

ISSN 1829-006X

ВЕСТНИК

СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ



Научно-практический журнал
том 16, вып. 3

2019

ISSN 1829-006X

Բ Ա Ն Բ Ե Ր

ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱՅԻ ԵՎ
ԴԻՄԱԾՆՈՏԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ



Գիտագործնական հանդես
հատոր 16, № 3

2019

ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Главный редактор – Андриасян Л.Г.
Зам. главного редактора – Татинян В.Г.
Ответственный секретарь – Дадурян П.А.
Редакционная коллегия
Даштоян Т.М., Калантарян Г.С., Шукурян А.К.

Редакционный совет: *Азнаурян В.А. (Армения), Арутюнян А.Г. (Армения), Бабаян К.Р. (Армения), Бакалян В.Л. (Армения), Бреши Л. (Италия), Вадачкория З.О. (Грузия), Григорян Л.А. (Россия), Киракосян В.П. (Армения), Кузьмина Э.М. (Россия), Лалаян К.В. (Армения), Лусинян Н.А. (Армения), Малаян А.С. (Армения), Маркарян М.М. (Армения), Погосян Ю.М. (Армения), Рабинович И.М. (Россия), Радинский С.В. (Украина), Румянцев В.А. (Россия), Тер-Погосян Г.Ю. (Армения), Терехова Т.Н. (Беларусь), Тунян М.Ю. (Армения), Шакарян А.А. (Армения)*

Учредитель: “DPH Dental” Ltd.

Информационная поддержка: Союз армянских стоматологов, Клуб стоматологов Армении “Шайн”,

Ереванский государственный медицинский университет, Армянский медицинский институт

Адрес редакции: 375025 РА, Ереван, ул. Гераци 5, **Тел:** (37410) 56-94-14, (37493) 94-44-40,

Website: www.adu.am, **E-mail:** stomjour@mail.ru

ԲԱՆԲԵՐ ԱՏՈՍԱՏՈՒԿՒԱՅԻ ԵՎ ԴԻՍԱԾՆՈՏԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ

Գլխավոր խմբագիր՝ Անդրիասյան Լ. Գ.
Գլխ. խմբագրի տեղակալ՝ Տատինյան Վ. Գ.
Պատասխանատու քարտուղար՝ Դադուրյան Պ. Գ.
Խմբագրական կոլեգիա՝
Դաշտոյան Թ.Ս., Քալանթարյան Գ.Ս., Շուքուրյան Ա. Կ.,

Խմբագրական խորհուրդ՝ Ազնաուրյան Վ.Ա. /Հայաստան/, Հարությունյան Ա.Գ. /Հայաստան/, Բաբայան Կ.Ռ. /Հայաստան/, Բակալյան Վ.Լ. /Հայաստան/, Բրեշի Լ./Իտալիա/, Վադաչկորիա Ջ.Օ./Վրաստան/, Գրիգորյան Լ.Ա./Ռուսաստան/, Կիրակոսյան Վ.Պ./Հայաստան/, Կուզմինա Է.Մ./Ռուսաստան/, Լալայան Կ.Վ. /Հայաստան/, Լուսինյան Ն.Ա./Հայաստան/, Սալայան Ա.Ս./Հայաստան/, Սարգսյան Ս.Ս./Հայաստան/, Պողոսյան Յու.Ս./Հայաստան/, Ռաբինովիչ Ի.Ս. /Ռուսաստան/, Ռադլինսկի Ս.Վ. /Ուկրաինա/, Ռումյանցև Վ.Ա./Ռուսաստան/, Տեր-Պողոսյան Գ.Յու. /Հայաստան/, Տերեխովա Տ.Ն./Բելառուս/, Թունյան Ս.Յու. /Հայաստան/, Շաքարյան Ա.Ա. /Հայաստան/

Հիմնադիր՝ “DPH Dental” Ltd.

Տեղեկատվական աջակցություն՝ Հայ ստոմատոլոգների միություն, Հայաստանի ստոմատոլոգների «Շայն» ակումբ, Երևանի պետական բժշկական համալսարան, Հայկական բժշկական ինստիտուտ

Խմբագրության հասցեն՝ 375025 ԳԳ, Երևան, Գերացու 5, **Դեռ.** /37410/ 56-94-14, /37493/ 94-44-40,

Website: www.adu.am, **E-mail:** stomjour@mail.ru

BULLETIN OF STOMATOLOGY AND MAXILLO-FACIAL SURGERY

Editor-in-chief – Andriasyan L.H.
Vice-editor – Tatintyan V.G.
Responsible secretary – Daduryan P.H.
Editorial board:
Dashtoyan T.M., Kalantaryan G.S., Shukuryan A.K.

Editorial council: *Aznavryan V.A. (Armenia), Harutyunyan A.G. (Armenia), Babayan K.R. (Armenia), Bakalyan V.L. (Armenia), Breschi L. (Italy), Vadachkoria Z.O. (Georgia), Grigoryan L.A. (Russia), Kirakosyan V.P. (Armenia), Kuzmina E.M. (Russia), Lalayan K.V. (Armenia), Lusinyan N.A. (Armenia), Malayan A.S. (Armenia), Margaryan M.M. (Armenia), Poghosyan Yu.M. (Armenia), Rabinovich I.A. (Russia), Radlinsky S.V. (Ukraine), Romyantsev V.A. (Russia), Ter-Poghosyan H.Yu. (Armenia), Terekhova T.N. (Belarus), Tunyan M.Y. (Armenia), Shakaryan A.A. (Armenia)*

Founder: “DPH Dental” Ltd.

Information support: Armenian Dentists Union, “Shine” club of Armenian stomatologists, Yerevan State Medical University, Armenian Medical Institute

Address: 375025 RA, Yerevan, 5 Heratsi str. **Phone:** (37410) 56-94-14, (37493) 94-44-40,

Website: www.adu.am, **E-mail:** stomjour@mail.ru

Перепечатка публикаций, помещенных в журнале допускается по согласованию с редакцией. Ссылка на журнал обязательна. Авторы публикаций и рекламодатели полностью отвечают за предоставленный материал.

Օքսիդացիոն սթրեսի ցուցանիշները բերանային և շուրջիմպլանտային հեղուկներում

Դաշտոյան Մ.Թ.¹, Մուրադյան Լ.Կ.², Անդրիասյան Լ.Հ.³, Բադալյան Ա.Ա.³, Գասպարյան Է.Ա.³

¹Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան, ²ՀՀ առողջապահության նախարարության Մ. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտի Ընտանեկան ստոմատոլոգիայի գիտագործնական կենտրոն, ³Հայկական բժշկական ինստիտուտի ստոմատոլոգիայի ամբիոն

Վճռորոշ բառեր՝ ասամնային իմպլանտացիա, օքսիդացիոն սթրես, հակաօքսիդանտային համակարգ

Բերանի խոռոչի օրգանների ու հյուսվածքների տարբեր հիվանդությունների ժամանակ էական փոփոխությունների են ենթարկվում օքսիդա-վերականգնման պրոցեսները, որոնք բնութագրող մի շարք կենսաքիմիական նյութերի որոշումը բերանի կենսաբանական հեղուկներում կարևորվում է նաև այդ հիվանդությունների ընթացքն ու նախիմացությունը կանխորոշելու տեսանկյունից: Բերանային տեղակայման հատկապես բորբոքային բնույթի հիվանդությունները նպաստում են այսպես կոչված «օքսիդացիոն սթրեսի» զարգացմանը, որը բնութագրվում է օրգանիզմի կողմից ազատ ռադիկալների գերարտադրության դեմ պայքարելու հակաօքսիդանտային համակարգի անկարողությամբ, ինչն իր հերթին հանգեցնում է սպիտակուցների, ճարպերի, ֆոսֆոլիպիդների և այլ նյութերի օքսիդացիոն վնասմանը: Կախված ազատ ռադիկալների բնույթից տարբերում են օքսիդատիվ, նիտրոզատիվ, կարբոնիլային և այլ տեսակների օքսիդացիոն սթրեսներ (Djukic M., et. al. 2012): Ֆիզիոլոգիական պայմաններում ազատ ռադիկալները կարևոր դերակատարություն ունեն բջջային նյութափոխանակության պրոցեսներում, որոնց ակտիվությունը ղեկավարվում է օրգանիզմի հակաօքսիդանտային համակարգի կողմից: Բորբոքային պրոցեսների ժամանակ խախտվում է հավասարակշռությունը օքսիդացիոն և հակաօքսիդացիոն համակարգերի միջև, որը հանգեցնում է օքսիդացիոն սթրեսի կամ՝ M. Mittal et. al. (2014) դիպուկ արտահայտությամբ, «շնչառական պայթյունի»:

Օքսիդացիոն սթրեսի որոշման ցուցանիշների շարքում առանձնակի տեղ են զբա-

ղեցնում ինչպես օքսիդացիոն գործոնները (միելոպերօքսիդազան, ճարպերի պերօքսիդազան արգասիքները՝ մալոնային դիալդեհիդը և այլն), այնպես էլ հակաօքսիդանտային համակարգի բաղկացուցիչները (մասնավորապես, սուպերօքսիդիսմուտազան, գլուտաթիոնը և այլն):

Օքսիդացիոն սթրեսը բավական հանգամանակից ուսումնասիրությունների է ենթարկվել պարօդոնտի տարբեր հիվանդությունների ժամանակ (Wei D., et. al. 2010; Wang Y., et. al. 2017): Այսպես, քրոնիկական պարօդոնտիտի և ազրեսիվ ընթացքի պարօդոնտիտի համեմատական հետազոտությունները ցույց են տվել (Ghallab N., et. al. 2016), որ ի տարբերություն քրոնիկ ընթացքի պարօդոնտիտների, ազրեսիվ ախտահարումները բնութագրվում են լնդային հեղուկում մալոնային դիալդեհիդի զգալի քանակային առավելությամբ, իսկ նախորդ դեպքում բավական չափով պահպանված է հակաօքսիդանտային համակարգի ազդեցությունը, ինչի մասին են վկայել սուպերօքսիդիսմուտազի և մելատոնինի քանակները նշված հեղուկում: Նշված ախտաբանությունների ժամանակ մալոնային դիալդեհիդի բարձր մակարդակներ հայտնաբերվել են ոչ միայն լնդային հեղուկում, այլև՝ արյան շիճուկում (Narendra S., et. al. 2018): Սուպերօքսիդիսմուտազի զգալի քանակներ լնդային հեղուկում հայտնաբերվել են թեթև ու միջին ծանրության պարօդոնտիտների ժամանակ, այն դեպքում, երբ ծանր ընթացքի պարօդոնտիտների բնութագրվել են այս մարկերի մակարդակի նվազմամբ (Karim S., et. al. 2012):

Օքսիդացիոն սթրեսի նշված և այլ կենսամարկերներն ուսումնասիրվել են նաև

բնական ծագման ու սինթետիկ բնույթի տարբեր դեղամիջոցների կիրառմամբ պարօդոնտի հիվանդությունների բուժման դինամիկ ընթացքում (Elavarasu S., et. al. 2016; Elgendy E., Kazem H. 2018):

Տեսակետ է հնչում, որ բերանի խոռոչի հիվանդություններն ու մի շարք այլ արտածին գործոնները առաջին հերթին զգալի ազդեցություն են թողնում հատկապես բերանային հեղուկի կամ թքի օքսիդա-վերականգնման ցուցանիշների վրա, մինչդեռ լնդային հեղուկը՝ հանդիսանալով շիճուկային ածանցյալ, ավելի քիչ է ենթակա տեղային գործոնների ներգործությանը (Agnihotri R., et. al. 2009; Taso E., et. al. 2018):

Թեև բազմաթիվ հետազոտողներ զուգահեռներ են անցկացնում պարօդոնտի ու շուրջիմպլանտային բորբոքային հիվանդությունների միջև (երբեմն նույնիսկ նույնականացնելով այս ախտաբանությունները), այնուամենայնիվ խիստ եզակի են այնպիսի ուսումնասիրությունները, որոնք նվիրված են բերանային հեղուկներում օքսիդա-վերականգնման պրոցեսների կարգավիճակի լուսաբանմանը առամնային իմպլանտացիայի պայմաններում (առավել ևս, շուրջիմպլանտային բորբոքումների՝ պերիմուկոզիտների ու պերիիմպլանտիտների զարգացման պարագայում):

Վ.В. Плюхин-ի կողմից (2016) ծնոտակերում ուսումնասիրվել է օքսիդացիոն սթրեսի երկու կարևոր օղակների վիճակը՝ ճարպերի պերօքսիդացման ու սպիտակուցների կարբոնիլացման, իմպլանտացիայից առաջ և հետ-իմպլանտացիոն բորբոքային բարդությունների զարգացման պարագայում: Հեղինակի տվյալները վկայում են, որ ճարպերի պերօքսիդացման առաջնային ու երկրորդային արգասիքների քանակները վիճակագրորեն չեն տարբերվել առողջ ոսկրում և պերիիմպլանտիտով ախտահարված տեղամասերում, այն դեպքում, երբ պերօքսիդացման վերջնական պրոդուկտների ներկայությունը պերիիմպլանտիտների ժամանակ 50-200 %-ով գերազանցել են հսկիչ խմբի ցուցանիշներին: Հեղինակի պնդմամբ, օքսիդացիոն սթրեսը կարևոր մասնակցություն ունի հետիմպլանտացիոն բորբոքման զարգացման հարցում, ուստի նշված ցուցանիշների որոշումը կարող

է հարստացնել ախտորոշիչ հնարավորությունները: Թքում սպիտակուցների օքսիդացիոն մոդիֆիկացիայի մակարդակի ուսումնասիրությունը առամնային իմպլանտացիայի պարագայում ցույց է տվել (Асташина Н. Б., и соавт. 2017), որ իմպլանտացիան ինքնին նպաստում է սպիտակուցների մետաղ-կատալիզով օքսիդացմանը, ինչն ուղեկցվում է դրանց պահեստային-հարմարվողական ներուժի ընկճմամբ, իսկ սպիտակուցների օքսիդացիոն մոդիֆիկացիայի մարկերների շարքում գերակշռել են կետոնները: Իմպլանտացիայի վիրահատական իրականացումից հետո ճարպերի պերօքսիդացման ակտիվացման ու օրգանիզմի հակաօքսիդանտային համակարգի ֆերմենտների ակտիվության ընկճումը В.В. Хышов-ը (2002) համարում է խիստ օրինաչափ, որը՝ առանց բարդությունների հետիմպլանտացիոն շրջանի պարագայում, աստիճանաբար վերականգնում է բնականոն կարգավիճակը:

Այս առումով բավական ուշագրավ հետազոտության արդյունքներ են ներկայացնում J. Mousavi et. al. (2015), որոնք պերիիմպլանտիտով ախտահարված 24 և շուրջիմպլանտային հյուսվածքների բնականոն կարգավիճակ ունեցող 26 իմպլանտների լնդային հեղուկում ուսումնասիրել են մալոնային դիալդեհիդի, սուպերօքսիդիսմուտազի մակարդակներն ու ընդհանուր հակաօքսիդանտային ակտիվությունը: Հեղինակների կողմից մալոնային դիալդեհիդ հայտնաբերվել է բոլոր նմուշներում, իսկ սուպերօքսիդիսմուտազը՝ միայն 19 նմուշում: Ընդ որում, դիալդեհիդի մակարդակները կորելացվել են ախտաբանական գրգռանի խորության մեծության հետ: Միևնույն ժամանակ հեղինակները հանգում են եզրակացության, որ օքսիդացիոն սթրեսի մարկերների մակարդակները էապես չեն տարբերվում առողջների ու պերիիմպլանտիտով հիվանդների մոտ, հետևաբար այս մարկերների որոշումը չի կարող ծառայել որպես ախտորոշիչ թեստ պերիիմպլանտիտների որոշման համար:

Փորձենք չհամաձայնվել հեղինակների հետ ու փոքր-ինչ այլ տեսանկյունից դիտարկենք նրանց կողմից ստացված տվյալներն ու եզրակացությունները: Ընթերցողի ուշադրությունը հրավիրենք այն հանգամանքի վրա, որ

բոլոր նմուշներում (թե՛ առողջ, թե՛ պերի-իմպլանտիտով անձանց) հայտնաբերվել է ճարպերի պերօքսիդացման արգասիքներից մեկի՝ մալոնային դիալդեհիդի որոշակի մակարդակ, ինչը թույլատրելի է դարձնում այն եզրահանգումը, որ ոչ թե պերիիմպլանտիտների ժամանակ օքսիդացիոն սթրեսը թույլ է արտահայտված և չունի ախտորոշիչ նշանակությունը, այլ հակառակը, նույնիսկ պերիիմպլանտիտների կլինիկական ախտանիշների բացակայության պայմաններում («առողջներ») արդեն իսկ ընթացքի մեջ է շուրջիմպլանտային հյուսվածքների բորբոքման ախտածնական մեխանիզմներից մեկը՝ ճարպերի պերօքսիդացումը: Հետևաբար, նմանատիպ հետազոտությունները շարունակական իրականացման անհրաժեշտություն ունեն:

Պարզելու համար, թե արդյո՞ք պերիիմպլանտիտները հանգեցնում են թթում օքսիդացիոն սթրեսի մարկերի մակարդակի աճին, M. Sánchez-Siles et. al. (2016) ուսումնասիրել են մալոնային դիալդեհիդն ու միելոպերօքսիդազը իմպլանտացիայի բացակայությամբ ու իմպլանտացիայով (առողջ և պերիիմպլանտիտով) անձանց մոտ: Պարզվել է, որ այս մարկերների մակարդակները պերիիմպլանտիտի պայմաններում փոքր-ինչ ավելի բարձր են քան առողջների ու իմպլանտացիայի բացակայությամբ անձանց մոտ, սակայն բոլոր դեպքերում ստացված տարբերությունները աչքի չեն ընկել վիճակագրական հավաստիությամբ:

Օքսիդացիոն սթրեսի կարևոր գործոններից է նաև միելոպերօքսիդազ ֆերմենտը, որն ունի նեյտրոֆիլային ծագում և օժտված է ուժեղ օքսիդատիվ ազդեցությամբ՝ հատկապես ջրածնի պերօքսիդի ներկայության պայմաններում: Այս ֆերմենտի բարձր մակարդակներ հայտնաբերվել են պարօդոնտի ախտահարումների գինգիվիտների և պարօդոնտիտների ժամանակ (Kulkarni G., et. al. 2016), ինչպես նաև շուրջիմպլանտային բորբոքված հյուսվածքներում և լնդային հեղուկում (Güncü G. 2008; Güncü G., et. al. 2013; Malik N., et. al. 2015; Блинова А.В. и соавт. 2018): Ընդ որում, որոշ հետազոտություններ վկայում են (Hegde C., et. al. 2014), որ իմպլանտացիայից անմիջապես հետո դիտվում է այս ֆերմենտի մակարդակի աճ շուրջիմպլանտային հեղու-

կում, որը սակայն աստիճանաբար կարգավորվում է առաջիկա շաբաթների ընթացքում:

Այսպիսով, նույնիսկ սակավաթիվ գիտական աղբյուրների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ, նախ, վերջին տարիներին նկատելի է գիտական շրջանակների հետաքրքրության աճ իմպլանտացիայի արդյունքում և հետիմպլանտացիոն բորբոքային բարդությունների զարգացման պարագայում բերանային կենսահեղուկներում օքսիդա-վերականգնման պրոցեսների կարգավիճակի գնահատման նկատմամբ: Մինևնույն ժամանակ պետք է նկատել, որ կլինիկա-լաբորատոր տվյալների սակավության, չհամակարգվածության, երբեմն դրանց հակասականության պատճառով դեռևս վաղ է կատարել ընդհանրացումներ ու որոշակի եզրահանգումներ, ինչը թելադրում է այս ուղղությամբ հետազոտությունների հետագա իրականացման անհրաժեշտությունը:

Հետազոտությունն իրականացվել է ՀՀ ԿԳՆ գիտության պետական կոմիտեի տրամադրած ֆինանսավորմամբ՝ 18T-1F076 ծածկագրով գիտական թեմայի շրջանակներում:

Գրականություն

1. Асташина Н. Б., Плюхин Д.В., Делец А.В. Прогнозирование исходов дентальной имплантации на основе изучения уровня продуктов окислительной модификации белков слюны, // Проблемы стоматологии, 2017, т. 13, № 3, стр. 47-52,
2. Блинова А.В., Рюмшин Р.А., Румянцев В.А. Периимплантит – основное осложнение дентальной имплантации (обзор литературы), // Верхневолжский медицинский журнал, 2018, т. 17, вып. 1, с. 13-18,
3. Плюхин Д.В. Содержание продуктов свободнорадикального окисления в костной ткани и исход дентальной имплантации, // Медицинская наука и образование Урала, 2016, № 1, с. 105-107,
4. Хышов В. Б. Клинический Анализ и методы лабораторного тестирования различных систем винтовых имплантатов в стоматологической практике, Автореф. дисс. докт.мед.наук, Санкт-Петербург, 2002, - 31 с.,
5. Agnihotri R., Pandurang P., Kamath S., Goyal R., Ballal S., Shanbhogue A., Kamath U., Bhat G., Bhat K. Association of cigarette smoking with superoxide dismutase enzyme levels in subjects with chronic periodontitis. // J. Periodontol., 2009, 80 (4), 657-662,
6. Djukic M., Jovanovic M., Ninkovic M. et al., Protective role of glutathione reductase in paraquat induced neurotoxicity, // Chemico-Biological Interactions, 2012, 199, 2, 74-86,
7. Elavarasu S., Suthanthiran T., Thangavelu A., Alex S., Palanisamy V., Kumar T. Evaluation of superoxide dismutase levels in local drug delivery system containing 0.2% curcumin strip as an adjunct to

scaling and root planing in chronic periodontitis: A clinical and biochemical study. // J. Pharm. Bioallied. Sci., 2016, 8 (Suppl 1), 48-52,

8. Elgendy E., Kazem H. Effect of Omega-3 Fatty Acids on Chronic Periodontitis Patients in Postmenopausal Women: A Randomised Controlled Clinical Study. // Oral Health Prev. Dent., 2018, 16 (4), 327-332,

9. Ghallab N., Hamdy E., Shaker O. Malondialdehyde, superoxide dismutase and melatonin levels in gingival crevicular fluid of aggressive and chronic periodontitis patients. // Aust. Dent. J., 2016, 61 (1), 53-61,

