



ՀՀ ԱՆ ԵՐԵՎԱՆԻ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵՋ

ՄՏՈՄՈՏՈԼՈԳԻԱՅԻ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐ

Ուսումնական ձեռնարկ

«Լաքի Փրինթ» հրատարակչություն

ԵՐԵՎԱՆ 2006

Ձեռնարկը նախատեսված է բժշկական քոլեջների ուսանողների համար, նյութի ծավալը համապատասխանում է պետական ծրագրին:

Երաշխավորված է տպագրության Երևանի պետական հենակետային բժշկական քոլեջի մեթոդ-խորհրդի կողմից:

Ստոմատոլոգիա

Ստոմատոլոգիա (լատ. գիտություն բերանի խոռոչի մասին) - բժշկական ևս էթոլոգիան և պաթոգենեզը, նրանց դիագնոստիկան, բուժումը և պրոֆիլակտիկան: Ստոմատոլոգիան կազմավորվել է 20-ական թվականներին, ատամնաբժշկության և դիմաձևոտային վիրաբուժության հետևանքով:

Ատամնաբժշկությունը ընդհուպ մինչև 17-րդ դար կազմված չէր ընդհանուր բժշկության հետ, համարվում էր առաջին օգնության միջոց ցավերի ժամանակ և հիմնականում կատարվում էր հիվանդ ատամի հեռացում: Այդ օգնությունը ցուցաբերվում էր արհեստավորների և նույնիսկ դահիճների կողմից:

19-րդ դարի 80-ական թ. ստեղծվեց առաջին ատամնատեխնիկական դպրոցը: Ապա Պետերբուրգում ստեղծվեց դենտիստական դպրոցը: Որը տարիների ընթացքում զարգացում ապրեց: Մեծ ուշադրություն սկսեցին դարձնել ատամնաբուժությանը:

Բերանի խոռոչում կատարվող պաթոլոգիկ պրոցեսները սկսեցին դիտվել և ուսումնասիրել որպես օրգանիզմի ընդհանուր վիճակ: Բերանում տեղի ունեցող հիվանդությունները կարող են բերել օրգանների և օրգան համակարգերի մի շարք բարդությունների: Բերանի խոռոչի վատ վիճակը կարող է բերել ստամոքս-աղիքային հիվանդությունների: Հիվանդ ատամները կարող են լինել օրգանիզմի ինտոքսիկացիայի օջախ, կարող են առաջացնել՝ ռևմատիզմ, միոկարդիտ, երիկամային հիվանդություններ...

Բերանի խոռոչի առողջացումը հանդիսանում է մի շարք հիվանդությունների պրոֆիլակտիկան:

Այս ամենը հաշվի առնելով ամբողջ աշխարհում մեծ տեղ են հատկացնում ստոմատոլոգիական ծառայության ակտիվ զարգացմանը:

Ատամնաբժշկությունը Ռուսաստանում զարգանում էր չափազանց դանդաղ: 19-րդ դարի երկրորդ կեսերին Սկլիֆոսովկու, Լիմբերգի, Ջնամենսկու ուժերով ստեղծվեց առաջին դպրոց: Իսկ 1883թ. կազմակերպվեց առաջին դենտիստների ընկերությունը: Հետագայում, ձեռք բերված գիտելիքների և պրակտիկ հմտություններից ելնելով իրավունք տրվեց ապագա բժիշկներին դասավանդել բժշկության այդ բաժիններին:

19-րդ դարի վերջում համանման կուրսեր կազմակերպվում է նաև Պետերբուրգում (գինվոր-բժշկական ակադեմիայում): Բայց ցարական կառավարությունը հետաքրքրություն չցուցաբերեց բնակչության առողջության կազմակերպման գործում, որի հետևանքով ատամնաբժշկության զարգացումը կանգ առավ: Հոկտեմբերյան սոցիալիստական հեղափոխությունից հետո, երբ փոխվեց բնակչության սոցիալական պայմանները, արագ թափով զարգացավ ատամնաբժշկությունը և՛ գործնական և՛ գիտական ուղղություններով:

Սովետական կարգերում ատամնաբուժների առջև դրվեց հատուկ խնդիր՝ կազմակերպել բնակչության համար մասսայական, բուժական և պրոֆիլակտիկ միջոցառումներ: Թե որքանով զարգացավ սովետական կարգերում ատամնաբուժական ծառայությունը և մասնագետների փորձը վկայում է դիմաձնոտային հիվանդությունների 85% -ի լիովին առողջացումը: Հետագայում առարկան բաժանվեց 3 հիմնական բաժինների՝

1. Թերապևտիկ
2. Վիրաբուժական
3. Օրթոպեդիկ:

Իսկ վերջին տարիներին հատուկ ուշադրություն դարձվեց և առանձնացվեց մանկական ատամնաբուժությունը, որպես առանձին բաժին:

Ստոմատոլոգիական օգնությունը համարվում է կարևորագույն ճյուղերից և ամբուլատոր – պոլիկլինիկային օգնության մասսայական ձևերից մեկը: Բնակչության ստոմատոլոգիական օգնությունը ցուցաբերվում է հետևյալ բուժական հիմնարկներում՝

1. ինքնուրույն ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաներում,
2. ինքնուրույն բաժանմունքներում և կաբինետներում,
3. կենտրոնական շրջանային հիվանդանոցներին կից դպրոցների, մսուրների (և այլն) ստոմատոլոգիական կաբինետներում,
4. ստոմատոլոգիական կաբինետներում (վարձատրվող):

Ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկան կառուցված է հետևյալ հիմնական բաժանմունքներից՝

- թերապևտիկ,
- վիրաբուժական,
- օրթոպեդիկ,
- պարոդոնտոլոգիական:

Օրթոպեդիկ բաժանմունք

Բացի բուժական կաբինետներից, կազմված ատամնատեխնիկական լաբորատորիայից, որի մեջ մտնում է՝

- տեխնիկական աշխատանոց,
- գիպսավորման աշխատանոց,
- ձևավորման աշխատանոց,
- հղկման աշխատանոց,
- ձուլարան,
- պոլիմերիզացիոն աշխատանոց,

Ստոմատոլոգիական գործիքներ և վիրակապական նյութեր

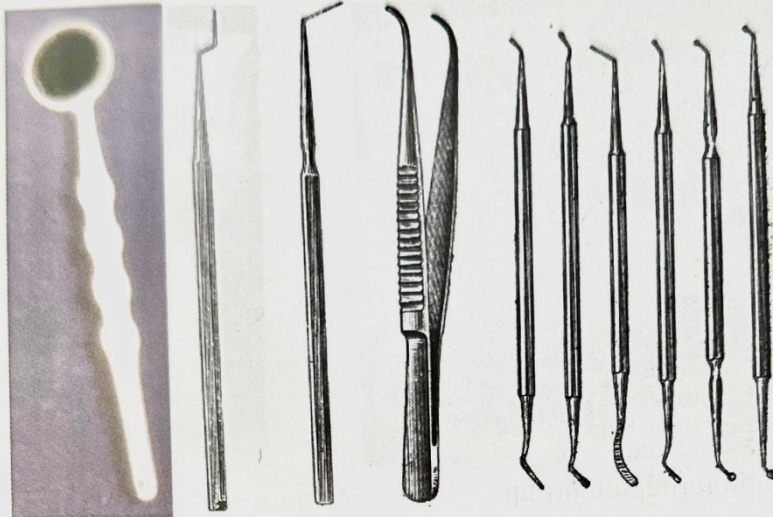
Հիմնական ստոմատոլոգիական գործիքներ՝

- ստոմատոլոգիական բոր-մեքենա իր բազկաթոռով (նկ. 1),
- տուրբինային և մեխանիկական ծայրակալներ (նկ. 2),
- բոռեր կարծր հյուսվածքների մշակման համար (նկ. 3),
- ստոմատոլոգիական հայելի (նկ. 4ա),
- ստոմատոլոգիական պինցետ (նկ. 4բ),
- ստոմատոլոգիական զոնդ (նկ. 4գ),
- սեխմիչ հարդիչ (նկ. 4դ),
- գործիքներ ատամնաքարի հեռացման համար,
- ասեղներ, ներարկիչներ (նկ. 5),
- արմատային ասեղներ և էնդոդոնտիկ գործիքներ (նկ. 6),
- պուլպոնեքստրակտոր (նկ. 6ա),
- դրիլեր, բուրավներ (նկ. 6բ),
- ակցաններ և էլեվատորներ (նկ. 7):

Ստոմատոլոգիական պրակտիկայում նաև օգտագործում են վիրակապական նյութեր՝

- բամբակ,
- բինտ,
- յոդաֆորմային տուրբունդներ,
- ռետինե դրենաժներ,
- պլոմբանյութեր (նկ. 8) լույսային և ինքնակարծրացող,
- արհեստական դենտին,
- ցեմենտ,
- անջատող մեջղիր,
- դեղորայքային մեջղիր,
- արմատալիցքեր (նկ. 9):

նկ. 4



ա)

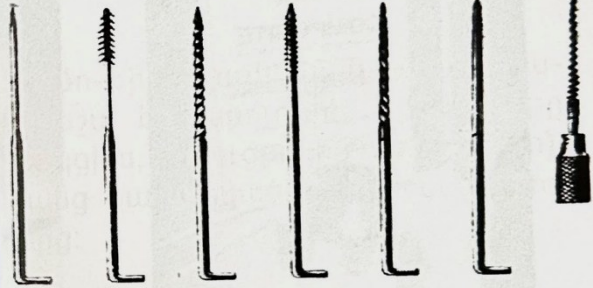
զ)

բ)

դ)



նկ. 5

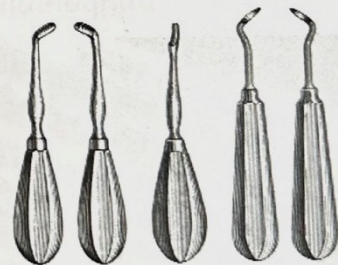


ա)

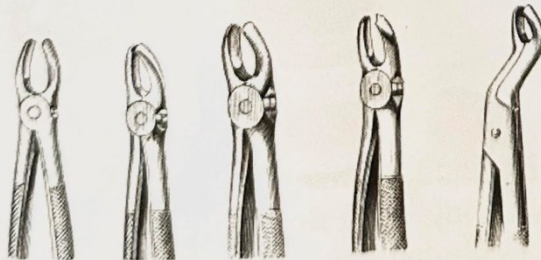
բ)

նկ. 6

էլեատորներ



նկ. 7



վերին ծնոտի ակցաններ



ստորին ծնոտի ակցաններ



լուսային պլոմբանյութեր



հեղուկ լուսային պլոմբանյութեր



ինքնակարծրացող պլոմբանյութեր



նկ. 8

հեղիո լույս



գուտապերձա

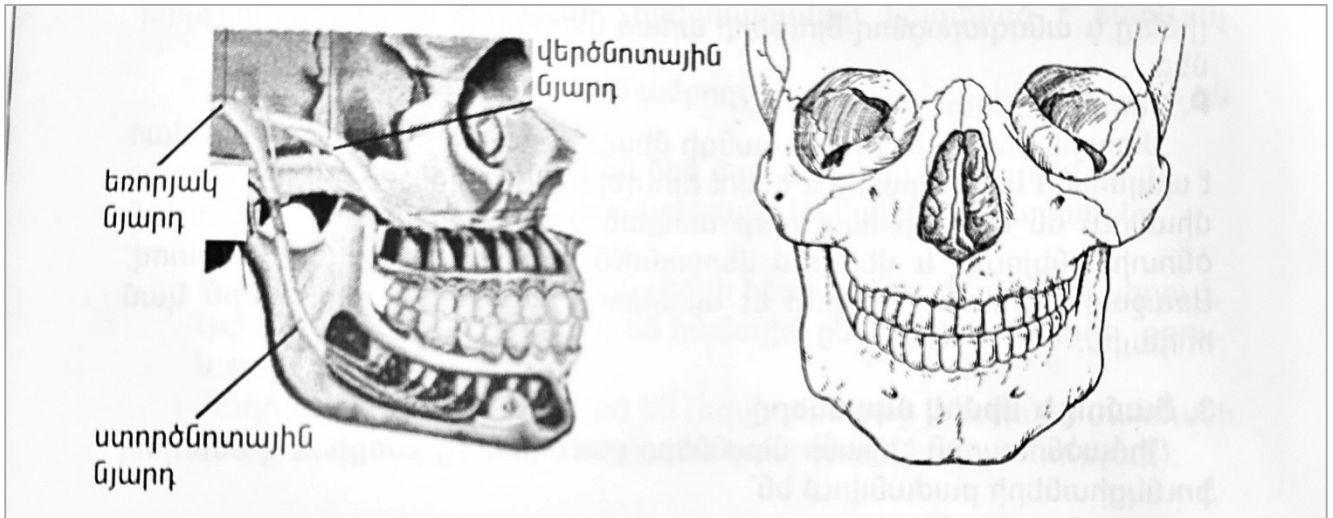
նկ. 9



արմատալիցք

Անատոմո-ֆիզիոլոգիական ակնարկ

1. Դիմաճնոտային շրջան



Դիմաճնոտային շրջանի անատոմո-ֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունների իմանալը անհրաժեշտ է պաթոլոգիկ պրոցեսները յուրացնելու համար (տրավմա, ինֆեկցիա, ուռուցքային պրոցեսներ), որոնց զարգացումը կախված է նրանց կառուցվածքից, շրջապատող օրգանների և հյուսվածքների բնույթից:

Դիմային կմախքը կազմված է.

Ա. զույգ անշարժ ոսկորներ վերին ծնոտից, այտոսկրից, քմոսկրից, ճակատոսկրից
Բ. շարժվող ոսկրից՝ ստորին ծնոտից

Ծնոտների կառուցվածքը.

Ա. վերին ծնոտը - զույգ ոսկոր է, կազմված է մարմնից և չորս ելուստներից՝

- ճակատային
- քմային
- այտոսկրային
- ավելոյար

Վերին ծնոտի մարմնի ներսում գտնվում է դատարկ խոռոչ, որը կոչվում է **հայմորյան ծոց** (վերձնոտային): Վերին ծնոտի մարմնի վրա տարբերվում են չորս մակերես՝

- դիմային
- ակնակապճային
- քթային
- ստոր-քունքային

Վերին ծնոտը սպունգանման է որով պայմանավորված է նրա թեթև լինելը և անզգայացնող նյութերի արագ ներծծվելը ոսկրի հաստության մեջ:

Բ. Ստորին ծնոտ

Ստորին ծնոտը կենտ է և գանգի միակ շարժվող ոսկորն է: Կազմված է պայտաձև կոր մարմնից և երկու ճյուղերից: Այդ ճյուղերը երկու կողմից միանում են մարմնի հետ բութ անկյան տակ, որը կոչվում է ստորին ծնոտի անկյուն, և վերնում վերջանում է կիսակլոր երկու ելուստով: Առաջային ելուստը կոչվում է պսակաձև, իսկ հետինը՝ կոճային կամ հողային:

2. Ծամոդ և միմիկ մկանները

Դիմաձնոտային շրջանի մկանները ըստ կառուցվածքի և կատարող ֆունկցիաների բաժանվում են

1. ծամոդ մկանների
2. միմիկ մկանների:

2.1 Ծամոդ մկաններ

Ապահովում են ստորին ծնոտի շարժումը և բաժանվում են երկու խմբի՝

ա) ծնոտը բարձրացնող մկաններ, որոնք ամրացվում են հետին մասում.

Այս խմբին պատկանում են՝

- ծամոդ մկան
- քունքային մկան
- թևային-մեղիալ մկան, որը ապահովում է ծնոտի տեղաշարժումը կողք, իսկ երկկողմանի կրճատման ժամանակ՝ առաջ:

բ) ծնոտը իջեցնող մկաններ, որոնք ամրացվում են առաջնային մասում.

