուսվածքների թափանցելիությունը: Այդ տարիքում երեխաները առավել հաճախ են հիվանդանում վիրուսային վարակներով:

Մանկության առաջնային շրջանում (4-7 տարեկան) մեծանում է էպիթելի ծավալը: Բջիջների միտոզների հետևանքով որոշ չափով մեծանում է գլիոգենի և ՌՆԹ-ի քանակը, նվազում են փոխանակության պրոցեսները: Նվազում է բջջային տարրերի և արյունատար անոթների քանակը՝ նախորդ շրջանների համեմատ (էպիթելի ծավալի համեմատ):

Մանկության երկրորդային շրջանում (8-12 տարեկան) գլխոգենի մակարդակը իջնում է. հիմքային /բազալ/ թաղանթը հաստանում է և ամրանում, շատանում են ռետիկուլինային և էլաստիկ կառույցներ, կոլագենը հասուն է, ավելանում են լիմֆոհիստիոցիտար տարրերը, որոնք առաջացնում են շուրջանոթային (պերիվասկուլյար) կուտակումներ:

Այդ տարիքում ակտիվանում են պարարտ բջիջները, որը հանգեցնում է հեպարինի արտադրմանը: Հեպարինը ազդում է որպես պաշտպանողական ոչ սպեցիֆիկ գործոն, արգելակում է արյան պրոթեոլիտիկ և մուկոլիտիկ ֆերմենտները, նորմալացնում է մազանոթների ախտաբանական թափանցելիությունը և նպաստում է հյուսվածքային մետաբոլիզմի վերականգմանը: Այդ տարիքի երեխաներին բնորոշ են ալերգիկ ռեակցիաներով պայմանավորված հիվանդությունները:

12-14 տարեկան երեխաների շրջանում տարիքային փոփոխությունները պայմանավորված են հորմոնալ կարգավորման գործոններով, և դա բացատրվում է հասունացման շրջանի գինզիվիտների և փափուկ լեյկոպլակիայի գերակշռումով:

Բերանի խոռոչի հիվանդությունները լինում են՝

- գուտ բորբոքային բնույթ ունեցող,
- ուռուցքանման կամ բլաստոմատոզ բնույթի:

Բորբոքումը օրգանիզմի բարդ, համալիր, անոթահյուսվածքային, պահպանող պատասխանն է ախտածին հարուցիչի գործողություններին:

Տարբերում են բորբոքման 3 փուլեր

- ↷ ալտերացիայի,
- ↷ էքսուդացիայի,
- ↷ պրոլիֆերացիայի:

Պայմանավորված ընթացքով՝ բորբոքումը կարող է լինել՝

- սուր,
- ենթասուր,
- քրոնիկական:

Սուր բորբոքման դեպքում գերակշռում են ալտերատիվ և էքսուդատիվ երևույթներ, մյուսների դեպքում՝ պրոլիֆերատիվ բորբոքումը:

Ախտաբանական պրոցեսի զարգացումը բնորոշվում է ախտահարման տարրերի առաջացումով: Տարրերը լինում են՝

- ✓ առաջնային,
- ✓ երկրորդային:

Առաջնային տարրերն առաջանում են չփոփոխված մակերեսի վրա: Դրանք են՝

- ✧ բիծը (macula),
- ✧ եղնջայտուցը (urtica),
- ✧ բուշտը (bulla),
- ✧ բշտիկը (vesicula),

- ✧ թարախույտը (pustula),
- ✧ հանգուցիկը (papula),
- ✧ թմբիկը (tuberculum),
- ✧ հանգույցը (nodus),
- ✧ ուռուցքը (tumor):

Երկրորդային տարրերն արդեն գոյություն ունեցող տարրերի ձևափոխումներն են: Դրանցից են՝

- ✧ գունափոխումները (pigmentacio, de-),
- ✧ թեփուկը (squama),
- ✧ էրոզիան (erosio),
- ✧ խոցը (ulcus),
- ✧ ճաքը (rrhagas),
- ✧ կեղևը (crusta),
- ✧ սային (Cicatrix),
- ✧ ատրոֆիան (Atrophia),
- ✧ աֆթան (aphta):

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հիվանդությունների դասակարգումները՝

1. ըստ Կոլեսովի՝

1. վնասվածքային ախտահարումներ,
2. ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում,
3. սպեցիֆիկ վարակների դեպքում,
4. ալերգիկ վիճակների դեպքում,
5. դեղորայքային ախտահարումներ,
6. տարբեր օրգան-համակարգերի ախտահարումների արտահայտությունները բերանի խոռոչում,
7. լեզվի հիվանդություններ,
8. շրթունքի հիվանդություններ:

2. ըստ ՏՖ Վինգրադովայի՝

Ըստ կլինիկական ընթացքի՝

- ✓ սուր,
- ✓ քրոնիկական,
- ✓ ենթասուր:

Ըստ մորֆոլոգիական փոփոխությունների՝

- առաջնային,
- երկրորդային:

Ըստ տեղակայման՝

- ➔ խելիտներ,
- ➔ գլոսիտներ,
- ➔ զինգիվիտներ,
- ➔ պալատինիտներ,
- ➔ պապիլիտներ,

→ ստոմատիտներ:

Ըստ պատճառագիտության՝

- ⇒ վնասվածքային բնույթի ախտահարումներ (մեխանիկական, քիմիական, ֆիզիկական),
- ⇒ հիվանդություններ, որոնք պայմանավորված են վիրուսային, բակտերիային, սնկային վարակներով,
- ⇒ ալերգիաներով պայմանավորված վիճակներ՝ կոնտակտ, մանրէային և դեղորայքային ալերգիաներ,
- ⇒ օրգան-համակարգերի հիվանդությունների արտահայտությունները՝
 - ⇒ արյան հիվանդությունների դեպքում,
 - ⇒ մաշկային հիվանդությունների դեպքում,
 - ⇒ սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների դեպքում,
 - ⇒ մարսողական համակարգի հիվանդությունների դեպքում,
 - ⇒ սուր ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում,
 - ⇒ էնդոկրին համակարգի հիվանդությունների դեպքում,
 - ⇒ նյարդահոգեկան խանգարումների դեպքում:

Մեխանիկական ախտահարումներ

Մեխանիկական ախտահարումները կարող են լինել սուր և քրոնիկական: Սուր ախտահարումներն առաջանում են ուժեղ գործոնի կարճատև ազդեցությունից և առաջացնում են թափածակած, կտրած, կծած և այլ վերքեր: Քրոնիկական տրավմաները զարգանում են թույլ գործոնի երկարատև ազդեցությունից՝ առաջացնելով պառկելախոցեր (пролежни): Նույն ազդակը տարբեր դեպքերում կարող է լինել սուր կամ քրոնիկական տրավմաների գործոն:

Սուր տրավմաներից է նորածինների վաղաժամ ծկթած ատամներով լեզվի, շրթունքների ախտահարումը, դպրոցական տարիքի երեխաների գրասեղանային պարագաներով ախտահարումները, լցանյութերի սուր եզրերով լեզվի, շրթունքների ախտահարումները (նկ. 73): Հիմնական գանգատներն են ցավը,



Նկար 73. Մեխանիկական վնասվածք անզգայացումից հետո:

արյունահոսությունը: Կլինիկորեն դիտվում է անհարթ եզրերով վերք, շրջակա լորձաթաղանթը հիպերեմիկ է, այտուցված:

Մեխանիկական քրոնիկական տրավմաները կարող են զարգանալ երեխաների վնասակար սովորույթների պատճառով, ինչպես, օրինակ՝ լեզվի, այտերի, շրթունքների կծոտելը, ծամելը և այլն: Նորածինների և հիմնականում արհեստական սնուցում ստացող

վաղաժամ ծնվածների շրջանում երկար և կոպիտ ծծակներ օգտագործելու դեպքում հնարավոր է **Բեդնարի աֆթաների** զարգացում: Այն առաջանում է ԱՀ գծի վրա, էլիպսաձև կամ կլորավուն ախտահարում է, հնարավոր է զուգահեռ, որի դեպքում ստանում է թիթեռի թևերի տեսք: Ախտահարումը սահմանափակված է բորբոքային երիզով, շրջապատող լորձաթաղանթը փոփոխված չէ: Հիմնական գանգատն է երեխայի ծծակից հրաժարվելը կերակրելուց 1-2 րոպե անց:

Մեխանիկական ախտահարումների բուժումը

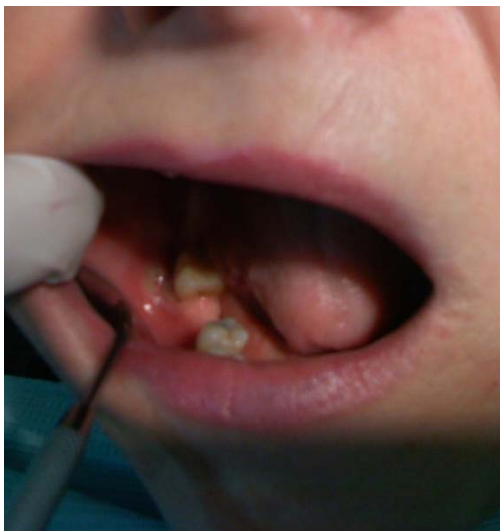
1. Անզգայացում. կատարվում է ապլիկացիոն անզգայացում անէսթեզիանի 10%-անոց քսուքով, բենզոկաինի քսուքով:
2. Հականեխիչ մշակում. կիրառվում են թույլ նյութեր, H₂O 1%-անոց լուծույթ, KMnO₄ 1:5000 լուծույթ, դեղաբույսերի թուրմեր:
3. Վնասող գործոնի հեռացում. քրոնիկական ախտահարումների դեպքում բուժման արդյունավետության գրավականն է:
4. Հակաբորբոքային թերապիա. կարելի է կիրառել ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ՝ նիմեսիլ, իբուպրոֆեն (ցավերի և այտուցի դեպքում):
5. Կերատոպլաստիկա. սուլկոսերիլ, ակտովեգին, չիչխանի յուղ, վիտամին A, E, յուղային լուծույթներ, կարոտոլին, մասուրի յուղ և այլն:

Քիմիական ախտահարումներ

Կարող են առաջանալ կենցաղային, սուիցիդալ, յաթրոգեն պատճառներով:

Քիմիական ախտահարումները լինում են թթվային և հիմնային:

Կլինիկաներում հաճախ հանդիպում են մկնդեղային ախտահարումները (նկ. 74), բարձր տոկոսային ջրածնի պերհիդրոլի, նատրիումի հիպոքլորիդի լուծույթներով այրվածքները:



Նկար 74. Մկնդեղային այրվածք:

Թթվային նյութերն առաջացնում են կոագուլյացիոն կամ չոր մեռուկ, կատարվում է բջիջների սպիտակուցների կոագուլյացիա, առաջանում է կեղանք, որը հնարավորություն չի տալիս նյութը ավելի խոր ներթափանցելու:

Հիմնային այրվածքներն առաջացնում են կոլիկվացիոն կամ խոնավ մեռուկ, լուծելով հյուսվածքները՝ նրանք ավելի խոր են ներթափանցում ստորադիր հյուսվածքներ:

Կլինիկական պատկերում առանձնացնում են 3 շրջան՝

1. սուր, որի դեպքում գերակշռում է թույնի ընդհանուր տոքսիկ ազդեցությունը,
2. ստոմատիտի փուլ, որի դեպքում կատարվում է տեղային մշակում,
3. ռեգեներացիայի փուլ, հյուսվածքների վերականգնում:

Քիմիական ախտահարումների բուժումը՝

- Անզգայացում:
- Քիմիական նյութի չեզոքացում. կիրառվում են հակառակ նյութերը՝ թույլ կիրորոնաթթուն կամ քացախաթթուն հիմնային այրվածքների դեպքում և սոդայաջուրը՝ թթվային այրվածքների դեպքում:
- Ֆերմենտների կիրառում. դրանք պատրաստվում են ex tempore, քանի որ 20 րոպեի ընթացքում ապակտիվանում են, կիրառում են պրոթեոլիտիկ ֆերմենտներ՝ տրիպսին, պանկրիպսին, քիմոտրիպսին:
- Կորտիկոստերոիդներ՝ հիմնականում հիդրոկորտիզոնը, ծանր դեպքերում՝ պրեդնիզոլոնը:
- Կերատոլաստիկա:

Ֆիզիկական ախտահարումներ

Ախտահարումները լինում են բարձր և ցածր ջերմաստիճաններով, էլեկտրական հոսանքով, ճառագայթային:

Բարձր ջերմաստիճանի ախտահարումները՝ *այրվածքները*, լորձաթաղանթի վրա լինում են 3 աստիճանի:

Առաջին աստիճանի այրվածքների դեպքում լորձաթաղանթի մակերեսը հիպերեմիկ է, այտուցված, հնարավոր է ցավի, այրոցի զգացողություն:

Երկրորդ աստիճանի այրվածքների դեպքում լորձաթաղանթի մակերեսը հիպերեմիկ է, այտուցված, առաջանում են բշտեր, ցավ, այրոց:

Երրորդ աստիճանի այրվածքների դեպքում լորձաթաղանթի մակերեսը հիպերեմիկ է, այտուցված, բշտերն արագ բացվում են՝ առաջացնելով էրոզիվ մակերես:

Ցածր ջերմաստիճանից առաջացած ախտահարումները՝ *ցրտահարումները*, նույնպես լինում են 3 աստիճանի: Առավելապես ախտահարվում են լեզվի ծայրը, շրթունքները:

Էլեկտրական հոսանքի ախտահարումներից կարող են առաջանալ սպիավորում, բերանի բացվածքի փոքրացում՝ միկրոստոմիա:

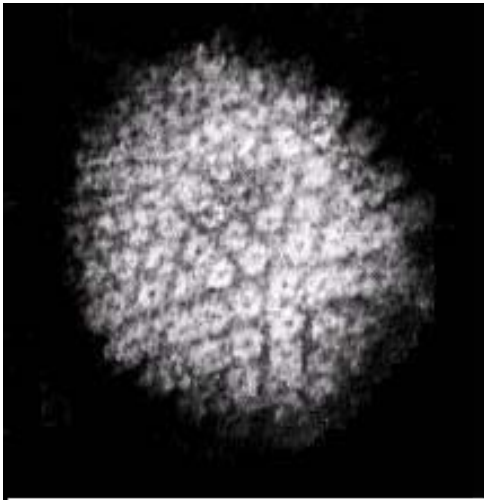
Ճառագայթային ախտահարումներ լինում են ուռուցքներ ունեցող երեխաների շրջանում, որոնց բուժման եղանակը կոշտ ճառագայթների կիրառումն է:

Ֆիզիկական ախտահարումների բուժումը՝

- անզգայացում,
- ֆերմենտների կիրառում,
- կերատոլաստիկա:

ՍՈՒՐ ՀԵՐՊԵՏԻԿ ԱՏՈՄԱՏԻՏՆԵՐԸ ԵՐԵՒԱՆՆԵՐԻ ՍՈՏ

Երեխաների շրջանում առկա ամենատարածված հիվանդություններից



**Նկար 75. virus Herpes simplex-ը
էլեկտրոնային մանրադիտակով x10000:**

մեկն է (80% դեպքերում): Այն սուր կոն-տագիոզ, վարակիչ հիվանդություն է, ընթանում է օրգանիզմի ընդհանուր տոքսիկոզի (թունավորման) երևույթ-ներով և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի տեղային արտահայտումներով: Այն լուրջ հիվանդություն է, ընթանում է իմունային, ռետիկուլոէնդոթելային, նյարդային համակարգերի խանգարումներով: Ընկճվում կամ բացակայում են իմունետետի սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ գործոնները:

Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը (ախտածնությունը): Հիվանդության հարուցիչը հասարակ հերպեսի վիրուսն է (virus Herpes simplex, նկ. 75):