10. Güncü G. Myeloperoxidase as a measure of polymorphonuclear leukocyte response in inflammatory status around immediately and delayed loaded dental implants: a randomized controlled clinical trial / G.N. Güncü et al. // Clin. Implant. Dent. Relat. Res., 2008, 10, 1, 30-39,

11. Güncü G., Büyüktepe G., Aşkin S., Kiliç K., Tümer C., Tözüm T. Inpatient evaluation of periodontal, esthetic and inflammatory parameters around dental implants and natural teeth. // J. Contemp. Dent. Pract., 2013, 1, 14 (1), 90-95,

12. Hegde C., Varunraj K., Prasad K., Shetty M. Crevicular enzymes in peri-implant sulcus fluid around platform-switched implants: a pilot study. // Gen. Dent., 2014, 62 (4), 41-45,

13. Karim S., Pratibha P., Kamath S., Bhat G., Kamath U., Dutta B., Sharma N., Archana B., Bhat K., Guddattu V. Superoxide dismutase enzyme and thiol antioxidants in gingival crevicular fluid and saliva. // Dent. Res. J. (Isfahan), 2012, 9 (3), 266-272,

14. Kulkarni G., Jadhav P., Kulkarni K., Shinde S., Patil Y., Kumar M. Assessment of Myeloperoxidase and Nitric Levels around Dental Implants and Natural Teeth as a Marker of Inflammation: A Comparative Study. // J. Contemp. Dent. Pract., 2016, 1, 17 (11), 934-938,

15. Malik N., Naik D., Uppoor A. Levels of Myeloperoxidase and Alkaline Phosphatase in Periimplant Sulcus Fluid in Health and Disease and After Nonsurgical Therapy. // Implant. Dent., 2015, 24 (4), 434-440,

16. Mittal M., Siddiqui M., Tran K., Reddy S., Malik A. Reactive oxygen species in inflammation and tissue injury. // Antioxid. Redox. Sig., 2014, 20, 1126-1167,

17. Mousavi Jazi M., Sadeghi Pour Rodsari H., Mirmiran F. Level of Oxidative Stress Markers in Peri-Implant Crevicular Fluid and Their Correlation with Clinical Parameters. // J. Dent. (Tehran), 2015, 12 (5), 340-346,

18. Narendra S., Das U., Tripathy S., Sahani N.. Superoxide Dismutase, Uric Acid, Total Antioxidant Status, and Lipid Peroxidation Assay in Chronic and Aggressive Periodontitis Patients. // J. Contemp. Dent. Pract., 2018, 1, 19 (7), 874-880,

19. Sánchez-Siles M., Lucas-Azorin J., Salazar-Sánchez N., Carbonell-Meseguer L., Camacho-Alonso F. Salivary Concentration of Oxidative Stress Biomarkers in

a Group of Patients with Peri-Implantitis: A Transversal Study. // Clin. Implant. Dent. Relat. Res., 2016, 18 (5), 1015-1022,

20. Taso E., Stefanovic V., Stevanovic I., Vojvodic D., Topic A., Petkovic-Curcin A., Obradovic-Djuricic K., Markovic A., Djukic M., Vujanovic D. Influence of Dental Restorations on Oxidative Stress in Gingival Crevicular Fluid. // Oxid. Med. Cell. Longev., 2018 Jul 24;2018:1823189. doi: 10.1155/2018/1823189. eCollection 2018,

21. Wang Y., Andrukhov O., Rausch-Fan X. Oxidative Stress and Antioxidant System in Periodontitis. // Front. Physiol., 2017, Nov 13;8:910. doi: 10.3389/fphys.2017.00910. eCollection 2017,

22. Wei D., Zhang X., Wang Y., Yang C., Chen G. Lipid peroxidation levels, total oxidant status and superoxide dismutase in serum, saliva and gingival crevicular fluid in chronic periodontitis patients before and after periodontal therapy. // Aust. Dent. J., 2010, 55 (1), 70-78.

Показатели оксидативного стресса в ротовой и околоимплантатной жидкостях

Даштоян М.Т., Мурадян Л.К., Андриасян Л.Г.,
Бадалян А.А., Гаспарян Э.А.

Анализ даже малочисленных научных источников показывает, что, во-первых, в последние годы заметен рост интереса научных кругов к проблеме оценки окислительно-восстановительных процессов в биологических жидкостях полости рта после дентальной имплантации и при развитии послеимплантационных воспалительных осложнений. В то же время нужно отметить, что вследствие недостаточности клинико-лабораторных данных, их несистематизированности, а порой их противоречивости, пока еще рано провести обобщения и определенные заключения. Данное состояние диктует необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Ключевые слова: дентальная имплантация, оксидативный стресс, антиоксидантная система

Indicators of oxidative stress in oral and peri-implant fluids

Dashtoyan M.T., Muradyan L.K., Andriasyan L.H.,
Badalyan A.A., Gasparyan E.A.

Analysis of even small scientific sources shows that, firstly, in recent years, there is a noticeable increase in the interest of the scientific community to the problem of assessing redox processes in biological fluids of the oral cavity after dental implantation and with the development of post-implantation inflammatory complications. At the same time, it should be noted that due to the lack of clinical and laboratory data, their unsystematization, and sometimes their inconsistency, it is too early to draw generalizations and certain conclusions. This state dictates the need for further research in this direction.

Keywords: dental implantation, oxidative stress, antioxidant system

Ատամնային իմպլանտացիայի բորբոքային բարդությունների պատճառագիտության որոշ մեխանիկական գործոնները

Պոդոսյան Մ.Ա.

Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի թերապևտիկ ստոմատոլոգիայի ամբիոն

Վճռորոշ բառեր՝ ատամնային իմպլանտացիա, բորբոքային բարդություններ, գերծանրաբեռնվածություն, ցեմենտի ավելցուկ

Ատամնաշարերի միջև ֆունկցիոնալ բիոմեխանիկական հավասարակշռությունը հրսկայական նշանակություն ունի համակարգի բնականոն կենսագործունեության համար, իսկ այդ հավասարակշռության խախտումները հաճախ հանգեցնում են ատամ-պարօդոնտային համալիրի տարբեր ախտաբանական երևույթների: Այս առումով մեծ հետաքրքրություն է ներկայացնում ատամնային իմպլանտացիայի և հետագա օրթոպեդիկ կոնստրուկցիաների պատրաստման պայմաններում իմպլանտների հավանական գերծանրաբեռնվածության ազդեցությունը հետիմպլանտացիոն բորբոքային բարդությունների զարգացման ու իմպլանտների ճակատագրի վրա: Հասկանալի պատճառներով (բժշկական էթիկայի Հելսինկյան դրույթներն ու պահանջները) նշված հիմնախնդրի ուսումնասիրման համար հնարավոր չէ կլինիկական պայմաններում մոդելավորել իմպլանտների գերծանրաբեռնվածության իրավիճակ, ուստի խնդրո առարկա հանդիսացող հարցի հետազոտությունը կրում է բացառապես հետահայաց բնույթ:

Ֆունկցիոնալ գերծանրաբեռնվածությունը և պերիիմպլանտիտները

Թեև, հետազոտողների գերակշռող մեծամասնությունը գտնում է, որ պերիիմպլանտիտների զարգացման ու իմպլանտների կորստի հիմնական պատճառը պարօդոնտի հիվանդության ներկայությունն է, սակայն ոմանք առաջարկում են չգերազանհատել այդ գործոնի նշանակությունը, առավել ևս, որ որոշ կլինիկական ուսումնասիրություններ միաբեռնաբեռն չեն հաստատում այդ դրույթը:

Պերիիմպլանտիտների առաջացման մեկ այլ պատճառագիտական գործոն է հանդիսանում իմպլանտի և ոսկրային հյուսվածքի գերծանրաբեռնվածությունը /De Smet E., et al. 2001/: Այս գործոնի ազդեցությամբ ի սկզբանե մասնակիորեն կամ ամբողջությամբ խախտվում է իմպլանտի ինտեգրման գործընթացը ոսկրային հյուսվածքին: Իմպլանտի առանցքային կամ կողմնային ճնշման հետևանքով սկզբնական շրջանում առաջանում են ոսկրի միկրոճաքեր: Պետք է նկատել, որ իմպլանտը բավական խոցելի է կողմնային ճնշման նկատմամբ, քանի որ դրա ճկունությունը զգալիորեն զիջում է բնական ատամի ճկունությանը /50/100 հարաբերությամբ/: Արդյունքում ճաքերի առաջացմանը կամ նույնիսկ կոտրվածքների կարող է ենթարկվել հենց ինքը՝ իմպլանտն իր տարբեր բաղադրամասերով:

Իմպլանտների շարժունության և որոշակի ախտածին մանրէների առատ ներկայության միջև կապերի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ այդ շարժունությունը որևէ կերպ պայմանավորված չէ այնպիսի տարածված անաեռոք ախտածիններով, ինչպիսիք են *P. intermedia*-ն, *A. actinomycetemcomitans*-ը և *P. gingivalis*-ը /Tortamano A., et al. 2012/: *M. Wahlström et al. /2010/* կլինիկական հետազոտություններն իրենց հերթին վկայել են, որ իմպլանտացիայի հետագա բարդություններն ավելի հաճախ պայմանավորված են ոչ թե պարօդոնտի հիվանդությունների կամ ծխելու հանգամանքի ներկայությամբ, այլ բրուսիլզմի երևույթներով և իմպլանտի գերծանրաբեռնվածությամբ:

O. Geckili et al. /2012/ կողմից իրականացված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ոսկրային հյուսվածքի կորուստը պայմանա-

վորված է ոչ թե իմպլանտների քանակով, ամրացման տեսակով, հիվանդների տարիքով ու սեռով, այլ բացառապես ծամիչ ճնշման գերժանրաբեռնվածությամբ: Իսկ T. Ueda et. al. /2011/՝ հիմնվելով տևական դինամիկ հսկողությամբ ուղեկցվող սեփական հետազոտությունների արդյունքների վրա, նույնիսկ նշում են, որ գերժանրաբեռնվածության գործոնը ավելի հաճախ է հանդիսանում իմպլանտների կորստի պատճառ, քան՝ շուրջիմպլանտային բորբոքային բարդությունները:

Իմպլանտի գերժանրաբեռնվածության պատճառ կարող են հանդիսանալ ներհակ բնական ատամների ճնշումը, ծամիչ ապարատի ֆունկցիոնալ շեղումները /մասնավորապես բրուքսիզմը/, իմպլանտով վերականգնված ատամների առաջային դիրքը /հատկապես վերին ծնոտի կենտրոնական ատամների պարագայում/, իմպլանտների ոչ ճիշտ տեղադրումը, հետագա պրոթեզավորման առանձնահատկությունները /կոնսոլ պրոթեզների պատրաստում և այլն/, իմպլանտի և ատամի պսակի երկարությունների անհամաչափ հարաբերակցությունը:

P. Casado et al. /2013/ ցավով նշում են, որ արդի գիտությունը դեռ ունակ չէ ամբողջությամբ բացատրել իմպլանտացիայի արդյունքում առաջացած բարդությունների և իմպլանտների արտանկման իրական պատճառները: Նման հոռետեսական եզրահանգման համար հիմք են ծառայել հեղինակների ծավալուն համեմատական հետազոտությունները, որոնց ընթացքում պերիիմպլանտիտների զարգացման հավանականությունը գնահատվել է դրա համար ռիսկային հանդիսացող տարբեր գործոնների /ծխախոտի օգտագործում, բրուքսիզմ, պարօդոնտի հիվանդության նախնական ներկայություն և այլն/ հերթական բացառման սկզբունքի վրա: Ընդ որում, ուշագրավն այն է, որ, ըստ հեղինակների, նույնիսկ այն անձանց մոտ, ովքեր անատամության հետևանքով գերծ են եղել ակտիվ վարակման վտանգից /լրիվ ադենտիան ինքնին նշանակում է պարօդոնտի ախտահարման բացակայություն/, բորբոքային պրոցեսի ամբողջ կլինիկական, մանրէաբանական ու ձևաբանական պատկերը կարելի է նույնականացնել պարօդոնտիտների հետ:

Լիովին համաձայնվելով պերիիմպլանտիտների պատճառագիտության մեջ պարօդոնտի նախնական ախտահարման, ծխախոտի օգտագործման և բակտերիալ կենսաթաղանթի նշանակության հետ, այնուամենայնիվ առավել տարածուն է դառնում այս հիվանդության ծագման «բազմագործոն» էության տեսակետը, որում, մասնավորապես, կարող է նշանակություն ունենալ նաև բնական ատամների կամ այլ իմպլանտների հետ անմիջական հարևանությամբ «ախտահարված» իմպլանտի սերտ տեղակայումը /Nobre A., et al. 2014/:

Իմպլանտների գերժանրաբեռնվածությունը վեր է ածվում էլ ավելի «գորավոր» ախտածին գործոնի հատկապես այն դեպքում, երբ շուրջիմպլանտային հյուսվածքներում արդեն իսկ առկա է բորբոքային պրոցես /Miyata T., et. al. 2000, Kozlovsky A., et. al. 2007/: Իսկ ոմանք էլ գտնում են /Chambrone L., et. al. 2010/, որ միայն ատամնային նստվածքաշերտերի առկայության ու առատության պայմաններում է, որ գերժանրաբեռնվածությունը հանգեցնում է բարդությունների առաջացմանը:

M. Máximo et. al. /2008/ համաճարակաբանական ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ շուրջիմպլանտային բորբոքման առաջացումը որևէ կերպ չի կորելացվում անձանց սոցիալ-տնտեսական պայմանների, սեռի, տարիքի, մարմնի քաշի, ծխախոտի օգտագործման, շաքարախտի, օստեոպենիայի և օստեոպորոզի հետ, իսկ դրական կորելացիաներ հայտնաբերվել են այդ բարդությունների և իմպլանտների ծանրաբեռնվածության տևականության ու պարօդոնտի հիվանդությունների առկայության միջև:

Պերիիմպլանտիտների առաջացման ու զարգացման մեջ գերժանրաբեռնվածության նշանակության մասին է, թերևս, խոսում այն փաստը, որ որոշ դեպքերում հնարավոր է լինում հասնել զգալի կլինիկական արդյունքի՝ կիրառելով միայն օկլյուզիայի կարգավորման այս կամ այն եղանակը /Merin R. 2014/:

Վերլուծելով բազմաթիվ կլինիկական դեպքերը, C. Fransson et. al. /2009/ հանգում են այն եզրակացության, որ իմպլանտի և աբատմենթի դիրքերն իրենց մեջ որևէ ռիսկայնություն չեն պարունակում պերիիմպլանտիտների

գարգացման տեսանկյունից: Ավելին, փորձարարական հետազոտություններով հաստատված է /Gotfredsen K., et. al. 2002/, որ իմպլանտի վրա ընկնող կողմնային ստատիկ ծանրաբեռնվածությունը՝ նույնիսկ մուկոզիտի կամ պերիիմպլանտիտի առկայության պայմաններում, չի հանգեցնում ոսկրային հյուսվածքի լրացուցիչ կորստին: Իմպլանտի օստեոիտեզրացիայի աստիճանի վրա որևէ նշանակալի ազդեցություն փորձարարական հետազոտություններով /կապիկների վրա/ չեն հայտնաբերել նաև Hürzeler et. al. /1998/:

Թեև անառարկելի է իմպլանտի գերծանրաբեռնվածության նշանակությունը շուրջ-իմպլանտային բորբոքային բարդությունների և ոսկրի կորստի առաջացման համար, այնուամենայնիվ նշված գերծանրաբեռնվածության վերացումը էապես չի անդրադառնում արդեն զարգացած պերիիմպլանտիտի կլինիկական ընթացքի վրա /Miyata T., et. al. 2002/:

Ցեմենտի ավելցուկը որպես պերիիմպլանտիտի առաջացման գործոն

Ամեննին քիչ չեն դեպքերը, երբ պերի-իմպլանտիտի կլինիկական դրսևորման համար պատճառ է հանդիսանում օրթոպեդիկ կոստրուկցիաների ամրացման ժամանակ նկատվող ցեմենտի ավելցուկ քանակների մեխանիկական ներգործությունը հարակից հյուսվածքների վրա /Ramer N., et al. 2014/:

Համեմատվել է իմպլանտների ամրացման տարբեր եղանակների արդյունքում առաջացած կենսաբանական ու տեխնիկական բարդությունների հաճախականությունը /Ferreiro A., et. al. 2015/, որը պարզել է, որ եթե հետվիրահատական առաջին տարիների ընթացքում ցեմենտի միջոցով կատարված ֆիքսացիան հանգեցրել է 37,5 % բարդությունների առաջացմանը /այդ թվում մոտ 15 %-ը լորձաթաղանթի բորբոքման տեսքով/, ապա պտուտակային ամրացման բարդությունները հանդիպել են 30 % դեպքերում, որոնք հիմնականում պայմանավորված են եղել պտուտակի թուլացմամբ:

Ատամ/պարօդոնտ և իմպլանտ/շրջակա հյուսվածք հարաբերությունների միջև առկա էական տարբերությունները օրթոպեդիկ կոնստրուկցիաների ամրացումից հետո կա-

րող են հանգեցնել ցեմենտի ավելցուկի պահպանմանը՝ հետագա բորբոքային բարդությունների զարգացմամբ /Present S., et. al. 2015/: Ուստի իմպլանտացիայի ժամանակ ցեմենտներով ֆիքսացիայի ավանդական եղանակները պետք է համարել անբավարար հիմնավորված, քանի որ բնական ատամների պարագայում կապանային էպիթելն ու շարակցական հյուսվածքը բնական անջրպետ են հանդիսանում ցեմենտի ավելցուկների ներթափանցման համար, իսկ իմպլանտների դեպքում նշված արգելքը բացակայում է, հետևաբար բացակայում է նաև տեսանելի վերահսկողությունը ցեմենտի հնարավոր ներթափանցման նկատմամբ: Մյուս կողմից, T. Linkevicius et. al. /2013/ սեփական հետազոտություններով պարզել են, որ ցեմենտի ավելցուկ քանակները ախտածին նշանակություն են ձեռք բերում հիմնականում պարօդոնտի ախտաբանության առկայության պայմաններում, առանց որոնց միայն ավելցուկ ցեմենտի ազդեցությունը հազվադեպ է հանգեցնում շուրջիմպլանտային բորբոքմանը:

Այսպիսով հարկ է նկատել, որ գերծանրաբեռնվածության մեկուսացված բնույթի ազդեցության ուսումնասիրությունը ատամնային իմպլանտատների «ճակատագրի» վրա կապված է մի շարք օբյեկտիվ դժվարությունների հետ, ինչը և պայմանավորում է հիմնախնդրի թերի լուսաբանված լինելը, առկա գիտական տվյալների հակասական բնույթը:

Գրականություն

1. Casado P., Pereira M., Duarte M., Granjeiro J. History of chronic periodontitis is a high risk indicator for peri-implant disease. // Braz. Dent. J., 2013, 24 (2), 136-141,
2. Chambrone L., Chambrone L., Lima L. Effects of occlusal overload on peri-implant tissue health: a systematic review of animal-model studies. // J. Periodontol., 2010, 81 (10), 1367-1378,
3. De Smet E., van Steenberghe D., Quirynen M., Naert I. The influence of plaque and/or excessive loading on marginal soft and hard tissue reactions around Brånemark implants: a review of literature and experience. // Int. J. Periodontics Restorative Dent., 2001, 21 (4), 381-393,
4. Ferreiro A., Peñarrocha-Diago M., Pradies G., Sola-Ruiz M., Agustín-Panadero R. Cemented and screw-retained implant-supported single-tooth restorations in the molar mandibular region: A retrospective comparison study after an observation period of 1 to 4 years. // J. Clin. Exp. Dent., 2015, 1, 7 (1), 89-94,

5. Fransson C., Wennström J., Tomasi C., Berglundh T. Extent of peri-implantitis-associated bone loss. // J. Clin. Periodontol., 2009, 36 (4), 357-363,

6. Geckili O., Mumcu E., Bilhan H. The effect of maximum bite force, implant number, and attachment type on marginal bone loss around implants supporting mandibular overdentures: a retrospective study. // Clin. Implant. Dent. Relat. Res., 2012, 14, Suppl 1, 91-97,

7. Gotfredsen K., Berglundh T., Lindhe J. Bone reactions at implants subjected to experimental peri-implantitis and static load. A study in the dog. // J. Clin. Periodontol., 2002, 29 (2), 144-151,

8. Hürzeler M., Quiñones C., Kohal R., Rohde M., Strub J., Teuscher U., Caffesse R. Changes in peri-implant tissues subjected to orthodontic forces and ligature breakdown in monkeys. // J. Periodontol., 1998, 69 (3), 396-404,

9. Kozlovsky A., Tal H., Laufer B., Leshem R., Rohrer M., Weinreb M., Artzi Z. Impact of implant overloading on the peri-implant bone in inflamed and non-inflamed peri-implant mucosa. // Clin. Oral Implants. Res., 2007, 18 (5), 601-610,

10. Linkevicius T., Puisys A., Vindasiute E., Linkeviciene L., Apse P. Does residual cement around implant-supported restorations cause peri-implant disease? A retrospective case analysis. // Clin. Oral Implants. Res., 2013, 24 (11), 1179-1184,

11. Máximo M., de Mendonça A., Alves J., Cortelli S., Peruzzo D., Duarte P. Peri-implant diseases may be associated with increased time loading and generalized periodontal bone loss: preliminary results. // J. Oral Implantol., 2008, 34 (5), 268-273,

12. Merin R.. Repair of peri-implant bone loss after occlusal adjustment: a case report. // J. Am. Dent. Assoc., 2014, 145 (10), 1058-1062,

13. Miyata T., Kobayashi Y., Araki H., Ohto T., Shin K. The influence of controlled occlusal overload on peri-implant tissue. Part 3: A histologic study in monkeys. // Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2000, 15, (3), 425-431,

14. Miyata T., Kobayashi Y., Araki H., Ohto T., Shin K. The influence of controlled occlusal overload on peri-implant tissue. part 4: a histologic study in monkeys. // Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2002, 17 (3), 384-390,

15. Nobre de A., Maló P., Oliveira S. The influence of implant location and position characteristics on peri-implant pathology. // Eur. J. Prosthodont. Restor. Dent., 2014, 22 (3), 125-129,

16. Present S., Wales N., Levine R. Методики контроля остатков цемента вокруг конструкций, опирающихся на имплантаты. Снижение риска периимплантита. // Новое в стоматологии, 2015, 1, 48-53,

17. Ramer N., Wadhvani C., Kim A., Hershman D. Histologic findings within peri-implant soft tissue in failed implants secondary to excess cement: report of two cases and review of literature. // N. Y. State Dent. J., 2014, 80 (2), 43-46,

18. Tortamano A., Dominguez G., Haddad A., Nunes F., Nacao M., Morea C. Periodontopathogens around the surface of mini-implants removed from orthodontic patients. // Angle Orthod., 2012, 82 (4), 591-595,

19. Ueda T., Kremer U., Katsoulis J., Mericske-Stern R. Long-term results of mandibular implants supporting an

overdenture: implant survival, failures, and crestal bone level changes. // Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2011, 26 (2), 365-372,

20. Wahlström M., Sagulin G., Jansson L. Clinical follow-up of unilateral, fixed dental prosthesis on maxillary implants. // Clin. Oral Implants. Res., 2010, 21 (11), 1294-1300.