- երկփոր մկանի առաջնային փորիկը
- կզակա-ստորլեզվային
- ծնոտա-ստորլեզվային:

2.2 Միմիկայի մկաններ

Կատարում են բարդ ֆունկցիա, որը որոշում է ոչ միայն ինդիվիդուալ առանձնահատկությունները, այլև արտահայտում է հոգեբանական ռեակցիաները, արտահայտության որոշակի փոփոխություններով: Միմիկայի մկանների իններկուսիսը իրականացվում է դիմային ներվերով: Միմիկայի մկանները կանգնում են մաշկին:

3. Լեզու

Լեզուն մկանային օրգան է, որը ծածկված է լորձաթաղանթով, շարժվում է բոլոր ուղղություններով: Լեզուն կազմված է՝ արմատից, մարմնից, գագաթից: Լեզվի լորձաթաղանթը կազմված է հետևյալ պտկիկներից՝

- թելաձև - (տեղավորված են ամբողջ լեզվի մակերեսին, և տալիս են սպիտակավուն երանգ)

- սնկաձև - (տեղավորված են մեծ մասամբ լեզվի գագաթին մոտ, պարունակում են մեծ քանակությամբ համային զգայարաններ (քաղցր, թթու, աղի համեր))
- տերևաձև - տեղադրված են լեզվի հետին և կողմնային մասերում, էպիթելերը պարունակում են համային ընկալիչներ (քաղցր, թթու և աղի համեր)
- փողրակաձև - տեղադրված են լեզվի արմատի և մարմնի սահմանի գծով, պարունակում են համային զգայարաններ (դառնություն):

4. Ատամների կառուցվածքը և նրանց ֆունկցիաները



Ատամները տեղադրված են բերանի խոռոչի և նախադռան սահմանում:

Ատամը կառուցված է՝

- Պսակից,
 - Վզիկից,
 - Արմատից:
1. Բերանի խոռոչի մեջ երևացող մասը՝ պսակն է, պսակի արտաքին շերտը ծածկված է էմալով:
 2. Ատամի արմատի և պսակի միջև գտնվում է վզիկը, որը շրջապատված է լնդով:
 3. Ծնոտի ատամների մեջ տեղակայված մասը՝ արմատն է:

Ատամի հիմնական մասը կազմում է դենտինը: Պսակային մասը ծածկված է էմալի բարակ շերտով, իսկ արմատայինը՝ ցեմենտով: Ատամի խոռոչը լցված է փխրուն հյուսվածքով (պուլպա): Ատամի պուլպան ամբողջովին լցնում է ատամի խոռոչը և ձևով համապատասխանում է նրան: Բաժանվում է պսակային և արմատային մասերի: Պուլպան հարուստ է անոթներով և նյարդերով, որոնք անցնում են արմատի գագաթի անցքի միջով: Տարբեր խումբ ատամների ֆունկցիան տարբեր է: Ժանիփներն ու կտրիչները ունեն կտրող եզր և կատարում են կտրող ֆունկցիա, մեծ և փոքր աղորիքները կատարում են մանրացնող ֆունկցիա:

5. Հիստոլոգիական կառուցվածք

Էմալ: Ամենա կարծր հյուսվածքն է մարդու օրգանիզմում: Բաղկացած է կլորացած թելերից և կոչվում է էմալային պրիզմա, որը գնում է էմալադենտինային սահմանից դեպի ատամի մակերեսը: Էմալի մակերեսը ծածկված է միասնական պատյանով, որը կոչվում է կուտիկուլա: Էմալի մեջ օրգանական նյութը շատ քիչ է (2-4%) և (95%) անօրգանական նյութեր:

Դենտին: Ոսկրից կարծր է, կազմված է կրային աղերով ներծծված կոլագենային թելերից, որոնց միասնությունը տեղադրված է դենտինային խողովակներին զուգահեռ, կամ նրանց ուղղահայաց: Դենտինը 28% օրգանական նյութ է, անօրգանական նյութը մոտ 70-72 %, մնացածը՝ ջուր և ճարպ:

Ցեմենտ: Ըստ կառուցվածքի բաժանվում է՝

1. Առաջնային (բջիջ ունեցող)
 2. Երկրորդային (բջջային) հանդիպում են արմատի գագաթի շրջանում:
- Ցեմենտը պարունակում է 68% անօրգանական նյութ և 32 % օրգանական նյութ:

6. Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի կառուցվածքը և ֆունկցիան

Բերանի խոռոչում տարբերում են 2 տիպի լորձաթաղանթ շարժուն և անշարժ, որը չունի ենթալորձային շերտ և կպած է ոսկրին: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը կատարում է մի շարք ֆունկցիաներ:

1. Պաշտպանողական
2. Զգացողական
3. Վերականգնող(պլաստիկ)
4. Ներծծման:

7. Հիմնական և կաթնատամների ծկթման ժամկետները

Տարբերում են կաթնատամներ, որոնք ծկթում են 6 ամսականից -2,5 տարեկան հասակում, հիմնականը 6-14 տարեկան հասկում, բացառություն են կազմում իմաստության ատամները, որոնք ծկթում են ավելի ուշ: Կաթնատամների և հիմնական ատամների զարգացումը սկսվում է 40-45 օրից ներարգանդային կյանքում և շարունակվում է մինչև 5 տարեկանը:

Հիվանդի զննումը

Ստոմատոլոգիական կաբինետում հիվանդի զննումը ներառում է.

1. Հարցում,
 2. օբյեկտիվ զննում:
1. Հարցում կատարելով պարզում են՝

- հիվանդի հիմնական բողոքները,
- ցավերի բնույթը (ինքնաբերաբար կամ տարբեր գրգռիչներից առաջացած սուր կամ բուր, տեղային կամ ճառագայթվող),
- հիվանդության առաջացման ժամկետը,
- ուղեկցող հիվանդությունների առկայությունը,
- հիվանդի ընդհանուր վիճակը:

2. Օբյեկտիվ գնման ժամանակ կատարվում է

- արտաքին զննում,
- օբյեկտիվ զննում:

Արտաքին զննումը

Նպատակ ունի զննել, ուսումնասիրել հիվանդի արտաքին տեսքը .

- Դեմքի արտահայտությունը (հանգիստ կամ գրգռված),
- Մաշկի գույնը,
- Այտուցների առկայությունը,
- Լորձաթաղանթի գույնի և տեսքի փոփոխությունները,
- Ատամնաշարերի ամբողջականությունը,
- Ատամների կարծր հյուսվածքների դեֆեկտները և ատամնաքարերի առկայությունը:

Օբյեկտիվ զննումը

Նպատակ ունի բացահայտել պաթոլոգիական փոփոխությունները և գնահատել կլինիկական վիճակը: Օբյեկտիվ զննման մեջ մտնում են հետևյալ մեթոդները՝

- Պալպացիա,
- Ջոնդավորում,
- Պերկուսիա,
- Ատամի շարժունակության որոշում,
- Թերմոդիագնոստիկա,
- Էլեկտրոդոնտոդիագնոստիկա,
- Ռենտգենոդիագնոստիկա:

Ջոնդավորումով որոշում են՝

- Կարիոզ խոռոչի առկայությունը և խորությունը: Էմալի և դենտինի դեֆեկտների աստիճանը,
- Ատամնալնդային գրպանիկների խորությունը,
- Ատամի խոռոչի և նրա կանալների մուտքի առկայությունը:

Պերկուսիա: Կատարվում է որևէ գործիքի կոթով աստամին խփելով: Պերկուսիայի միջոցով որոշվում է պերիոդոնտի վիճակը: Եթե պերիոդոնտը առողջ է՝ անցավ է, իսկ բորբոքային պրոցեսի ժամանակ ցավոտ է: Պերկուսիան սկսում են առողջ աստամից:

Ատամի շարժունակության որոշում: Կատարվում է պինգտի օգնությամբ: Ծոված ծայրերով բռնում են աստամը, շարժելով պինգետը որոշում են աստամի շարժունակությունը:

Թերմոդիագնոստիկա: Լրացուցիչ մեթոդներից է: Օգտագործվում է դիագնոստիկ նպատակով, որը կատարվում է տաք կամ սառը ջրով կամ էֆիրով:

Էլեկտրոդոնտոդիագնոստիկա: Կատարվում է հատուկ սարքի օգնությամբ, որով ստուգում են պուլսայի և պերիոդոնտի ցավային գրգռականությունը էլեկտրոգրգռման միջոցով:

Ռենտգենոդիագնոստիկայի մեթոդով որոշում են ոսկորների, աստամների տրավմատիկ վնասումների և բորբոքային օջախի առկայությունը, տեղակայումը, չափերը և բնույթը:

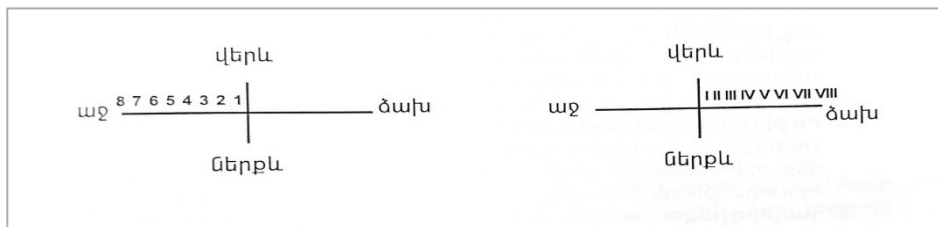
Բժշկական փաստաթղթեր

Բժշկական փաստաթղթերում նշվում են՝

- հիվանդի անկետային տվյալները,
- բուժման էտապները,
- կատարված բուժական միջոցառումների ծավալը:

Բժշկական փաստաթուղթը կարող է ծառայել որպես իրավաբանական փաստաթուղթ դատա-բժշկական գործերում, կարող է հանդիսանալ փաստաթուղթ և գիտահետազոտական ստատիստիկ տվյալների հիմք:

Յուրաքանչյուր բժիշկ-ստոմատոլոգոգ պետք է կատարի գրանցումներ հիվանդի բժշկական անկետայի մեջ ամեն հաճախումից հետո, որտեղ նա սիստեմատիկ նշում է ատամնաբանաձևը՝



Արաբական թվերով նշվում են հիմնական ատամները, իսկ հոռոմեականով կաթնատամները: Հիվանդ ատամները նշվում են հետևյալ կերպ.

Օ - ատամը բացակայում է,

P – պերիոդոնտիտ,
Π -պուլպիտ,
K- կարիես,
R – արմատ:

Անզգայացում ստոմատոլոգիայում

Ստոմատոլոգիական հիվանդությունների հաջող բուժման առաջին հիմնական պայմանը էֆեկտիվ անզգայացումն է:

Պոլիկլինիկաներում առաջնային տեղը գրավում է տեղային անզգայացումը, իսկ ստացիոնարներում մեծ վիրահատությունները կատարում են ընդհանուր անզգայացման տակ: Ընդհանուր անզգայացման տակ տեղի են ունենում կենտրոնական նյարդային համակարգի անջատում, որը ուղղեցվում է.

- գլխակցության բացակայությամբ,
- զգացողության բացակայությամբ,
- շարժունակության բացակայությամբ: Ընդհանուր անզգայացում ստանում են երկու եղանակով՝

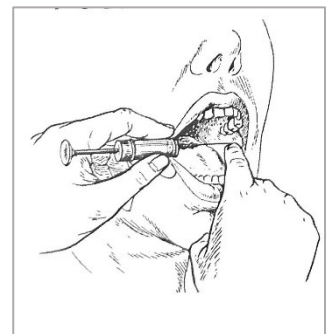
1. Ինհալացիոն (շնչառական ուղիներով)

2. Ոչ ինհալացիոն (միջմկանային կամ ներերակային) Տեղային անզգայացում

Տեղային անզգայացումը - ցավային զգացողության վերացումն է որոշակի տեղամասում, որի դեպքում պահպանվում է գլխակցությունը և օրգանիզմի այլ ֆունկցիաները: Տեղային անզգայացումը կատարվում է 3 եղանակով՝

1. **Ապլիկացիոն** (մաշկի կամ լորձաթաղանթի վրա անզգայացնող նյութի քսումն է, որի որի հետևանքով առաջանում է մակերեսային անզգայացում: Օգտագործում են 1-3 % դիկայինի լուծույթ, 10% լիդոկային, ալեքոլոլ և անեստիզինի փոշի):
2. **Ինֆիլտրացիոն անզգայացումը** – ստանում են անզգայացնող լուծույթի ներարկումով մաշկի կամ լորձաթաղանթի հաստության մեջ, որի ժամանակ անզգայացնող նյութը ներծծվում է խորանիստ հյուսվածքների մեջ առաջացնելով տեղային անզգայացում:
3. **Հաղորդչական անզգայացումը** ստանում են անզգայացնող լուծույթի ներարկումով, ներվային ցողունի բլոկադայի միջոցով:

Անզգայացումը տեղի է ունենում այն տեղամասում, որտեղ ներվավորվում է տվյալ ներվը: Առավելությունը կայանում է



նրանում, որ համեմատաբար քիչ անզգայացնող նյութով ստանում են ավելի մեծ տեղամասի խորը անզգայացում:

Ատամի կարծր հյուսվածքների հիվանդությունները, բուժման մեթոդները

Ատամի կարծր հյուսվածքների ախտահարումները բաժանվում են երկու խմբի.

1. Ոչ կարիոզ,

2. Կարիոզ:

1. Ատամի կարծր հյուսվածքների ոչ կարիոզ ախտահարումներ

Ոչ կարիոզ ախտահարումներն այն ախտահարումներն են, որի ժամանակ առաջանում են կարծր հյուսվածքների կառուցվածքների վնասում նյութերի փոխանակության խանգարման հետևանքով:

Տարբերում են երկու խումբ ատամի կարծր հյուսվածքների ախտահարում.

1. Զարգացման ընթացքում առաջացած՝

- Հիպոպլազիա,
- Հիպերպլազիա,
- Ֆլյուորոզ,
- ատամի ժառանգական վնասվածքներ:

2. Ծկթումից հետո առաջացած՝

- պարթոլոգիկ մաշվածություն
- սեպաձև դեֆեկտ,
- նեկրոզ,
- կարծր հյուսվածքների էռոզիա,
- հիպերէստեզիա:

Հիպոպլազիա - ատամի կամ էմալի թերզարգացումն է. էմալի մասնակի կամ ամբողջ էմալի բնածին բացակայություն, կամ ամբողջ ատամի բացակայությունը (ապլազիա):

Պարթոգենեզ - հիպոպլազիայի առաջացումը կախված է՝

- երեխայի օրգանիզմում նյութափոխանակության խանգարումներից,
- փոքր տարիքում տարած հիվանդություններից (ռախիտ, սուր ինֆեկցիոն հիվանդություններ, սպազմոֆիլիա),
- Ախտահարվում են բոլոր այն ատամները, որոնք այդ ժամանակահատվածում գտնվում են զարգացման փուլում:

Կլինիկական արտահայտվում է՝

- էմալի գույնի փոխվելով (առաջանում են սպիտակ կավճանման կետեր),
- էմալի թերզարգացումով,

- էմալի բացակայություն,
- կետեր, ակոսներ, փոսիկներ ատամի պսակային մասում:

Պրոֆիլակտիկ միջոցառումներ.

- առաջին օրվանից սկսած երեխայի նորմալ հորմոնալ զարգացումը
- սիստեմային հիվանդների կանխարգելիչում:

Բուժումը.