Ախտահարման առաջնային տարրը բշտիկն է (նկ. 76): Իր անտիգենային



**Նկար 76. Առաջնային
տարր. Բշտիկ:**

հատկություններով վիրուսը բաժանվում է 2 խմբի՝ 1 տեսակ՝ հերպետիկ ախտահարումներ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա, 2-րդ տեսակ՝ սեռական օրգանների ախտահարումներ: Վիրուսը ԴՆԹ պարունակող է: Օրգանիզմում այն բազմանում է էպիթելային բջիջներում: Մտնելով երեխայի օրգանիզմ և առաջացնելով առաջնային հերպետիկ վարակի արտահայտություն՝ այն մնում է ամբողջ կյանքի ընթացքում լատենտ վիճակում կամ առաջացնում է հիվանդության ռեցիդիվներ: Առաջնային ախտահարումը լինում է 1-3 տարեկանում, երբ երեխայի արյան մեջ պակասում է կամ

վերանում մորից ստացած հակամարմինների քանակը:

Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է կամ վիրուսակիրը: Վարակն անցնում է անմիջական շփման կամ օդակաթիլային ճանապարհով: Առավել ծանր է ընթանում կյանքի առաջին ամիսներին, երբ կան լորձաթաղանթի, մաշկի, աչքի և այլնի գեներալիզացված ախտահարումներ:

Երեխայի դեպքում գեներալիզացված տեսակի զարգացումը հնարավոր է, երբ մայրը չունի հասարակ հերպեսի հակամարմիններ: Այդպիսի երեխաներն ունեն ծանր սեպտիկ վիճակ՝ ուղեղի և ներքին օրգանների շճային

թաղանթների ախտահարումով: Բերանի խոռոչում առաջանում են նեկրոզի օջախներ, հնարավոր է մահացու ելք:

ՄՀՍ- ն ընթանում է վարակիչ հիվանդությունների պես և ունի զարգացման 5 շրջան՝

- 1) պրոդրոմալ,
- 2) լորձաթաղանթային,
- 3) ախտահարման էլեմենտների ցանավորման,
- 4) հիվանդության հանգման,
- 5) կլինիկական առողջացման:

Ախտահարման *ծանրության աստիճանը* որոշվում է ընդհանուր ախտանիշների արտահայտվածության և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա ախտահարման տարածվածության մակարդակով: Ըստ ընթացքի՝ լինում են թեթև, միջին ծանրության և ծանր:

Ախտորոշումը. հերպետիկ ստոմատիտի ախտորոշումը դրվում է անամնեզի տվյալների, հիվանդության կլինիկական ընթացքի, ախտորոշման լաբորատոր մեթոդների կիրառման հիման վրա:

Լաբորատոր մեթոդներից են՝

- իմունոֆլյուորեսցենցիայի էքսպրես մեթոդը, որի դեպքում անտիգեն պարունակող բջիջները լյումինացենտային մանրադիտարկման ընթացքում սկսում են լուսարձակել, երբ միանում են անտիգենի և սպեցիֆիկ իմունային սպիտակուցները,
- մոլեկուլյար հիբրիդիզացիայի մեթոդը,
- վիրուսաբանական հետազոտությունը, երբ ախտահարման հատվածներից ստացած նյութով վարակում են բջիջները կամ կենդանիներին,
- սերոլոգիական հետազոտությունների (հակամարմինների տիտրերի որոշմամբ՝ ուղիղ կամ անուղղակի եղանակներով),
- ցիտոլոգիական մեթոդը, որի դեպքում վերցնում են ախտահարման տարրերից քսուք, ներկում են ըստ Ռոմանովսկու-Գիմզեի, որպեսզի հայտնաբերվեն հերպեսին բնորոշ հսկա բազմակորիզ բջիջներ (նկ. 77): Այս եղանակի բացասական կողմերից է նմանատիպ բջիջների հայտնաբերումը ջրծաղիկի, կարմրուկի, գոտևորող հերպեսի և այլ վիրուսային հիվանդությունների դեպքում:

Ինկուբացիոն շրջանը տևում է 2 – 17 օր: Երեխայի օրգանիզմ անցնելուց հետո վիրուսը բազմանում է տեղային հյուսվածքների բջիջներում և մոտակա ավշահանգույցներում. այդ պատճառով մինչ բերանի խոռոչում ախտահարման էլեմենտների ի հայտ գալը նախորդում է լիմֆադենիտը: Պրոցեսում ներգրավվում են հիմնականում ստորձնոտային ավշահանգույցները: Լիմֆադենիտը *նախորդում է* ցանավորմանը և ուղեկցում է հիվանդության ողջ ընթացքում: Ինկուբացիոն շրջանում նկատվում է *առաջնային* վիրուսեմիա,

այսինքն՝ վիրուսը ներթափանցում է արյուն: Դիապեդեզի ճանապարհով անցնելով մազանոթային ցանց՝ հասարակ հերպեսի վիրուսը նստում է լյարդում, փայծաղում և այլ օրգաններում, այնտեղ արագ բազմանում է: Առաջանում է հյուսվածքների նեկրոզ:



Նկար 77. Բազմակորիզ հսկա բջիջներ:

Երկրորդային վիրուսեմիան համապատասխանում է հիվանդության պրոդրոմալ շրջանին և նրա բուն շրջանի առաջին օրերին: Նշված օրգաններում բազմանալուց հետո՝ արյան մեջ հայտնվում է մեծ քանակությամբ վիրուս: Երկրորդային վիրուսեմիայի դեպքում ախտահարվում են մաշկը, լորձաթաղանթը, որտեղ շարունակվում է վիրուսի ներբջջային բազմացումը:

Լորձաթաղանթային շրջանը ՀՀՎ-ի էպիթելային հյուսվածքներում նրանց բազմացման և գեներալիզացված ախտահարման արդյունք է: Ախտաբանական պրոցեսում, պայմանավորված գեներալիզացիայի աստիճանով, ներքաշվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը, բկանցքը, վերին շնչուղիները, աչքի և սեռական օրգանների լորձաթաղանթը: Ինչքան ծանր է ընթանում հիվանդությունը, այնքան ավելի է արտահայտված վիրուսեմիան և ՀՀՎ-ի ներբջջային բազմացման ինտենսիվությունը, երկարատև և վառ է արտահայտված լորձաթաղանթների կատարը: Այդ պրոցեսների ազդեցությամբ առաջանում է երկրորդային վարակ, որն արտահայտվում է լարինգիտներով, հարբուխով, հագով, կոնյուկտիվիտով, վուլվիտով: Օրգանիզմի իմունաբանական պաշտպանությունը կատարվում է ոչ սպեցիֆիկ և սպեցիֆիկ մեխանիզմներով:

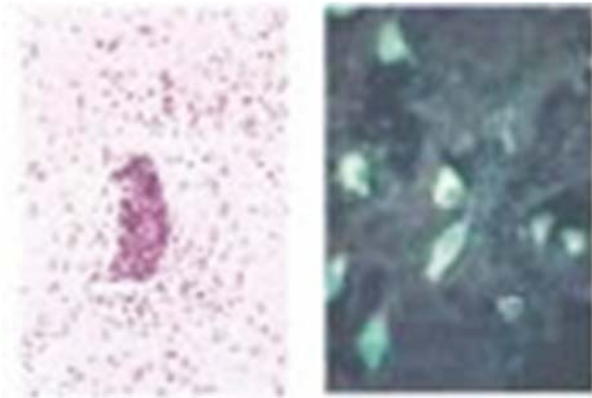
Օրգանիզմի իմունաբանական պաշտպանությունը ՄՀՄ-ի ժամանակ

- 1) վիրուսով վարակված բջիջների ֆագոցիտոզ, որի հետևանքով առաջանում են հսկա բազմակորիզ բջիջներ,
- 2) ինտերֆերոնի առաջացում (երեխաների շրջանում ֆունկցիան թերգարգացած է),
- 3) հակամարմինների առաջացում,
- 4) տենդային ռեակցիաներ:

ՄՀՄ-ով հիվանդացած երեխաները դառնում են անախտանիշ վարակակիր կամ հիվանդանում են ռեցիդիվող հերպեսով:

Վիրուսի ԴՆԹ-ի ինտերպոյացիան նեյրոնների կորիզների ԴՆԹ-ի հետ պաշտպանում է վիրուսը տարբեր հակամարմինների, քիմիական և բջջային

իմունային գործոնների ազդեցությունից՝ ապահովելով վարակի լատենտությունը (նկ. 78): Վերջինս ապահովում է վիրուսի պահպանումը տիրոջ օրգանիզմում մինչև ակտիվացման համար բարենպաստ պայմանների ի հայտ



Նկար 78 . Ախտահարված նեյրոններ:

գալը: Այսինքն՝ տարբեր գործոնների ազդեցության հետևանքով խանգարվում է օրգանիզմ – վիրուս հավասարակշռությունը հոգուտ վիրուսի, և սկսվում է հիվանդության ռեցիդիվը: Ռեցիդիվ առաջացնող գործոններից են հումորալ և բջջային իմունիտետի խանգարումները, իմունոգլոբուլինների մակարդակի իջեցումը, մեծ դեղաչափերով հակաբիոտիկների

կիրառումը, իմունոդեպրեսանտների և ստերոիդների կիրառումը, տեղային վնասվածքները, սթրեսը, գերսառեցումը, գերտաքացումը, տենդային վիճակները, հորմոնալ շեղումները, վարակակիրի հետ շփումը:

Կլինիկան

Սուր հերպետիկ ստոմատիտի **թեթև տեսակների** կլինիկական ընթացքը.