Некоторые механические факторы этиологии воспалительных осложнений дентальной имплантации
Погосян М.А.

Статья анализирует влияние перенагрузки и излишек стоматологического цемента на развитие воспалительных осложнений дентальной имплантации. Автор заключает, что изучение изолированного воздействия функциональной перегрузки на дальнейшую “судьбу” имплантов связано с рядом объективных трудностей, что и обуславливает недостаточную освещенность проблемы в научной литературе и противоречивость имеющихся данных.

Ключевые слова: *дентальная имплантация, воспалительные осложнения, перенагрузка, излишки цемента*

Some mechanical factors of the etiology of inflammatory complications of dental implantation
Pogosyan M.A.

The article analyzes the effect of overload and excess dental cement on the development of inflammatory complications of dental implantation. The author concludes that the study of the isolated effect of functional overload on the further “fate” of implants is associated with a number of objective difficulties, which causes a lack of illumination of the problem in the scientific literature and the contradiction of the available data.

Keywords: *dental implantation, inflammatory complications, overload, excess cement*

Հարականջային թքագեղձի ադենոլիմֆոմա (կլինիկական դեպք)

Պողոսյան Յու. Մ., Գրիգորյան Գ.Գ., Խաչատրյան Ա.Ս., Դաշտոյան Մ.Թ.

«Աստղիկ» ԲԿ, Մ. Հերացու անվան ԵՊԲՀ

Վճռորոշ բառեր՝ հարականջային թքագեղձ, ադենոլիմֆոմա, բուժում

Ադենոլիմֆոման կամ Ուորտինի ուռուցքը բարորակ, դանդաղ աճով օժտված, առավելապես հարականջային թքագեղձում հանդիպող ուռուցք է, որի մասին առաջին անգամ հիշատակել է Hildebrand-ը 1895թ-ին [1]: Albrecht-ը և Artz-ը 1910 թ-ին թքագեղձի այս ուռուցքը անվանել են պապիլյար լիմֆոմատոզ ցիստադենոմա [6]: Այնուամենայնիվ Ուորտինի ուռուցք անվանումը ստացել է Dr Aldred Scott Warthin-ի պատվին, ով 1929 թ.-ին ներկայացրել է ուռուցքի 2 կլինիկական դեպք: Գրականության մեջ ուռուցքը անվանում են նաև ադենոլիմֆոմա (ԱԼ), պապիլյար լիմֆոմատոզ ցիստադենոմա, ցիստադենոլիմֆոմա, էպիթելիոլիմֆոիդ կիստա, թքագեղձերի բրանխիոմա [6]:

ԱԼ հիմնականում առաջանում է մեծահասակ տղամարդկանց շրջանում, առավել հաճախ կյանքի 6րդ-7րդ տասնամյակում: Տղամարդ-կին հարաբերությունը կազմում է 4,6:1 [6]:

Տարբեր հեղինակների տվյալներով ԱԼ-ն կազմում է թքագեղձերի բարորակ նորագոյացությունների 1.7%-30%-ը և առաջացման հաճախականությամբ պլեոմորֆ ադենոմայից հետո զբաղեցնում է երկրորդ տեղը: Հանդիպում է գերազանցապես հարականջային թքագեղձերի շրջանում: Որոշ հեղինակների կարծիքով բոլոր ուռուցքները տեղակայվում են բացառապես հարականջային թքագեղձերում [9]: Մեկ այլ խումբ հեղինակներ նշում են, որ հարականջային թքագեղձերում ուռուցքը հանդիպում է 90% դեպքերում, 7.6% դեպքերում հանդիպում են պարանոցի ավշային հանգուցներում, 2.3% դեպքերում ենթաձնոտային թքագեղձերում [18]: Կարող է դիտվել երկկողմանի ախտահարում (5-14%), երբեմն՝ մուլտիֆոկալ տեղակայում (մինչև 4 ուռուցք նույն թքագեղձում) (12-20%) [5][17]: 11.3% դեպքերում նկատվում է թքագեղձի այլ ուռուցքների հետ ասոցացված միաժամանակյա ախտահարում: Մեծամասամբ հանդի-

պում է սպիտակամորթ մարդկանց շրջանում [18]: Հիվանդության կրկնությունները հիմնականում կապված են մուլտիցենտրիկ աճի հետ: Ուռուցքի մալիգնիզացիան շատ հազվադեպ է, կազմում է բոլոր ԱԼ-ների 0.3 %-ը [7]:

Մեծամասամբ ուռուցքը տեղակայված է լինում հարականջածամոդական շրջանում, ունի եզակի կլորավուն հանգույցի տեսք՝ հարթ կամ թմբկավոր մակերես, էլաստիկ կոնսիստենցիա: Մաշկային ծածկույթների գույնը փոփոխված չէ: Կիստոզ ձևերի ժամանակ կարող է նկատվել ֆլուկտուացիա: Պունկտատը պարունակում է կարմրամոխրավուն երանգի հեղուկ, նման թարախի կամ էպիդերմոիդ կիստայի պարունակությանը: Պունկցիայից կամ ասպիրացիայից հետո ուռուցքը չափերով փոքրանում է, սակայն ի տարբերություն իսկական կիստաների չի անհետանում: Դիմային նյարդը պրոցեսի մեջ չի ներգրավվում և միմիկայի մկանների պարեզ չի առաջացնում: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը ֆիզիոլոգիական երանգի է, թքածորանի էլանցքից արտադրվում է բավարար քանակությամբ թափանցիկ թուք [5][8]:

Դասական ԱԼ-ի մակրոպրեպարատը կտրվածքի վրա ունի բաց մոխրագույն երանգ, իրենից ներկայացնում է պինդ թաղանթով հանգույց, որի հյուսվածքային բաղադրիչը փուխր է, ծակոտկեն, միմյանց հետ կապված տարբեր չափերի կիստոզ խոռոչներով, լցված՝ պղտոր, շճաթարախային, կարմրադեղանվուն պարունակությամբ [8],[12]: Սակայն կլինիկայում վիրաբույժները հաճախ առնչվում են ԱԼ-ների մակրոսկոպիկ կառուցվածքների զգալի բազմազանության հետ:

Միկրոսկոպիկ ուռուցքը ունի էպիթելային բաղադրիչ և լիմֆոիդ հենք: Էպիթելային բջիջները տեղակայված են 2 շերտով՝ օնկոցիտների պունակաձև բջիջների մակերեսային շերտով և ստորադիր բազալ բջիջների ընդհատվող շերտով: Օնկոցիտները պարունակում են կենտրոնական տեղակայման, փոքր,

օվալաձև կորիզներ, լավ նկատելի կորիզակներով, իսկ ցիտոպլազման ի շնորհիվ միտոքոնդրիումների կուտակման հատիկավոր (գրանուլյար) և էոզինոֆիլային է: Օնկոցիտների մեծ քանակ նկատվում է նաև նորմալ թթագեղձերում մեծահասակ տարիքում, սակայն օնկոցիտների դիֆուզ պրոլիֆերացիան առանց այլ փոփոխությունների չունի ախտաբանական նշանակություն և կոչվում է օնկոցիտոզ կամ օնկոցիտար մետապլազիա: Հենքում առկա է հասուն լիմֆոիդ հյուսվածք, լիմֆոիդ ֆոլիկուլներ՝ սաղմնային կենտրոններով: Բշտային խոռոչները պարունակում են խիտ սպիտակուցային արտադրուկ, բջջային մնացորդներ, խոլեստերոլի բյուրեղներ:

Ներկայումս գրականության մեջ քննարկվում է այս ուռուցքի առաջացման էթիոլոգիական գործոնների, ինչպես նաև նրա հյուսվածքաբանական ենթատիպերի հարցը:

ԱԼ-ի առաջացման ամենաընդունված վարկածն է այն, որ ուռուցքը առաջանում է հարականջային թթագեղձերի սաղմնային զարգացման ընթացքում՝ ավշային հանգույցներում ներառված թթածորաններից: Այս վարկածը առաջարկվել է հաշվի առնելով ներևարտահարականջային ավշային հանգույցներում թթագեղձի հյուսվածքների հաճախակի հայտնաբերումը [6]: Ուռուցքի առաջացման դիֆոնտոգենետիկ ծագման մասին է խոսում թթագեղձի հյուսվածքների հետերոտոպ կղզյակների հայտնաբերումը նորածինների և պտղի ներօրգանային ավշային հանգույցներում, որն էլ հաստատվում է իմունահիստոքիմիական և մոլեկուլյար-գենետիկ հետազոտություններով: Ուռուցքի առաջացման մեջ մեծ դեր է տրվում նաև ծխողների շրջանում առաջացող տափակբջջային մետապլազիային: Գոյություն ունի քրոնիկական բորբոքման հաշվին առաջացող «լիմֆոէպիթելային վերածնունդի» օնկոցիտար տեսությունը: Ատոմային ռումբերի պայթյուններից հետո կենդանի մնացած մարդկանց հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ճառագայթումը նույնպես կարող է դեր ունենալ ուռուցքի առաջացման մեջ: Նախկին այն համոզմունքը, երբ ուռուցքի առաջացումը ասոցացվում էր Էպշտեյն-Բարրի վիրուսի հետ՝ ելնելով այն հանգամանքից, որ որոշ հետազոտություններում ԷԲՎ-ի ԴՆԹ-ն հայտնաբերվել էր ուռուցքային

բջջներում, ներկայումս համարվում է չհիմնավորված [18]:

ԱԼ-ների նախավիրահատական ախտորոշման համար օգտագործվում են կլինիկական և ճառագայթային հետազոտության մեթոդներ, որոնցից են ուլտրաձայնային հետազոտությունը (ՈւՁՀ), ռենտգեն համակարգչային շերտագրությունը (ՌՀՇ), մագնիսառեզոնանսային շերտագրությունը (ՄՌՇ), վերջին ժամանակներս՝ պոզիտրոն էմիսիոն շերտագրություն համակցված համակարգչային շերտագրություն (ՊԷՇ/ՀՇ): Որոշիչ նշանակություն ունեն մորֆոլոգիական հետազոտության մեթոդները:

Թթագեղձերի ուռուցքների ախտորոշման մեջ ՈւՁՀ մեթոդի զգայունությունը կազմում է 95.8 %, սպեցիֆիկությունը՝ 100%, ճշգրտությունը՝ 93-95.1% [2],[13]: Շնորհիվ իր պարզության և հասանելիության մեթոդը լայն կիրառում ունի գլխի և պարանոցի փափուկ հյուսվածքների հետազոտության ժամանակ: Սակայն սխալների առաջացման հաճախականությունը կարող է հասնել 7-46%, քանի որ գործնականում թթագեղձերի բոլոր ուռուցքները և ուռուցքանման գոյացությունները՝ համեմատած շրջակա պարենխիմայի, ունեն իզոէխոգեն կամ անհամասեռ կառուցվածք: Հաճախ գնահատվում են հետևյալ չափանիշները՝ ուռուցքի առկայությունը կամ բացակայությունը, տեղակայումը (ներկամ արտագեղձային), ուռուցքի չափերը, էխոգենությունը (բարձրացած, իջած), էխոկառուցվածքը (համասեռ, անհամասեռ), ուրվագծերը (հարթ, անհարթ), սահմանները (հստակ, ոչ հստակ):

Գրականության մեջ ԱԼ-ն նկարագրվում է որպես ուռուցքային հանգույց՝ հարթ, հաճախ պոլիցիկլիկ ուրվագծերով, հիմնականում իջած էխոգենությամբ և անհամասեռ էխոկառուցվածքով՝ կապված կիստոզ բաղադրիչի առկայության հետ [12]: Դրա հետ մեկտեղ նկարագրվում է այսպես կոչված դասական ԱԼ, իսկ բաժանում կիստոզ ու սոլիդ տեսակների առկա չէ [1]:

ԱԼ-ների ախտորոշման մեջ լայնորեն կիրառվում է նաև ՄՌՇ-ն մեթոդը, որի դեպքում զգայունությունը կազմում է 45.5 %, սպեցիֆիկությունը՝ 93%, ճշգրտությունը՝ 85%: ՄՌՇ հետազոտության տվյալներով ԱԼ բաժանում են 3 տեսակի՝ առաջինի դեպքում

հայտնաբերվում է հարաբերական համասեռ հյուսվածքային կառուցվածքով սուլիդ հանգույց, երկրորդ դեպքում ուռուցքը ունի հստակ երկբաղադրիչ կամ էլ մոզաիկ կառուցվածք, երրորդ դեպքում հայտնաբերվում է հարպատային բաղադրիչով խոռոչավոր գոյացություն: Հետազոտության մեթոդը հնարավորություն է տալիս գնահատել նաև դիմային նյարդի և խոշոր անոթների հարաբերությունը գոյացության հետ [11][17]:

Ի.Վ.Դուբարևան, Ա.Ս.Լաստովկան և Ա.Ի. Կուշիրովը ելնելով մակրոսկոպիկ պատկերի առանձնահատկություններից ԱԼ-ները բաժանել են 3 խմբի և յուրաքանչյուր խմբում ուսումնասիրել նախավիրահատական ճառագայթային ախտորոշման առանձնահատկությունները [3]:

Առաջին խմբում ուռուցքը իրենից ներկայացնում է սուլիդ, հարաբերականորեն համասեռ, ճարպային փայլով հանգույց կամ հյուսվածք՝ փոքր-ինչ հիշեցնող լիմֆոիդ հյուսվածքը: ՈւՌՉՉ ուռուցքը ունի հստակ սահմաններ, անհարթ ուրվագծեր, հիպոէխոգեն է և անհամասեռ էխոկառուցվածքով: ՄՌՇՇ՝ T1 (T1 W2) պատկերներում հայտնաբերվում է միջին ինտենսիվությամբ հստակ ուրվագծերով գոյացություն (ավելի ինտենսիվ, քան մկանային հյուսվածքը), T2 (T2W2) պատկերներում ազդանաշանը միջին է կամ հետերոգեն:

Երկրորդ խմբում ուռուցքի մակրոսկոպիկ պատկերում առկա են տարբեր հարաբերությամբ հյուսվածքային և կիստոզ բաղադրիչներ: 75% դեպքերում գերակշռում է հեղուկ բաղադրիչը, 25% դեպքերում՝ հյուսվածքային բաղադրիչը: ՈւՉՉ հայտնաբերվում է իջած էխոգենությամբ, ոչ ճշտագրիտ ձևի, հստակ, հարթ արտաքին ուրվագծերով գոյացություն: Դեպքերի կեսի ժամանակ ներքին ուրվագծերը հստակ չեն: Կառուցվածքի անհամասեռությունը պայմանավորված է խոռոչների և հավելումների, ինչպես նաև խտրոցների և առպատային հյուսվածքային գերաճների առկայությամբ (բշտային-սուլիդ գոյացություն): ՄՌՇՇ՝ (T1) պատկերում հայտնաբերվում է հստակ ուրվագծերով հանգուցավոր ծավալուն գոյացություն: Առկա են տարբեր ձևի, անհարթ, տեղ-տեղ ոչ հստակ ուրվագծերով բարձր ինտենսիվությամբ հավելումներ:

Երրորդ խմբում խոռոչավոր բաղադրիչը զգալի գերակշռում է հյուսվածքայինի նկատմամբ: ՈւՌՉՉ հայտնաբերվում է հեղուկ պարունակությամբ բուշտ, հարթ ներքին ուրվագծերով (83%), ներքին գերաճումներով կամ խտրոցների առկայությամբ: ՄՌՇՇ հետազոտությամբ ախտաբանական գոյացությունը (T1) նկարագրվում է, որպես լավ վիզուալիզացվող, հստակ սահմաններով և սուլիդ հարպատային գերաճումներով գոյացություն: Այսպիսով կիստոզ ձևի ժամանակ ճառագայթային հետազոտության մեթոդները չեն խոսում ԱԼ-ի առկայության օգտին, ինչը կարող է հանգեցնել սխալ ախտորոշմանը:

G. Seifert-ը ստրոմայի և էպիթելար բաղադրիչներից կախված տարբերակում է ԱԼ-ի 4 հյուսվածքաբանական ենթատիպեր [14]:

Ենթատիպ 1 (դասական ԱԼ) 50 % էպիթելային բաղադրիչ: ԱԼ-ի օգտին վստահ բջջաբանական եզրակացության համար ցիտոգրաման պետք է պարունակի 2 բաղադրիչ՝ էպիթելային և լիմֆոիդ: Որպես օրենք քսուկի ֆոնը պարունակում է ամորֆ կամ հատիկավոր, անկառուցվածք նյութ, երբեմն հանդիպում է բջջային և կորիզավոր դետրիտ: Էպիթելը ներկայացված է օնկոցիտներով, որոնք մեծ ցիտոպլազմայով և մոնոմորֆ, կլորավուն, փոքր կորիզով բջիջներ են, ձևավորում են բազմաշերտ թիթեղներ, հիշեցնում են մետապլազիայի ենթարկված էպիթել: Անպայման առկա են նաև տարբեր ախտիճանի տարբերակմամբ լիմֆոիդ բաղադրիչներ:

Ենթատիպ 2 (էպիթելային, հենքով աղքատ, stroma poor) - ուռուցքի գեղձային բաղադրիչը նշանակալի գերազանցում է լիմֆոիդայինին: Ամենահաճախ հանդիպող ենթատեսակն է: Էպիթելային բաղադրիչը կազմում է 70-80%: Ցիտոգրաման ներկայացված է մեծ թվով օնկոցիտներով և քիչ քանակի լիմֆոիդ բաղադրիչներով, ինչը ստիպում է առաջին հերթին մտածել օնկոցիտոմայի մասին և միայն լիմֆոիդ բաղադրիչի մեծ քանակության դեպքում կարելի է ենթադրել ԱԼ-ի առկայության մասին:

Ենթատիպ 3 (հենքով հարուստ, stroma rich)-ուռուցքի մեջ հայտնաբերվում է խիստ արտահայտված լիմֆոիդ ներափրանք՝ մեծ քանակի լիմֆոիդ ֆոլիկուլների ձևավորմամբ, էպիթելային բաղադրիչը կազմում է 20-30%: Ցիտոգրամայում գերակշռում են քրոնիկ բոր-

բոքման բաղադրիչները կամ լիմֆոիդ հյուսվածքի տարրերը (լիմֆոցիտներ, ավելի քիչ քանակությամբ լեյկոցիտներ, հիստիոցիտներ): Եթե օնկոցիտային բջիջների կուտակումները պունկտատում բացակայում են, ապա բջջաբանը հիմք չունի կասկածելու ԱԼ:

Ենթատիպ 4 – ը հյուսվածաբանորեն բնութագրվում է արտահայտված տափակբջջային մետապլազիայով: Քսուկի բջջային կազմը կարող է ներկայացված լինել բորբոքման կամ առանց բորբոքման բաղադրիչների անկառուցվածք նյութից (բշտային պարունակություն): Ավելի հազվադեպ հայտնաբերվում են տափակ կամ մետապլազիայի ենթարկված էպիթել՝ եղջերացմամբ և աստիպիայով, եղջերացած թեփուկներ, պարակերատոցիտներ, դիսկերատոցիտներ (նրանց քանակական և որակական բնութագրից է կախված տափակբջջային մետապլազիայի արտահայտվածության աստիճանը): Այս տեսակի ցիտոգրաման չի համարվում պաթոգնոմոնիկ միայն 4-րդ ենթատիպի ԱԼ-ի համար, այլ կարող է հանդիպել ցանկացած բշտի (հասարակ կամ բորբոքված), այլ ուռուցքների բշտային ձևերի դեպքում: Արտահայտված տափակբջջային մետապլազիայի դեպքում (գեղձային էպիթելի փոխարինում տափակբջջային էպիթելով) և քսուկում օնկոցիտների, պարադիսկերատոցիտների նշանակալի առկայության դեպքում՝ բջջաբանը կարող է սխալմամբ կասկածել մուկոէպիդերմոիդ քաղցկեղի կամ տափակբջջային քաղցկեղի առկայության մասին:

Տարբեր հեղինակների հետազոտությունների տվյալներով բարակ ասեղային ասպիրացիոն բիոպսիայի (ԲԱԲ) զգայունությունը նրա «կույր» անցկացման դեպքում կազմում է 34.2-38% [4], [10]: Վերը նկարագրվածով կարելի է բացատրել ԱԼ-ների նախալիրահատական բջջաբանական և հետվիրահատական հյուսվածաբանական հետազոտությունների արդյունքների համընկման ցածր տոկոսը: ԲԱԲ-ի ցիտոգրամայի դասական կազմը հանդիպում է 1-ին և 2-րդ ենթատիպերի ժամանակ: Բջջաբանական հետազոտության ոչ բարձր ինֆորմատիվությունը բացատրվում է ուռուցքի մորֆոլոգիական կառուցվածքի առնաձևահատկություններով, ինչը բերում է պունկտատում ԱԼ-ներին բնորոշ բջջային