- միհատանոց կետերի ժամանակ բուժումը կարելի է չկատարել,
- եթե կետերը տեղադրված են կտրիչների վեստիբուլյար մակերեսում (խոսելուց և ժպտալուց երևում են) օգտագործում են կոմպոզիցիոն պլոմբանյութեր,
- էմալի կառուցվածքի փոփոխման ժամանակ (խոռոչների) նույնպես դեֆեկտը վերականգնոթում են պլոմբանյութով,
- իսկ արտահայտված փոփոխության ժամանակ կատարում են օրթոպեդիկ բուժում (արհեստական պսակներով):

Սեպաձև դեֆեկտ: Սեպաձև դեֆեկտը ատամի կարծր հյուսվածքների այն դեֆեկտն է, որը ունի սեպի տեսք և հանդիպում է վերին և ստորին ծնոտի մշտական ատամների վզիկային մասում, թշային և շրթունքային մակերեսներում: Դեֆեկտի պատերը պինդ են, հարթ և փայլուն (նկ. 10):

Կլինիկան.

- ցավային զգայողություններ չեն նկատվում (երբեմն լինում են ցավեր տարբեր գրգիռներից, որոնք շատ շուտ անցնում են):

Օբյեկտիվ.

- հիվանդը ցույց է տալիս անմիջապես հյուսվածքի դեֆեկտը վզիկի շրջանում,

- դեֆեկտի աճը դանդաղ է զարգանում,
- դեֆեկտի խորությունը չի առաջացնում պատերի քայքայում և փափկեցում պատերը հարթ են և փայլուն,
- խորը դեֆեկտի ժամանակ մեխանիկական ծանրաբեռնվածության տակ կարող է առաջանալ պսակի կոտրվածք:



Բուժումը.

- Սուր եզրի հարթեցում
- Արտահայտված դեֆեկտի ժամանակ պլոմբում
- Խորը դեֆեկտի ժամանակ արհեստական պսակի կամ ներդիրի պատրաստում

Պրոֆիլակտիկա.

- օգտագործել փափուկ խոզանակներ

Ֆլուորոզ

Ֆլուորոզը - ֆտորի քանակի շատացումը ջրում բերում է էմալի անհավասար միներալիզացիայի, որն էլ բերում է դեֆեկտի առաջացման:

Մեծ մասամբ ֆլուորոզը նկատվում է երեխաների մոտ, ախտահարվում են մշտական ատամները:

Ֆտորի աննշան շատացումը վնասում է միայն կտրիչները, իսկ զգալի շատ քանակության ժամանակ ախտահարվում են բոլոր ատամները:

Հետազոտություններից ելնելով պարզվեց, որ օպտիմալ ֆտորի քանակությունը ջրի մեջ պետք է լինի 1մգ/լ:

Տարբերակում են ֆլուորոզի հետևյալ ձևերը

1. Գծիկային,
2. Պտավոր,
3. Կավճա-խայտուցավոր,
4. Էրոզիվ,
5. Դեստրուկտիվ:

Առաջին երեք ձևերը անցնում են առանց ատամի հյուսվածքների կորստի, իսկ 4 և 5 ձևերը ուղեկցվում են կարծր հյուսվածքների կորստով:

Պրոֆիլակտիկան.

- միջոցառումները պետք է անցկացվի ամեն տեղ, որտեղ կա ֆտորի քանակի շատացում ջրի մեջ: Լինում են կոլեկտիվ և ինդիվիդուալ միջոցառումներ:
- Ֆտորի քանակի քչացումը հնարավոր է իրականացնել ջրաղբյուրների ջուրը ուրիշ տեղանքի ջրերի հետ խառնվելով օրինակ, սառցային ջրերի հետ:

Բուժումը՝

Էմալի գույնի փոփոխության ժամանակ դրական էֆեկտ է տալիս տեղային բուժումը (սպիտակեցնել), որը կատարում են անօրգանական թթուներով՝

- չորացնել ատամի մակերեսը բամբակով
- մշակել 20-30% ֆոսֆորային կամ ադաթթվային լուծույթով
- նույնը կատարել 2-3 րոպեի ընթացքում, մինչև էմալի սպիտակելը
- որից հետո ջրով լվանալ և չորացնել
- հետո կատարվում է ապլիկացիաներ 10% կալցի-գլյուկոնատի լուծույթով 10-15ր. ընթացքում մյուս այցելության ժամանակ (1-2 օրից) նույնը կրկնել

Բուժման կուրսը կազմում է 10 - 15 օր:

Ատամի տրավմատիկ վնասվածքներ

Լինում են սուր և խրոնիկ տրավմաներ:

Սուր – տրավմաները կարող են առաջացնել.

1. վնասում,
2. կոտրվածք,
3. հոդախախտում:

1. Վնասման ժամանակ.

- սկզբում առաջանում են ցավեր, որը շատանում է կծելուց,
- կարող է լինել անոթային խուրձի պայթյուն:

2. Կոտրվածքի ժամանակ.

- կարող է լինել պսակի կամ արմատի մի մասի կամ ամբողջ մասի կոտրվածք:

3. Հոդախախտումը.

- ատամի տեղաշարժումը ատամնաբնից: Հիվանդը բողբոջում է մեկ կամ մի խումբ ատամների ցավերից, ուղղեկցվում է շարժունակության առաջացումով,
- հանդիպում են ավելի հաճախ:

Խրոնիկ տրավմաները (նկ. 11)



Նկ. 11

1. առաջացնելով կտրիչների անհարթություններ, մեխանիկական ֆակտորների ազդեցության հետևանքով,
2. կարծր հյուսվածքների մաշվածություն:

Խրոնիկ տրավմաները կապված են պրոֆեսիոնալ սովորությունների հետ (ծխամորձ, արևածաղկի շատ օգտագործում):

Ցավային զգացողություն չի նկատվում, բուժումը կայանում է պատճառի վերացման մեջ:

Բուժումը.

Պսակի կոտրվածքի բուժումը.

- կապված է հյուսվածքի կորստից,
- եթե տրավման չի հասնում պուլպար խոռոչին, վերականգնվում է պլոմբանյութով և ներդիրներով,
- եթե տրավման հասնում է ատամի խոռոչին պետք է անզգայացնել և հեռացնել պուլպան, ատամի խողովակը պլոմբել: Ուժեղ ֆիքսացիայի համար օգտագործել շտիֆտ,
- պսակի լրիվ կոտրվածքի ժամանակ պատրաստում են շտիֆտային ատամ կամ կուլտիային պսակ:

Պաթոլոգիկ մաշվածություն

Սրա ժամանակ տեղի է ունենում էմալի, դենտինի մաշվածություն (**նկ. 12**):

Պաթոգենեզ.

- առավել հաճախակի պատճառներից են սխալ կծվածք,
- ծամող ատամների բացակայության հետևանքով ֆրոնտալ ատամների վրա, ընկած ծանրաբեռնվածությունը բերում է այդ ատամների մաշվածությանը,
- սխալ պատրաստված արհեստական պսակները,
- որոշ վատ սովորույթներ:

Լինիկա.

- կորում է ատամի ձևը,
- էմալը բացակայում է - երբեմն մաշվածությունը կարող է հասնել լնդի սահմանի,
- դանդաղ զարգացման դեպքում առաջանում է //-ային դենտին և ցավեր չեն լինում,
- արագ զարգացման դեպքում ցավեր լինում են:

Բուժում.

- եթե մաշվածությունը քիչ է վերականգնում են պլոմբանյութերով,
- եթե խորը մաշվածություն է վերականգնում ենք օրթոպեդիկ եղանակով:

Հիպերէսթեզիա

Իրականում էմալը հանդիսանում է իդիալական ծածկոց ատամի համար, որը պահպանում է ստորին հյուսվածքները արտաքին ազդակներից: Որոշ դեպքերում էմալի

պաշտպանական ֆունկցիան թուլանում է և այն սկսում է ընկալել ջերմային, քիմիական և այլ ազդակներ: Առավելապես զգայունությունը տեղակայված է վզիկային շրջանում և կտրող եզրում:

Պաթոգենեզ.

- առաջացման պատճառները կարող են լինել տեղային և ընդհանուր:

Բուժում.

- կատարում ենք ապլիկացիաներ տարբեր նյութերով (ֆտորային քսուկներ, նատրիումի ֆտորիդի լուծույթ, գլիցիրինի վրա պատրաստված սոդայի քսուկ)
- ատամը մաքրվում է, չորացվում և տեղադրվում է նյութերից որևէ մեկը 3-4 անգամ 1-2 օրը մեկ:

Կարիես

Կարիեսը - պաթոլոգիկ պրոցես է, որն առաջանում է ատամի ծկլթումից հետո, որի ժամանակ սկսվում է կարծր հյուսվածքների փափկեցում և դեմիներալիզացիա, առաջացնելով դեֆեկտ խոռոչի ձևով:

ВОЗ-ի նոմենկլատուրայի համաձայն՝ կարիեսով վնասված ատամների հաշվառման համար օգտագործում են երեք ցուցանիշ՝

1. հիվանդության տարածվածությունը
2. կարիեսով վնասված ատամների ինտենսիվությունը
3. ինտենսիվության և հիվանդության աճը

Կարիեսի տարածվածությունը որոշվում է անձերի տոկոսային հարաբերությամբ, որոնք ունեն կարիոզ, պլումբած և հեռացված ատամներ:

Վնասվածքների ինտենսիվության ցուցանիշը- ատամների միջին թիվն է, վնասված կարիեսով (K), պլումբած ատամներով (Π) և հեռացված (Y):

Դասակարգում՝

Ըստ տեղակայման (նկ. 13)

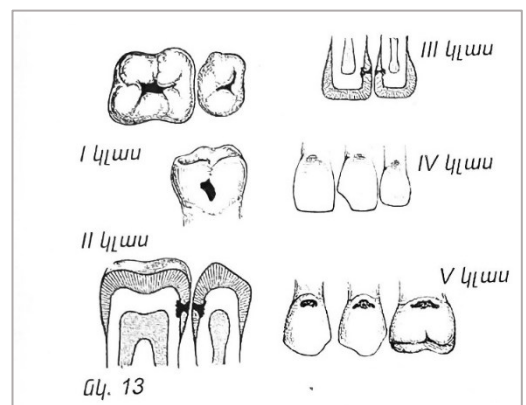
I-ին կլասը տեղակայվում են ատամների ֆիսուրներում

II-րդ կլասը՝ կոնտակտ մակերեսում

III-րդ կլասը՝ ֆրոնտալ ատամների շրջանում առանց կտրող եզրի վնասման

IV-րդ կլասը՝ ֆրոնտալ ատամների շրջանում կտրող եզրի վնասմամբ

V-րդ կլասը բոլոր ատամների վզիկային

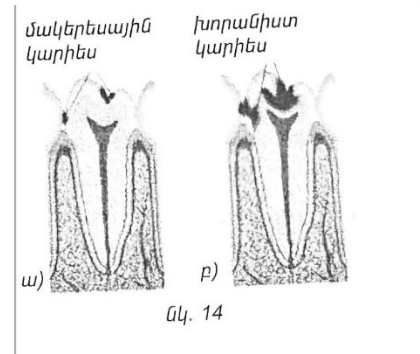


շրջաններում:

Ըստ ընթացքի (նկ. 14)

Տարբերում են չորս փուլ՝

1. կարիես բժի շրջանում
2. մակերեսային կարիես (նկ. 14ա)
3. միջին կարիես
4. խորանիստ կարիես (նկ. 14բ):



1. Կարիեսը բժի շրջանում

- սկսվում է օջախային դեմիներալիզացիայով, որն ուղղակիցվում է՝
- էմալի գույնի փոփոխությունով որոշակի մասում
- էմալը կորցնում է իր փայլը մակերեսը հարթ է
- առաջանում են սպիտակ բծեր, որոնք վեր են ածվում բաց և մուգ շագանակագույն բծերի, ընդհուպ մինչև սև բծերի:

Կլինիկան. Հիվանդը բողոքներ չի ներկայացնում, երբեմն լինում են ցավեր ջերմային գրգիռներից, որոնք շատ շուտ անցնում են:

2. Մակերեսային կարիես.

Առաջանում է սպիտակ կամ պիգմենտացված կետերի տեղում, առաջանում է էմալի դեֆեկտ:

Կլինիկան.

- կարճատև ցավեր են առաջանում քիմիական և ջերմային գրգիռներից.
- զննման ժամանակ երևում է ոչ խորը դեֆեկտ
- զոնդավորումը ցավոտ չէ, շոշափվում է մակերեսի անհարթություն:

3. Միջին կարիեսի ժամանակ կատարվում է էմալ-դենտինային ամբողջականության խանգարում, որը չի տարածվում դենտինային խորը շերտերի վրա:

Կլինիկան.

- առաջանում են կարճատև ցավեր քիմիական, ջերմային և մեխանիկական գրգիռներից.
- զննման ժամանակ հայտնաբերվում է ոչ խորը կարիոզ խոռոչ, որը լցված է պիգմենտացված և փափուկ դենտինով
- զոնդավորման ժամանակ կարիոզ խոռոչի հատակը ցավոտ է և փափկած:

Խորանիստ կարիեսի ժամանակ տեղի է ունենում դենտինի խորը շերտերի վնասում և առաջանում է մեծ կարիոզ խոռոչ, որն առանձնանում է ատամի խոռոչից դենտինի բարակ շերտով:

Կլինիկան.

- առաջանում են կարճատև ցավեր, քիմիական, ջերմային և մեխանիկական. գրգիռներից,
- կարիոզ խոռոչի հատակը ցավոտ է, երբեմն առաջանում են միկտացող ցավեր (պուլպիտային նշաններ),
- զննման ժամանակ հայտնաբերվում է մեծ և և խորը կարիոզ խոռոչ, որը լցված է փափկած դենտինով:

Կարիեսի բարդությունները.

1. Պուլպիտ,
2. Պերիոդոնտիտ,
3. Պերիոստիտ,
4. Օստեոմիելիտ:

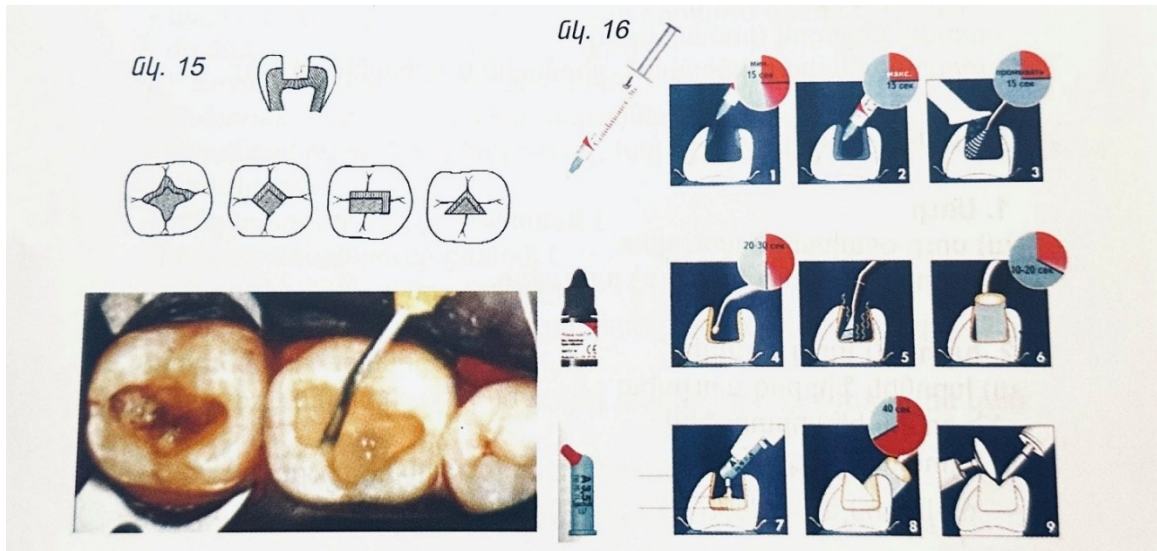
Բուժումը.