- 1) *Պրոդրոմալ շրջանը* կլինիկորեն արտահայտված չէ, ինտոքսիկացիայի նախանշանները բացակայում են:
- 2) *Լորձաթաղանթային շրջանում* ջերմաստիճանը բարձրանում 37,2 – 37,5°C-ով, երեխայի ընդհանուր վիճակը բավարար է, բնորոշ է վերին շնչուղիների կատառ, թեթև կատառալ գինգիվիտ, ստորձնոտային լիմֆադենիտ: Շրջանի տևողությունը 1 – 2 օր է:
- 3) *Ցանավորման շրջանում* մարմնի ջերմաստիճանը 37,5°C է, ընդհանուր վիճակը՝ բավարար, երեխան նշում է ցավ սնունդ ընդունելիս, զննման ժամանակ նկատվում է բերանի խոռոչի արտահայտված հիպերեմիա, մեկ կամ մի քանի (մինչև 5) ախտահարման էլեմենտներ, լիմֆադենիտ: Շրջանի տևողությունը 1 – 2 օր է:
- 4) *Հանգստան շրջանում* մարմնի ջերմաստիճանը նորմալ է, ինքնազգացողությունը՝ բավարար, գինգիվիտը բացակայում է, ախտահարման տարրեր՝ էպիթելիզացման շրջանում, պահպանվում է լիմֆադենիտը: Տևողությունը 4 – 6 օր է:
- 5) *Կլինիկական առողջացման շրջանում* ջերմաստիճանը նորմալ է, ինքնազգացողությունը՝ բավարար, գինգիվիտ չկա կամ չբուժելու դեպքում պահպանված է, լիմֆադենիտը պահպանվում է մինչև 7 օր: Տևողությունը 7 օր է:

Սուր հերպետիկ ստոմատիտի *միջին ծանրության* տեսակների կլինիկական նշանները.

- 1) *Պրոդրոմալ շրջանում* մարմնի ջերմաստիճանը 37,2 - 37,5°C է, առկա է ընդհանուր վիճակի վատացում՝ թուլություն, երեխան դառնում է կամակոր, ախորժակը վատանում է:
- 2) *Կատառալ շրջանում* մարմնի ջերմաստիճանը 38–39°C է, ընդհանուր վիճակը միջին ծանրության է, երեխան գունատ է, ունի գլխացավ, սրտխառնոց, փսխում, հագ, հարբուխ: Բերանի խոռոչում առկա են սուր կատառալ գինգիվիտի, ստոմատիտի երևույթներ, ցանավորում շուրջբերանային շրջանում, լիմֆադենիտ: Շրջանի տևողությունը 2,5 – 3 օր է:
- 3) *Ցանավորման շրջանում* գինգիվիտն ուժգնանում է, ցանավորման էլեմենտների քանակը 5 – 25 – ն է, թքարտադրությունը շատանում է: Ընդհանուր վիճակը վատանում է, երեխան չի ուտում, վատ է քնում, առկա է երկրորդային տոքսիկոզի նշանների աճ: Բերանի խոռոչում առկա են պոլիմորֆ կրկնակի ցանավորումներ, լիմֆադենիտ (նկ. 79, 80):
- 4) *Հանգման շրջան.* ջերմաստիճանը նորմալ է, ինքնազգացողությունը բավարար է, գինգիվիտի բացակայություն կամ չբուժված գինգիվիտ, ախտահարման էլեմենտները էպիթելիզացվում են: Այս շրջանի տևողությունը պայմանավորված է օրգանիզմի դիմադրողականությամբ և բուժումով (սկսած 14 օրից), որպես բարդություն՝ հնարավոր են խոցանեկրոտիկ գինգիվիտի զարգացում, լիմֆադենիտ:
- 5) *Կլինիկական առողջացման* շրջանում պահպանվում է լիմֆադենիտը:

Սուր հերպետիկ ստոմատիտի *ծանր տեսակների* կլինիկական նշանները.

1) *Պրոդրոմալ շրջանում* ջերմաստիճանը 38 – 39°C է, ընդհանուր վիճակը՝ աղինամիա, սրտխառնոց, փսխում, ապատիա, գլխացավ, արթրալգիա, մաշկա-մկանային հիպերէսթեզիա, տախիկարդիա կամ բրադիկարդիա, հիպոտոնիա, հագ, հարբուխ: Հիվանդությանը նախորդում են վիրուսային կամ բակտերիալ այլ հիվանդություններ: Տևողությունը 3 – 7 օր է:

2) *Կատառալ շրջանում* մարմնի ջերմաստիճանը 39,5 – 40°C է, ընդհանուր վիճակը՝ ծանր, արտահայտված ինտոքսիկացիա, գունատություն, հագ, հարբուխ, կոնյուկտիվիտ, շրթունքները չոր են, կարմիր, ճաքած, առկա են կատառալ-խոցային գինգիվիտ, ստոմատիտ, լիմֆադենիտ՝ ստործնոտային և պարանոցային: Շրջանի տևողությունը 3 – 4 օր է:

3) *Ցանավորման շրջանում* ջերմաստիճանը 38-39°C է, ընդհանուր վիճակը ծանր է. դիտվում են ախորժակի բացակայություն, շնչառական համակարգի բորբոքման երևույթներ, քթից արյունահոսություն, բերանի խոռոչում էլեմենտների քանակը 30–100 է, որոնք զարգացման տարբեր փուլերում են: Դրանք միանում են, առաջանում են նեկրոզի գոտիներ, խոցա-նեկրոտիկ գինգիվո-ստոմատիտ, թքարտադրության աճ՝ խառնված արյան հետ,

բերանից՝ թարախի հոտ, ցանավորումներ մաշկի վրա, լիմֆադենիտ: Շրջանի սևողությունը 2-5 օր է:

4) *Հանգսան շրջանում* ջերմաստիճանը նորմալ է, ախորժակը և քունը վերականգնվում են դանդաղ: Գինգիվիտը և լիմֆադենիտը պահպանվում են, սևողությունը 10-16 օր է:

5) *Կլինիկական առողջացման շրջանում* առկա են մնացորդային գինգիվիտի երևույթներ, լիմֆադենիտը պահպանվում է 2-4 շաբաթ:



Նկար 79. ՍՀՄ-ի տարածումը մաշկի վրա:

ՍՀՄ-ն հարկավոր է տարբերակել՝

- 1) դեղորայքային ստոմատիտից,
- 2) բազմաձև էքսուդատիվ էրիթեմայից,
- 3) դիֆթերիայից,
- 4) հերպանգինայից,
- 5) դաբաղից և այլն:



Նկար 80. ՍՀՄ-ի զարգացումը 8 տարեկան երեխայի մոտ:

Քրոնիկական ռեցիդիվող հերպես

Քրոնիկական ռեցիդիվող հերպեսը փոքր հասակի վիրուսակիր երեխաների շրջանում բնութագրվում է պարբերաբար առաջացող սրացումներով: Հիվանդությունը կրկնվում է առավելապես գարնանը, ամռանը, աշնանը: ՍՀՄ տարած երեխաների 10%-ի դեպքում ռեցիդիվ լինում է առաջին 1 տարվա ընթացքում: Այն երեխաները, որոնք հիվանդացել են ՍՀՄ-ով, դառնում են վիրուսակիր կամ տառապում են ռեցիդիվող հերպեսով:

Վիրուսի ԴՆԹ-ի ինտերպոյացիան նեյրոնի կորիզի ԴՆԹ-ի հետ պաշտպանում է վիրուսը հակամարմինների ազդեցությունից, քիմիաթերապիայից, բջջային իմունային գործոններից՝ ապահովելով վարակի գաղտնիությունը:

Լատենցիան ապահովում է վիրուսի պահպանումը մարդու օրգանիզմում մինչև նրա ակտիվացման համար բարենպաստ պայմանների հայտնվելը և

վիրուսի վերածուրը վարակիչ տեսակին, որը և հանգեցնում է ռեցիդիվի (նկ. 81): Այսինքն՝ տարբեր գործոնների ազդեցությամբ խանգարվում է օրգանիզմ-վիրուս հավասարակշռությունը հոգուտ վիրուսի, որն էլ ռեակտիվանում է, և



Նկար 81. Քրոնիկական հերպետիկ ստոմատիտ:

առաջանում է ռեցիդիվ:

Հիվանդության ռեցիդիվ առաջացնող գործոններից են՝

- հումորալ և բջջային իմունիտետի խանգարումները,
- իմունոգլոբուլինների մակարդակի նվազումը,

- հեմատոլոգիական և իմունոդեպրեսիվ խանգարումները,
- մեծ դեղաչափերով հակաբիոտիկների, հորմոնների, իմունոդեպրեսանտների կիրառումը,
- տեղային վնասվածքները, սառեցումը, արևային ճառագայթները, սթրեսները, տենդային վիճակները, հորմոնալ փոփոխությունները, ՍՀՄ-ով հիվանդ մարդկանց հետ շփումը:

Վարակվելու ժամանակ պաշտպանիչ դեր են կատարում իմունիտետի հումորալ և բջջային սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ գործոնները՝ պայմանավորված հակամարմինների, մակրոֆագերի, լիմֆոցիտների, լեյկոցիտների, ինտերֆերոնի մասնակցությամբ: Հիվանդության ռեցիդիվ առաջանում է օրգանիզմի սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ ռեակտիվականության ընկճմամբ:

Մարմնի ցանկացած հատվածում, հաճախ շրթունքների, քթի, սեռական օրգանների վրա առաջանում է ցան՝ կազմված փոքր, իրար միացած մի քանի բշտիկներից, որոնք շրջափակված են բորբոքային երիզով: Մի քանի օրից բշտիկները չորանում են և լավանում՝ առանց սպիներ թողնելու: Ջերմաստիճանի բարձրացում, ավշահանգույցների մեծացում չի լինում:

Ռեցիդիվները դառնում են հաճախակի և կանոնավոր՝ առանց որևէ գործոնի: Բշտիկները կարող են բացվել՝ առաջացնելով էրոզիաներ: Երկրորդային վարակը ուժգնացնում է հիվանդության արտահայտումը մեծ չափի էրոզիաներով և խոցերով: Մաշկի և շրթունքի կարմիր երիզի վրա առաջանում են դեղին կեղևներ: Նշվում են նաև շրջակա լիմֆադենիտներ: Էրոզիաները լավանում են 3-5 օրում, սակայն մաշկի վրա՝ ավելի ուշ:

Բերանի խոռոչում բշտիկները կլոր են և տեղակայվում են մեծ մասամբ լնդի ամուր հաստվածներում: Ռեցիդիվող աֆթաներից տարբերվում են նրանով, որ սրանք առավելապես տեղակայվում են փուխր լորձաթաղանթի վրա և ունեն ավելի մեծ բորբոքային երիզ, և խոցն ավելի խոր է:

ԽՀՄ-ի բուժումը

Քրոնիկական ռեցիդիվող հերպեսի բուժումը նման է ՄՀՄ-ի բուժմանը, սակայն ավելի բարդ է: Բուժումը պայմանավորված է հիվանդության շրջանով և տեղային ու ընդհանուր դրսևորման արտահայտվածությամբ: ԽՄՀ-ով երեխաներին շրջանում պետք է սահմանել դիսպանսեր հսկողություն:

Ընդհանուր բուժումը կատարվում է ծանրության բոլոր աստիճանների դեպքում հենց հիվանդության սկզբից և ներառում է հետևյալ միջոցառումները՝ ***Ընդհանուր բուժում՝***

- 1) ոչ սպեցիֆիկ դեզինտոքսիկացնող թերապիա,
- 2) հիպոսենսիբիլիզացնող դեղամիջոցներ,
- 3) ներքին ընդունման հակավիրուսային դեղամիջոցներ,
- 4) իմունոստիմուլյատորներ կամ իմունակարգավորիչներ:

Հակավիրուսային թերապիայի սկզբունքները՝

- 1) բուժումը սկսում են հիվանդության պրոդրոմալ շրջանից,
- 2) հանգման շրջանում հակավիրուսային թերապիան ավարտվում է,
- 3) դեղամիջոցներն օգտագործում են օրը 4 – 5 անգամ,
- 4) հակավիրուսային դեղամիջոցները քսում են լորձաթաղանթի և՛ ախտահարված, և՛ առողջ հատվածներին:

ԽՀՄ-ի բուժման առանձնահատկությունները՝

- 1) տեղային հակավիրուսային բուժումն անցկացվում է մինչև ախտահարման էլեմենտների էպիթելացման ավարտը,
- 2) ընդհանուր բուժման համար պարտադիր օգտագործում են հակավիրուսային, իմունոստիմուլյացնող կամ իմունակարգավորիչ միջոցներ:

ՄՀՄ-ի և ԽՀՄ-ի բուժման ժամանակ կիրառվող դեղամիջոցներ

- 1) Վիտամիններ՝
վիտամին C՝ օրը 5մլ 1 շաբաթվա ընթացքում,
վիտամին B₁₂՝ 1000մգ ամեն օր 1 ամիս,
- 2) ապիթերապիա և ֆիտոթերապիա,
- 3) դեսենսիբիլիզացնող՝ դիմեդրոլ, դիազոլին, դիպրազին, սուպրաստին, տավեզիլ և այլն,
- 4) իմունոստիմուլյատորներ՝ հիստոգլոբուլին, գամագլոբուլին, պրոդիգիոզան, դեկարիս,
մետիլուրացիլ, պենոքսիլ, հակահերպետիկ վակցինա, իմուդոն,
- 5) ֆերմենտներ՝ տրիպսին, քիմոտրիպսին, լիզոցիմ և այլն,
- 6) կերատոպլաստիկներ՝ սոլկոսերիլ, կարոտոլին, ալազոլ, ինոզոլ, մասուրի յուղ, չիչխանի յուղ, վիտամին A և այլն,
- 7) անզգայացնող միջոցներ՝ անեսթեզինի քսուք, պրոպոսոլ և այլն,
- 8) տեղային օգտագործման հակավիրուսային դեղամիջոցներ՝ քսուքներ՝ գովիրաքս, ացիկլովիր, ացիկ, վալացիկլովիր, ֆամցիկլովիր, պենցիկլովիր, օքսոլին, ռեոդոքսոլին, ալպիզարին, ինտերֆերոն և այլն, պոլուդանը խթանում է ինտերֆերոնի առաջացումը,

9) ներքին ընդունման հակավիրուսային միջոցներ՝ Ացիկլովիր՝ հաբ 200մգ և ներարկում՝ 250մգ, ինտերֆերոն՝ 500 միավոր/մլ ն/մ 1մլ 3 – 4 օրը մեկ, կուրսը՝ 4 – 5 ներարկում, ռեոֆերոն՝ 500000 ՄԻ ն/մ 1 – 2 օրը մեկ 5 ներարկում, ալպիզարին՝ 0,1գ , կես հաբից օրը 3 անգամ, բոնաֆոնն՝ 0,1 – 0,25գ օրը 5 անգամ, 5 օր:

ՄՀՄ-ի և ԽՀՄ-ի դեպքում երեխաների **խնամքը՝**

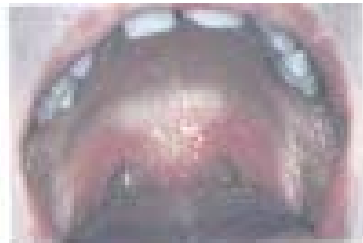
- 1) մեկուսացնել երեխաներին,
- 2) անկողնային ռեժիմ,
- 3) բժշկի նշանակումների կատարում,
- 4) հատուկ սնունդ և կերակրում,
- 5) հարկավոր է հիշել, որ ջերմաստիճանի բարձրացումը օրգանիզմի պաշտպանական ռեակցիան է:

Կանխարգելման նպատակով կարելի է նշանակել ԴԼԹ-ի 0,1%-անոց լուծույթով ինհալյացիա և 5%-անոց ասկորբինաթթվի լուծույթ:

Հերպանգինա

(վեզիկուլյար ֆարինգիտ, աֆթոզ ֆարինգիտ, Ջագորսկու հիվանդություն)

Հերպանգինա առաջացնում է Կոկսակի Ա վիրուսը: Մեծ մասամբ այն լինում է փոքր հասակի երեխաների շրջանում ամռան ամիսներին: Սկսվում է տենդով և կոկորդի շրջանում ցավով: Փափուկ քիմքի և կոկորդի ուժեղ հիպերեմիկ լորձաթաղանթի վրա հայտնվում են փոքրիկ բշտիկներ (նկ. 82), որոնք հեշտությամբ բացվում են ու առաջանում են մինչև 10 փոքրիկ էրոզիաներ: Փափուկ քիմքի կոկորդային հատվածն առավել բորբոքված է, իսկ առջևում քիչ-քիչ գունատվում է: Լինդը ներգրավված չէ:



Նկար 82. Հերպանգինա:

Մարմնի ջերմաստիճանը մինչև 38°, առաջանում են ցավեր սնունդ ընդունելու, կլման ժամանակ, լիմֆադենիտ:

Հնարավոր են ցանավորումներ աչքի և սեռական օրգանների լորձաթաղանթի վրա:

Հիվանդությունն ընթանում է թեթև և տևում է 4 - 6 օր:

Բուժումը՝
անկողնային ռեժիմ,
հակավիրուսային դեղամիջոցներ,
ջերմիջեցնողներ,

դեսենսիբիլիզացնող միջոցներ,
հականեխիչ լուծույթներ՝ ողողումների համար,
վիտամիններ՝ B, C,
ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում,
հելիում նեոնային լազերի կիրառում,
հաշվեկշռված սնունդ:

**Սուր ինֆեկցիոն հիվանդությունների արտահայտությունները բերանի խոռոչի
լորձաթաղանթի վրա**

Կարմրախտ (Rubeola)

Հարուցիչը 60-70նմ տրամագծով ՌՆԹ պարունակող Rubivirus ցեղի Togaviridae տեսակի վիրուսն է: Վիրուսը տրոպիզմ ունի շնչառական և միզասեռական ուղիների լորձաթաղանթի, մաշկի, ընկերքի, սինովիալ հյուսվածքի և ավշային համակարգի բջիջների հանդեպ: Կարմրախտի վարակը լինում է օդակաթիլային ճանապարհով (խոսելու ժամանակ, հագալիս, փռշտալիս), ուղղահայաց ճանապարհով (մորից պտղին): Վարակի աղբյուրը միայն հիվանդության մանիֆեստային կամ ենթակլինիկական տեսակներով հիվանդ մարդիկ են և բնածին կարմրախտով նորածինները, որոնք հարուցիչներ են արտազատում 1-6 ամսվա ընթացքում, երբեմն նույնիսկ մինչև 1.5 տարեկանը: Հիվանդ մարդը վիրուս է արտազատում ցանավորումից 5-7 օր առաջ և մնում է վարակիչ ցանավորման ավարտից հետո՝ 5-7օրվա ընթացքում: Քթըմպանի լորձաթաղանթից վիրուսը տարածվում է ավշային ճանապարհով և արյան միջոցով: Ցանավորման ժամանակ արյան մեջ կարելի է 1-3 ամսվա ընթացքում հայտնաբերել M դասի հակամարմիններ (IgM): G դասի իմունոգլոբուլիններ (IgG) սովորաբար պահպանվում են ամբողջ կյանքի ընթացքում, սակայն նրանց տիտրը կարող է աստիճանաբար նվազել, որը հաճախ դժվարացնում է իմունային կարգավիճակի գնահատումը:

Կլինիկական պատկերը: Ինկուբացիոն շրջանը տևում է 16-20 օր, պրոդրոմալ շրջանը տևում է 1-3 օր, բայց կարող է բացակայել: Այս շրջանում լինում են ինտոքսիկացիայի թույլ արտահայտված նշաններ՝ քիչ թուլություն, սարսուռ, ախորժակի, տրամադրության անկում, գլխացավ, որոշ հիվանդների (հատկապես մեծերի շրջանում) մկանային ցավեր, հոդացավեր (ճաճանչ-դաստակային, սրունք-թաթային), երբեմն ջերմության բարձրացում մինչև սուբֆեբրիլ: Այդ շրջանում լինում են թեթև կոնյուկտիվիտի նշաններ, բկանցքի կարմրություն, ավշային հանգույցների մեծացում և ցավոտություն (հատկապես հետին-պարանոցային և ծոծրակային): Մեծ մասամբ ծնողները երեխայի հիվանդանալը նկատում են, երբ առաջանում է ցանավորում, և մարմնի ջերմաստիճանը կտրուկ բարձրանում է մինչև 38-38.5°C, կարող են հարաճել կատառալ երևույթները (կոնյուկտիվիտ, ռինիտ, անգինա), կարող է առաջանալ հագ: Էկզանթեման առաջանում է հիվանդության 1-3 օրերին, շատ արագ (մի քանի ժամվա ընթացքում) առանց որևէ հերթականության և

տարածվում է ամբողջ մարմնով, բացի ափերից և ներբաններից: Երբեմն ցանավորումն ուղեկցվում է թույլ արտահայտված քորով: Ցանավորման էլեմենտները բաց վարդագույն կամ կարմիր բծեր են՝ 2-4մմ տրամագծով, կլոր, հարթ եզրերով, հակված են չեն միաձուլման:

Հղիության ժամանակ վիրուսը մոր արյան միջոցով ախտահարում է ընկերքը, որին ոչ միշտ հաջորդում է պտղի վարակումը: Վարակված պտուղն ունակ է յուրահատուկ հակամարմիններ (M դասի հակամարմիններ-IgM) արտադրել 16 շաբաթական գեստացիոն հասակից սկսած, որոնք չեն անցնում ընկերքային պատնեշով, և դրանց առկայությունը նորածնի արյան մեջ վկայում է բնածին կարմրախտի մասին: Պտղի լիարժեք գործող իմունային համակարգի բացակայությունը նպաստում է վիրուսի ռեպլիկացիային և երկարատև պերսիստենցիային: Հեշտությամբ անցնում է ընկերքային պատնեշով՝ հղիության սկզբնական շրջանում առաջացնելով պտղի մահ, ավելի ուշ ժամկետներում՝ տձևություն, օրգանների ֆունկցիաների խանգարումներ:

Կարմրուկ (Morbilli)

Հիվանդության հարուցիչն է Morbillivirus ընտանիքի Polinosa morbillorum պարամիքսովիրուսը: Վիրուսը, ներթափանցելով վերին շնչառական ուղիներ, բազմանում է լորձաթաղանթի բջիջներում, թափանցում արյուն և վնասում անոթների էնդոթելը: Էպիդեմիայի մագանթների էնդոթել շիճուկի էքսուդացիայի և բջիջների տեղային նեկրոզի հետևանքով առաջանում է մաշկային ցանավորում: Մինչև մաշկային ցանավորումների դրսևորումները