տարրերի ոչ բավարար քանակությամբ: Բացի դրանից, հնարավոր են ուռուցքում մետոկի տեսքով երկրորդային փոփոխություններ, մետոկային զանգվածներ, քրոնիկական բորբոքում, բջիջների մետապլազիայի, պարա- և դիսկերատոզի նշաններ, որոնցով էլ պայմանավորված է քսուկներում բջջաբանական պատկերի ոչ յուրահատկությունը: Մյուս կողմից թե՛ «կույր», թե՛ ՈԻԶՀ պայմաններում կատարվող ԲԱԲ և բջջաբանական պրեպարատների պատրաստումը նպաստում է հյուսվածքային կառուցվածքի (արխիտեկտոնիկայի) խանգարմանը, որը ևս դժվարացնում է հետագա ախտորոշումը: Որոշ հեղինակներ գտնում են, որ ԲԱԲ-ի զգայունության աստիճանը կարելի զգալի բարձրացնել (մինչև 80-97%) նյութը ստանալով ՈԻԶՀ հսկողության ներքո, քանի որ ուռուցքի կառուցվածքի էխովիզուալիզացիան հնարավորություն է տալիս պունկցիայի համար ընտրել բշտային փոփոխություններ չպարունակող տեղամաս [2], [15]:

ԱԼ-ների բուժումը մնում է փոքր-ինչ վիճելի: Batsakis-ը ԱԼ-ի վերաբերյալ ասել է հետևյալը. *«թթագեղձերի ուռուցքների շրջանում այն համարվում է ամենաանվտանգը»* [7]: Չնայած դրան Yoo-ն և համահեղինակները, ինչպես նաև հեղինակների մեծամասնությունը բուժման համար խորհուրդ են տալիս կատարել մասնակի՝ մակերեսային պարոտիդեկտոմիա, սակայն նշելով, որ կարելի է նաև կատարել տեղային էքսցիզիա, ինչպես նաև բացառված չէ սահմանել դինամիկ հսկողություն [18]: Մակերեսային պարոտիդեկտոմիայի նախընտրությունը պայմանավորված է տեղային էքսցիզիայից հետո 1.8% կրկնությունների առաջացմամբ: Սակայն սա դեռ չի նշանակում, որ դրանք իսկական ռեցիդիվներ են, քանի որ բավական հաճախ հանդիպում են ԱԼ-ների մուլտիֆոնկալ ախտահարման դեպքեր:

Կապված ԱԼ-ների վիրահատական բուժման հետ (մակերեսային և տոտալ պարոտիդեկտոմիա) գրականության մեջ նկարագրված հետվիրահատական հիմնական բարդություններից են՝ դիմային նյարդի դիսֆունկցիան և Ֆրեյի համախտանիշը: Դիմային նյարդի հետվիրահատական դիսֆունկցիան կարող է լինել տոտալ կամ մասնակի, ինչպես նաև

կայուն և ժամանակավոր: Այլ առավել քիչ հնադիպող բարդություններից են ինֆեկցիան, սերուման, հեմատոման, խուղակը և այլն [16]:

Կլինիկական դեպքի գեղուցում

“Աստղիկ” ԲԿ դիմաճնոտային վիրաբուժության բաժանմունք է դիմել հիվանդ Ս.Գ. ծնված 1952թ-ին (67 տարեկան), գանգատվելով աջ հարականջաձամողական, աջից պարանոցի վերին և միջին երրորդականի այտուցվածության առկայությունից, դեպի աջ ուս ճառագայթող թույլ ցավերից, գլխի շարժումների ժամանակ տհաճ զգացողություններից: Հիվանդի խոսքերով հիվանդությունը նկատել է մոտ 3 տարի առաջ, որը ժամանակի ընթացքում պրոգրեսիվել է: Վնասակար սովորություններից հիվանդը նշում է ծխելը՝ օրը մեկ տուփ: Ուղեկցող հիվանդություններից առկա են շաքարային դիաբետ, հիպերտոնիկ հիվանդություն:

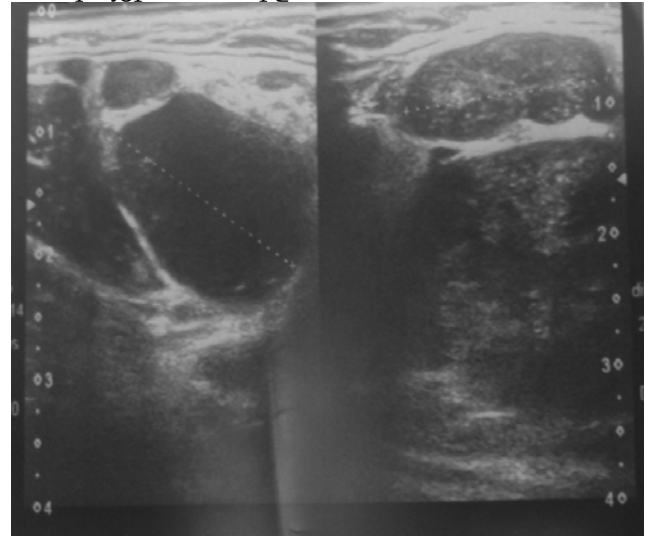
Հիվանդի արտաքին գնման ժամանակ առկա է դեմքի և պարանոցի ասիմետրիա՝ ի հաշիվ աջից պարանոցի վերին և միջին երրորդականի այտուցի: Այտուցի վրայի մաշկը բնականոն գունավորման էլ, լարված չէ, հավաքվում է ծալքի, շոշափմամբ նկատվում է մոտ 6x3 սմ չափերով թույլ ցավոտ, շարժուն, էլաստիկ կոնսիստենցիայով, հստակ սահմաններով գոյացություն: Դիմային նյարդի լուծանք չի դիտվում:

15.11.2018թ Պարանոցի ՈւՋՀ՝ աջ հարականջային թթագեղձի խորանիստ հատվածի պրոյեկցիայով տեղակայված են երկու հյուսվածքային, հիպերվասկուլյար, հիպոէխոգեն գոյացություններ՝ 53x25մմ և 15x8մմ չափերով: Ավելի ստորև հայտնաբերվում են ավշային հանգույցներ 15-25 մմ չափերով (նկ.1): Եզրակացություն՝ աջ հարականջային թթագեղձի խորանիստ հատվածի մակարդակին տեղակայված գոյացությունների սոնոգրաֆիկ պատկեր, երկրորդային լիմֆադենոպաթիայի սոնոգրաֆիկ պատկեր, որը պետք է տարբերակել գեղձից դուրս եկող գոյացության և դրսից մխրձված լիմֆոմայի միջև:

07.03.2019թ Գոյացության ԲԱԲ (4 պրեպարատ)՝ հետազոտվող նյութի ցիտոգրաման խոսում է ավշային հանգույցի MTS ախտահարման օգտին:

09.03.2019թ Պարանոցի կոնտրաստ ՄՌԾ՝ աջ հարականջային թթագեղձի ստորին-միջային հատվածում, անմիջապես ստորին

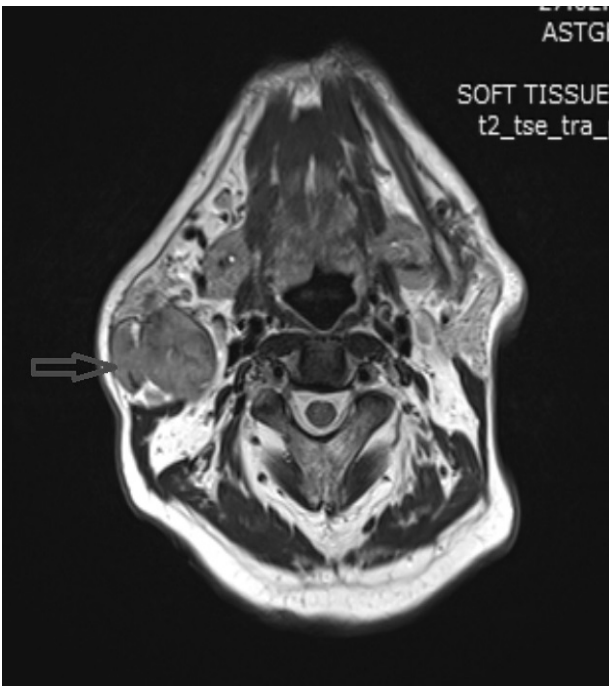
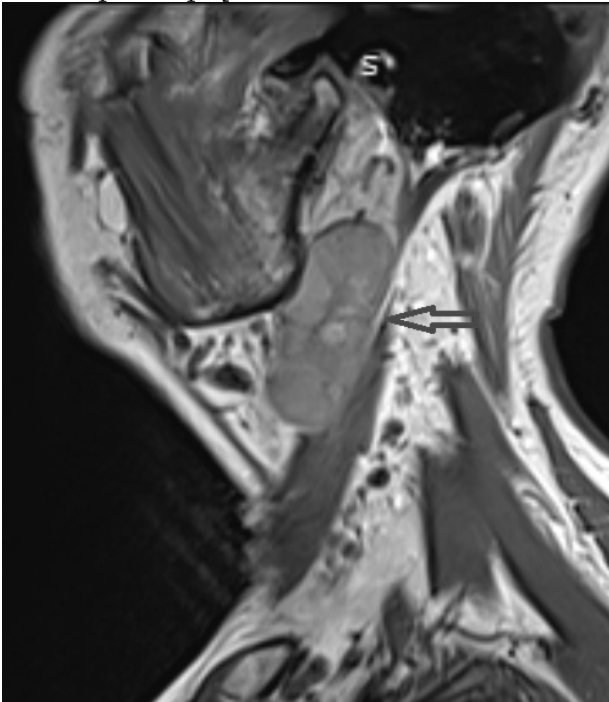
ծնոտի անկյունից հետ նկատվում է օվալ, բավական հստակ արտաքին ուրվագծերով, անհամասեռ, T1 T2 STIR - ով իզո-հիպերինտենսիվ, սոլիդ-կիստոզ հանգույցավոր ծավալուն գոյացություն, չափերը՝ 3.3x4.0x6.0 սմ (նկ.2): Գոյացության անհամասեռությունը պայմանավորված է T1-ով հիպերինտենսիվ հավելումներով հավանական է ի հաշիվ արյունազեղման և մեռուկի հատածների: Գոյացության հետին եզրը հարում է կրծոսկրանրակապտկաձևային մկանին, դրան հարող հատվածներում (առանց ինվազիայի նշանների) ձևախախտելով մկանը: Գոյացության վերին հատվածը միաձուլվում է աջ հարականջային թթագեղձի ստորին եզրին, որոնց միջև սահմանը հստակ չի նկատվում: Գոյացության միջային հատվածը առանց ինվազիայի նշանների ձևախախտում է երկփորանի մկանը: Գոյացության ստորին բևեռը տեղակայված է ընդհանուր քնային զարկերակի բիֆուրկացիայի մակարդակին և գտնվում է 1.0 սմ հեռավորության վրա: Հայտնաբերվում են ենթաճնոտային ավշային հանգույցներ աջից՝ 1.4x0.8 սմ, ձախից՝ 1.6x1.0 սմ չափերով: Եզրակացություն՝ աջից պարանոցի փափուկ հյուսվածքների ծավալուն գոյացության պատկեր, որը պետք է տարբերակել աջ հարականջային թթագեղձից ծագող գոյացության և երկրորդային հարականջային ավշային հանգույցի MTS? միջև:



Նկ. 1 Պարանոցի ՈՒՋՀ: Հյուսվածքային հիպերվասկուլյար, հիպոէխոգեն գոյացություններ 53x25մմ և 15x8 մմ չափերով

20.03.2019թ ընդհանուր անզգայացմամբ կատարվել է նորագոյացության էքսցիզիոն

բիոպսիա (նկ. 3) օգտագործելով մասնակի պարոտիդէկտոմիան, որպես ընտրության եղանակ: Հեռացված հյուսվածքը ուղարկվել է հյուսվածաբանական հետազոտության: Հիվանդի մոտ որևէ հետվիրահատական բարդություն չի արձանագրվել և գտնվում է դինամիկ հսկողության տակ՝ հետագա հնարավոր կրկնության ժամանակին հայտնաբերման նպատակով:



Նկ 2 Գլխի և պարանոցի ՄՌՇ: Հստակ արտաքին ուրվագծերով, անհամասեռ, հանգուցավոր, ծավալուն գոյացություններ:

Մակրոսկոպիկ նկարագրությունը՝ սահմանափակ հանգուց (չափերը՝ 6.0x4.0x3.0) (նկ. 4.1) տարբեր քանակի և տրամաչափի կիստոզ խոռոչներով, որոնք տեղ-տեղ պարունակում են շագանակագույն հեղուկ պարունակություն, տեղ-տեղ էլ լորձային, սպիտակամոխրավուն նյութ: Առկա են նաև 2 ավշային հանգուցներ 1.2 և 1.5 սմ չափերի, պինդ կոնսիստենցիայով, մոխրավարդագույն երանգի:

Միկրոսկոպիկ նկարագրությունը՝ պատիճավորված ուռուցքը կազմված է բշտային խոռոչներից և պտկիկավոր պրոլիֆերատներից (նկ.4.2), ծածկված երկշերտ օնկոցիտար տիպի էպիթելով (նկ.4.3), որից ներքև ուռուցքի հենքում հայտնաբերվում է հասուն լիմֆոիդ հյուսվածք (նկ. 4.4): Կիստայի լուսանցքին դարձած ներքին մակերեսային շերտը ծածկված է գլանաձև էպիթելիոցիտներով, որոնց կենտրոնում կամ ապիկալ հատվածում առկա են կլորավուն կորիզներ՝ պատնեշավոր տեսքի: Մասնահատման եզրով հայտնաբերվում է թքագեղձի հյուսվածք՝ առանց ախտաբանական փոփոխությունների: Ավշային հանգուցներում հայտնաբերվում են լայնացած և արտահայտված ավշային ֆոլիկուլներ:

Եզրակացություն (ախտորոշում)՝ Ուորտինի ուռուցք (հում.՝ պապիլյար լիմֆոմատոզ ցիստադենոմա, ադենոլիմֆոմա): Ավշային հանգուցներում ռեակտիվ լիմֆոիդ հիպերպլազիա (հում.՝ ռեակտիվ լիմֆադենոպաթիա):

Եզրակացություն

Կարելի է համաձայնվել հեղինակների այն կարծիքի հետ, որ ԱԼ-ները ունեն մակրոսկոպիկ և միկրոսկոպիկ պատկերների զգալի բազմազանություն՝ պայմանավորված ուռուցքում տեղի ունեցող երկրորդային փոփոխություններով, որոնք դժվարացնում են նախավիրահատական ախտորոշումը: Գրականության մեջ առկա են ԱԼ-ների վիրահատական բուժման տարբեր եղանակներ՝ տեղային էքսցիզիայից մինչև տոտալ պարոտիդէկտոմիա, ինպես նաև ոչ վիրահատական դինամիկ հսկողություն: Յուրաքանչյուր կլինիկական դեպքում բուժման մեթոդի ընտրությունը պետք է լինի յուրահատուկ: Մեր կլինիկական դեպքում ուռուցքը հեռացված է առողջ հյուսվածքի սահմաններում՝ բավարար հետվիրահատական արդյունքով:

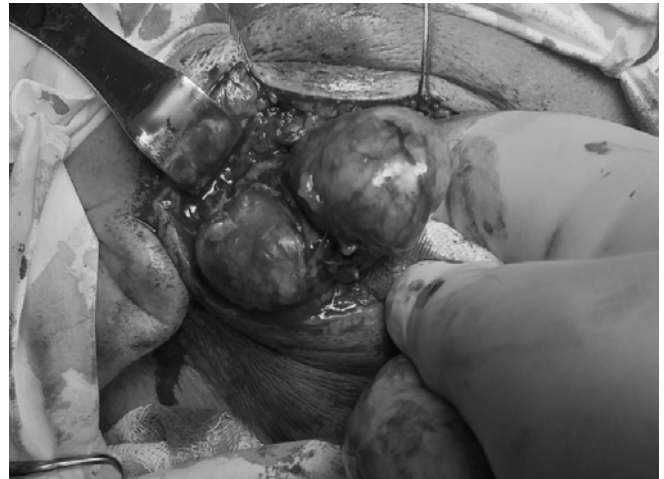
Նկ 3 Պարանոցի աջ կեսի վերին և միջին 1/3-ի նորագոյացության էքսցիզիոն բիոպսիայի փուլերը



3.1 Նշագծված կտրվածքի ուղղությունը և չափերը



3.2 Հատված մաշկը և ենթամաշկային ճարպաբջջանքը

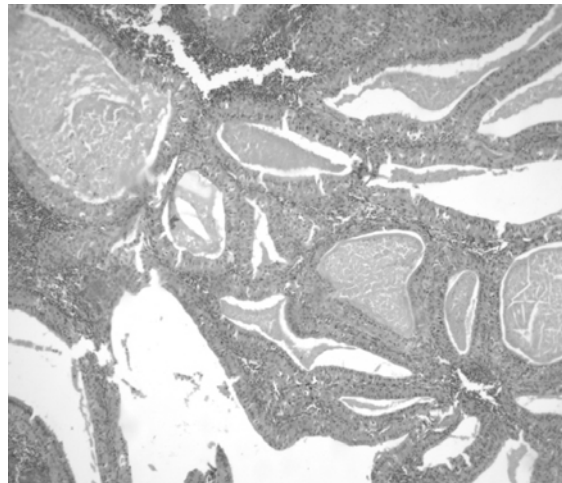


3.3,3.4 Վիրահատական դաշտում երևում է կոլարավուն, հարթ մակերեսով 2 նորագոյացություն



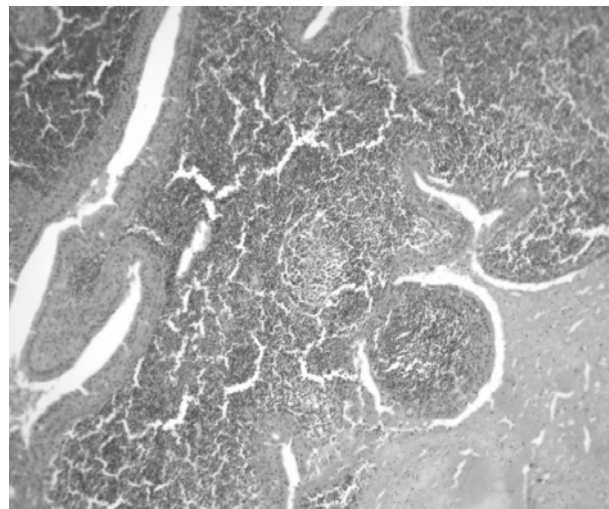
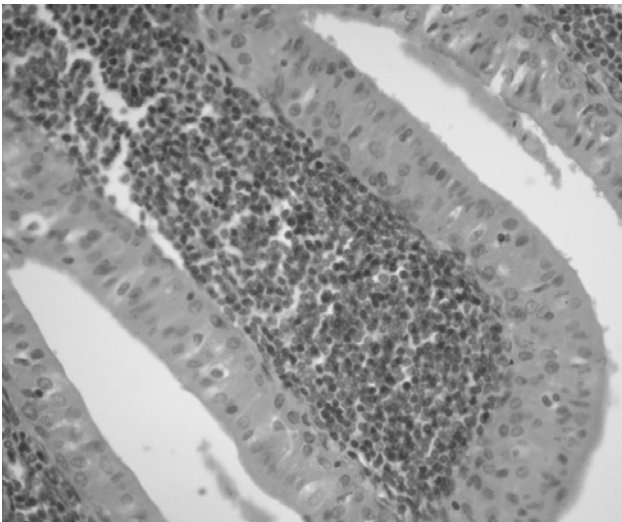
3.5 Վիրահատական վերքի հատակը գոյացության հեռացումից հետո 3.6 Վիրահատական վերքը կարված հանգուցակարերով(վիրահատության 5-րդ օրը):

Նկ 4 Հեռացված գոյացության մակրո և միկրոսկոպիկ պատկեր



4.1 Գոյացության մակրոսկոպիկ պատկեր խոռոչներից և պտկիկավոր պրոլիֆերատներից:

4.2 Ուռուցքը կազմված է բշտային Ներկում հեմաստոքսիլին-էոզինով, x100:



4.3 Պտկիկավոր պրոլիֆերատները ծածկված են երկշերտ օնկոցիտար տիպի էպիթելով: Ներկում հեմաստոքսիլին-էոզինով, x100:

4. 4 Ուռուցքի հենքում հայտնաբերվում է հասուն լիմֆոիդ հյուսվածք Ներկում հեմաստոքսիլին-էոզինով, x100:

Գրականության ցանկ

1. Варшавский, А. И. Клиника, диагностика и лечение аденолимфомы околоушной железы / А. И. Варшавский // Стоматология. — 2004. — №3. — С.33-37.
2. Дробомыслова, Н. А. Лучевая диагностика новообразований слюнных желез / Н.А. Дробомыслова // Вopr. онкологии. - 2000, Т.46, №4 - С.472-476.
3. Дударева, И. В. Сопоставление макро- и сонографической структуры аденолимфомы. Ретроспективный анализ / И. В. Дударева, А. С. Ластовка, А. И. Кушников // Проблемы здоровья и экологии. - 2016. - № 1 (47). - С. 31-35.
4. Дударева И.В., Ерохина О.А. Информативность общепринятых методов цитологической диагностики

- аденолимфом. Современная стоматология. 2013. №2. С. 93—96
5. Карапетян, И. С. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты слюнных желез / И. С. Карапетян [и др.]; под ред. И. С. Карапетяна. — М., 2004. — С. 48-67.
6. Anand Pratap Singh, Ankita Tandon, Aman Chowdhary, and Sheetal Mujoo. Adenolymphoma: A probing entity: Case report and review J Nat Sci Biol Med. 2013 Jul-Dec; 4(2): 492-496.
7. Batsakis JG. Carcinoma ex papillary cystadenoma lymphomatosum malignant Warthin's tumor. Ann Otol Rhinol Laryngol 1987; 96: 234-5.
8. Cardesa, A., Pieter, J. Slootweg. Pathology of the Head and Neck. — 2006. — 26 p.