Օջախային դեմիներալիզացիայի վերացումը կատարվում է հետևյալ մեթոդով, որը կոչվում է ռեմիներալիզացիոն թերապիա:

- մաքրվում է ատամի մակերեսը տամպոնով կամ խոզանակով,
- մշակվում է ջրածնի պերօքսիդի (պերեկիս) 0,5-1% լուծույթով,
- չորացվում է,
- տեղադրվում է (15-20 օր) (10%) կալցի գլյուկոնատի լուծույթով թրջված բամբակը,
- փոխել բամբակը 4-5 բուլբից և կրկնել երեք անգամ, որից հետո նորից չորացնել ատամի մակերեսը և դնել թրջված բամբակ (2-4%նատրիի ֆտորիդի լուծույթով) կամ քսել ֆտորլաք:

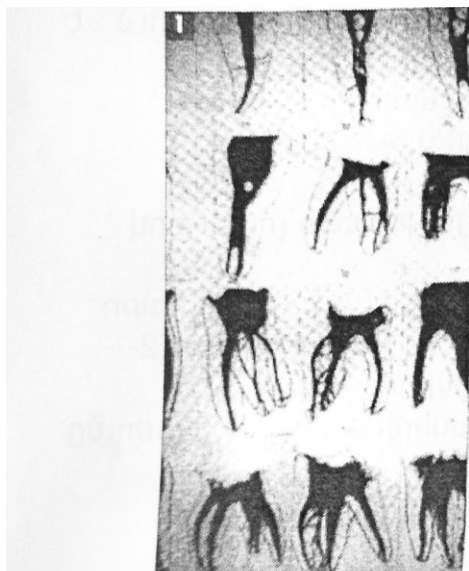
Մակերեսային, միջին և խորանիստ կարիեսների ժամանակ բուժումը կատարվում է հետևյալ սխեմայով՝

- բոռով մաքրել էմալի և դենտինի փոփոխված հյուսվածքները
- ձևավորել խոռոչը (**նկ. 15**)
- կարիոզ խոռոչի դեղորայքային մշակում կատարել
- խոռոչի հատակին դնել դեղորայքային մեջղիք
- վերականգնել կարիոզ խոռոչ ունեցող ատամի անատոմիական ձևը: Վերականգնումը պլոմբայով կամ ներդիրով: (**նկ. 16**)

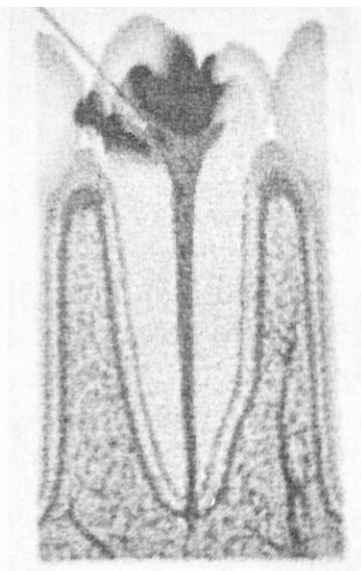


Պուլպայի հիվանդությունները և բուժման մեթոդները

Ատամի պուլպան տեղադրված է ատամի խոռոչում և բաժանվում է պսակային և արմատային մասերի (նկ. 17): Բորբոքային պրոցեսը պուլպայում կոչվում է պուլպիտ (նկ. 18):



Նկ. 17



Նկ. 18

Պուլպիտի հիմնական պատճառներն են՝

- միկրոբների ներթափանցումը կարիոզ խոռոչից
- պերիոդոնտալ չեղքից
- արյան միջոցով (հեմատոգեն)
- տրավմաներից (քիմիական, ջերմային և մեխանիկական):

Դասակարգումը.

1. Սուր

ա) սուր օջախային պուլպիտ

բ) սուր ընդհանուր (դիֆուզ) պուլպիտ

2. Խրոնիկ պուլպիտներ

ա) խրոնիկ ֆիբրոզ պուլպիտ

բ) խրոնիկ հիպերտրոֆիկ

գ) խրոնիկ գանգրենոզ

Կլինիկանա

ա) Սուր օջախային պուլպիտի

- սուր նոպայաձև ցավեր
- հիվանդը ցույց է տալիս պատճառային ատամը
- կարճատև ցավային շրջան, որին հաջորդում են երկարատև ռեմիսիան (անցավ ժամանակահատված)
- ատամի խոռոչը փակ է
- զոնդավորումը ցավոտ է մի կետում
- ցավեր սառից (ջրից կամ եթերից), որոնք գրգռիչի դադարելուց հետո շարունակվում են:

բ) Սուր դիֆուզ պուլպիտ

- հաճախակի և երկարատև ցավային նոպաներ
- ցավերը ունեն ճառագայթող բնույթ, վերին ծնոտի ատամների պուլպիտի ժամանակ ցավը ճառագայթում է քունք, ակնակապիճ, ստորին ծնոտինը՝ ականջ.
- ցավերը ուժեղանում են գիշերը և հորիզոնական դիրքում
- զոնդավորումը ցավոտ է կարիոզ խոռոչի ամբողջ հատակով
- խոռոչը փակ է
- ցավի տևողությունը ավելի երկար է, քան ռեմիսիան:

3. Խրոնիկ ֆիբրոզ պուլպիտ

- կարող է ընթանալ առանց սիմպտոմատիկայի

- կարող են առաջանալ ցավեր տարբեր գրգռիչներից մի փոքր ուշացումով և շարունակվել գրգռիչի հեռացվելու դեպքում –
- զոնդավորումը ցավոտ է
- կարող է լինել բաց կամ փակ, բացի դեպքում զոնդավորման ժամանակ պուլպան արյունահոսում է

բ) խրոնիկ հիպերտրոֆիկ պուլպիտ

- միկտացող ցավեր տարբեր գրգռիչներից
- հայտնաբերվում է կարիոզ խոռոչ, որը լցված է գերաճան պուլպայի հյուսվածքով
- զոնդավորումից արյունահոսում է
- խորը զոնդավորումը ցավոտ է

գ) Խրոնիկ գանգրենոզ պուլպիտ

- միկտացող ցավեր ուժեղ գրգռիչներից, հատկապես տաքից
- տհաճ հոտ բերանից
- նշվում են անցյալում եղած ուժեղ ցավեր, որոնք քչացել են կամ վերացել
- զոնդավորումը ցավոտ է կանալներում
- ատամի խոռոչը հիմնականում բաց է և լցված է նեկրոզված պուլպայի մոխրագույն զանգվածով:

Բուժումը.

Հիմնական նպատակը՝

- վերացնել ցավը,
- կանխել բորբոքային պրոցեսի տարածումը պերիոդոնտի հյուսվածքների վրա,
- վերականգնել ատամի անատոմիան, ձևը և ֆունկցիան:

Գոյություն ունի պուլպիտի բուժման երկու մեթոդ.

1. Կոնսերվատիվ (բիոլոգիական)
2. Վիրաբուժական

Կոնսերվատիվ կամ բիոլոգիական բուժումը ներկայացնում է իրենից ամբողջ պուլպայի կենսունակության պահպանումը, որը հնարավոր է իրականացնել դեղորայքների միջոցով հիվանդության սկզբնական շրջանում:

Վիրաբուժականը՝ իր հերթին բաժանվում է երկու մեթոդի՝

1. Վիտալ պուլպայի հեռացում անզգայացման տակ,
2. Դեվիտալ – պուլպայի հեռացումը մեռուկացումից հետո, որը կատարվում է մկնդեղի միջոցով:

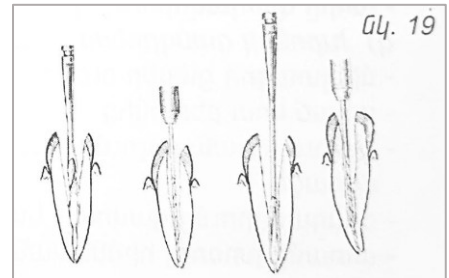
Երկուսն էլ կարելի է իրականացնել երեք ձևով.

1. Ամպուտացիա - հեռացվում է պուլպայի պսակային մասը, իսկ արմատայինը պահպանվում է,

2. կատիրպացիա - հեռացվում է ն' արմատային, և' պսակային պուլպան,
3. Կոմբինացված – հեռացվում է պսակային պուլպան, իսկ արմատայինը հեռացվում է անցանելի արմատներից:

Անանցանելի արմատներում պուլպան թողնվում է միայն այն մումիֆիկացնելու (զմռսելու) պայմանով: Մումիֆիկացիան կատարվում է տարբեր միջոցներով, օրինակ՝ ռեզորցին - ֆորմալինային մեթոդով, որի ժամանակ առաջանում է ապակենման նյութ որնէլ իր մեջ զմռսում է պուլպան:

Պուլպայի հեռացումից հետո կատարվում է արմատախողովակի մեխանիկական մշակում Էնդոդոնտիկ գործիքներով (նկ. 19), ապա դեղորայքային մշակում և խողովակը լցվում է արմատալիցքով կամ գուտապերճաններով (նկ. 9):



Բորբոքային պրոցեսները աստամբ շրջապատող հյուսվածքներում

Պերիոդոնտը դա աստամի արմատը շրջապատող հյուսվածքներն են (նկ. 20):

Պերիոդոնտի բորբոքումը կոչվում պերիոդոնտիտ:

Ըստ ծագումի տարբերում են՝

1. Ինֆեկցիոն պերիոդոնտիտ

Հիմնական դերը ինֆեկցիոն պերիոդոնտիտի մեջ խաղում են միկրոբները, որոնք կարող են ներմտնել տարբեր ճանապարհներով՝

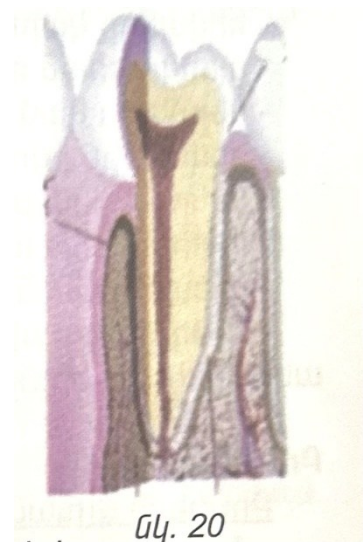
- պուլպայի բորբոքված օջախից աստամի արմատի խողովակով
- մարզինալ ճանապարհով, դա աստամնաբնի պատի և աստամի արմատի միջև եղած մասն է
- արյան միջոցով

2. Տրավմատիկ պերիոդոնտիտ

Տրավմատիկ պերիոդոնտիտները առաջանում են տրավմայի հետևանքով (հարված, բարձր դրված պլոմբայից, սխալ պատրաստված պսակից):

3. Դեղորայքային պերիոդոնտիտ:

Այս պերիոդոնտիտները առաջանում են պուլպիտի սխալ բուժման հետևանքով, այսինքն քիմիական դեղանյութերի անցումը պերիոդոնտի մեջ (մկնդեղ, ֆորմալին): Տարբերում են պերիոդոնտիտի հետևյալ տեսակները՝



1. Մուր պերիոդոնտիտ՝

- շիճուկային
- թարախային

2. Խրոնիկ պերիոդոնտիտ

- ֆիբրոզ
- ֆրանուլացվող
- գրանուլեմատոզ:

Մուր պերիոդոնտիտների կլինիկան.

1. Մուր շիճուկային

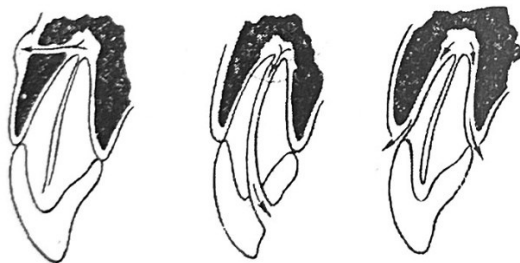
- անդադար միկտացող ցավեր, որոնք չեն տարածվում,
- հիվանդը կարող է նշել ատամը,
- պերկուսիան դրական է,
- սեղմելիս կամ ծամելիս ցավը ուժեղանում է,
- հիվանդին թվում է, որ ատամը բարձր է գտնվում ատամնաշարից (պերիոդոնտալ ճնշման բարձրացման հետևանքով),
- հորիզոնական վիճակում ցավը ուժեղանում է,
- պատճառ հանդիսացող ատամը կարող է լինել թեթևակի շարժուն ականջ: Մյուս երևույթները նույնն են:

2. Մուր թարախային – ցավերը տարածվում են քունքային շրջան և ականջ: Մյուս երևույթները նույնն են:

Բուժումը.

Բուժման գլխավոր խնդիրը՝

- մաքրել և ազատել խողովակը, որը լցված է ախտահարված պուլպայով
- ապահովել էքսուդատի արտահոսումը (նկ. 21)
- անհրաժեշտության դեպքում կատարել կտրվածք



էքսուդատի արտահոսքի
ճանապարհները

նկ. 21

- անցման ծալք ներարկել անտիբիոտիկ,
- նշանակել ողողումներ,
- մյուս այցի ժամանակ կատարել արմատալիցք,

- պլումբանյություն, ներդիրով վերականգնել ատամի անատոմիական ձևը:

Խրոնիկ պերիոդոնտիտների կլինիկան

Խրոնիկ պերիոդոնտիտները տարբերվում են սուր պերիոդոնտիտներից բավական թույլ արտահայտված սիմպտոմներով, այդ պատճառով էլ առանց ռենտգեն նկարի դժվար է դիագնոզել խրոնիկ պերիոդոնտիտները:

1. Ֆիբրոզ խրոնիկ՝

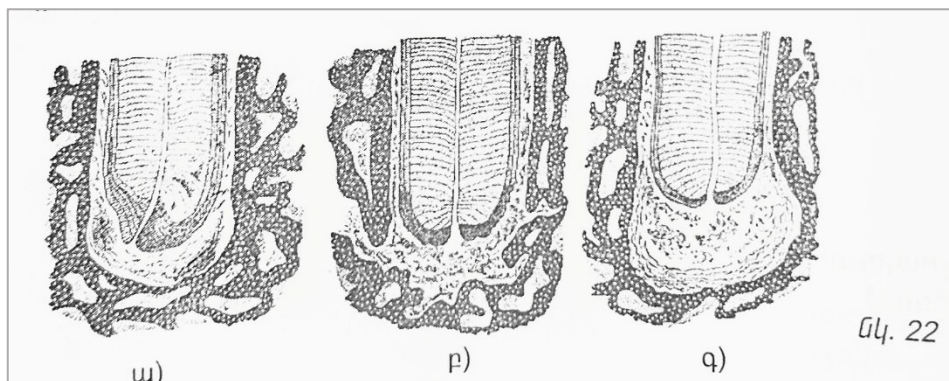
- ցավեր չկան,
- պերկուսիան անցավ է,
- ռենտգեն նկարի մեջ երևում է պերիոդոնտալ ճեղքի լայնացում՝ արմատի գագաթի մոտ (նկ. 22ա):

2. Խրոնիկ գրանուլացվող՝

- երբեմն կարող է առաջանալ թույլ ցավեր (կծելուց),
- գնման ժամանակ երևում է լնդի հիպերեմիա (սեղմելուց այդ հատվածը գործիքի բուրժ մասով առաջանում է փոսիկ, որը միանգամից չի վերանում),
- ատամի պերկուսիան կարող է լինել թույլ ցավոտ,
- լնդի պալպացիան ատամի արմատի շրջանում ցավոտ է,
- ապեքսի շրջանում կարող է առաջանալ խուղակ,
- ռենտգեն նկարով արմատի գագաթի շրջանում հայտնաբերվում է ոսկրային հյուսվածքի նոսրացված օջախ անհարթ սահմաններով (նկ. 22բ):

3. Խրոնիկ գրանուլեմատոզ

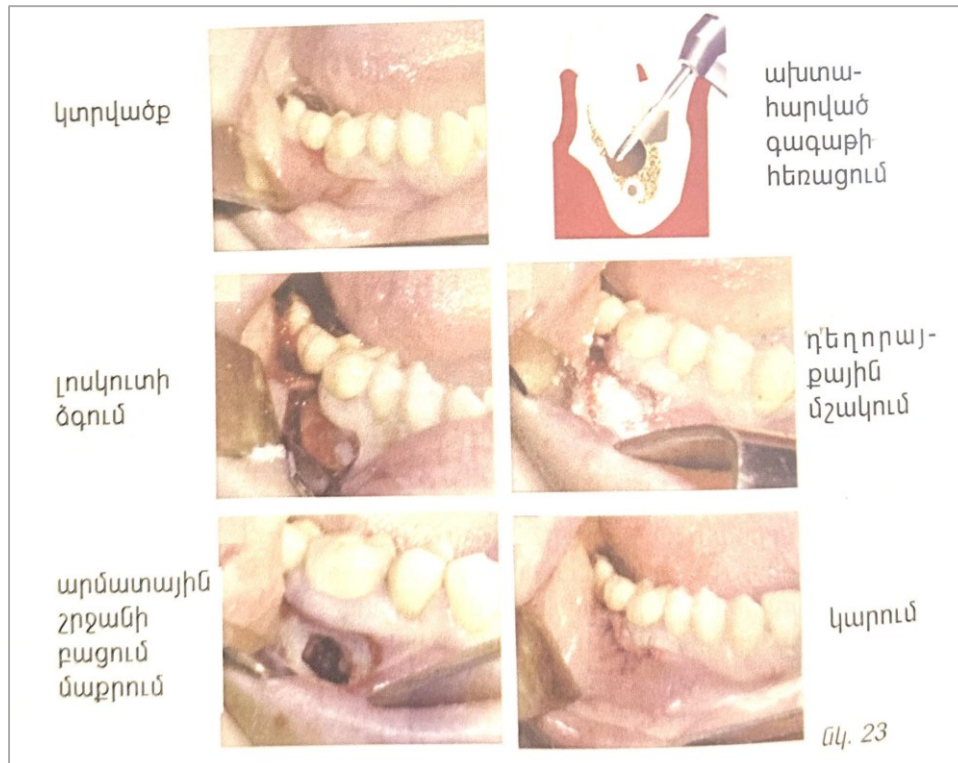
- կարող են լինել ցավեր կծելիս,
- արմատային շրջանում կարող է լինել խուղակի առկայություն,
- ռենտգեն նկարի վրա երևում է ոսկրի նոսրացած օջախ կլոր կամ կիսակլոր ձևի հարթ սահմաններով (նկ. 22գ):



Բուժումը.