այտերի լորձաթաղանթին առաջանում են Ֆիլատով-Կոպլիկի բծերը՝ ոսպի չափ սպիտակակապտավուն գոյացություններ (նկ. 83), որոնք փոքր-ինչ բարձրանում են լորձաթաղանթի մակերեսից: Քիմքի վրա առաջանում են կարմրուկային էնանթեմաներ, որոնք միաձուլվելով վերափոխվում են կարմրուկային էկզանթեմայի: Ինկուբացիոն շրջանը 10-14 օր է, պրոդրո-

Նկար 83. Ֆիլատով – Կոպլիկի բծեր:

մալ շրջանում նման է սուր շնչառական վարակի: Ցանավորումը սկսվում է գլխամաշկից՝ տարածվելով դեպի իրան և վերջույթներ: Ջերմությունը պահպանվում է 7-8 օր: Հիվանդանալուց հետո առաջանում է կայուն իմունիտետ: Ախտորոշումը կատարվում է՝ հիմնվելով Ֆիլատով-Կոպլիկի բծերի առկայության, ինչպես նաև իմունոֆլուորեսցենցիայի և իմունոգլոբուլինների տիտրերի որոշմամբ: Կանխարգելումը հիմնված է կենդանի վակցինայի կիրառման վրա, որը կատարվում է սկսած ծծկեր տարիքից:

Ջրծաղիկ (Varicella)

Հարուցիչն է Herpesviridae ցեղի Alphaherpesvirinae ընտանիքի ֆիլտրացվող վիրուսը: Փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով, առաջանում է պապուլո-վեզիկուլյար ցանավորում, որը նմանվում է բնական ծաղիկի ախտահարմանը, դրանք սկզբում լցված են թափանցիկ, ապա պղտոր հեղուկով: Ինկուբացիոն շրջանը 14-21 օր է, պրոդրոմալ շրջանում նման է սուր շնչառական վարակի: Երեխաները թույլ են, բարձրանում է ջերմությունը: Ցանավորումը սկսվում է իրանից՝ տարածվելով դեմքին և ապա վերջույթներին: Նորածինների շրջանում ջրծաղիկը բնորոշվում է բարձր մահացությամբ, իսկ հղիության ժամանակ կարող է առաջացնել պտղի բնածին տձևությունների զարգացում: Հիվանդանալուց հետո կայուն իմունիտետ չի ձևավորվում, առաջացող վիրուսչեզոքացնող հակամարմինները չեն կանխում լատենտային ինֆեկցիայի զարգացումը: Ախտորոշումը դրվում է թարմ բշտիկների հեղուկից ստացված քսուք-հետքերից, որում հայտնաբերվում են հսկա բազմակորիզ բջիջներ և ներկորիզային միացություններ: Սպեցիֆիկ անտիգենը որոշելու համար կիրառվում են իմունոֆլյուորեսցենցիայի և իմունոֆերմենտային վերլուծության ռեակցիաները: Կանխարգելման արդյունավետ մեթոդ է γ -իմունոգլոբուլինի ներարկումը: Հիվանդ երեխաները մեկուսացվում են մինչև ցանավորման ավարտը:

Դիֆթերիա (Diphtheria)

Հարուցիչը *Corinebacterium diphtheriae* կամ Լեֆլերի ցուպիկն է:

Վարակումը կատարվում է օդակաթիլային ճանապարհով, ինկուբացիոն շրջանը 3-10 օր է: Հիվանդանում են 1-5 տարեկան երեխաները: Հիմնականում ախտահարվում են քմային աղեղիկները, նշիկները: Չարգանում է հիպերեմիա, այտուց, փառ (ֆիբրինային բորբոքման հետևանքով), որը սկզբում նման է սարդոստայնի, ապա 1-2 օրվա ընթացքում սերտաճում է ստորադիր հյուսվածքների հետ, ստանում է ժանյակաձև կեղտառու, ժանգագույն տեսք: Հնարավոր է փառը միաձուլվի, բկանցքը՝ փակվի: Բնորոշ է պարանոցային լիմֆադենիտը: Պատվաստում ստացած երեխաների մոտ բկանցքի դիֆթերիան ընթանում է որպես կատառալ կամ լակունար անգինա:

Ախտորոշելու համար կատարում են բակտերիաբանական հետազոտություն:

Տարբերակում են լակունար, ֆոլիկուլյար, ֆլեգմոնոզ անգինաներից, ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզից, արյան հիվանդությունների դեպքում՝ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթ փոփոխություններից:

Բուժումը

Տեղային՝

Անզգայացում,

հականեխիչ մշակում,

պրոթեոլիտիկ ֆերմենտների կիրառում,

կերատոպլաստիկ միջոցներ:

Ընդհանուր՝ դիֆթերիային անատոքսինի կիրառում, վիտամինա-
բուժում, իմունակարգավորող դեղամիջոցներ:

Քուրեշ (Scarlatina)

Հիվանդության հարուցիչն է Streptococcus pyogenes β – հեմոլիտիկ
ստրեպտոկոկը: Վարակումը կատարվում է օդակաթիլային, կոնտակտային
ճանապարհով, ինկուբացիոն շրջանը 3-7 օր է: Հիվանդանում են 2-7 տարեկան
երեխաները:



Նկար 84. Քուրեշ. մորանման լեզվի փուլ:

Բնորոշ են բարձր ջերմաստի-
ճանը (մինչև 39-40°C), ցավը կոկոր-
դում, բերանի չորությունը:

Բերանի խոռոչում բկանցքը ալ
կարմիր է (пылающий зев), լեզուն՝
ախտահարված, որն ունի մի քանի
փուլ՝

- փառակալված լեզվի փուլ,
- Էպիթելի շերտազատման
փուլ,
- ազնվամորու լեզու (նկ. 84),
- լաքապատած լեզու:

Բուժումը. սիմպտոմատիկ՝ հականեխիչ նյութերով մշակում, կերատո-
պլաստիկա, ցավազրկող միջոցներ:

Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ, Ֆիլատովի-Պֆեյֆերի հիվանդություն

Հարուցիչն է Էպշտեյն-Բարի հերպեսանման վիրուսը: Վարակումը կա-
տարվում է օդակաթիլային ճանապարհով, ինկուբացիոն շրջանը 5-14 օր է:
Հիվանդանում են 1-10 տարեկան երեխաները: Սկսվում է սուր, ջերմաստի-
ճանի բարձրացումով, ընդհանուր ինտոքսիկացիայի երևույթներով:

Հիմնական բողոքներն են ցավ կոկորդում, քթով դժվարացած շնչառու-
թյուն, ՄԿՄ լիմֆադենիտ, ավշահանգույցները պինդ են, փոքր-ինչ ցավոտ,
միաձուլված չեն: Բերանի խոռոչում դիտվում են կատառալ բորբոքում, լակու-
նար, ֆոլիկուլյար անգինաներ, խոցա-մեռուկային գինգիվիտի զարգացում,
լեզուն փառակալված է, բերանի խոռոչից՝ տեսա՛հ հոտ:

Ախտորոշումը. ծայրամասային արյան քննության հիմքի վրա՝ լեյկո-
ցիտոզ, ատիպիկ բազոֆիլ մոնոնուկլեարների առաջացում, լիմֆոցիտոզ,
թրոմբոցիտոպենիա, ԷՆԱ-ի բարձրացում:

Տարբերակում են լակունար, ֆոլիկուլյար, ֆլեզմոնոզ անգինաներից,
դիֆթերիայից:

Բուժումը

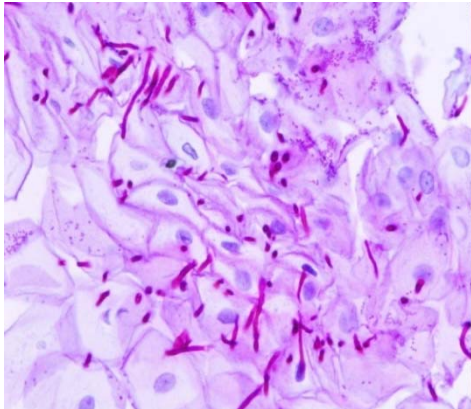
Տեղային՝

անզգայացում,

հականեխիչ մշակում,
 պրոթեոլիտիկ ֆերմենտների կիրառում,
 հակավիրուսային միջոցներ:
 Ընդհանուր բուժումն անցկացնում է մանկաբույժը:

**ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՅԻ ՄՆԿԱՅԻՆ ԱՆՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ
 ՏԱՐԻՔՈՒՄ**

Բերանի խոռոչի սնկիկներից ախտածին են 7-ը՝ *Candida albicans* (նկ. 85),
C. tropicalis, *C. pseudotropicalis*, *C. krusei*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermandi*:



**Նկար 85. Candida albicans միցելիումը
 հյուսվածքներում:**

Սնկիկների վիրուլենտականությունը
 մեծանում է մի շարք տեղային և
 ընդհանուր գործոններից:

- Տեղային* գործոններից են՝
- 1/ վնասվածքները,
 - 2/ ատամնապրոթեզները,
 - 3/ բերանի խոռոչի վատ հիգիենան,
 - 4/ քսերոստոմիան:

- Ընդհանուր* գործոններն են՝
- 1/ ճառագայթային թերապիան,
 - 2/ հակաբակտերիային թերապիան,

- 3/ հորմոնթերապիան,
- 4/ վաղ մանկական տարիքը կամ ծերությունը,
- 5/ շաքարախտը,
- 6/ միկրոէլեմենտների և վիտամինների անբավարարությունը (երկաթ, ֆոլիաթթու, վիտամին B₁₂),
- 7/ իմունոսուպրեսիան,
- 8/ ծխելը, սննդի բաժինը՝ հազեցած ածխաջրատներով:

Բերանի խոռոչի սնկային ախտահարումների դասակարգումը

Ըստ կլինիկական ընթացքի՝

**1. Բերանի խոռոչի առաջնային կանդիդոզներ՝
 սուր շրջան՝**

- պսևդոմեմբրանոզ տեսակ (կաթնախտ),
- էրիթեմատոզ տեսակ (ատրոֆիկ),

քրոնիկական շրջան՝

- պսևդոմեմբրանոզ (նկ. 86),
- էրիթեմատոզ (ատրոֆիկ),
- հիպերպլաստիկ:

2. Կանդիդո- ասոցիատիվ ախտահարումներ

Ստոմատիտներ՝ պայմանավորված ատամնապրոթեզների առկայությամբ՝

- անգույյար խելլիտ,
- ռոմբաձև գլոսիտ:

3. Բերանի խոռոչի երկրորդային սնկային ախտահարումներ

Վիճակների համալիր խումբ, որտեղ մակերեսային մաշկա-լորձաթաղանթային քրոնիկական կանդիդոզն առաջանում է՝ պայմանավորված էնդոկրին համակարգի ախտահարումներով կամ իմունոդեֆիցիտով:

Ըստ **Արևիսի և Ստեպանիշևի՝** տարբերում են՝

- 1) լորձաթաղանթի կանդիդոզ (կանդիդոզային ստոմատիտ, լնդի, լեզվի և բերանի անկյան կանդիդոզ),
- 2) մաշկի կանդիդոզ,
- 3) վիսցերալ (համակարգային) կանդիդոզ:

Սուր պսևոմենթրանոզ կանդիդամիկոզ

Պատճառներից են՝

- 1/ նորածինների հիգիենայի խախտումները,
- 2/ նրանց խնամքի պարագաների կեղտոտվածությունը,
- 3/ կրծքագեղձերի վատ խնամքը,
- 4/ նորածինների վարակումը ծննդաբերության ժամանակ (ախտահարված մորից),
- 5/ թույլ երեխաների դեպքում,
- 6/ երկարատև ծանր հիվանդությունների դեպքում,
- 7/ դիսբակտերիոզների դեպքում,
- 8/ նյութափոխանակության խանգարումների դեպքում:

Տարբերում են հիվանդության 3 աստիճան՝ թեթև, միջին ծանրության և ծանր:

Թեթև աստիճանի ժամանակ փառն ունի սպիտակավուն, շոռանման տեսք, տեղակայվում է կղզյակներով՝ լեզվի, այտերի լորձաթաղանթի, նախադոան շրջանում: Փառը հեշտությամբ հեռացվում է բամբակյա խճուճով:

Միջին ծանրության ժամանակ փառը ծածկում է լեզվի մակերեսն ամբողջությամբ, ներաճած է ստորադիր հյուսվածքների հետ, հեռացվում է դժվարությամբ՝ մերկացնելով արյունահոսող, էրոզիվ մակերեսը:

Ծանր տեսակի ժամանակ սնկիկների միցելիումը շատ խոր է ներթափանցում ստորադիր հյուսվածքներ, և մշակելիս հեռացվում է միայն շերտազատված մահացած բջիջների շերտը:

Փառը կազմված է էպիթելի դեսկվամացված (շերտազատված) բջիջներից, ֆիբրինից, սննդի մնացորդներից, խմորանման միցելաններից:

Կանդիդոզները ախտորոշելու համար քերուքը վերցնում են քաղցած վիճակում (աղյուսակ 13):

Կանդիդոզների ախտորոշման եղանակները.

Կանդիդոզի տեսակները	քսուք	քերուք	բիոպսիա
պակոդոմենբրանոզ	+	+	-
սուր էրիթեմատոզ ատրոֆիկ	+	+	-
քրոնիկական էրիթեմատոզ ատրոֆիկ	+	+	-
ստտումատիտ պրոթեզից	+	+	-
անգուլյար խելլիտ	+	+	-
քրոնիկական հիպերպլաստիկ	-	-	+

Բուժումը և կանխարգելումը

Համալիր և անհատական`

- 1/ վերացնել նախատրամադրող գործոնները,
- 2/ պակասեցնել ածխաջրատների օգտագործումը,
- 3/ պահպանել բերանի խոռոչի հիգիենան,
- 4/ գիշերը պրոթեզները պահել սողայաջրում:

Թեթև ձևի դեպքում`

- 1/ տեղային լվացումներ և ողողումներ 10 - 15%-անոց բորաթթվի լուծույթով,
- 2/ 1- 2%-անոց նատրիումի հիդրոկարբոնատի լուծույթով,
- 3/ պիմաֆուցինի կամ նիստատինի քսուք:

Ծանր ձևի դեպքում`

տեղային`

- 1/ապլիկացիաներ` նիստատին 3-4 անգամ օրը, 14 օր տևողությամբ,
- 2/ հակասնկային դեղամիջոցներ` 20 րոպե առաջ մինչև նիստատինը (լավ ներթափանցելու համար),
- 3/ հիմնային լուծույթներով ողողումներ,
- 4/ յոդի պրեպարատներ,
- 5/ անիլինային ներկանյութեր,
- 6/ կերատոպլաստիկներ` ապլիկացիաներ 20 րոպե, 3-4 անգամ օրը` բուժման 4-5 օրվանից սկսած,
- 7/ բերանի խոռոչի սանացիա:

Ընդհանուր`

- 1/ դիետա` ածխաջրատների բացառում, սնունդ` հարուստ վիտամիններով և սպիտակուցով,
- 2/պոլիենային հակաբիոտիկներ և հակասնկային դեղամիջոցներ`



**Նկար 86. Հակաբիոտիկներ
ընդունելու հետևանքով առաջացած
քրոնիկական կանդիդոզ:**

վերացում,

4/ ածխաջրատների օգտագործման պակասեցում,

5/ բերանի խոռոչի հիգիենայի պահպանում,

6/ գիշերը պրոթեզների պահպանում սողայաջրում:

- ա/ նեղ ուղղվածության՝ պինաֆուցին,
նիստատին, ամֆոտերիցին, միկոնազոլ,
միկոսիստ, կետոկոնազոլ,
- բ/ սիստեմային՝ ֆլուկոնազոլ, դիֆլուկան,
իտրակոնազոլ,
- 2/ երկարթի պրեպարատներ,
- 3/ հակասենսիբիոլիզացնող դեղամիջոցներ,
- 4/ իմունիտետի բարձրացում:

Կանխարգելումը՝

1/ բերանի խոռոչի կանոնավոր խնամք,

2/ երկարատև հակաբիոտիկային և

հորմոնալ թերապիայի

դեպքում՝ պոլիենային անտիբիոտիկներ,

վիտամիններ, հիմնային լուծույթով

ողողումներ,

3/ նախատրամադրող գործոնների

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.