9. Eveson J, Cawson R. Warthin's tumor (cystadenolymphoma) of salivary glands. A clinicopathologic investigation of 278 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61: 256–2.
10. Howlet, D.C. Diagnosing a parotid lump: fine needle aspiration cytology or core biopsy // *Brit. J. Radiol.* - 2006. Vol. 76. P. 295-297.
11. . Ishibashi M. Capsule of parotid gland tumor: evaluation by 3.0 T magnetic resonance imaging using surface coils / [et al.] // *Acta Radiol.* — 2010. — Vol. 51, № 10. — P. 103-110.
12. M. Al-Tamami. Sonographic Features of Salivary Gland Tumours [et al.] // *Med Princ Pract.* — 1999. — Vol. 8, № 3. — P. 201-212.
13. N. Gritzmann [et al.] . Sonography of the salivary glands // *American Journal of Roentgenology.* — 1989. — Vol. 153, № 1. — P. 161-166.
14. Seifert G, Bull HG, Donath K. Histologic sub classification of the cystadenolymphoma of the parotid gland. Analysis of 275 cases. *Virchows Arch A Pathol Anat Histol.* 1980; 388: 13-38.
15. Sunil Kumar Y. Role of fine needle aspiration cytology in salivary gland tumors with histological correlation / [et al.] // *J. Clin. Diagn. Research.* - 2011. - Vol. 5. - P. 1375-1380.
16. T.C. Chulam, A.L. Noronha Francisco, J. Goncalves Filho, C.A. Pinto Alves and L.P. KOWALSKI. Warthin's tumour of the parotid gland: our experience *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2013 Dec; 33(6): 393–397
17. Warthin tumor a curious entity - case report and review of literature / A. Faur [et al.] // *Romane Journal of Morfology and Embriology.* — 2009. — Vol. 50, № 2. — P. 269-273.
18. Yoo GH, Eisele DW, Askin FB, Driben JS, Johns ME. Warthin's tumor: A 40-year experience at The Johns Hopkins Hospital. *Laryngoscope* 1994; 104: 799–803

**Аденолимфома околоушной слюной железы
(клинический случай)**

Ю. М. Погосян, Г. Г. Григорян, А. С. Хачатрян,
М. Т. Даштоян

Можно согласиться с мнениями авторов, которые отмечают многообразие макроскопических и микроскопических картин аденолимфом, обусловленные наличием вторичных изменений внутри опухоли, которые затрудняют установление предоперационного диагноза. В литературе известны разные методы хирургического лечения аденолимфом, от местной экцизии до тотальной паротидэктомии, а также нехирургическое динамическое наблюдение. В каждом конкретном случае выбор метода лечения должен быть индивидуальным. В нашем клиническом случае удалена опухоль в пределах здоровых тканей с удовлетворительным постоперационным результатом.

Ключевые слова: околоушная слюнная железа, аденолимфома, лечение

**Adeno-Lymphoma Of The Parotid Salivary Gland
(clinical case)**

Yu.M. Poghosyan, G.G. Grigoryan, A.S. Khachatryan,
M.T. Dashtoyan

It is possible to agree with the opinions of the authors, who note the diversity of macroscopic and microscopic pictures of adenolymphoma, due to the presence of secondary changes within the tumor, which make it difficult to establish a preoperative diagnosis. Various methods of surgical treatment of adenolymphoma are known in the literature: from local excision to total parotidectomy, as well as non-surgical follow-up. In each case, the choice of treatment should be individual. In presented clinical case, a tumor was enucleated with a satisfactory postoperative result.

Keywords: parotid gland, adenolymphoma, treatment

Պարօդոնտի հյուսվածքների փոփոխությունները օրթոպեդիկ կոնստրուկցիաներով ծամոդական ֆունկցիան վերականգնելիս

¹Հերոյան Ա. Գ., ²Մարգարյան Մ. Մ., ³Մանրիկյան Մ. Ե.

Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի օրթոպեդիկ ստոմատոլոգիայի¹, թերապևտիկ ստոմատոլոգիայի² և մանկական ստոմատոլոգիայի և օրթոդոնտիայի³ ամբիոններ

Վճռորոշ բառեր՝ ռեցեսիա, ռեզորբցիա, միջատամնաբնային խտրոցի գազաթ

Ներածություն

Ռենտգենաբանական պրակտիկայում ժամանակակից տեխնոլոգիական մեթոդների ներդրումը հնարավորություն տվեց կիրառելու կոնաձև ճառագայթով համակարգչային շերտագրությունը (ԿՃՀՇ), որը պացիենտի վրա ունի ճառագայթային նույն ազդեցությունը, ինչ օրթոպանտոմագրաֆիան, որն էլ հնարավորություն է տալիս տարբեր հարթություններում ուսումնասիրելու հետազոտման ենթակա շրջանը [4, 12, 15]:

Եթե պսակները հղկելիս, ատամի հյուսվածքների պատասխան ռեակցիայի մասին ընդունված պատկերացման համաձայն, ուշադրություն էր դարձվում ատամի կակղանի վիճակին, ապա մորֆոլոգիական և էլեկտրաֆիզիոլոգիական համալիր ուսումնասիրություններն արմատապես փոխեցին այդ տեսակետը: Հաստատված է, որ հիմնական փոփոխությունները զարգանում են պերիօդոնտում, ընդ որում՝ տարածվում են նաև ատամնաբնի ոսկրային հյուսվածքում [11]: Ախտաբանական վիճակի որոշակի շրջանում ատամը հղկելիս պարօդոնտի ռեակտիվականությունը որոշ ժամանակ անց կտրուկ փոխվում է. նվազում են նրա ծամոդական ծանրաբեռնվածության հանդեպ հարմարվողական և փոխհատուցող հատկությունները: Հրատարակված մասնագիտական գրականությունից հայտնի է դառնում, որ ընդհանուր և տեղային կլինիկական բարդությունների ախտանիշները օրթոպեդիկ եղանակով բուժման դեպքում բավականին լավ է ուսումնասիրված՝ եզրային պարօդոնտի վիճակը, անշարժ պրոթեզի միջանկյալ տարածությունում լորձաթաղանթի և ատամի կակղանի ռեակցիան, հենակետային ատամների պարօդոնտի ֆունկցիոնալ վիճակի գնահատումը, անշարժ պրոթեզը հեռացնելուց հետո հենակետային ատամների վիճակը, ինչպես նաև պրոթեզավորման տվյալ

տեսակի սահմանափակումները [2, 10]: Այդուհանդերձ, հարկ է լինում հետևել ինչպես փափուկ հյուսվածքներում, այնպես էլ ատամնածնոտային համակարգի ոսկրային մասում առկա տարբեր բարդություններ ունեցող հիվանդներին:

Ժամանակակից ստոմատոլոգիայում անշարժ կամրջաձև պրոթեզների վերաբերյալ հիմնական ցուցումներից մեկն է էսթետիկ նորմերի խիստ պահպանումը: Լնդի մակարդակին կամ նրանից բարձր տեղակայված պսակի եզրը, ինչպես ցույց է տալիս պրակտիկան, չի բավարարում էսթետիկ պահանջների, լնդակոսում նկատվում է ատամնավահանիկի առաջացում, որն անխուսափելիորեն հանգեցնում է լնդաբորբի և պարօդոնտի ստորադիր շերտերի հետագա բորբոքային պրոցեսների, իսկ արդեն առկա պարօդոնտի դեպքում նրա սրացմանը և լնդի շարունակական ռեցեսիային [7, 9, 14]:

Տարբեր տեսակի անշարժ օրթոպեդիկ սարքերի համար ատամի պսակի հղկման ազդեցությունը պարօդոնտի վրա լուսաբանված է եզակի աշխատություններում [1, 6]: Նշված հեղինակները չեն բացահայտում պարօդոնտում փոփոխությունների ամբողջ պատկերը, քանի որ հաշվի չեն առնում ատամի հղկման ազդեցության դինամիկական պարօդոնտի հյուսվածքների և ատամնաբնային պատի վրա: Հենց սրանով է բացատրվում տարբեր տեսակի անշարժ պրոթեզների պատրաստման համար ատամները հղկելուց հետո օրթոպեդիկ բուժման օպտիմալ ժամկետների հիմնավորման բացակայությունը:

Սրանով պայմանավորված՝ կարիք առաջացավ լաբորատոր-կլինիկական ուսումնասիրությամբ ստանալու պարօդոնտի ոսկրային հյուսվածքի օբյեկտիվ պատկերը՝ կիրառելով կոնաձև ճառագայթով համակարգչային շերտագրությունը, ինչպես նաև համեմատե-

լով պարօդոնտիտով հիվանդների հետազոտման կլինիկական և ռենտգենաբանական տվյալները:

Ռենտգենաբանական ախտանշաբանության, հենակետային ատամների պարօդոնտիտոսկրային հյուսվածքի կառուցվածքային փոփոխության և ատամնաշարի դեֆեկտների խնդիրները քիչ աշխատություններում են արծարծված և ամբողջությամբ չեն լուսաբանում առկա խնդիրները՝ առաջացնելով լրացուցիչ ուսումնասիրությունների անհրաժեշտություն:

Հետազոտության նպատակը

Կատարել պացիենտների կլինիկա-ռենտգենաբանական համեմատական վերլուծություն անշարժ օրթոպեդիկ կոնստրուկցիաներով պրոթեզավորումից առաջ և 12 ամիս անց՝ պարօդոնտիտոսկրային վիճակի վրա նրանց ազդեցությունը որոշելու համար:

Նյութը և մեթոդները

Հետազոտվել են 105 հիվանդներ, որոնց շրջանում համալիր օրթոպեդիկ բուժում է անցկացվել: Կլինիկա-ռենտգենաբանական հետազոտությունն անցկացվել է պրոթեզավորումից առաջ և 12 ամիս անց: Բոլոր հիվանդները բաժանվել են 3 խմբերի: Առաջին խմբում ներառվել են ավանդական մեթոդով պատրաստված քրոմկոբալտային կերամիկական կոնստրուկցիաներով հիվանդները (37 մարդ), երկրորդ խմբում՝ CAD/CAM տեխնոլոգիայով պատրաստված քրոմկոբալտային կերամիկական կոնստրուկցիաներով հիվանդները (33 մարդ), երրորդ խմբում՝ CAD/CAM տեխնոլոգիայով ցիրկոնիումի երկօքսիդի հիմքի վրա պատրաստված կերամիկական կոնստրուկցիաներով հիվանդները (35 մարդ): Հետազոտվածներից 70-ը կանայք էին (66,7%), իսկ 35-ը՝ տղամարդիկ (33,3%):

Հիվանդների ուսումնասիրվող խմբերում գնահատվել է ծնունդի ատամնաբնային ելունների ոսկրային հյուսվածքը հետևյալ չափորոշիչներով՝ հարգագաթային փոփոխությունները, ոսկրային գրպանիկների առկայությունը, ոսկրային հյուսվածքի կոմպակտ թիթեղի վիճակը (հստակ և կամ քայքայված) և ատամնաբնային ելունի ոսկրային հյուսվածքի դեստրուկցիա ատամի արմատի երկարության մինչև 1/3, 1/3-1/2, 1/2-ից ավելի, որն իրականացվել է 3D ՀՇ-ով (շերտագիր՝ Carestream

CS8100 3D) կատարված Կ&ՀՇ-ի հետազոտությունների տվյալների հիման վրա:

Դիտարկվել են նաև լնդի ռեցեսիայի նշանները՝ ըստ ծանրության տարբեր աստիճանների՝ թեթև աստիճան (լնդերի ռեցեսիայի չափը մինչև 3մմ), միջին աստիճան (լնդերի ռեցեսիայի չափը 3-5մմ), ծանր աստիճան (լնդերի ռեցեսիայի չափը 5մմ-ից ավելի):

Լնդային և ոսկրային ախտահարումը գնահատվել է ըստ Dunning-ի և Leach-ի ինդեքսի (1960), որի համաձայն՝ լնդի բորբոքային ախտահարումներն ունեն հետևյալ չափանիշներն ու միավորները՝

0 – փոփոխություններ չկան,

1 – թեթև լնդաբորբ, որն ընդգրկում է կա՛մ լնդապտկիկը, կա՛մ լնդեզրը, կա՛մ երկուսը միաժամանակ,

2 – չափավոր լնդաբորբ, որն ընդգրկում է ազատ և կպած լինդը,

3 – ծանր լնդաբորբ՝ գերաճի (հիպերտրոֆիայի) երևույթներով և զգալի արյունահոսությամբ:

Ոսկրային ախտահարումները, ըստ ինդեքսի, գնահատվել են ռենտգենաբանորեն և համապատասխանել հետևյալ չափանիշներին և միավորներին՝

0 – փոփոխություններ չկան,

1 – ոսկրի սկզբնական փոփոխություններ՝ միջատամնային խտրոցների զագաթի քայքայում, ոսկրի կորուստը ոչ ավելի, քան 2մմ,

2 – ոսկրի քայքայում արմատի երկարության 1/4 չափով կամ միակողմանի ոսկրային գրպանի առաջացում արմատի երկարության 1/2 չափով,

3 – ոսկրի քայքայում արմատի երկարության 1/2 չափով կամ միակողմանի ոսկրային գրպանի առաջացում արմատի երկարության ոչ ավելի, քան 3/4-ը, թեթև շարժունակություն,

4 – ոսկրի քայքայում արմատի երկարության 3/4 չափով կամ ատամի արմատի զագաթի շրջանում ոսկրային միակողմանի գրպանի ձևավորում, արտահայտված շարժունակություն,

5 – ոսկրի քայքայում արմատի երկարության 3/4-ից մինչև ամբողջական քայքայում, իսկոտ արտահայտված շարժունակություն:

Փորձարարական տվյալների վիճակագրական մշակումը կատարվել է փոփոխական վիճակագրության մեջ ընդունված մեթոդներով:

րին համապատասխան՝ կիրառելով Մտյուդենտի t-չափանիշները և ապահովելով ծրագրի ազատ օգտագործումը: Տարբերությունները հուսալի էին, երբ սխալի հավանականությունը կազմում էր $p < 0,05$:

Հետազոտության արդյունքը և քննարկումը

Ուրույն տեղ է հատկացվում օրթոպեդիկ բուժման մեթոդներին, որոնց կարևորագույն խնդիրը պարօդոնտի ֆունկցիոնալ գերծանրաբեռնվածության փոքրացումն է, առկա առամների վրա ծամողական ճնշման հավասարաչափ բաշխումը և առամնաշարի ամբողջականության կորստի վերականգնումը: Հաշվի առնելով, որ աշխատանքի նպատակը օրթոպեդիկ բուժումն է, որը ոչ միայն վերականգնում է արատը, այլև կանխարգելիչ միջոց է՝ ուղղված բերանի խոռոչի հյուսվածքների մորֆոլոգիական և ֆունկցիոնալ փոփոխությունների վերացմանը, օրթոպեդիկ բուժումից հետո մեր կողմից տարբեր ժամանակահատվածներում անցկացվել են հիվանդների ռենտգենաբանական և կլինիկական հետազոտություններ:

Հաստատված է, որ ոչ ռացիոնալ պրոթեզավորումը խորացնում է առամների ֆունկցիոնալ ծանրաբեռնվածությունը, ինչի հետևանքով խորանում է գեներալիզացված պարօդոնտիտի ընթացքը, որն արտահայտվում է առամնաբնային էլունի ոսկրային հյուսվածքի սնուցախանգարման և քայքայման պրոցեսների ակտիվացմամբ [8]:

Հիվանդների կլինիկական հետազոտությունների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ պարօդոնտում սնուցախանգարման և քայքայման պրոցեսների կլինիկական դրսևորումների և ոսկրային հյուսվածքի ռենտգենաբանական փոփոխությունների միջև կան որոշ անհամապատասխանություններ: ԿՃՀՇ-ն հնարավորություն տվեց վեր հանելու պարօդոնտիտի դրսևորումներին հատուկ մի շարք նշաններ՝ ոսկրի ռեզորբցիա, առամնաբնի հորիզոնական ռեզորբցիա, վեստիբուլյար և օրալ կորտիկալ թիթեղների ճեղքանման և պատուհանաձև (ֆենեստրացիա) դեֆեկտներ: Ոսկրային հյուսվածքների քայքայման շրջանների առաջացմանը զուգահեռ միջին ծանրության պարօդոնտիտի դեպքում առաջանում են միջատամնային խտրոցների շրջաններին հարակից օստեոպորոզի երևույթներ, լայնանում

է պերիօդոնտային ճեղքը: Պերիօդոնտալ ճեղքի լայնացումն ախտորոշվել է 12,4%-ի դեպքում՝ առաջին և երկրորդ խմբերում գրանցվել է 5-ական հիվանդ, իսկ երրորդում՝ 3 հիվանդ:

Ոսկրային հյուսվածքում դեստրուկտիվ փոփոխությունների ռենտգենաբանական նշանները ի համեմատ պարօդոնտի բորբոքային պրոցեսների կլինիկական դրսևորումների 4,8% դեպքերում ավելի թեթև էին: Պարօդոնտի հյուսվածքներում բորբոքային-դեստրուկտիվ պրոցեսների կլինիկական և ռենտգենաբանական նշանների այսպիսի անհամապատասխանությունը պայմանավորված է նրանով, որ ոսկրային դեստրուկցիան առաջանում է կլինիկական դրսևորումից որոշ ժամանակ անց: Մինչդեռ նկատվել է նաև հակառակ պատկերը, երբ կլինիկապես ոչ խոր արտահայտված պարօդոնտալ գրպանիկների դեպքում ռենտգենաբանական հետազոտության շնորհիվ 6,7% դեպքերում հայտնաբերվել են ոսկրային հյուսվածքի խորը քայքայման նշաններ:

Պարօդոնտիտի ռենտգենաբանական դրսևորումներն իրենց արտահայտվածությամբ և խորությամբ բաժանվում են հետևյալ տեսակների. թեթև, երբ միջատամնա-բնային խտրոցների բարձրությունը նվազում է 1/3-ով, միջին, երբ միջատամնաբնային խտրոցների բարձրությունը քայքայված է առամի արմատի երկարության 1/2 չափով, ծանր, երբ միջատամնաբնային խտրոցների բարձրությունը քայքայված է առամի արմատի երկարության 1/2 ավել չափով:

Կլինիկական և ռենտգենաբանական հետազոտությունների հիման վրա կատարված ոսկրային հյուսվածքի քայքայման շրջանների տեղակայումը՝ բորբոքային պրոցեսի արտահայտվածության աստիճանին համապատասխան, ներկայացված է աղյուսակ 1-ում:

Կլինիկական հետազոտությունները հնարավորություն տվեցին դատելու պարօդոնտի փափուկ հյուսվածքների ախտաբանական փոփոխությունների, բայց ոչ ոսկրային արատների տեսակների մասին: Այսպես՝ թեթև աստիճանի պարօդոնտիտի պարօդոնտալ գրպանի խորությունը ոչ ավելի է, քան 4մմ, միջին աստիճանի պարօդոնտիտի դեպքում պարօդոնտալ գրպանի խորությունը տատանվում է 4-6մմ-ի սահմաններում, դիտվում է առամների 1-2 աստիճանների ախտաբանական շարժունակություն: Պարօդոնտիտի

Աղյուսակ 1. Պարօղոնտում բորբոքային երևույթների և ոսկրի քայքայման աստիճանի կապը.