- բորբոքման վերացում,
- նպաստում պերիոդոնտի ռեգեներացիային,
- կանալների լիարժեք մաքրում և լիցքավորում,
- հիվանդի օրգանիզմի ընդհանուր կազդուրում:

Խրոնիկ պերիոդոնտիտների բուժումը վիրաբուժական մեթոդով



Ապեկտոմիա (նկ. 23)

Կատարում ենք արմատի մեխանիկական և քիմիական մաքրում և արմատալցում, ապա արմատային շրջանում կտրվում է լորձաթաղանթը, բոռով բացվում ոսրը, հեռացվում է բորբոքային օջախը և այնտեղ գտնվող արմատի գազաթը: Տեղանքը մաքրվում է անտիսեպտիկներով և կարվում: Ռեպլանտացիա կատարվում է ախտահարված օջախում գտնվող ատամի զգուշորեն հեռացում, չվնասելով շուրջատամային հյուսվածքները, պահպանելով խիստ ստերիլություն: Բուժվում է հարարմատային շրջանը և ատամը նորից հետ է տեղադրվում և շինաորվում:

Հեմիսեկցիա: Այս դեպքում հեռացվում է ատամի մի մասը ախտահարված արմատի հետ միասին:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և պարոտոնտի հիվանդությունները և բուժումը

1. Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի կառուցվածքի և ֆունկցիայի խանգարումները

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի պատթոլոզիկ վիճակը գնահատելու համար, էթիոլոգիկ և պաթոգենետիկ ֆակտորների հիման վրա, կարելի է խմբակավորել հետևյալ ձևով՝

1. Տրավմատիկ վնասվածքներ (մեխանիկական, քիմիական, ֆիզիկական),
2. Ինֆեկցիոն հիվանդություններ՝
 - վիրուսային (հերպետիկ ստոմատիտ, գրիպ),
 - բակտերիոցիդ ինֆեկցիա (տուբերկուլյոզ, ստրեպտոկոկային ստոմատիտ),
 - վեներական հիվանդություններ (սիֆիլիս, հոնոկոկային ստոմատիտ),
 - միկոզներ (կանդիդոզ, ակտինոմիկոզ):
3. Ալերգիկ հիվանդություններ (ալերգիկ ստոմատիտ, խիէլիտ, գլոսսիտ),
4. Բերանի լորձաթաղանթի փոփոխություններ որոշ սիստեմային հիվանդությունների ժամանակ (սիրտ-անոթ, աղե-ստամոքս, արյան սիստեմի, նյարդային համակարգի),
5. Փոփոխություններ մաշկային հիվանդությունների ժամանակ:

Ստոմատիտներ

Ստոմատիտները բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բորբոքումն է առաջացել է ստոմա բերան բառից (հավաքական տերմին է համարվում) (նկ. 24):

Այն դեպքում, երբ վնասված է՝

- լեզվի լորձաթաղանթը,
- գլոսսիտի,
- շրթունքի լորձաթաղանթը,
- խիէլիտ,
- քիմքի լորձաթաղանթը,
- պալատինիտ:

Ըստ առաջացման պատճառների տարբերում են՝

1. **Տրավմատիկ ստոմատիտ** կարող են առաջանալ մեխանիկական (ոչ ճիշտ տեղադրված պլոմբներից, սխալ պրոթեզավորումից, քայքայված պսակի սուր եզրերից, ատամնաքարերից, կլամերներից), ֆիզիկական (տաք ջրից, կրակից, այրումից), քիմիական (թթուներից, հիմքերից) վնասվածքներից:
2. **Միսպտոմատիկ ստոմատիտ** -առաջանում է ստամոքսա աղիքային, սիրտ-անոթային, ներվային համակարգերի, արյան հիվանդությունների հետևանքով:

3. **Ինֆեկցիոն ստոմատիտ** -բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ախտահարումը գրիպի, դիֆտերիայի քուրեշի և այլ ինֆեկցիաների դեպքում:

4. **Սպեցիֆիկ ստոմատիտ** -առաջացել է սիֆիլիսի, տուբերկուլյոզի, գոնորեայի, ճառագայթային, դեղորայքային և տոքսիկ ախտահարումների դեպքում:

Ըստ կլինիկական ընթացքի բաժանում են՝

1. Կատարալ,
2. Խոցային,
3. Աֆտոզ:



1. **Կատարալ ստոմատիտ** -երկարատև ազդեցությունը լորձաթաղանթին աստամի սուր ծայրերից, պրոթեզներից և սխալ պսակներից առաջացնում է կատարալ գինգիվիտ:

Բացի այս, կատարալ գինգիվիտը կարող է առաջանալ նաև որոշ ինֆեկցիոն հիվանդություններից (գրիպ, վիրուսային հիվանդ)

2. **Խոցային ստոմատիտներ.**

Պատճառները.

Օրգանիզմի դիմադրողականության անկումը ինֆեկցիայի նկատմամբ, որը առաջանում է գերհոգնածությունից, սնունդի խանգարումից: Կարող է առաջանալ որպես բարդություն ինֆեկցիոն վիրուսային հիվանդություններից հետո:

3. **Աֆտոզ ստոմատիտները** -բնորոշվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի եզակի կամ բազմաթիվ աֆտաների առաջացմամբ:

Էթիոլոգիա-Հիմնական պատճառները՝ առաջանում աղե-ստամոքսային տրակտի խանգարումների, ալերգիայի, վիրուսային ինֆեկցիայի հետևանքով:

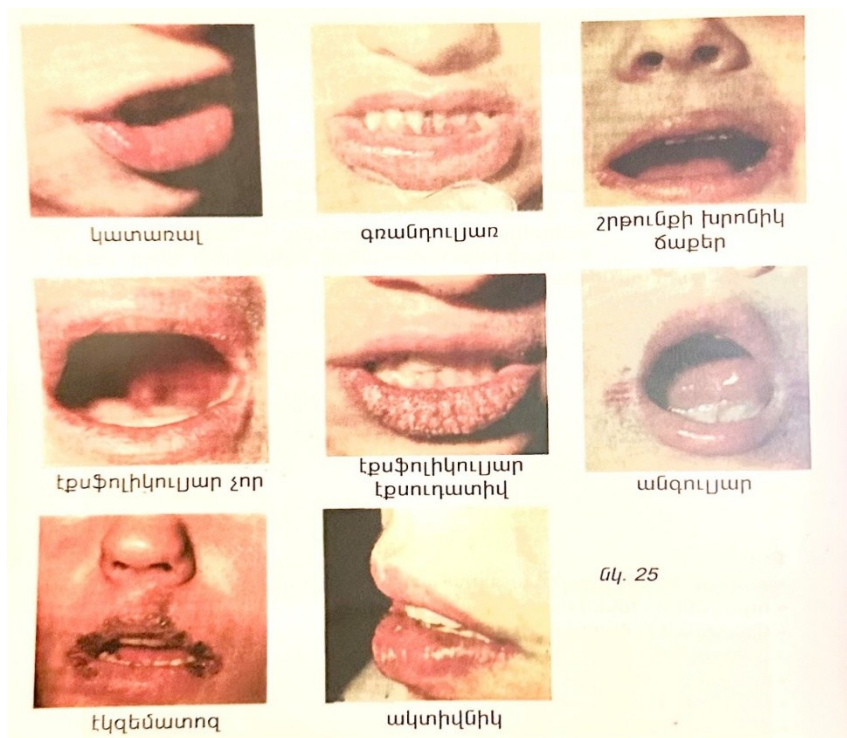
Կլինիկան.

1. Ընդհանուր թուլություն:
2. Ջերմության բարձրացում:
3. Ուժեղ ցավեր ափտաների առաջացման տեղում:
4. Ախորժակի բացակայություն:
5. Ափտաները կլոր կամ օվալ տեսքի են, ցորենի հատիկի չափ, պարզ սահմաններով, կարմիր երիզով, կենտրոնում սպիտակավուն:
6. Լորձաթաղանթի հիպերեմիա:
7. Լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են և ցավոտ են:

Բուժումը.

- անհրաժեշտ է վերացնել պատճառը,
- ողողումներ անտիսեպտիկ նյութերով,
- մշակում 3% մեթիլեն կապույտի լուծույթով,
- անզգայացման համար՝ ալերգոլ,
- դիետիկ սննդի օգտագործում,
- ընդհանուր կազդուրող դեղանյութեր,
- վիտամինոթերապիա:

Խելիտներ (նկ. 25)



Շրթունքի լորձաթաղանթի, կարմիր երիզի և մաշկի բորբոքումն է: Պատճառը ստրեպտակոկների և ստաֆիլակոկների երկարատև ազդեցությունն է, ատամնապրոթեզային նյութերն են, շրթներկը և այլն:

Առաջանում է նաև վիտամին B2-ի պակասի հետևանքով: Մեծ նշանակություն ունի էնդոկրին համակարգի վիճակը և բերանի խոռոչի ոչ հիգիենիկ վիճակը:

Դասակարգումը.

1. Էկսֆոլիկուլյար խեյլիտ
 - ա) չոր ձև
 - բ) Էկսուդատիվ
2. Գլանդուլյար խեյլիտ
 - ա) առաջնային
 - բ) երկրորդային
 - գ) թարախային
3. Շրթունքի խրոնիկ ռեցիդիվ ճաքեր
4. Էկզեմատոզ խեյլիտ
 - ա) ընդհանուր էկզեմայի ժամանակ
 - բ) կոնտակտային
 - գ) մանրէային
5. Ակտինիկ խեյլիտ
6. Աբրազիվ խեյլիտ
7. Մակրոխեյլիտ

Կլինիկան.

Շուրթը այտուցված է, հիպերեմիկ (կարմրած), կարմիր երիզի վրա եղջերացում, կեղեկակալում, բերանի անկյունում ճաքեր:

Բուժումը.

Նշանակվում են վիտամին B2 B5 A, հակահիստամինային պրեպարատներ (հակաալերգիկ): Ընթացքը կարող է լինել ձգձգվող:

Պարոդոնտի հիվանդություններ

Պարոդոնտը դա ատամը շրջապատող հյուսվածքների մի կոմպլեքս է, որի մեջ մտնում է՝ լինդը, ալվեոլայի (ատամնաբնի) ոսկրային հյուսվածքը, պերիոդոնտը և ատամի հյուսվածքները:

Դասակարգում.

- գինգիվիտ,

- ավելելիտ,
- պերիոդոնտիտ,
- պարադանտոզ:

Ավելելիտ.

Ստամնաբնի բորբոքում, որն առաջանում է ատամնաբնում մակարդուկի բացակայությունից ինֆեկցումից կամ ատամնաբնում մնացած ոսկրաբեկորներից, ատամնաքարից:

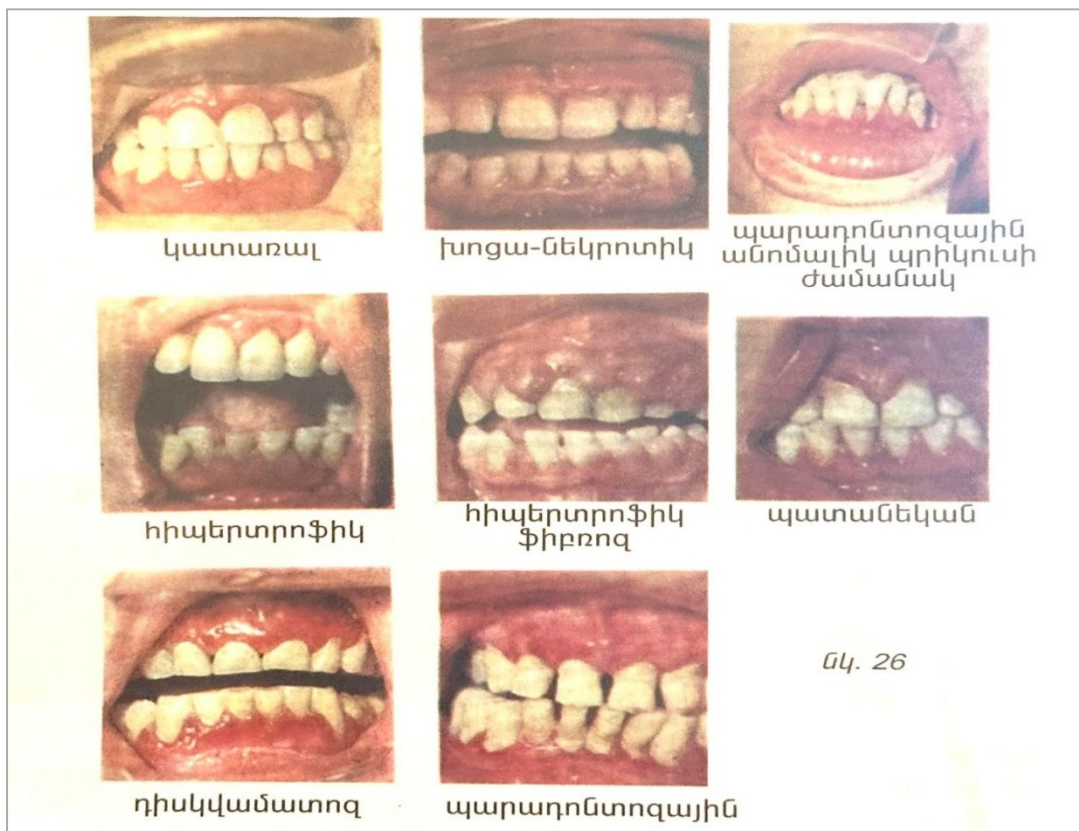
Բուժում.

Կատարվում է ատամնաբնի կյուրետաժ անտիսեպտիկ նյութերով լվացում և տեղադրվում է յոդոֆորմով հագեցած տամպոն: Նշանակվում է (YBH) ֆիզիոթերապևտիկ բուժում և ողողումներ կալիումի- պերմանգանատի գոլ լուծույթով:

Գինգիվիտներ (նկ. 26)

Գինգիվիտը դա լնդի բորբոքումն է, որը պայմանավորված է տեղային և ընդհանուր գործոնների անբարենպաստ ազդեցությունից և ընթանում է առանց ատամնա-լնդային միացությունների ամբողջականության խախտման:

Գինգիվիտներին բնորոշ են հետևյալ դիֆերենցիալ-դիագնոստիկ հատկանիշները՝



նկ. 26

1. Հիվանդությունը հանդիպում է հիմնականում երեխաների և երիտասարդների մոտ,
2. Ատամնափառերի և ատամնաքարերի առկայությունը,

3. Լնդի բորբոքում և դեֆորմացիա,
4. Թթեթն գոնդավորման ժամանակ լնդային արյունահոսություն,
5. Ռենտգեն նկարի մեջ դեստրուկտիվ փոփոխություններ չկան:

Գինգիվիտները լինում են՝

1. Կատարյալ,
2. Խոցային,
3. Հիպերտրոֆիկ:

Գինգիվիտները ըստ տեղեկության լինում են՝

1. **Լոկալիզացված** - երբ բորբոքումը տարածվում է մեկ կամ մի քանի ատամների շուրջը:
2. **Գեներալիզացված** - երբ բորբոքումը տարածվում է բոլոր ատամների շուրջը, այսինքն ամբողջ ծնոտի:

1. Կատարյալ գինգիվիտների ընթացքը՝

- ցավեր չեն նկատվում,
- լնդերը այտուցված են,
- Արյունահոսություն,
- ցիանոզ:

Բուժումը.

- հիգիենայի պահպանում,
- ողողում անտիսեպտիկ նյութերով:

2. Խոցային գինգիվիտների ընթացքը՝

- սուր ցավի զգացողություն,
- ուտելը դժվարացած է,
- ուժեղ արյունահոսություն,
- բերանից հոտ,
- ջերմության բարձրացում,
- լնդի պտկիկների սևացում:

Բուժումը.

- անզգայացման տակ հեռացնել նեկրոզված մասերը,
- մշակել անտիսեպտիկ նյութերով,
- հիգիենայի պահպանում,
- ողողումներ անտիսեպտիկ նյութերով:

3. Հիպերտրոֆիկ զանգվածների ընթացքը.

- լինողը կարծրացած է,

- լնդի գերաճ, որը ծածկում է ատամների վեստիբուլյար մասը,
- կեղծ լնդագրպանիկի առաջացում,
- ներլնդային քարերի առաջացում,
- սնունդ ընդունելիս, ատամները մաքրելիս արյունահոսություն:

Պարադոնտոզ.

Դա պարոդոնտի դիստրոֆիկ ախտահարումն է, որը բերում է ոսկրային հյուսվածքի և ատամը շրջապատող փափուկ հյուսվածքի փոփոխության: Այդ հիվանդության ընթացքը խրոնիկական է, սրացումներով և ռեմիսիայի շրջաններով:

Էթիոլոգիա.

Կան բազում տարբերակներ, սակայն պարադոնտոզի առաջացման պատճառները, մինչև օրս էլ դեռևս վերջնական պարզաբանված չեն: Առաջացման վրա ազդում են և տեղային ֆակտորները, և օրգանիզմում տեղի ունեցող ընդհանուր հիվանդությունները: Հիվանդությունը ունի դանդաղ ընթացք, տևում է տասնյակ տարիներ: Ըստ ծանրության տարբերում ենք թեթև, ծանր, միջին պարադոնտոզ: Ըստ տեղակայման լինում է տեղային (լոկալիզացված) ընդհանուր (գեներալիզացված):

Կլինիկան.

Սկզբնական փուլ

- կլինիկական նշանները բացակայում են,
- ռենտգեն նկարում երևում է պերիոդոնտալ ճեզքի լայնացում:

Առաջին փուլ

- ատամների վզիկների աննշան մերկացում,
- լնդագրպանիկների խորությունը 2-ից 4 մմ է,
- գոնդավորելիս ատամնաքարերի առկայություն,
- ատամները կարող են լինել թույլ շարժուն,
- լորձաթաղանթը քիչ հիպերեմիկ,
- ռենտգենում տեսնում ենք ոսկրի 1/3-ի կորուստ:

Երկրորդ փուլ

- արմատի 1/2 մերկացում որտեղ առկա են ատամնաքարեր,
- լնդագրպանիկների խորությունը 4-ից 6 մմ է,
- լնդերից կարող է լինել շճա-թարախային արտադրություն,
- ատամները շարժուն են,
- լորձաթաղանթը այտուցված,
- ռենտգենում ոսկրային հյուսվածքի 1/2-ի կորուստ:

Երրորդ փուլ

- արմատի կեսից ավելիի մերկացում ծածկված ատամնաքարերով,
- լնդագրպանիկների խորությունը ճմա-ից ավելի է,
- ատամները խիստ շարժուն են,
- լնդերից թարախային արտադրություն լվանալիս արյունահոսություն,
- լորձաթաղանթը կապտավուն,
- ռենտգենում ոսկրային հյուսվածքի 2/3 -ի կորուստ:

Չորրորդ փուլ

- արմատների 2/3 -ի մերկացում ծածկված ատամնաքարերով,
- ատամների շարժունություն բոլոր ուղղություններով,
- մեծ քանակությամբ թարախի առկայություն,
- լնդերից արյունահոսություն,
- ռենտգենում արմատային շրջանում ոսկրային հյուսվածքի բացակայություն ատամը ֆիքսված է փափուկ հյուսվածքների հաշվին:

Բուժումը.

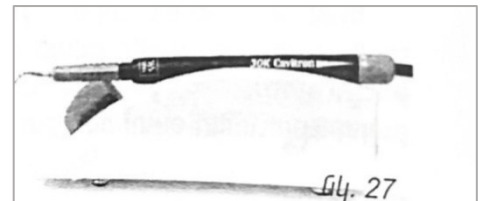
Կոմպլեքսային է, որի մեջ մտնում են ընդհանուր, տեղային, վիրաբուժական և օրթոպեդիկ բուժումները:

Ընդհանուր բուժումը կայանում է.

- Վիտամինոթերապիա,
- Անտիհիստամինային պրեպարատներով թերապիա,
- Եթե ընթանում է բորբոքային երևույթներով նշանակում են անտիբիոտիկներ:

Տեղային բուժում.

- Ատամնաքարերի հեռացում (**նկ. 27**),
- Շարժվող ատամների հեռացում,
- Անորակ պլումբների, պսակների և պրոթեզների վերափոխում,
- Պաթոլոգիական լնդագրպանիկների կյուրետաժ և դեղորայքային մածուկների գործածում (անտիբիոտիկ, հորմոններ):





Վիրաբուժական բուժում.

- Հեռացնել պաթոլոգիկ լնդագրպանիկները և գերաճած լնդային եզրերը (նկ. 28):

Օրթոպեդիկ բուժում.

- վերացվում է պարադոնտի վրա ընկած ծանրաբեռնվածությունը
- կատարվում է պրոթեզավորում
- տեղադրվում են շինաներ

Շինավորման հետևանքով տեղի է ունենում ատամնադեղի ստաբիլիզացիան:

Տարբերվում են ստաբիլիզացիայի հետևյալ ձևերը.

1. Ֆրոնտալ
2. Սագիտալ
3. Ֆրոնտո-սագիտալ
4. Պարոսագիտալ
5. Աղեղով:

Շինաները պատրաստում են օղակներով, պսակներով, կիսապսակներով, ինչպես նաև բյուգելային, կամրջաձև և այլ պրոթեզներով:

Պերիկորոնարիտ

Դա ատամի լնդային ծածկույթի բորբոքումն է, որը գտնվում է ծկթող ատամի վրա: Զարգանում է տրավմաների և բերանի խոռոչի միկրոֆլորայի ազդեցության հետևանքով:

Կլինիկան.

Ցավ ստոր-ձնոտային շրջանում, դժվարացած է կլման ակտը, լորձաթաղանթը այտուցված է, հիպերեմիկ, կարող է լինել ընդհանուր թուլություն, ջերմություն: Կարող են զարգանալ բարդություններ՝ օստեոմելիտ, աբսցես, ֆլեգմոնա:

Բուժումը.

- Վիրահատական, կտրել լնդային ծածկույթը:
- Մշակել անտիսեպտիկ դեղանյութերով:

**Դեմքի և բերանի խոռոչի բորբոքային պրոցեսներ,
տրավմաներ և նորագոյացություններ**

Պերիօստիտ – վերնոսկրի բորբոքումն է: 80% դեպքերում դա խրոնիկ պերիոդոնտիտի բարդությունն է:

1. 85% տեղակայվում է վեստիբուլյար կողմում,
2. 5% -ում ենթալեզվային շրջանում,
3. 9%-ում քիմքի վրա:

Կլինիկան.

1. Ցավերը չափավոր են, չեն ճառագայթվում:
2. Հիվանդը ցույց է տալիս պատճառային ատամը, սակայն կարող են ցավել մի քանի հարևան ատամներ: Պատճառային ատամը կարող է լինել շարժուն:
3. Անցման ծալքը հարթված է և ցավոտ:
4. Նկատվում է այտուց, հիպերեմիա, երբեմն ֆյուկտուացիա: 5
5. Բնորոշ են լիմֆատիկ հանգույցների արյան փոփոխություններ:

Բուժումը.

Վիրաբուժական՝ անզգայացնել, անզգայացնողը ներարկել դանդաղ և մեծ քանակությամբ: Կատարել կտրվածք 2-2,5սմ երկարությամբ մինչև ոսկրը: Էքսուդատի արտահոսքը ապահովելու համար դրվում է ռետինե դրենաժ 2-3 օրով: Հիվանդության ծանրությունը կախված է.

1. Օրգանիզմի ռեակտիվականությունից
2. Հարուցիչի վիրուլենտականությունից
3. Պրոցեսի տեղակայումից:

Օստեոմելիտ

Օստեոմելիտը դա ոսկրի թարախա-նեկրոտիկ պրոցես է: Դասակարգումը.

1. Օդոնտոգեն
 - ա) պերիոդոնտիտից
 - բ) հեռացված ատամի ատամնաբնից
2. Ոչ օդոնտոգեն
 - ա) տրավմատիկ
 - բ) հրազենային
 - գ) սպեցիֆիկ (ակտինոմիկոզ, տուբերկուլյոզ, սիֆիլիս):

Ըստ ընթացքի լինում է սուր, խրոնիկ և խրոնիկ սրացման մեջ:

Պաթոգենեզ - ինֆեկցիայի ներթափանցումից ոսկրում առաջանում է բորբոքում, որի հետևանքով խանգարվում է հյուսվածքների սնուցումը, բարձրանում է ներոսկրային

ճնշումը, երբ ինֆեկցիան տարածվում է՝ ընդգրկելով նոր օջախներ: Աստիճանաբար տեղի է ունենում ոսկրային հյուսվածքի նեկրոզ:

Սուր օստեոմելիտի կլինիկան

1. Ուժեղ ճառագայթող ցավեր:
2. Ընդհանուր թուլություն, բարձր ջերմություն:
3. Հյուսվածքների այտուց, հիպերեմիա:
4. Մի խումբ ատամների շարժունակություն:
5. Անցման ծալքը հարթված է մի խումբ ատամների շրջանում:
6. Բնորոշ է տհաճ հոտը բերանի խոռոչից:
7. Արտադրություն լնդագրպանիկներից:

Բուժումը.

Պատճառային ատամի հեռացում, որը նպաստում է էքսուդատի արտահոսքին:

1. Ներոսկրային լվացումներ, անտիբիոտիկների լուծույթով:
2. Շարժվող ատամների շինավորում:
3. Ընդհանուր կայունացնող դեղորայքներ:
4. Վիտամինոթերապիա:

Խրոնիկ օստեոմելիտի կլինիկան.

1. Խուղակների առաջացում, որոնցից տեղի է ունենում թարախի արտահոսք:
2. Ատամների շարժունակություն:
3. Ծնոտի հաստացում
4. Սրացումների ժամանակ թույլ ցավեր:
5. Ռենտգեն նկարում առկա են սեկվեստորները: Սեկվեստորը դա մեռուկացված ոսկրի օջախ է շրջապատված ֆիբրոզ կապսուլայով:

Բուժումը.

Վիրահատական է - հեռացվում է սեկվեստորը իր կապսուլայով, ապա դրվում է յոդոֆորմի տամպոն: Նշանակվում են անտիբիոտիկներ, ընդհանուր կայունացնող դեղորայք, վիտամիններ, շարժուն ատամների շինավորում:

Պերիոդոնտիտի, պերիօստիտի և օստեոմելիտի դիֆերենցումը

Աղյուսակ 1

Նշանները	Սուր Պերիոդոնտիտի	Սուր պերիօստիտի	Սուր օստեոմելիտի
Ցավը	Սուր պուլսացվող, անընդհատ ուժեղ, լոկալիզացված: Ցավերը կարող են ճառագայթել, ուժեղանում են հորիզոնական դիրքում:	Ցավը լոկալիզացված է: Ճառագայթումը բնորոշ չէ:	Ցավերը ուժեղ են, անընդհատ, կրակող, ծակող, դիֆուզ և ճառագայթող:
Ընդհանուր վիճակը	Բավարար	Աննշան է	Միջին ծանրության կամ ծանր
Ինտոքսիկացիա	Բնորոշ չէ	Թույլ արտահայտված	Արտահայտված, սարսուռ, գունատություն, ջերմության բարձրացում,
Բորբոքային այտուց	Բացակայում է կամ աննշան է	Արտա-հայտված է	Ուժեղ արտահայտված
Մաշկի հիմերեմիա	չկա	կա	Կա և արտահայտված է մաշկի լարվածություն
Լորձաթաղաթնի հիմերեմիա և այտուց	Պատճառային ատամի շրջանում	Պատճառային և հարևան ատամների շրջանում	Մի խումբ ատամների շրջանում
Ծնոտի հաստացում	Չկա	Միակողմանի և որպես կանոն այտային կողմից	Ալվեոլյար ելունի կողմից
Ատամի շարժունակություն	Պատճառային ատամի	Պատճառային և հարևան ատամների	Մի խումբ ատամների

Աղյուսակ 2

Թարախային արտադրություն լնդագրապնիկներից	չկա	չկա	կա
Տհաճ հոտ	չկա	թույլ	արտահայտված
Ստորին շրթունքի	չկա	Շատ հազվադեպ	Վաղաժամ

զգացողության խանգարում			նշաններից մեկն է
Վիրաբուժական միջամտությունից հետո	Վիճակը արագ լավանում է	Լավանում է 1-2 օրվա ընթացքում	Էֆեկտը շատ արտահայտված չէ

Նշանները	Խրոնիկ պերիօստիտ	Խրոնիկ օստեոմելիտ
Խուղակները	Բացակայում է	Առկա են
Թարախային արտադրություն	Բացակայում է	Խիտ դեղնավուն տհաճ հոտով թարախ
Ստորին շուրթի անզգայացումը	Բացակայում է	Թույլ դրական
Ծնոտի հաստացում	Մի կողմից բնորոշ չէ	Երկու կողմից բնորոշ չէ
Սրացումը	Բնորոշ չէ	Բնորոշ է
Սեկվեստորներ	Բացակայում են	Առկա են
Ռենտգենը	Շերտավոր գոյացություն	Ոսկրային հյուսվածքի դիստրոֆիկ օջախներ, անհարթ եզրերով սեկվեստորներ

Աբսցես.

Դա թարախաբորբոքային պրոցես է, որը առաջանում է դիմաճնոտային շրջանի հյուսվածքներում սահտամնափակ օջախի տեսքով: Այդ օջախում տեղի է ունենում հյուսվածքի նեկրոզ և քայքայում՝ թարախի առաջացումով:

Կլինիկան.