Ծանրության աստիճանը	Պարօղոնտիտ	Ոսկրային ռեզորբցիա	Ծանրության աստիճանը
թեթև	27,6%	51,4%	1-2
միջին ծանրության	21,9%	10,5%	3
ծանր	5,7%	1,9%	4
պարօղոնտիտի նշաններ չկան	44,8%	36,2%	0

ծանր աստիճանը բնորոշվում է 6մմ-ից ավել պարօղոնտալ գրպանի առկայությամբ, ատամների 2-3 աստիճանի ախտաբանական շարժունակությամբ:

Մեծ հետաքրքրություն են առաջացնում արհեստական պսակների համար ատամի կարծր հյուսվածքների հղկելուց հետո պարօղոնտի վիճակի ուսումնասիրությունները, պարօղոնտի հյուսվածքներում արտահայտված ախտահարման առաջացմամբ ընդհուպ մինչև ատամնաբնի ոսկրային հյուսվածքի բորբոքում: Պարօղոնտի բորբոքումն ու վերականգնումը սերտորեն միահյուսվում են, և այս տվյալները կարևոր են կլինիկական բժշկության համար:

Կարևոր է նշել, որ որքան էլ պարօղոնտում փոփոխություններն արագ սկսվեն, դրանք երբեք միաժամանակ չեն դրսևորվում, այլ պարօղոնտի հյուսվածքների համար փոխկապակցված և փոխալայմանավորված պրոցեսներ են: Փորձելով բացատրել արհեստական պսակի համար հղկված ատամով պայմանավորված փոխադարձ հիմնական կապերը, որոնց սկիզբը հղկման ազդեցությամբ բուռն է ընթանում, հետագա ընթացքը (1 տարի հետո) ավարտվում է պերիօդոնտալ ճեղքի մասնակի օբլիտերացիայով: Ըստ հեղինակների՝ անշարժ պրոթեզի հենարան դարձած ատամին անհրաժեշտ է պակաս շարժունակություն, իսկ պերիօդոնտում բնականաբար ընթացող բորբոքային ռեակցիաները և կոլագենային թելերի հաստացումները խոչընդոտում են պերիօդոնտի վերադարձը ելակետային վիճակին [3, 5, 13]: Բարդությունների մեծ մասը, անշարժ պրոթեզներով օրթոպեդիկ բուժմամբ պայմանավորված, հաստատվում է ռենտգենաբանական հետազոտությամբ: Մեր կարծիքով, հնարավոր է բացատրել և ամբողջ

ջական համակարգում միավորել պարօղոնտի վերը դիտարկված բոլոր իրավիճակները, այսինքն՝ նրանց ռեակտիվ վիճակները, սահմանափակել պատճառահետևանքային հարաբերությունները պրոթեզավորման խիստ ժամկետում, որը պետք է բավականին պակասեցնի բարդությունները:

Համակարգչային շերտագրությամբ 70% դեպքերում ատամների արմատների բոլոր մակերեսներին նկատվել են ստորլնային ատամնանստվածքներ:

Կ&ՆԾ-ի դեպքում միջատամնային խտրոցների զագաթներում փոքր դեֆեկտներն երկու ծնոտներում կազմել են բոլոր ոսկրային հյուսվածքների արատների մոտավորապես 1/3-ը, իսկ ստորին ծնոտում՝ մոտավորապես 2/3-ը:

Գեներալիզացված պարօղոնտիտի դեպքում ֆունկցիոնալ ծանրաբեռնվածության բացասական ազդեցությունը հաստատված է նաև ռենտգենաբանական հետազոտությունների տվյալներով: Օկլյուզիոն ախտաբանական ծանրաբեռնվածությունը հանգեցնում է օստեոպորոզի երևույթների պրոգնոստիկական և միջատամնային խտրոցի ռեզորբցիայի:

Պարօղոնտում բորբոքային փոփոխությունների վերլուծության ընթացքում արձանագրվել է պարօղոնտիտի ծանրության տարբեր աստիճանների 55,2% դեպք, որոնցից 27,6%-ը՝ թեթև աստիճանի պարօղոնտիտ, 21,9%-ը՝ միջին ծանրության, և 5,7%-ը՝ ծանր պարօղոնտիտ: Առաջին խմբում թեթև աստիճանի պարօղոնտիտ ախտորոշվել է հիվանդների 35,1%-ի դեպքում, միջին ծանրության՝ 29,7%-ի դեպքում և ծանր պարօղոնտիտ՝ հիվանդների 8,1%-ի դեպքում, երկրորդ խմբում՝ 33,3%, 12,1%, 36,4% և երրորդ խմբում՝ 14,3%,

22,9% և 5,7%՝ ծանրության աստիճաններին համապատասխան:

Լնդերի ախտահարումները Dunning-ի և Leach-ի ցուցանիշով ուսումնասիրելիս 20%-ի դեպքում արձանագրվել է թեթև լնդաբորբ (1 միավոր)՝ առաջին խմբում՝ 6 (16,2%), երկրորդ խմբում՝ 8 (24,2%) և 5,7%-ի դեպքում՝ 1 (2,9%) հիվանդների երրորդ խմբում: Չափավոր լնդաբորբ (2 միավոր) 0,95%-ի դեպքում (1 հիվանդ երկրորդ խմբում) և ծանր լնդաբորբ (3 միավոր) բուժառուների 1,9%-ի դեպքում, որոնք չունեն պարօդոնտիտի այլ նշաններ (1-ական հիվանդներ՝ առաջին և երկրորդ խմբերում):

ԿՃՀՇ-ի պատկերներում ոսկրի բարձրության դեստրուկցիայի չափը միջինում եղել է $2,57 \pm 2,1$ մմ, ընդ որում՝ թեթև աստիճանի պարօդոնտիտով հիվանդներինը հավասար էր $3,33 \pm 0,9$ մմ-ի, միջին աստիճանի դեպքում՝ $4,54 \pm 0,6$ մմ-ի, իսկ ծանր աստիճանի պարօդոնտիտի դեպքում կազմել է $6,7 \pm 1,5$ մմ: Առանձնացված խմբերում ոսկրի դեստրուկցիայի ուսումնասիրության արդյունքում ստացվել են հետևյալ տվյալները. առաջին խմբում միջին ցուցանիշը կազմում էր $3,4 \pm 1,9$ մմ, երկրորդ խմբում՝ $2,3 \pm 1,9$, իսկ երրորդ խմբում՝ $1,94 \pm 2,1$: Ոսկրային հյուսվածքի դեստրուկցիան վկայում է պարօդոնտի հիվանդության զարգացման մասին:

Ոսկրի ռեզորբցիայի վերլուծության ցուցանիշն ըստ Dunning-ի և Leach-ի արձանագրեց ախտահարման 0-4 միավոր, մեծ մասամբ դրսևորվել է ոսկրի ռեզորբցիա արմատի երկարության $\frac{1}{4}$ -ի չափով կամ արմատի ոսկրային միակողմանի գրպանի գոյացում (40%-ի դեպքում), երկու հիվանդների դեպքում (1,9%) նկատվել է ռեզորբցիա՝ արմատի $\frac{3}{4}$ -ով, 11,4%-ի դեպքում ոսկրի կորուստը ոչ ավելի է, քան 2 մմ, իսկ 10,5%-ի դեպքում՝ ոսկրային հյուսվածքի ռեզորբցիան արմատի երկարության $\frac{1}{2}$ -ով: 2-րդ և 3-րդ խմբերում ծանր ախտահարումներ չեն նկատվել:

Ստացված տվյալների համաձայն՝ կարելի է եզրակացնել, որ լնդի ռեցեսիայի ծանրության աստիճանը հավաստիորեն աճում է ինչպես ոսկրային ռեզորբցիայի ցուցիչի աճման, այնպես էլ բորբոքային պրոցեսների դեպքում: Լնդի ծանր աստիճանի ռեցեսիան բնորոշվում է բոլոր ցուցանիշային նիշերի

առավել բարձր տվյալներով, լնդի թեթև աստիճանի ուսումնասիրված ռեցեսիայի ախտորոշման հանրագումարը հիվանդների շրջանում 60% էր, 8,6%-ի դեպքում՝ միջին աստիճանի ռեցեսիա, 31,4%-ի դեպքում հիվանդների լնդերի ռեցեսիա չի նկատվել:

ԿՃՀՇ-ի միջոցով հստակ բացահայտվեցին ատամնաբնային պատի արտաքին և ներքին դեֆեկտներ: Ոսկրային դեստրուկցիայի զարգացման դեպքում պատուհանաձև դեֆեկտը վերածվում է ճեղքանման արատի՝ զգալիորեն մերկացնելով ատամի արմատը: Միջին և ծանր պարօդոնտիտների դեպքում, ի թիվս խոր ուղղահայաց և վեստիբուլյար ու բերանային կորտիկալ թիթեղների ախտահարումների, բազմարմատանի ատամների ֆուրկացիաների շրջանում նկատվում էին ոսկրային հյուսվածքի դեֆեկտներ (7,6%-ի դեպքում):

Հարատամնային հյուսվածքների կառուցվածքաֆունկցիոնալ վիճակի հետագա խորացված համեմատական հետազոտությունները՝ պայմանավորված օլյուոլիոն ծանրաբեռնվախության առանձնահատկություններով, հնարավորություն տվեցին վեր հանելու հետևյալ օրինաչափությունները. կլինիկական հետազոտության արդյունքներով օլյուոլիոն գերծանրաբեռնվածությունը գեներալիզացված պարօդոնտիտի ծանրության համարժեք աստիճանների դեպքում հանգեցնում է ատամների շարժունակության նշանակալի մեծացմանը: Ստացված արդյունքների համաձայն՝ առաջին խմբում ատամների շարժունակությունն ավելի մեծ էր, քան 2-րդ և 3-րդ խմբերում (համապատասխանաբար 16,2%, 12,1% և 8,6%): Համապատասխանաբար, ծամոդական գերծանրաբեռնվածության ենթարկվող ատամներն ունեին ավելի խոր պարօդոնտալ գրպանիկ՝ միջինը $5,8 \pm 1,16$ մմ:

Այսպիսով, հետազոտության վերջում (12 ամիս անց) պարօդոնտի հյուսվածքները փոխակերպվում են մորֆոֆունկցիոնալ նոր կայուն վիճակի և հաստատվում նախնականին մոտ մակարդակում:

Ատամը հղկելուց հետո վաղ շրջանում ոսկրային հյուսվածքի փոփոխությունը կարող է կանխարգելիչ հարցի լուծում դառնալ՝ հաշվի առնելով մեխանիկական ծանրաբեռնվածության ազդեցությունը:

Ստոմատոլոգների կողմից օրթոպեդիկ անշարժ կոնստրուկցիաներ պատրաստելու ողջ ընթացքում ուշադրություն չի դարձվել պարոդոնտի հյուսվածքների վերականգնմանը:

Եզրակացություն

Ըստ ստացված արդյունքների՝ օկլյուզիայի նորմալացումը ատամների ռացիոնալ պրոթեզավորման և շտկման միջոցով, ունակ է նորմալացնելու պարոդոնտի հյուսվածքների արյունաշրջանառությունը՝ դրանով իսկ վերականգնելով նրանց սնուցումը, ինչպես նաև բացառելու պերիօդոնտալ կապանի անմիջական վնասումը:

Պարոդոնտի վերակառուցման տեսակի և հավանական բարդությունների մասին տվյալները, որոնք առաջացել են պրոթեզավորման թերություններից, մեծ նշանակություն ունեն յուրաքանչյուր դեպքում անշարժ պրոթեզներով պրոթեզավորման և ատամնաշարի վերականգնման արդյունավետության գնահատման տեսակետից: Պերիօդոնտի փոխատուցողական հնարավորությունների ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ պերիօդոնտը՝ որպես պահող-հենարանային ապարատի գլխավոր մաս, հենակետային ատամները հղկելու պահին և դրանից հետո կայունությունը պահպանելու առաջնային դեր ունի:

Գրականության ցանկ

1. Калякин А.В. Состояние пародонта в зависимости от конструкционного материала несъемного протеза // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2009. – Т.8, №4. – С. 976-983.
2. Лебеденко И.Ю., Киткина Т.Б., Дубова Л.В., Вавилова Т.П. Исследование состояния маргинальной десны в области опорных зубов пациентов, длительно пользующихся несъемными металлокерамическими конструкциями на основе сплавов благородных и неблагородных металлов // Росс.стом.журнал, 2011.- N.6.- С.13-16.
3. Майбородина И.В. Регенерация тканей периодонта после лечения хронического пародонтита с учетом пола и возраста // Стоматология. – 2008. – № 1. – с. 31–38.
4. Рогацкий Д.В. Особенности применения конусно-лучевой компьютерной томографии в стоматологии // Медицинский алфавит. Стоматология. 2010. - № 3. - С. 12-14.
5. Саносян Г. В. Будылина Г. М. Лебеденко И. Ю. Функциональная характеристика сенсорного аппарата периодонта и его значение в клинике

- ортопедической стоматологии. // Стоматология. 2006. №84(3). - С.46-8.
6. Серов А.Б. Разработка методов профилактики развития хронических локализованных пародонтитов при протезировании несъемными протезами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21. – Н. Новгород, 2009. – 117 с.
7. Смирнова С.С. Рецессия десны и основные методы ее устранения // Материалы Всероссийского конгресса «Стоматология Большого Урала. Профилактика и лечение заболеваний пародонта. Проблемы стоматологии и их решение с помощью современных технологий» (Екатеринбург, 2–4 апреля 2008 г.). — Екатеринбург, 2008. — С. 28–33.
8. Фастовец Е.А., Матвеев Р.Ю. Влияние окклюзионной перегрузки на характер течения генерализованного пародонтита // Медицинские новости. – 2015. – №7. – С. 67–69.
9. Февралева А.Ю., Давидян А.Л. Устранение рецессии десны. – М.: Поли-Медиа-Пресс, 2007. – 152 с.
10. Albandar J.M. Epidemiology and risk factors of periodontal diseases. Review // Dent. Clin.NorthAm. 2005. - Vol.49(3). -P.517-32.
11. Bailey C.A., Brooke-Wavell K. Optimum frequency of exercise for bone health: Randomized controlled trial of a high-impact unilateral intervention// Bone. 2010. - Vol. 5. - P.147-51.
12. Bragger U. Radiographic parameters: biological significance and clinical use. Review // Periodontol. 2000. - Vol.39. - P.73-90.
13. Chung H.Y., Lin H.C., Lu C.T., Tsai S.R. Treatment of intrabony defects associated with interradicular root proximity fusion in molar // Kaohsiung J. Med. Sci. 2002. - Vol. 18, №4.-P. 191-197.
14. Cochran D.L. Inflammation and bone loss in periodontal disease. Review // J. Periodontol. 2008. - Vol.79(8). - P. 1569-76.
15. Cukur B., Sahin A., Dagistan S. et al. Dental panoramic radiography in the diagnosis of osteoporosis// J. Int. Med. Research. 2008. - Vol. 36. - P.792-799.

Изменения тканей пародонта при восстановлении жевательной функции ортопедическими конструкциями.

Гебоян А.Г., Маркарян М.М., Манрикан М.Е.

В статье описывается состояние тканей пародонта при восстановлении жевательной функции различными ортопедическими несъемными конструкциями. Оценивались состояние костной ткани, рецессия десны по индексным и рентгенологическим (КЛКТ) данным. Было проведено обследование 105 пациентов, которые были разделены на три группы согласно примененным ортопедическим конструкциям. Воспалительные изменения в виде пародонтитов различной степени тяжести были выявлены в 55,2% случаев, из которых 27,6% - пародонтит легкой степени; 21,9% - средней тяжести и 5,7% - тяжелый пародонтит. При измерении на КЛКТ величины костной

деструкции по высоте общий средний показатель составлял $2,57 \pm 2,1$ мм, причем у пациентов с пародонтитом легкой степени был равен $3,33 \pm 0,9$ мм, при средней степени $4,54 \pm 0,6$ мм и достигал $6,7 \pm 1,5$ мм - с пародонтитом тяжелой степени. Тяжелая степень рецессии десны характеризуется наиболее высокими показателями всех индексных оценок, в изученной совокупности диагноз рецессия десны легкой степени был поставлен у 60% пациентов, у 8,6% - рецессия средней степени, у 31,4% пациентов рецессия десны не наблюдалась. Исходя из полученных результатов, нормализация окклюзии путем коррекции и рационального зубного протезирования, способна нормализовать кровообращение тканей пародонта, тем самым восстановить их трофику, а также исключить непосредственное травмирование периодонтальной связки. Обеспечение комфортного функционирования зубов от самого начала проведения терапевтических и хирургических манипуляций повышает эффективность лечения заболевания в целом.

Ключевые слова: рецессия, резорбция, верхушка межальвеолярной перегородки

Periodontal tissue alteration in masticatory function restoration by various prosthodontic constructions

Heboyan A.G., Markaryan M.M., Manrikyan M.E.

The article describes the condition of periodontal tissues in masticatory function restoration by various

fixed prosthodontic constructions. The condition of osseous tissue and gingival recession was assessed by index and X-ray (CBCT) data. The study included 105 patients who were divided into three groups, according to the prosthodontic constructions used. Inflammatory changes in the form of periodontitis of various severity were revealed in 55,2% of cases, among which 27,6% was mild periodontitis, 21,9% - moderate periodontitis and 5,7% - severe periodontitis. General mean values of osseous destruction height, assessed by cone-beam computed tomography constituted $2,57 \pm 2,1$ mm, where $3,33 \pm 0,9$ mm - in patients with mild periodontitis, $4,54 \pm 0,6$ mm - in patients with moderate periodontitis and $6,7 \pm 1,5$ mm in patients with severe periodontitis. Severe gingival recession is characterized with the highest rates of all index scores. In total, mild gingival recession was diagnosed in 60% of the patients, moderate gingival recession - in 8,6%. No gingival recession was observed in 31,4% of patients. According to the results obtained, normalization of occlusion and blood circulation in periodontal tissues can be achieved by means of correction and rational dental prosthetics, thus restoring the periodontal tissue trophism and exclude the direct injury to the periodontal ligament. Ensuring by proper functioning of the teeth from the very beginning of therapeutic and surgical procedures increases the effectiveness of the treatment as a whole.

Keywords: recession, resorption, top of inter-alveolar crest

ՀՀ Ոստիկանության բուժվարչության աշխատանքում դիսպանսերացման հիմնախնդիրը

Ադամյան Գ. Կ.

ՀՀ Ոստիկանության բուժվարչության բաժնի պետ

Վճռորոշ բառեր՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ոստիկանություն, բուժվարչություն, աշխատակիցներ, դիսպանսերացում

Պրոբլեմի կարևորությունը

Հանրահայտ է, որ գերատեսչական առողջապահական համակարգում ձեռնարկվող բուժկանխարգելիչ միջոցառումների համալիրում առավել կարևոր և արդյունավետ ձեռնարկումներից է դիսպանսերացումը [2]:

Համարվում է, որ դիսպանսերացումը առաջին հերթին առողջության բուժվերահրսկում է, որը անձնակազմի բուժկանխարգելային ապահովման հիմքն է և, ըստ էության, աշխատողների (ծառայողների) օրգանիզմի վրա նրանց աշխատանքի, կյանքի ու կենցաղի ազդեցության ուսումնասիրության հատուկ մեթոդների, ինչպես նաև անձնակազմի առող-

ջության վրա բացասաբար ազդող գործոնների շփման մի համակարգ է [3,4]:

Նորերս մտցվել է դիսպանսերացման նոր կարգ, որի հատկանշական առանձնահատկություններն են.

- տեղամասային սկզբունքով կազմակերպումը (քաղաքացիական բուժհիմնարկներ),
- ըստ տարիքի ու սեռի հետազոտումների տարբերակված հավաքածու (տվյալ սեռի ու տարիքի անձանց շրջանում առավել հաճախ հանդիպող ոչ վարակիչ բրոնխիալ կանխախտությունների հնարա-

վորինս վաղ հայտնաբերման նպատակով),

- դիսպանսերացման կազմակերպում երկու փուլով՝

- առաջին փուլում (սկրինինգ՝ ընտրություն) կատարվում է քաղաքացիների հետազոտում՝ ոչ վարակիչ քրոնիկական հիվանդությունների, դրանց զարգացման ռիսկի գործոնների հայտնաբերման, ինչպես նաև երկրորդ փուլում ախտորոշումը ճշգրտելու համար մասնագետ բժիշկների գննության ու լրացուցիչ հետազոտման բուժական ցուցումների որոշման նպատակով,

- երկրորդ փուլն իրագործվում է ըստ առաջին փուլում որոշված ցուցումների՝ լրացուցիչ հետազոտում կատարելու և հիվանդության (վիճակի) ախտորոշումը ճշտելու նպատակով,

- «ռիսկի գործոն» հասկացության կոնկրետացումը, ըստ որի՝ դրանց շարքն են դասվում՝ արյան բարձր ճնշումը, արյան մեջ շաքարի ու խոլեստերինի մակարդակների բարձրացումը, ծխելը, ակոհոլի չարաշահումը, ոչ ռացիոնալ սնումը, նվազ ֆիզիկական ակտիվությունը, գիրությունը և ճարպակալումը,

- առողջության երեք խմբերի սահմանումը և դրանց որոշման սկզբունքները, ինչը հնարավորություն է տալիս հստակ կերպով որոշելու յուրաքանչյուր քաղաքացու նկատմամբ կիրակվելիք գործողությունների կարգը:

Գրականության մեջ հանդիպում է այն պնդումը, թե ՆԳՆ համակարգում գերատեսչական առողջապահության նպատակներն են անձնակազմի առողջության պահպանումն ու բարելավումը [1,5]: Ընդամին այդ հեղինակների կարծիքով, ծառայության է ընդունվում ռազմաբժշկական հանձնաժողովում հետազոտված և խստագույնս ընտրագատված թվակազմ: Նրանք նաև նշում են, որ այդ իսկ պատճառով ՌԴ ՆԳՆ տարածաշրջանային բուժասնիտարական գործառնների ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության հիմնական խնդիրն է ծառայողների և, առաջին հերթին, ատեստավորված աշխատողների առողջության պահպանմանն ու ամրապնդմանը միտված միջոցառումների մշակումը,

ինչը նպաստում է նրանց սոցիալական պաշտպանվածության մակարդակի բարձրացմանը, անհրաժեշտ մակարդակի ու որակի բուժօգնություն ստանալու նրանց հնարավորության մեծացմանը:

Ընդ որում, ատեստավորված աշխատողների առողջության վրա ծառայողական գործունեության պայմանների, սոցիալական գործոնների և այլ հանգամանքների ազդեցության հաշվառմամբ նրանց դիսպանսերացման, առողջության վերահսկողության արդյունքների վերլուծության գործին, բուժաշխատողներից բացի, պետք է մասնակցեն նաև ստորաբաժանումների ղեկավարներն ու նրանց կադրային ապարատները [1]:

Հայաստանի տնտեսության ակտիվ վերափոխման շրջանում սկսեց նվազել նաև առողջապահության հիմնական սկզբունքներից մեկի՝ հիվանդացումների կանխարգելման դերը: 1990-ական թվականներին ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հիմնարկների գործունեությունը վերակողմնորոշվեց դեպի սուր հիվանդություններով, ինչպես նաև քրոնիկական հիվանդությունների բարդություններով ու ախտադարձությամբ տառապող հիվանդներին բուժօգնության ցուցաբերում:

Ժողովրդագրական իրավիճակի ձևավորման բացասական միտումների առկայության, բնակչության բացասական բնական աճի պայմաններում նկատվում է բնակչության ընդհանուր և առաջին հիվանդացման դեպքերի աճում, ինչը հանգեցնում է բուժօգնության, հատկապես՝ թանկարժեք ստացիոնար օգնության ծավալների մեծացմանը և հաշմանդամության առաջին անցման ցուցանիշների աճմանը:

Բուժկազմակերպություններում կանխարգելիչ գործունեության կրճատումը դարձավ մարդկային ու նյութական ռեսուրսների էական վարման պատճառ:

Այն, որ չկային համընդհանուր դիսպանսերացման ծրագրեր, բացասաբար ազդեց առաջին հերթին աշխատունակ բնակչության և հատկապես՝ աշխատող թվակազմի առողջական վիճակի վերահսկման աստիճանի վրա:

Հայաստանի քաղաքական ու սոցիալտնտեսական զարգացման ներկայիս պայմաններում հայրենական առողջապահության

առավել կարևոր նպատակներից են բնակչության առողջության պահպանումն ու ամրապնդումը, ՀՀ հետագա զարգացման սոցիալական ու տնտեսական խնդիրների իրագործումը:

Պետք է հաշվի առնել, որ շուկայական հարաբերությունների համակարգում առողջությունը վերածվում է տնտեսական հասկացության, ինչը հույժ կարևոր է դարձնում մրցունակության պահպանումը և մասնագիտական գործունեության երկարաձգումը:

Հետազոտության արդյունքները և դրանց քննարկումը

ՀՀ Ոստիկանության աշխատողների բուժապահովման համակարգում յուրաքանչյուր օրացուցային տարվա սկզբում կազմվում է կանխարգելիչ զննությունների նախնական ժամանակացույց: Դրանց կազմակերպման համար ՀՀ Ոստիկանության պետի տեղակալի հրամանով ստեղծվում է հատուկ բուժբրիգադ:

Նախքան կանխարգելիչ զննությունների սկսելը այդ բրիգադի ղեկավարը հանդիպում է ստորաբաժանումների ղեկավարությունների հետ և ճշգրտում կանխարգելիչ զննությունների ժամանակն ու պայմանները: Կադրային ծառայությունների աշխատողները կազմում (ճշտում) են ստորաբաժանումների անձնակազմի ցուցակները, կազմում են վարքի շեղումով առանձին աշխատողների ծառայողական բնութագրերը:

Կանխարգելիչ զննությունների մշտապես ենթարկվում է անձնակազմի 97-98 %-ը, գինեկոլոգը զննում է կանանց 98,0-99,2 %-ը:

Ամենամյա բուժզննումների որակի բարելավման նպատակով 2012 թվականից մասնագիտական բրիգադը դիսպանսերացումը կազմակերպում է ստորաբաժանումների տեղաբաշխման վայրերում: Բրիգադի կազմում ընդգրկվում են վիրաբույժ, թերապևտ, հոգեբույժ, ակնաբույժ, քիթ-կոկորդի մասնագետ, ատամնաբույժ: Թմրամիջոցների (այդ թվում՝ արհեստական) գործածության հնարավորության հաշվառմամբ առաջարկվել է նաև թմրաբանի թեկնածություն:

Կանխարգելիչ զննությունների արդյունքներով աշխատողները բաշխվում են ըստ առողջության խմբերի: Ըստ այդմ էլ կանխարգելիչ զննություն անցած յուրաքանչյուր աշխատողի համար որոշվում են կանխարգելիչ

միջոցառումների ուղղվածությունը և բուժօգնության ծավալը:

Առողջության խմբի որոշումը բուժզննման ամփոփումն է և դիսպանսերային հսկողության սկիզբը:

Առաջին խմբում ընդգրկվում են՝ առողջ անձինք, որոնք չունեն աշխատունակության վրա ազդող որևէ հիվանդություն կամ ախտաբանական շեղում:

Երկրորդ խումբը կազմում են՝ գործնականում առողջ անձինք, որոնք ունեն տարիքային փոփոխություններով պայմանավորված, սակայն աշխատունակությունը չնվազեցնող հիվանդություններ կամ խախտումներ:

Երրորդ խմբում ներառվում են՝ պարբերական բժշկական հսկողության կարիք ունեցող անձինք, որոնք տառապում են այնպիսի քրոնիկական հիվանդություններով, որոնք պարբերաբար սրվում են՝ վատթարացնելով աշխատունակությունը, սակայն չեն խոչընդոտում հետագա ծառայությանը: Նման անձանց համար պահանջվում է մշտական հսկողություն՝ պոլիկլինիկայի կամ ստացիոնարի պայմաններում բուժմիջոցառումների պատեհաժամ կազմակերպման համար:

Երկրորդ խմբում ընդգրկված անձինք ենթակա են մասնագետ բժիշկների դինամիկ հսկողության: Յուրաքանչյուր դիսպանսերային հիվանդի համար կազմվում է ստուգողական քարտ, որում նշվում են հիվանդի այցելությունները: Հիվանդի ամբուլատոր քարտում մանրամասնորեն նկարագրվում է բուժառողջարարական միջոցառումների համալիրը: Այն ներառում է ախտորոշման ճշգրտման նպատակով կատարվող ախտորոշիչ հետազոտության ծավալը, նեղ մասնագետների կատարելիք հետազոտությունները, ամբուլատոր բուժման նշանակումներն ու շտկումները, անհրաժեշտության դեպքում՝ հոսպիտալացումը կամ առողջարանական բուժումը:

Եզրակացություններ

1. Դիսպանսերացումը ՀՀ Ոստիկանության յուրաքանչյուր աշխատողի առողջական վիճակի մշտազննման հիմնական մեթոդն է, գերատեսչական առողջապահության ոլորտում կանխարգելիչ միջոցառումների հիմքը:

2. ՀՀ ներկայիս տնտեսական պայմաններում աճում է կառավարման այն ձևերի

ստեղծման ու ներդրման կարևորությունը, որոնք երաշխավորեն բուժկանխարգելիչ հիմնարկների գործունեության առավելագույն արդյունավետությունը՝ նվազագույն ծախսերի ու բուժօգնության բարձրորակության ապահովման պայմանով:

Գրականության ցանկ

1. Валева А.Г., Хусаинова Л.К., Якимец С.А. Диспансеризация - как эффективный метод сохранения здоровья в системе профилактической медицины // Вестник современной клинической медицины. 2012. Т. 5. приложение 1. С. 54-57.
2. Потапова М. В., Сабиров Л. Ф., Амиров Н. Б. Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения при внедрении системы менеджмента качества // Медицинские науки / Фундаментальные исследования. 2011. №11. С. 99-102.
3. Потапова М.В. Диспансеризация – важный метод профилактики заболеваний и укрепления состояния здоровья сотрудников подразделений Министерства внутренних дел // Казанский медицинский журнал, 2008 г., том 89, № 2. С. 219-221.
4. Потапова М.В., Гинятуллина Л.Р. Анализ работы медицинской службы МВД по Республике Татарстан по итогам 2009 года и основные задачи на 2010 год // Вестник современной клинической медицины. 2010. т.3. выпуск 1. С. 58-63.
5. Хисамиев Р.Ш., Гинятуллина Л.Р, Амиров Н.Б. Ведомственное здравоохранение МВД по Республике Татарстан: реалии и перспективы // Вестник современной клинической медицины. 2014. том 7. Приложение 1. С. 11-15.

Аспекты диспансеризации в деятельности медуправления полиции РА

Адамян Г.К.

В статье обсуждаются задачи ведомственного здравоохранения с точки зрения организации диспансеризации личного состава. Проведен анализ особенностей диспансеризации сотрудников Полиции РА, методологии ее проведения, способов выполнения. Представлены возможные варианты оформления результатов диспансеризации и их использования при дальнейшей организации деятельности медицинского управления Полиции РА.

В контексте вышеизложенного, с одной стороны медицинское управление является структурой для организации медобеспечения сотрудников Полиции РА, а с другой – возникает необходимость правильного выбора научно обоснованного инструмента для его претворения в служебную деятельность.

Автором для выполнения указанной цели предлагается в качестве инструмента диспансеризация.

В статье проведен анализ организационных-методологических аспектов результатов диспансеризации сотрудников полиции РА в целом, с четом ее особенностей: участковый (гражданские медучрежде-

ния) принцип ее организации; дифференцированный набор обследований в зависимости от возраста и пола (в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста хронических неинфекционных заболеваний); два этапа проведения диспансеризации (первый этап диспансеризации - скрининг, проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, и второй этап - проводится по определенным на первом этапе показаниям с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния).

Автором конкретизированы факторы риска для сотрудников Полиции РА при проведении диспансеризации, к которым относятся повышенный уровень артериального давления, повышенный уровень сахара и холестерина в крови.

Ключевые слова: Республика Армения, полиция, медуправление, сотрудники, диспансеризация.

Aspects of Clinical Examination in Medical Unit of Police of the Republic of Armenia Adamyán G.K.

In this article we discuss the objectives of departmental health care from the point of view of organizing the clinical examination of personnel. We analyzed the peculiarities of clinical examination in RA Police, its methodology and implementation. The article introduces the possible variants of registration of the clinical examination results and their use in the further organization of the medical unit activities of the RA Police.

In this context and on the one hand, medical unit is a structure for organizing medical support for RA Police officers, and on the other hand, we need to choose scientifically approved tool for its implementation into the police system.

The author proposes the implementation of clinical examination as a tool for this goal.

The article analyzes the organizational and methodological aspects of the clinical examination results of the RA police as a whole, taking into account its specific features: the precinct (civilian medical institutions) principle of its organization; a differentiated set of examinations depending on age and sex (in order to increase the likelihood of early detection of chronic non-communicable diseases that are most common for this group); two stages of clinical examination (the first stage of clinical examination - screening is carried out in order to identify signs of chronic non-infectious diseases in citizens, and the second stage is carried out according to indications determined at the first stage for the purpose of additional examination and specific diagnosis of the disease (condition).

The author specifies risk factors for the RA Police officers during the clinical examination, which includes high blood pressure, high levels of sugar and cholesterol in the blood.

Keywords: Republic of Armenia, police, medical unit, employees, clinical examination

Клинико-рентгенологический сравнительный анализ микробной активности и контроля дрожжевых грибов *Candida* при эндодонтическом лечении

Татинцян В.Г., Амбарцумян С.Г., Хачатрян Ж.Р., Геворгян О.Р., Манукян А.А., Андриасян Л.Г.,
Погосян М.А., Даштоян М.Т., Татинцян Л.В., Купелян А.А.

Кафедра терапевтической стоматологии

Ереванского государственного медицинского Университета им. М.Гераци,

Кафедра стоматологии Армянского медицинского института,

Стоматологические клиники "Payl dent", "Tatdent", г.Ереван

Ключевые слова: микробный пейзаж, грибковые поражения, пульпит, периодонтит, антигрибковая терапия

Наиболее распространённой патологией среди основных стоматологических заболеваний являются пульпиты и периодонтиты. Несмотря на определенные успехи в терапии осложненного кариеса зубов, многие вопросы еще остаются открытыми из-за большого числа осложнений, что в конечном итоге приводит к удалению зубов. Данное положение связано с тем, что система полость зуба при его воспалении подвергается сложным структурным преобразованиям из-за анатомо-физиологических особенностей. По данным многочисленных авторов (1,2,5,6,9) до 80% зубы удаляются в молодом возрасте по причине осложненного кариеса зубов. Изучение пусковых, инициальных факторов можно связать с вопросами правильной установки диагноза, что требует проведения в дальнейшем адекватных комплексных методов лечения кариеса зубов и его осложнений.

Данные литературы (3,4,7,8) говорят о необходимости изучения механизмов, в частности микробного фактора на развитие патологического процесса.

В настоящее время считается доказанным, что при осложненном кариесе микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, изменяют всю экокартину полости зуба, которая связана с системой корневых каналов. Многочисленные авторы (1,5,9,12,15,16) отмечают в эндодонте создаются благоприятные условия для многих видов условно-патогенных аэробных и анаэробных микроорганизмов (11,13,14). Установлено, что особые условия среды корневых каналов стимулирует рост анаэробных видов, и чем продолжительнее инфицирование, тем более преобладают представители таких видов групп бактерий как бактероиды, фузобактерии, ацидофильные палочки, дифтероиды. Помимо указанных микроорганизмов в полости эндодонта могут присутствовать и различные виды грибов рода *Candida* и простейшие. Кроме того, в случаях, резистентных и стандартной терапии, в корневых каналах обнаруживаются актиномицеты,

грибы рода *Candida albicans*, а также *Enterococcus Faecalis*. Однако данные, как меняется спектр микрофлоры при проведении даже адекватной терапии, при хроническом течении пульпитов и периодонтитов, даже при их obturации единичны (5,9). Причиной неудач при эндодонтических вмешательствах можно считать микробные ассоциации корневых каналов, однако роль грибковой микрофлоры практически отсутствуют.

По данным Н.С. Лукьянова (2005) при периодонтитах в 67% наблюдений обнаружено наличие грибковой микрофлоры, которые служат неоспоримым доказательством об участии его развития патологического процесса, так как она представлена бактериально-грибковыми ассоциациями. Изучение грибковой флоры в ассоциациях с микрофлорой полости рта и зубопародонтального комплекса дает толчок к выявлению патогенетической связи, и в последующем позволит разработать новые препараты на противогрибковой основе при эндодонтических вмешательствах для дальнейшего использования его в широкой клинической практике (3,4,7,8,10,12,13).

Данное исследование выполнено при финансовой поддержке Государственного комитета по науке Министерства образования и науки Армении в рамках научного проекта N 18T-1F076 "Системное влияние хронического очага инфекции зубопародонтального комплекса на организм".

Целью нашего исследования является разработка пломбирочного материала на противогрибковой основе, при эндодонтических вмешательствах, обусловленных бактериально-грибковыми ассоциациями.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 110 больных. Из них - 90 больных в основной группе наблюдений и 20 больных- группа сравнения в возрасте от 18 до 65 лет. В основной группе наблюдений (90 больных) у 36 больных были диагностированы

хронические формы пульпитов (40%), 54 больных с хроническими формами периодонтитов (60%). В обеих группах наблюдений использовались общепринятые основные и дополнительные методы исследования: anamnesis morbi; anamnesis vitae; status localis, стоматологический статус, рентгенография (прицельные внутриротовые снимки, ортопантомография, компьютерная томография - избирательно), электроодонтодиагностику при помощи аппарата ОД-1, термометрию, определение гигиенического индекса ИГР-У (Грина-Вермиллиона) или Федорова - Володкиной. С целью исключения утечки тока при электроодонтодиагностике измерение проводилось по методике, предложенной В.Г.Татинцяном. Забор материала для бактериологического исследования проводился по методике Зиновьевой-Каграмановой.

Определение вида грибов проводилось по методике: на ватных турундах с помощью корневых игл, вводимых в полость зуба, материал транспортировался в течение двух часов в бактериологическую лабораторию в портативном бытовом холодильнике, где проводилось в комплексе исследование также посева на питательных агар Сабуро.

Данные, полученные в результате лабораторных исследований, позволило нам активно использовать при обработке корневых каналов и в последующем его obturации с введением в состав силлера антигрибковых препаратов, учитывая благоприятное влияние на периапикальные ткани, в сроки до 30 дней, как временный пломбирочный материал и контроля микробиологического пейзажа в динамике лечения до финишного пломбирования.

Результаты исследований. В основной группе наблюдений в группе сравнения у 84 больных (76,5%) состояние гигиены полости зуба были неудовлетворительными, у 16 больных (14,5%) - удовлетворительными, у 10 больных (9,1%) - хорошее. Результаты проводились по данным ИГР-УИ-Грина Вермиллиона. Причинные зубы у больных в основной группе наблюдений (хронические формы пульпитов и периодонтитов обобщены) полости зубов было заполнены нутридными массами (инфицированный дентин + распад продуктов питания). В динамике лечения и дифференциальной диагностике проводили внутриротовые рентгенологические исследования, ортопантомографию, радиовизиографию, компьютерную томографию. После комплексных методов диагностики всем больным в основной группе наблюдений и контрольной группе было проведено бактерио-

логическое исследование содержимого корневых каналов.

У больных, находящихся в основной группе (90 больных) было обнаружено наличие кокковой флоры: из них в 26 случаях (28,9%) было выявлено наличие дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

Результатами исследования явилось определение нитей из удлиненных клеток (псевдомицелии) на концах клеток которых располагались хламидоспоры. Наличие хламидоспор является типичным признаком гриба *Candida albicans*.

При выявленных грибковых поражениях корневых каналов зубов дало нам основание детализировать более дополнительными рентгенологическими исследованиями, так как при многих традиционных исследованиях внутриротовые снимки неадекватно отражают истинную картину (нивелируют клинические признаки).

Приводим клинический пример.



Рис. 1.

Радиовизиографическое исследование в области проекции 26 зуба
а) силлер в гайморовой пазухе
б) деструктивное изменение в области апекса щечных корней 26 зуба, расширение периодонтальной щели

Проведенное комплексное рентгенологическое исследование обнаружило латентно-протекающих хронический деструктивных процесс в области щечных корней 26 зуба, что было подтверждено обнаружением грибкового компонента исследуемого объекта.

Микроорганизмы, находящиеся в ротовой полости, высеваются из полости зуба, что позволяет считать возможным влияние грибов *Candida* на гомеостаз жизнедеятельности биоценоза. Наши исследования указывают на синергидность взаимосвязи грибов на течение смешанной инфекции, что нередко характерна клиническая симптоматика для той или иной

нозологической формы заменяется стертой картиной и затрудняет истинную диагностику и лечение.

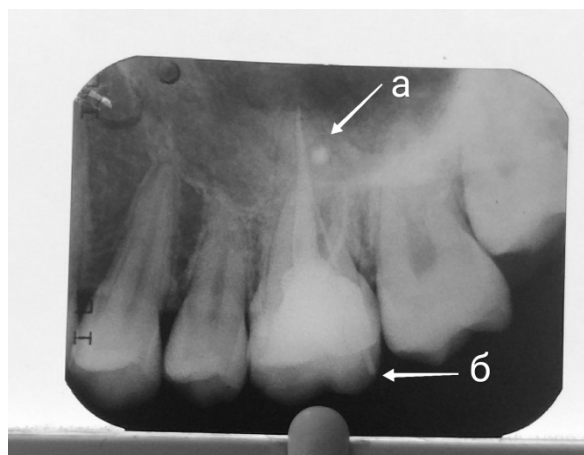


Рис. 2.

а) проведено эндодонтическое лечение с obturацией корневых каналов в периапикальных тканях, видимых изменений не наблюдается
 б) внутриротовой прицельный рентгеновский снимок 26 зуба

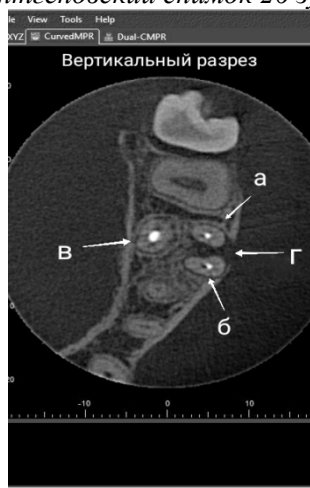


Рис. 3.

Компьютерная томография. Вертикальный разрез: а- дистальный корень, б- медиальный корень, в- небный корень, г- разрушения альвеолярного отростка с четкими границами в области щечных корней

Антибактериальная активность к грибковым поражениям материала, полученным из корневых каналов при его обработке в сравнительном аспекте: хлоргексидин 0,2%, нистатин +ZnO (паста); флюконазол +ZnO (паста); Нарине +ZnO (паста), позволяет нам активно его использовать при эндодонтическом лечении, учитывая положительное влияние на купирование воспалительного процесса периапикальных тканей (данные клинико-рентгенологических исследований).



Рис. 4.

Компьютерная томография. Сагиттальный разрез: В области проекции 26 зуба: а) определяется синер в гайморовой пазухе, б) разрушения альвеолярного отростка с четкими границами в области щечных корней размерами 3x4мм

Данные клинико-рентгенологических и микробиологических исследований позволяют заключить, что использование антигрибковых препаратов в виде паст для временного заложения корневых каналов (подавление роста микроорганизмов при повторном бактериологическом исследовании) и по стойким полученным результатам лечения пульпо-периодонтального комплекса позволяют рекомендовать его в качестве инновационной методики в широкую клиническую практику.

Заключение. Полученные нами положительные результаты исследований (клинико-рентгенологические, микробиологические по использованию материала на основе антигрибковых препаратов для временной obturации корневых каналов при эндодонтическом лечении) позволяют сделать вывод, что микробиологическая и микологическая оценка содержимого корневых каналов выявила элементы грибов рода *Candida* в составе микробных ассоциаций.

Планируемое лечение должно проводиться с учетом синергидного влияния содержимого зубов периодонтального комплекса на течение основной патологии. На основании изучения клинического материала, дало возможность нам выявить грибковый компонент с довольно высокой процентной содержанием в микробных ассоциациях пульпы и периодонтальных тканях и существенно пополнить информативность патологического процесса. Результаты позволяют обосновать выбор лекарственных препаратов по применению противогрибковых препаратов, а также прогнозировать отдаленные результаты применяемых лечебных мероприятий при терапии воспаленной пульпы и периодонта.

Литература

1. Арутюнов А.В. Клинико-экспериментальное обоснование выбора материала для пломбирования корневых каналов. Автореф. докт. мед. наук. 2016, 38 с.
2. Татинцян В.Г., Амбарцумян С.Г., Татинцян Л.В. Перспективы дальнейшего изучения лечения околоверхушечных периодонтитов. Ж. Вестник стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. 2017, № 1, 25-30с.
3. Левончук Е.А. Кандидозы слизистых оболочек полости рта /Современная стоматология.- 2006.- №3.- с.27-31.
4. Лесовой В.С., Липницкий А.В., Очкурова О.М. Кандидоз ротовой полости (обзор)//Пробл. мед. микол.- 2003.-т.5, № 1.- с.21-26.
5. Маркарян Т.К. Показания к применению повторного эндодонтического лечения при несъёмном протезировании. Ж. Вестник стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. 2013, № 1, 10-13с.
6. Максимов О.П., Винниченко А.В. Эндодонтия - известная и неизвестная. Клиническая стоматология, 1997, № 2, 2-9с.
7. Сергеев А.Ю. Кандидоз: природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика, клиника и лечение /А.Ю.Сергеев.-М.: Триада-Х, 2001.-472с.
8. Сергеев А.Ю., Сергеева Е.Л. Диагностика и лечение поверхностного кандидоза//Русский Медицинский Журнал.- 2001.- Том 9,- № 23.- с.1061-1067.
9. Шишкин А.В. Лабораторные исследования хирургического гранулирующего периодонтита, осложненного микотической составляющей. Вестник новых медицинских технологий. Бюллетень ВАК, 2012, 2-16с.
10. Шумский А.В. Выбор фунгицидных препаратов для лечения кандидоза слизистой оболочки полости рта и губ//Стоматология. - 1999.- Т.78.- № 3.- С.19-21.
11. Biel M.A., Photodynamic therapy of bacterial and fungal biofilm infections//Methods Mol. Biol.-2010.- vol.635.-p.175-194.
12. Brightman VJ. Red and white lesions of the oral mucosa. Burket's oral medicine. 9th ed, Philadelphia: J.B.Lippincott, 1997.-586pp.
13. Douglas L.J. Medical importance of biofilms in Candida infections//Rev Iberoam Mocil.-2002.-Vol.19.- p.139-143.
14. Ellepola, A.N.P., Samaranayake L.P. Oral candida infections and antimycotics//Critical reviews in oral biology and medicine.-2000.-№11(2).-p.172-198.
15. Hartz A.S., Cury A.E., Compertz O.F. et al. Candida albicans from AIDS patients. Susceptibility in vitro to antifungal agents //Rev.Microbiol.-1992. - Vol.23.- №2.- P.133-135.
16. Loss R. et al. Cytological analysis of the epithelial cells in patients with oral candidiasis /R, Loss et al.//Mycoses.