Չափավոր ուռածություն, հիպերեմիա, ֆյուկտուացիա, ընդհանուր ինտոքսիկացիայի նշաններ՝ թուլություն, ջերմություն, գլխացավ:

Բուժում.

Վիրաբուժական՝ կտրվածք և դրենավորում Ընդհանուր կազդուրող թերապիա:

Ֆլեգմոնիա.

Դա աբսցեսի տարածված ձևն է:

Կլինիկան.

Սուր արտահայտված ցավեր, ջերմություն, դող, տոքսիկոզ, դեմքի ասիմետրիա, այտուց, զարշահոտություն:

Բուժումը.

Կատարվում է կոմպլեքս բուժում՝ անզգայացում, լայն կտրվածք, դրենավորում, անտիբիոտիկների ներարկում, վիտամինոթերապիա:

Ծնոտների կտրվածքներ.

Դասակարգումը.

1. Ըստ տեղակայման – միջին, կողմնային, անգույյար, ներ և արտահոդային:
2. Ըստ բնույթի - բաց, փակ:
3. Ըստ ձևի - գծային, բեկորային:
4. Տեղաշարժված և առանց տեղաշարժման:

Կլինիկան.

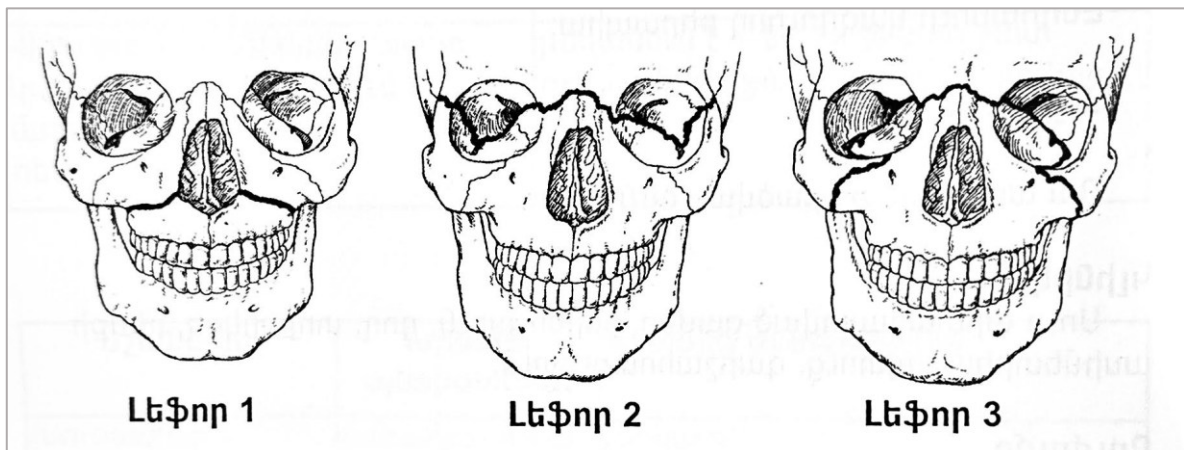
Դեմքի կոնֆիգուրացիայի փոփոխում, ցավ, այտուց, կամարք, խանգարում, միջին գծի շեղում, բերանի սահմանափակ բացում և ծամելու և կլման ֆունկցիաների խանգարում:

Բուժումը.

Կատարվում է բեկորների ֆիքսում — ժամանակավոր (վիրակապ, լիգատուրային կամ ութաձև կապ) և վերջնական - շինաներով: Կատարվում է նաև պայքար շոկի և արյան կորստի դեմ: Եթե կտրվածքը տեղաշարժված է կատարում են վիրաբուժական միջամտություն (օստեոսինթեզ):

Վերին ծնոտի կտրվածքներ

Դասակարգումն ըստ Լեֆորի՝



Լեֆոր 1 - վերին ծնոտի մասնակի կտրվածք ալվեոլյար ելունի շրջանում:

Կլինիկան. վերին շրթունքի երկարացում, բաց կծվածք, իրար են հպվում միայն ծամող ատամները, քթից արյունահոսություն:

Լեֆոր 2 - Դիմաձևոտային անջատում – ծնոտը անջատվում է այտուսկրից, քթուկրից, ակնակապճից:

Կլինիկան. Զգայունության խանգարում (նյարդի վնասման հետևանքով), դեմքի միջին 1/3 երկարացում, բաց կծվածք, ակնակապճային սիմպտոմներ:

Լեֆոր 3 - Գանգի հիմքից անջատվում են նաև քթուկը և այտուկը:

Կլինիկան. Քթից արյունահոսություն, այտուց ստորակնակապճային շրջանում, քթի դեֆորմացիա: Կարող է վնասվել ակնակապճային նյարդը, որը բերում է տեսողության վատացման, երբեմն կորստի:

Բուժումը.

Կատարվում է բեկորների ֆիքսում շինաներով և հատուկ ապարատներով:

Ատամի հեռացում

Ցուցումները.

Ատամի հեռացման ցուցումները պայմանականորեն կարելի է բաժանել 2 խմբի՝ բացարձակ և հարաբերական:

1. Բացարձակ ցուցումները հետևյալն են՝
 - երբ բուժումը հնարավոր չէ
 - ատամի պսակային մասի կոտրվածք
 - սուր օստեոմելիտների ժամանակ պատճառ հանդիսացող ատամը:
2. Հարաբերական ցուցումները՝
 - պսակային մասը քայքայված է
 - սխալ ձևոված ատամները (ատամնաշարից դուրս), որոնք կարող են առաջացնել լորձաթաղանթների տրավմա
 - ծնոտի կոտրվածքի գծում գտնվող ատամներ պարոդոնտի հիվանդությունների ուշ շրջանում, երբ կա ատամի շարժունություն
 - բորբոքային պրոցեսներ պերիոդոնտում, ոսկրային հյուսվածքում:

Հակացուցումները.

Բացարձակ հակացուցումներ չկան: Յուրաքանչյուր դեպքում հաշվի է առնվում օրգանիզմի ընդհանուր վիճակը:

- սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների սուր շրջանում
- ներվային համակարգի որոշ հիվանդությունների ժամանակ
- ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ:

Ատամի հեռացումը կատարվում է 5 փուլերով

1. ակցանի տեղադրումը ատամի վրա
2. ակցանը տանել առաջ, լնդի տակ
3. ակցանի ֆիքսացիան
4. ատամի խախտումը (լյուկսացիա)

5. ատամի դուրս հանումը (հեռացնելը) ատամնաբնից: են լնդի

Տրավմաներից խուսափելու համար կատարում հյուսվածքների անջատում ատամի վզիկից, նաև ատամի կլոր կապանի անջատում, որը կատարվում է գլադիկայով, արմատների հեռացման համար օգտագործում են նաև էլեվատորներ:

Դիմաճնոտային շրջանի նորագոյացությունները

1. Բոլոր նորագոյացությունները լինում են բարորակ և չարորակ Բարորակ նորագոյացությունները օդոնտոգեն ծագումով՝

Ադամանտիոմա - տեղակայվում են ստորին ծնոտի անկյան, ճյուղի շրջանում և մեծ ադոնթների շրջանում և առաջացնում են՝

- ոսկրի դեֆորմացիա
- անցման ծալքի հարթում
- թարախակալման դեպքում առաջանում է այտուց և փափուկ հյուսվածքների ինֆիլտրացիա
- ռենտգեն հայտնաբերվում է մեկ կամ մի քանի կորավուն խոռոչներ, որոնք առանձնացված են իրարից ոսկրային միջնապատով:

Բուժումը վիրաբուժական է:

2. Օդոնտոմա ուռուցք, որը կազմված է ատամնային հյուսվածքներից և առաջանում են հիմնական ատամների ձևավորման շրջանում: Տեղակայվում են ստորին ծնոտի անկյունում, երբեմն վերին ծնոտի հայմորրյան խոռոչի շրջանում: Մեծանալով բարակեցնում է ծնոտի ոսկրը և լորձաթաղանթը և վերջում դուրս է գալիս բերանի խոռոչ:

Բուժումը վիրաբուժական է:

3. **Էպուլիս** – լինում է լնդի վրա, առաջանում է խրոնիկ տրավմաներից արհեստական պսակներից, ջարդված ատամներից և այլն:

4. **Ցեմենտոմա** - տեղակայվում է ստորին ծնոտի մարմնի և անկյան շրջանում: Առաջանում է ոսկրի հաստացում, պալպացիան ցավոտ է:

Ատամների և բերանի խոռոչի հիգիենա

Բերանի խոռոչի հիգիենան մեծ դեր ունի ատամների կարիեսի, պարոդոնտի հիվանդությունների և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հիվանդությունների պրոֆիլակտիկայում:



Հասկացողություն ատամների բնական և արհեստական մաքրման մասին

Ատամների մաքրման համար գոյություն ունեն մի շարք միջոցներ, որոնցից են՝

- 1. Խոզանակներ** - Կիրառվում են հեռացնելու համար սննդի մնացորդները և փափուկ ատամնափառը ատամի բոլոր մակերեսներից և միջատամնային տարածությունից: Տարբեր հիվանդությունների ժամանակ ընտրում են տարբեր խոզանակներ: Պարոդոնտի հիվանդությունների ժամանակ ընտրում են ավելի փափուկ խոզանակներ, որոշ մարդկանց մոտ ատամնափառը արագ է գոյանում նրանք ընտրում են ավելի կոպիտ խոզանակներ: Գոյություն ունեն արհեստական և բնական թելերից պատրաստված խոզանակներ: Խոզանակի օգտագործման ժամկետը 6 ամիս է:
- 2. Ատամնամաքրիչներ** - օգտագործում են միջատամնային տարածությունից սննդի հեռացման համար: Լինում են փայտից և պլաստմասե:
- 3. Ատամի մածուկներ** - բաժանվում են հիգիենիկ և բուժա- պրոֆիլակտիկ խմբի: Բուժա-պրոֆիլակտիկը դա այն խումբն է, որի մեջ բացի հիմնական կոմպոնենտներից ավելացված են լրացուցիչ դեղամիջոցներ, որոնք նախատեսված են տարբեր հիվանդությունների համար:
- 4. Էլիկսիրումներ** - հեղուկներ են, որոնք պարունակում են տարբեր վիտամիններ, անտիսեպտիկներ և այլ նյութեր:
- 5. Ատամների մաքրման ռեժիմ** - ատամների մաքրումը կատարում են օրական 2 անգամ՝ առավոտյան և երեկոյան: Սկսում են մաքրումը 2 տարեկանից սկզբում առանց մածուկի: Ատամի մաքրումը կատարվում է վզիկից կտրող (ծամող) մակերեսի ուղղությամբ: Յուրաքանչյուր մակերես մաքրում են 2-3 րոպեի ընթացքում:

Ստոմատոլոգիական հիվանդությունների պրոֆիլակտիկան

Պարոդոնտի հիվանդությունների պրոֆիլակտիկան.

Կայանում է պարադոնտը տրավմայի ենթարկող ֆակտորների վերացումից, ճիշտ պրոթեզավորում, օրթոդոնտիկ բուժում: Ատամնափառերի և ատամնաքարերի ժամանակին և մանրակրկիտ հեռացում: Բերանի խոռոչի հիգիենայի պահպանում:

Լորձաթաղանթի հիվանդությունների պրոֆիլակտիկան

Հիմնականում առաջանում է օրգանիզմի խրոնիկ օջախների առկայության դեպքում, պրոֆիլակտիկան կայանում է դրանց վերացման մեջ, թերմիկ, մեխանիկական, քիմիական գրգռիչների հեռացում: Բերանի խոռոչի սանացիա և հիգիենայի պահպանում:

Դիսպանսերավորում: Բերանի խոռոչի պլանային սանացիա

Դիսպանսերավորումը աշխատանքային մի համակարգ է, որը կատարվում ստոմատոլոգիական բժշկա-պրոֆիլակտիկ հաստատությունների կողմից: Այն ապահովում է բերանի խոռոչի և ատամների հիվանդությունների կանխարգելումը, վաղաժամ հայտնաբերումը և սիստեմատիկ բուժումը անընդհատ հսկողության տակ:

Բերանի խոռոչի պլանային սանացիա

Բերանի խոռոչի սանացիան դա ախտահարված ատամների բուժումն է, հեռացումը, (որոնք հնարավոր չէ բուժել) պարոդոնտի և լորձաթաղանթի հիվանդությունների բուժումն է, ինչպես նաև օրթոպեդիկ և օրթոդոնտիկ միջամտություններն են: Գոյություն ունի սանացիայի 3 տիպ՝

1. Անհատական կամ սանացիա ըստ դիմելու (այն անհատների բուժումը, որոնք իրենք են դիմել):
2. Միանգամայն կամ կանոնավոր - սահմանափակ կոնտինգենտի բուժումը:
3. Պլանային – կատարվում է ժողովրդի կազմակերպված խմբի ստոմատոլոգիական հիվանդությունների սիստեմատիկ բուժում: Սանացիայի սիստեմի տակ հասկանում ենք խիստ որոշակի ժամանակահատվածում բերանի խոռոչի կանոնավոր զննում և բուժում: Ջննման և սանացիայի հաճախականությունը պայմանավորված է այն ժամանակամիջոցով, որի ընթացքում նորից առաջացած կարիոզ խոռոչը չի անցնում հաջորդ ստադիային պուլպայի և պերիոդոնտի բորբոքման:

Ատամնաշարերի դեֆեկտների վերականգնման մեթոդները և սկզբունքները

Ատամների կարծր հյուսվածքների պաթոլոգիան - առաջանում է կարիեսի և ոչ կարիոգ ախտահարումների հետևանքով:

Կլինիկան.

Արտահայտվում է պսակի ձև խախտումով:

- կոսմետիկ դեֆեկտով
- դժվարանում է կծելը և ծամելը
- հետագա բարդությունները բերում են պերիապեկալ հյուսվածքներում պաթոլոգիկ պրոցեսի առաջացման, ատամների կորստի և ատամնաշարերի դեֆեկտների առաջացման:

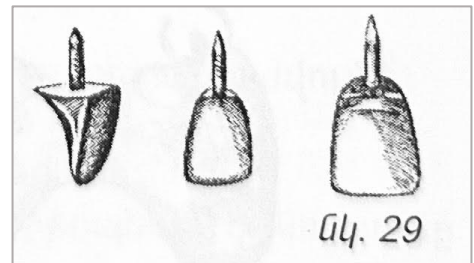
Բուժումը.