Candida խմորիչ սնկերի կլինիկական- ռենտգենոլոգիական համեմատական վերլուծություն էնդոդոնտիկ բուժման ժամանակ Վ. Գ. Տատինցյան, Մ. Գ. Համբարձումյան, Ժ. Ռ. Խաչատրյան, Ռ. Հ. Գևորգյան, Ա. Ա. Մանուկյան, Լ. Հ. Անդրիասյան, Մ. Ա. Պողոսյան, Մ.Տ.Դաշտոյան, Լ.Վ. Տատինցյան, Ա. Ա. Կուպելյան

Մեր կողմից ձեռք բերված դրական հետազոտության արդյունքներն (կլինիկական եւ լաբորատոր տվյալները եւ նյութերի ֆիզիկոքիմիական հատկությունների փորձարարական ուսումնասիրությունները, որոնք հիմնված են հակաբորբոքային նյութերի հիման վրա, արմատախողովակների ժամանակավոր արմատալեցման նյութերով էնդոդոնտիկ բուժման ժամանակ) ենթադրում են, որ ատամների արմատախողովակների պարունակության մանրէաբանական եւ միկոլոգիական գնահատումը բացահայտում է Candida fungi-ի տարբերը մանրէաբանական միությունների կազմում:

Պլանավորված բուժումը պետք է իրականացվի, հաշվի առնելով ատամ-պարոդոնտալի համալիրի պարունակության սիներգիստական ազդեցությունը հիմնական ախտաբանության վրա:

Կլինիկական նյութի ուսումնասիրության հիման վրա մենք կարողացանք հայտնաբերել սնկային բաղադրիչը, որը բավականին բարձր տոկոսային հավանականությամբ առկա է ատամի կակղանի եւ պերիոդոնտի հյուսվածքների մանրէաբանական ստոցիացիաներում եւ զգալիորեն լրացնում է ախտաբանական պրոցեսի տեղեկատվական բովանդակությունը:

Արդյունքները թույլ են տալիս հիմնավորել դեղամիջոցների ընտրությունը հակաբորբոքային դեղերի օգտագործման համար, ինչպես նաեւ կանխատեսել ատամի կակղանի եւ պերիոդոնտի հիվանդությունների բուժման կիրառվող թերապևտիկ միջոցառումների երկարաժամկետ արդյունքները:

Clinical and radiological comparative analysis of microbial activity and control of Candida yeast fungi in endodontic treatment

V. G. Tatintyan, S. G. Hambardzumyan, J. R. Khachatryan, O. R. Gevorgyan, A. Manukyan, L. G. Andreyan, M.A.Poghosyan, M. T. Dashtoyan, L. V. Tatintyan, A. A. Kupelian

The positive research results we obtained (clinical and laboratory data and experimental studies of the physicochemical properties of the material based on antifungal agents for temporary root canal obturation during endodontic treatment) suggest that microbiological and mycological evaluation of the contents of the root canals of the teeth revealed elements of Candida fungi in composition of microbial associations.

The planned treatment should be carried out taking into account the synergistic influence of the contents of the dental-periodontal complex on the course of the underlying pathology.

Based on the study of clinical material, we were able to identify the fungal component with a rather high percentage content in the microbial associations of the

pulp and periodontal tissues and significantly replenish the information content of the pathological process.

The results allow to substantiate the choice of drugs for the use of antifungal drugs, as well as to predict the long-term results of the applied therapeutic measures in the treatment of inflamed pulp and periodontal disease.

Оценка хронического орального очага инфекции у рожениц с преждевременными родами

Акопян М.Д.¹, Окоев Г.Г.², Арустамян К.К.², Андриасян Л.Г.³, Татинцян В.Г.⁴

¹Кафедра ортопедической стоматологии Ереванского государственного медицинского университета им. М.Гераци, ²Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка, ³Кафедра стоматологии Армянского медицинского института, ⁴Кафедра терапевтической стоматологии Ереванского государственного медицинского университета им. М.Гераци

Ключевые слова: оральный очаг инфекции, преждевременные роды

Введение

Проблему взаимосвязи общего состояния организма со стоматологическим статусом многие авторы причисляют к наиболее актуальным медицинским проблемам всех времен [1]. В этом отношении, в структуре заболеваний зубо-пародонтального комплекса особое значение придается хроническим верхушечным периодонтитам, воспалительной патологии пародонта, а в последние десятилетия также биологическим осложнениям дентальной имплантации [2].

С указанных позиций пристального внимания заслуживает изучение влияния заболеваний зубов и пародонта на течение и исход беременности, а также на состояние здоровья новорожденного [4;6;8;9;11;12]. В частности, установлено, что заболевания пародонта в значительной степени приводят к преждевременным родам, что может стать причиной смерти новорожденного в первые дни жизни или же стать причиной развития некоторых нервно-дегенеративных заболеваний. В то же время, некоторыми авторами оспаривается подобная точка зрения и утверждается об отсутствии причинно-следственной связи между болезнями пародонта и преждевременными родами [7;15]. В свою очередь, Т. Конорка и А. Paradowska-Stolarz [10], а также А. Teshome и А. Yitayeh [13] отмечают, что хотя и многие исследователи причисляют заболевания пародонта к факторам риска для возникновения преждевременных родов, однако для однозначного установления взаимосвязи между указанными явлениями необходимы дополнительные длительные и рандомизированные клинические исследования.

Анализ научной литературы по указанной проблеме показывает, что изучение влияния

хронического очага оральной инфекции на исход беременности не проводилось с комплексных позиций, т.е. оценивалось воздействие отдельных нозологических единиц (кариеса, патологии пародонта и др.), тогда как для выявления наиболее полной картины, помимо изучения влияния отдельных заболеваний или особенностей их клинического проявления, более целесообразно проведение исследования с учетом совокупной оценки хронического очага инфекции в полости рта с использованием соответствующих индексных показателей.

Учитывая вышеизложенное нами проведены клинические исследования с целью выяснения взаимосвязи хронического орального очага инфекции с преждевременными родами.

Методика исследования

Клинические исследования проведены у 117 беременных третьего триместра в возрасте от 18 до 38 лет. Гестационный возраст определяли на основании последней менструации и ультразвукового обследования. Преждевременными считали роды до 37-ой недели гестационного периода с весом новорожденного до 2,5 кг. Для исключения возможного влияния дополнительных факторов на изучаемые параметры в исследование не включены беременные с диабетом, гипертонией, различными осложнениями беременности, инфекционными заболеваниями, а также имеющими вредные привычки (курение, употребление алкоголя).

Исследование одобрено Комитетом по этике Ереванского государственного медицинского университета и проведено в 2018 в Научно-исследовательском центре охраны здоровья матери и ребенка. В соответствии с Хельсинской декларацией 2008 года [14] у всех обследован-

ных получено письменное информационное согласие на участие в исследовании. Исследование выполнено при финансовой поддержке Государственного комитета по науке Министерства образования и науки Армении в рамках научного проекта № 18Т-1F076 “Системное влияние хронического очага инфекции зубопародонтального комплекса на организм: диагностические и профилактические подходы”.

Исследование имело тип “случай-контроль”. Для оценки стоматологического статуса, отображающего наличие хронического очага инфекции в полости рта, нами использован “Интегральный показатель стоматологического статуса” по Н.А. Юдиной и П.А. Леусу [5], который является модификацией “Индекса риска хронического орального сепсиса” (РХОС) [3]. При этом, согласно рекомендациям авторов, нами изучались: показатель зубного налета, количество кариозных зубов, количество зубов с верхушечным периодонтитом; индекс гингивита, глубина пародонтальных карманов, подвижность зубов. Помимо предусмотренных индексом РХОС показателей, нами определены также индексные показатели КПУ (кариозные, удаленные и запломбированные зубы), УИК (уровень интенсивности кариеса) и кровоточивости десен. Пародонтальные индексы определялись в области нижних фронтальных зубов (31,32,33,41,42,43). Во избежание возможной субъективной ошибки при определении стоматологических показателей, каждое обследование дублировалось и отдельно выполнялось двумя квалифицированными специалистами.

Результаты клинических исследований статистически обработаны и анализированы по методу Стьюдента, а также проведены подсчет коэффициента достоверности разницы показателей (t), дисперсионный анализ (ANOVA, F -критерий), корреляционный анализ и определение показателя соотношения шансов - odds/ratio. Статистический анализ проведен с использованием компьютерной программы SPSS Statistics 17.

Результаты исследования

Преждевременные роды отмечены у 21 обследованного (17,9 %).

В таблице 1 представлены средние величины изучаемых показателей у беременных 3-го триместра гестационного периода, которые после родов были подразделены на две группы: группа А – родившие в нормальные сроки и Б – роженицы с преждевременными родами.

В отношении показателей, характеризующих интенсивность кариозного процесса (КПУ и УИК) следует отметить следующее. В обеих

группах отмечена очень высокая интенсивность кариеса (согласно рекомендациям ВОЗ таковой является величина показателя свыше 6,6 единиц), хотя и в группе “Б” интенсивность кариеса превышала аналогичный показатель группы “А” более чем на 57 % ($t=4,35$). В свою очередь, интерпретация полученных данных по уровню интенсивности кариеса (индекс УИК) показала, что в группе “А” она находится на низком уровне ($<0,4$ по П.А. Леусу), а в группе “Б” средняя величина этого же показателя находилась в диапазоне значений среднего уровня (0,5-0,8) с достоверностью разницы в $t=3,60$. При этом, анализ отношения шансов выявил, что средний уровень УИК более 0,4 единицы является фактором риска для возникновения преждевременных родов ($OR=3,78$).

Межгрупповые различия в отношении некоторых отдельных показателей в структуре КПУ, а именно количество кариозных и удаленных (отсутствующих) зубов, не отличались статистической достоверностью. Вместе с тем, у лиц группы “Б” отмечено большее количество запломбированных зубов – на 41 % ($t=2,55$), среди которых обнаруживались зубы с наличием признаков хронического периодонтита (боли при накусывании и от горячей пищи, наличие свища и др.). Учитывая вышеизложенное, а также необходимость отдельного рассмотрения хронических периодонтитов для определения индекса РХОС, из структуры КПУ выделен и в качестве отдельного самостоятельного фактора проанализирован такой показатель, как “хронический периодонтит” (хронический периапикальный очаг инфекции). При этом, исследование показало, что в группе “А” наличие хотя-бы одного зуба с указанной патологией отмечено у 74 рожениц (77,08 %), а в группе “Б” – у всех обследованных. В данном случае вероятность возникновения преждевременных родов повышается при наличии 2-х и более зубов с хроническим околоверхушечным очагом инфекции ($OR=1,58$).

Изучение показателей гигиены полости рта и клинического состояния пародонта показало, что в данном случае межгрупповые различия (между группами А и Б) выражены наиболее ярко и статистически достоверно. Так, в группе “Б” средние величины индексных показателей гигиены полости рта (ОHI-S) и воспаления десны (GI и кровоточивость) превосходили таковые в группе “А” соответственно на 41,02 %, 60,0 % и 64,48 %. Что касается показателей, характеризующих деструктивный компонент патологического процесса в тканях пародонта, то нужно отметить, что они проявили наиболее выразительные отличия между группами – с

Таблица 1. Показатели хронического очага инфекции в полости рта и родов в группах обследованных

Название показателя	Средняя величина показателя	группы		А/Б		
		А	Б	t	F	p
Количество обследованных	117	96	21			
Возраст (годы)	25,92±0,41	25,45±0,44	28,09±0,97	6,28	1,765	<0,001
Срок беременности (недели)	30,99±0,29	31,02±0,33	30,86±0,58	0,24	0,701	<0,5
Какая по счету беременность	1,82±0,08	1,73±0,09	2,24±0,21	2,22	1,742	<0,05
Кол-во отсутствующих зубов	0,83±0,16	0,76±0,17	1,14±0,39	0,88	0,950	<0,5
Кол-во кариозных зубов	3,98±0,27	3,93±0,31	4,24±0,55	0,49	0,708	>0,5
Кол-во запломбированных зубов	3,90±0,35	3,46±0,37	5,86±0,86	2,55	3,293	<0,02
КПУ	10,49±0,52	9,51±0,55	14,95±1,13	4,35	2,589	<0,001
УИК	0,40±0,02	0,37±0,02	0,55±0,05	3,60	1,698	<0,002
Хронические периодонтиты	1,71±0,16	1,30±0,13	3,57±0,52	4,20	7,640	<0,001
ОHI-S	2,09±0,07	1,95±0,08	2,75±0,07	7,27	4,205	<0,001
GI	1,72±0,09	1,55±0,10	2,48±0,10	6,64	5,833	<0,001
Кровоточивость десен	1,19±0,07	1,07±0,08	1,76±0,10	5,31	3,277	<0,001
Подвижность зубов	0,23±0,04	0,06±0,03	0,86±0,10	7,69	41,820	<0,001
Глубина патологических карманов	1,52±0,21	0,94±0,18	4,19±0,35	8,33	36,854	<0,001
РХОС	15,43±0,67	13,12±0,57	26,00±0,89	12,15	9,928	<0,001
Сроки родов (недели)	37,85±0,33	39,41±0,08	30,76±0,63	13,73	-	<0,001
Вес новорожденного (граммы)	3172,48±45,01	3363,54±28,70	2999,05±42,02	12,10	37,366	<0,001

наихудшими показателями в группе “Б”. В частности, показатель подвижности зубов в этой группе был более чем на порядок выше относительно группы “А” (в 14,3 раза), а глубина патологического кармана у рожениц группы “Б” превосходила примерно на 350 %. О наличии существенных различий между группами в отношении указанных показателей свидетельствуют также данные дисперсионного анализа, которые выявили величину критерия Фишера (F-критерий) в 41,82 (в случае подвижности зубов) и 36,85 (при показателе глубины пародонтальных карманов).

Относительно оценки риска болезней пародонта для возникновения преждевременных родов нужно отметить, что в качестве такового, в первую очередь, нужно рассматривать тяжелые формы патологии пародонта (пародонтиты), поскольку данная разновидность пародонтальной патологии в группе “Б” отмечена в 95,24 % случаях, а в группе “А” – всего в 22,92 %, при

этом, с величиной отношения шансов – OR=67,29.

При анализе различных степеней “Интегрального показателя стоматологического статуса” в группах выяснилось, что в группе “Б” высокую степень риска орального сепсиса (свыше 21 балла) имели 20 рожениц (95,2 %), тогда как в группе “А” аналогичную степень риска имели всего 9,4 % рожениц, при этом отношение шансов составило – OR=191,1.

Бивариантный корреляционный анализ зависимостей между сроками родов и стоматологическими показателями выявил следующую картину: все составные показатели “Интегрального показателя стоматологического статуса” в отдельности со сроками родов коррелировали в диапазоне величины коэффициента корреляции от -0,347 до -0,647, т.е. находились в рамках средней обратной корреляции, а сам совокупный индекс проявил наиболее высокую корреляцию с величиной коэффициента в -0,671 (во всех случаях корреляция значима на уровне 0,01).

Заключение

Проведенное нами исследование показало, что клиническое состояние зубо-пародонтального комплекса существенным образом влияет на исход беременности. При этом, отдельные стоматологические показатели (кариес и его осложнения, болезни пародонта) имеют различную значимость в этом вопросе. В частности, кариозные поражения зубов играют менее значимую роль в отношении воздействия на сроки родов, чем болезни пародонта (особенно с выраженным деструктивным компонентом), а тем более чем их совокупное проявление, поскольку выявлена высокая степень зависимости преждевременных родов от наличия хронического очага инфекции в полости рта, в частности от величины “Интегрального показателя стоматологического статуса”, а именно высокую степень данного индексного показателя (свыше 21 балла) следует рассматривать в качестве фактора риска для возникновения преждевременных родов.

Литература

1. Бурягина Н.В. Хроническая оральная инфекция на фоне ишемической болезни сердца // *Фундаментальные исследования*, 2013, №5, С. 250-255.
2. Иорданишвили А. К., Обрезан А. Г., Вальский А. В. Хроническая стоматогенная инфекция и интоксикации организма // *Медицина XXI век*, 2007, № 6 (7), С. 91-95
3. Леус Л.И. Метод определения степени риска хронического орального сепсиса // *Стоматологический журнал*, 2001, № 3, С. 12-15.
4. Тригонос Н.Н., Фирсова И.В., Македонова Ю.А., Ергиева С.И. Хроническая инфекция полости рта как фактор риска преждевременных родов и низкого веса плода // *Фундаментальные исследования*, 2013, №12, С. 85-88,

5. Юдина Н.А., Леус П.А. Новый интегральный показатель стоматологического статуса и его использование в научных исследованиях, // *Институт стоматологии*, 2010, № 1, С. 86-87,

6. Badran Z., Struillou X., Verner C., Clee T., Rakic M., Martinez M., Soueidan A. Periodontitis as a risk factor for systemic disease: Are microparticles the missing link? // *Med. Hypotheses*, 2015, 84 (6), 555-556,

7. Calabrese N., Calabrese A., Nibali L., Rosati A., Fiengo S., Di Renzo G. Is there any association between periodontitis and preterm low birth weight? // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.*, 2010, 23 (11), 1288-1293,

8. Ha J., Jun J., Ko H., Paik D., Bae K. Association between periodontitis and preeclampsia in never-smokers: a prospective study. // *J. Clin. Periodontol.*, 2014, 41 (9), 869-874,

9. Han Y. Oral Health and Adverse Pregnancy Outcomes – What’s Next? // *J. Dent. Res.*, 2011, 90 (3), 289-293,

10. Konopka T., Paradowska-Stolarz A. Periodontitis and risk of preterm birth and low birthweight-a meta-analysis. // *Ginekol .Pol.*, 2012, 83 (6), 446-453,

11. Nazir M. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. // *Int. J. Health Sci. (Qassim)*, 2017, 11 (2), 72-80,

12. Taghzouti N., Xiong X., Gornitsky M., Chandad F., Voyer R., Gagnon G., Leduc L., Xu H., Tulandi T., Wei B., Sénécal J., Velly A., Salah M., Fraser W. Periodontal disease is not associated with preeclampsia in Canadian pregnant women. // *J. Periodontol.*, 2012, 83 (7), 871-877,

13. Teshome A., Yitayeh A. Relationship between periodontal disease and preterm low birth weight: systematic review. // *Pan. Afr. Med. J.*, 2016, 12, 24:215. eCollection 2016,

14. The World Medical Association Declaration of Helsinki. *World Med J.* 2008;54:122–5.

15. Vettore M., Leal Md., Leão A., da Silva A., Lamarca G., Sheiham A. The relationship between periodontitis and preterm low birthweight. // *J. Dent. Res.*, 2008, 87 (1), 73-78.

Assessment of the chronic oral focus of infection in women in labor with premature delivery

Накобыан М.Д., Окоев Г.Г., Арустамян К.К., Андриасян Л.Г., Татинтсян В.Г.

In order to reveal inter-relation between chronic oral focus of infection with premature delivery investigations have been carried out in 117 3rd trimester pregnant women aged 18-38, who were subdivided into 2 groups after delivery: A- those who gave childbirth in normal terms and B- with premature delivery. The investigation was of “case-control” type. In order to reveal the inter-relation between the chronic oral focus of infection and premature delivery an investigation was carried out in 117 3rd trimester pregnant women aged 18 to 38, who were subdivided into two groups after delivery: group A – those who delivered in normal terms and group B – with premature delivery. The investigation had the type of “case-control”. In order to evaluate the stomatological status reflecting the presence of chronic focus of infection in the oral cavity, “Integral index of the stomatological status” was implemented. CFE, LCI and bleeding gum indices were also determined. The statistical analysis was carried out by Student’s method as well as co-efficiency of trustworthiness of index difference, dispersive and correlating analyses was calculated and odds/ratio index was defined, too.

It is established that the high degree of “Integral index of the stomatological status” (higher than 21 scores) should be considered as a risk factor for premature delivery occurrence.

Keywords: oral focus of infection, premature delivery

Содержание

Դաշտոյան Մ.Թ., Մուրադյան Լ.Վ., Անդրիասյան Լ.Հ., Բաղայան Ա.Ա., Գասպարյան Է.Ա. Օրսիդացիոն սթրեսի ցուցանիշները բերանային և շուրջիմպլանտային հեղուկներում.....	4
Պողոսյան Մ.Ա. Ատամնային իմպլանտացիայի բորբոքային բարդությունների պատճառագիտության որոշ մեխանիկական գործոնները.....	8
Պողոսյան Յու. Մ., Գրիգորյան Գ.Գ., Խաչատրյան Ա.Ս., Դաշտոյան Մ.Թ. Հարականչային թքագեղձի ադենոլիմֆոմա (կլինիկական դեպք).....	12
Հերոյան Ա. Գ., Մարգարյան Մ. Մ., Մանրիկյան Մ. Ե. Պարոդոնտի հյուսվածքների փոփոխությունները օրթոպեդիկ կոնստրուկցիաներով ծամողական ֆունկցիան վերականգնելիս.....	21
Ադամյան Գ. Վ. ՀՀ Ոստիկանության բուժվարչության աշխատանքում դիսպանսերացման հիմնախնդիրը.....	27
Татинця В.Г., Амбарцумян С.Г., Хачатрян Ж.Р., Геворгян О.Р., Манукян А.А., Андрисян Л.Г., Погосян М.А., Даштоян М.Т., Татинця Л.В., Купелян А.А. Клинико-рентгенологический сравнительный анализ микробной активности и контроля дрожжевых грибов Candida при эндодонтическом лечении.....	31
Акопян М.Д., Окоев Г.Г., Арустамян К.К., Андрисян Л.Г., Татинця В.Г. Оценка хронического орального очага инфекции у рожениц с преждевременными родами.....	35

В Е С Т Н И К С Т О М А Т О Л О Г И И И Ч Е Л Ю С Т Н О - Л И Ц Е В О Й Х И Р У Р Г И И

Научно-практический журнал (том 16, вып. 3)

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью "DPH Dental"

Адрес: РА, г. Ереван, ул. Люксембурга, 1-ый переулок, дом 5, кв. 29

Номер свидетельства гос. регистрации : 01Ц-043330, от 23 октября 1998 г.

Ответственный за выпуск: Дадурян П.А.

Подписано в печать 10.06.2019

Отпечатано 15.06.2019

Формат 60 x 84^{1/8}

Бумага офсетная, гарнитура Таймс

Объема 2,5 усл.печ.л. Тираж 200 экз.

Типография «Time to print»