Պրոթեզի կոնստրուկցիայի որոշումը կախված է ատամնաշարի դեֆեկտի աստիճանից:

Պսակի փոքր դեֆեկտի դեպքում վերականգնում է ն ներդիրներով (մետաղից, ֆարֆորից, պլաստմասսայից):

Պսակի զգալի դեֆեկտի դեպքում կամ էմալի գոյնի փոփոխման դեպքում ատամի ձևը և ֆունկցիան վերականգնում են արհեստական պսակներով:

Պսակի բոլոր պատերի ախտահարման դեպքում, բուժված և լավ պահպանված արմատի դեպքում պատրաստում են շտիֆտային ատամներ (**նկ 29**), որի կոնստրուկցիան կազմված է արհեստական պսակից և ատամի արմատի մեջ մտնող շտիֆտից: Շտիֆտային ատամներով կարելի է վերականգնել ինչպես միարմատանի, այնպես էլ մի քանի արմատանի ատամները:



Բոլոր թվարկած կոնստրուկցիաները համարվում են անշարժ և ֆիքսվում են ատամների ֆոսֆատ կամ վիսֆատ ցեմենտի օգնությամբ Այդ կոնստրուկցիաներից կարող են ծառայել որպես պրոթեզներ հենակետ էլեմենտներ, փոխարինելով ատամնաշարերի դեֆեկտները:

Օրթոպեդիկ բուժումը ատամների մասնակի կորստի դեպքում

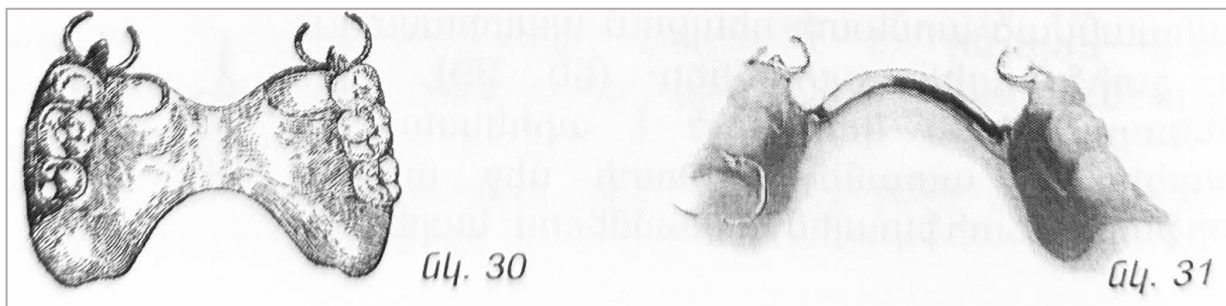
Ատամնաշարերի ամբողջականության խախտման ժամանակ փոխվում է քունք-ստորձնոտային հոդի, խոսքի և ծամելու ֆունկցիան, ինչպես նաև փոխվում է հիվանդի արտաքին տեսքը: Կծելու և ծամելու ժամանակ մասնակցում են այն ատամները, որոնք ունեն անտոգոնիստ և կատարվում է այդ խմբի ատամների ֆունկցիոնալ

ծանրաբեռնում: Այն ատամները, որոնք չունեն անտոգոնիստ, ծանրաբեռնումը քչանում է: Ատամնաշարերի հետագա խախտումը կատարվում է մի քանի հարթություններով (դեֆեկտին սահմանակից ատամները տեղաշարժվում են դեֆեկտի կողմը, ինչպես նաև երկարում են): Միայն ժամանակին կատարված օրթոպեդիկ բուժումը կարող է կանխել այդ դեֆորմացիաների և բարդությունների առաջացումը: Օրթոպեդիկ բուժման եղանակը և պրոթեզի կոնստրուկցիան կախված են ատամնաշարերի դեֆեկտի ձևից և չափից: Ըստ կոնստրուկցիայի պրոթեզները բաժանվում են երկու խմբի՝

1. Անշարժ պրոթեզները՝ կամրջաձև և կախովի (կոնսուլային, որոնք փոխանցում են ծամողական ուժը ատամի առանցքով պարողոնտին):

Կոնսուլային պրոթեզները կազմված են հենվող մասից և արհեստական ատամից: Որպես հենվող մաս կարող են օգտագործվել արհեստական պսակները, կիսապսակները և շտիֆտային ատամները: Ի տարբերություն կախովի (կոնսուլային) պրոթեզներից, որոնք ունեն միակողմանի հենք, կամրջաձև պրոթեզները ունեն երկկողմանի հենք, կազմված են հենային մասերից և պրոթեզի մարմնից (միջին մաս):

2. Շարժական պրոթեզները՝ թիթեղային (նկ 30), բյուգեղային (նկ 31)



Ատամնաշարի մեծ դեֆեկտների դեպքում, երբ չկա դիստալ հենք, օգտագործում են շարժական կոնստրուկցիաներ-թիթեղային պրոթեզներ: Այդ պրոթեզները կազմված են բազիսից (թիթեղ պլաստմասսայից կամ մետաղից), արհեստական ատամներից և կլամերներից: Բազիսը ճշգրիտ կրկնում է լորձաթաղանթի մակերեսը, իսկ բազիսում ամրացված արհեստական ատամները լրացնում են ատամնաշարի դեֆեկտը: Կլամերները ապահովում են պրոթեզի ֆիքսացիան բերանի խոռոչում: Նրանց քանակը և տեղադրումը կախված է դեֆեկտի չափից, հենակետային ատամների պարողոնտի վիճակից:

Թիթեղային պրոթեզները հաղորդում են ծամողական ճնշումը պրոթեզային դաշտի լորձաթաղանթի վրա և համարվում են ոչ ֆիզիոլոգիական: Բյուգեղային պրոթեզները հաղորդում են ծամողական ճնշումը մասամբ ատամնազուրկ ավելոյար ելունի մասին, մասամբ հենակետ ատամների պարողոնտին հենվող-պահող կլամերների միջոցով: Նրանք համարվում են կիսաֆիզիոլոգիական:

Բյուզելային պրոթեզները կազմված են աղեղից (բյուզելից), կլամերներից և արհեստական ատամներից, որոնք ամրացված են պլաստմասսե բազիսների վրա: Թիթեղային պրոթեզները ժամանակի ընթացքում առաջացնում են ծնոտների ատրոֆիա՝ լորձաթաղանթի խրոնիկական բորբոքում: Փոխվում է ծամոդական ապարատի օրգանների ֆիզիոլոգիան: Շարժական պրոթեզները պահանջում են ադապտացիոն շրջան, որը տևում է 3-4 շաբաթ: Դրա ընթացքում հիվանդը ընտելանում է պրոթեզին:

Օրթոպեդիկ բուժումը ատամների լրիվ բացակայության ժամանակ

Ատամների ամբողջական կորուստ կարող է առաջանալ կարիեսի, պարոդոնտի, տրավմաների և ուրիշ հիվանդությունների հետևանքով: Լրիվ աղենտիան բերում է (որոշակի համակարգում ատամնաձևոտային փոփոխությունների):

1. Ծնոտների ատրոֆիա:
2. Կեղծ ծերունական պրոգենիայի առաջացման:
3. Օկկյուդիոն բարձրության իջեցման:
4. Դեմքի արտաքին տեսքի փոփոխման (կզակը տեղաշարժվում է առաջ, բերանի անկյունները իջնում են):
5. Միմիկայի և ծամոդ մկանների տոնուսի իջեցման:

Ատամների լրիվ բացակայության ժամանակ օրթոպեդիկ օգնությունը ուղղված է շարժական պրոթեզների օգնությամբ վերականգնել ծամելու, կուլ տալու, խոսքի և շնչառության ֆունկցիաները:

1. Շարժական պրոթեզների ֆիքսացիայի համար կարևոր է, 1. Անատոմիական ռեակցիան (պրոթեզային դաշտի ռելիեֆի արտահայտվածությունը, որով ապահովում է պրոթեզի կայունությունը հանգստի և ֆունկցիայի ժամանակ):
2. Ադգեզիան (պրոթեզի և փափուկ հյուսվածքների միջև գտնվող հեղուկի մոլեկուլյար ձգողության ուժը, թաց ապակիների կպնելու օրինակը):
3. Ծծողականություն (կլապանային գոնայի ստեղծում):



Շինաների տիպերը ֆրոնտալ ստաբիլիզացիայի ժամանակ

Ինտակտ ատամների վրա դրվում է թասիկային (կոլպաչոկ) շինա, կիսաշապիկային շինա, բալոչնի շինա, շտիվտով կիսաշապիկով շինա: Դրանք ավելի կոսմետիկ են և ավելի հեշտ են պատրաստվում:

Շինաների տիպերը սագիտալ ստաբիլիզացիայի ժամանակ

Սագիտալ ստաբիլիզացիան ծամիչ ատամների միացումն է ընդհանուր բլոկի մեջ: Լինում են՝

1. շապիկային շինաներ,
2. էկվատորային շապիկներով շինաներ,
3. շտիֆտային ատամներով բալոչնի շինաներ,
4. ներդիրներով բալոչնի շինաներ:

Շինաների տիպերը ֆրոնտ-սագիտալ ստաբիլիզացիայի ժամանակ

Կիրառում են այն դեպքում, երբ մեկ ֆունկցիոնալ խմբի (կծող կամ ծամող ատամների անշարժացումը չի առաջացնում բլոկ, որը կարողանա իր վրա վերցնի ծամողական ծանրաբեռնվածությունը: Այս շինաները լինում են մոնոլիտ և բաղկացուցիչ: Օգտագործվում են այն դեպքում, երբ բոլոր ատամները, ինչպես նաև շինան գուգահեռ են և ատամնադեղում ճիշտ են տեղադրված: Շինան կարելի է պատրաստել տարբեր դետալներից՝ շապիկ, կիսաշապիկ, ներդիր, բալկա: Օրինակ՝ ծամիչ մասը պատրաստում են շապիկից, ֆրոնտալը՝ կիսաշապիկից կամ ֆրոնտալը շտիֆտով բալկայից: Բաղկացուցչ շինաների ֆրոնտալ մասը սագիտալին է միանում երկթև կլամերայի միջոցով կամ ատաչմեններով:

Շինաների տիպերը պարասագիտալ ստաբիլիզացիայի ժամանակ

Պարասագիտալ ստաբիլիզացիան դա երկու կողմից ծամիչ ատամների միացումն է ընդհանուր բլոկի մեջ:

Շինաները լինում են՝

1. Շարժական
2. Կոմբինացված (շարժական և անշարժ մասերից կազմված):

Աղեղով շինա

Օգտագործում են այն դեպքում, երբ հնարավոր չէ մնացած ձևերով ծամողական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ ստեղծել պարողոնտիկ ֆիզիոլոգիական տանելիությունը: Լինում են շարժական, անշարժ և կոմբինացված: Ավելի տարածված են անշարժ և կոմբինացված շինաները: Անշարժ շինաները լինում են՝

1. Մոնոլիտ
2. Երկհանգույցային
3. Բազմահանգույցային

Վերջիններս պատրաստվում են այն ժամանակ, երբ ատամները զուգահեռ չեն և մշակման միջոցով հնարավոր չէ վերականգնել զուգահեռությունը:

Չափահաս և մանկական տարիքում կծկվածքի անոմալիաների բուժման մեթոդները և սկզբունքները

Անոմալիաները դրանք ընդունված անատոմիական նորմաներից բնածին, կայուն շեղումներն են: Դեֆորմացիա ասելով հասկանում ենք ատամների ու ծնոտների աճի և զարգացման հետևանքով ձեռքբերովի և կայուն փոփոխությունները, որոնք առաջանում են պոստնատալ շրջանում: Այդ խանգարումների վերացումով զբաղվում է օրթոդոնտիան:

Ատամնաճնոտադիմային անոմալիաների դասակարգումը.

1. Առանձին ատամների անոմալիաներ,
2. Ատամնաշարերի անոմալիաներ,
3. Կծկվածքի անոմալիաներ:

Առանձին ատամների անոմալիաներ

ա) Ձևի անոմալիաներ — կարող են լինել փշանման, կոնուսաձև, այլանդակ ատամներ,

բ) մեծության անոմալիաներ — մակրո կամ միկրոդենտիա (մեծ կամ փոքր մեծության ատամներ),

գ) կարծր հյուսվածքների ստրուկտուրայի անոմալիաներ պաթոլոգիական մաշվածություն կամ մաշվածության բացակայություն,

դ) քանակի անումալիաներ հիպոդենտիա և հիպերդենտիա (ատամների և նրանց սաղմերի մասնակի կամ լրիվ բացակայություն և արտակոմպլեկտային ատամների առկայություն),

ե) ծկթման ժամկետների անումալիաներ- վաղ ծկթում և ատամների ռետենցիա, երբ ձևավորված ատամները գտնվում են ծնոտի մեջ և չեն ծկթում,

զ) դիրքի անումալիաներ՝ դրանցից են ատամների միջև եղած ճեղքերը-դիաստեմա, տրեմա և ատամների թեքվածություն- դիսպոզիցիա:

Բուժում.

Բոլոր դեպքերում բուժումը կայանում է նրանում, որ ստանանք ատամների ճիշտ անատոմիական ձևը վերականգնենք ծամոդական ֆունկցիան: Անատոմիական ձևը վերականգնում ենք պլոմբային նյութերով, ներդիրներով, շապիկներով, եթե կա անհրաժեշտություն կատարվում է պրոթեզավորում: Ավելորդ ատամները կարելի է հեռացնել:

Ատամնաշարերի անումալիաներ

1. Վերտիկալ անումալիաներ – խորը կամ բաց կծվածքներ:
2. Սագիտալ անումալիաներ - ատամնաշարերի երկարեցում կամ կարճեցում:
3. Ատամնաշարերի տրանսվերզալ անումալիաներ - ատամնաշարերի նեղացում կամ լայնացում:

Կծվածքի անումալիաներ

1. Վերտիկալ անումալիաներ- խորը կծվածք, բաց կծվածք:
2. Սագիտալ — մեդիալ և դիստալ կծվածքներ (պրոգենիա և պրոգնաթիա):
3. Տրանսվերզալ անումալիաներ – խաչաձև կծվածք:

Բուժման համար օգտագործում են տարբեր օրթոդոնտիկ ապարատներ, որոնք ըստ նշանակության լինում են պրոֆիլակտիկ բուժական, ռետենցիոն:

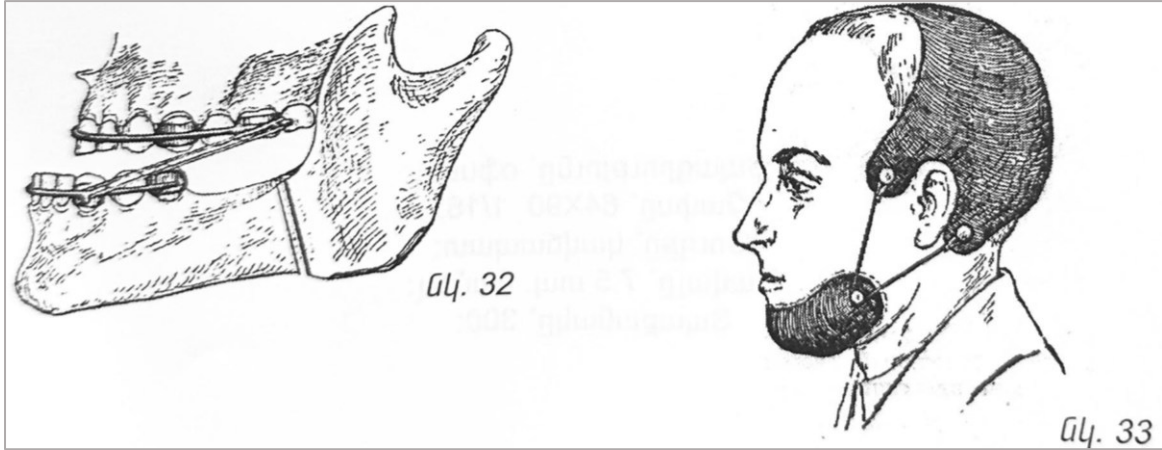
Բուժական ապարատները իրենց հերթին ըստ ազդեցության մեխանիզմի լինում են մեխանիկական, ֆունկցիոնալ և կոմբինացված:

Ըստ ֆիքսման ձևի օրթոդոնտիկ ապարատները լինում են՝

1. շարժական,
2. անշարժ:

Ըստ տեղակայման լինում են՝

1. Ներբերանային- մեկ ծնոտի և երկու ծնոտների համար (նկ. 32),
2. Արտաբերանային (նկ. 33),
3. Խառը տիպի:



ՀՀ ԱՆ ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵԶ

ՄՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱՅԻ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐ

Համակարգչային ձևավորումը և էջադրումը՝ Լ. Մ. Կուրդինյան

Տպագրությունը՝ օֆսեթ
Չափսը՝ 64x90 1/16
Թուղթը՝ կավճապատ
Ծավալը՝ 7,5 տպ. Մամուլ:
Տպաքանակը՝ 300:

«ԼԱՔԻ ՓՐԻՆԹ» հրատարակչություն
Ք. Երևան, Գրիբոյեդով 2, հեռ՝ 23 11 09