
ԳԼՈՒԽ VII. ԱՏԱՄՆԵՐԻ ԾԿԹՄԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ատամների ծկթման հիվանդություններից են՝

1. ատամի դժվարացած ծկթումը,
2. ատամի սխալ դիրքը, որն առաջանում է ծկթման պրոցեսի ընթացքում (ատամի դիստոպիա),
3. ատամի ոչ լրիվ ծկթումը ոսկրային հյուսվածքի կամ լորձաթաղանթի միջով (կիսառետենցված ատամ),
4. լրիվ ձևավորված ատամի ուշացած ծկթումը ծնոտի կոմպակտ թիթեղի միջով (ռետենցված ատամ):

Սովորաբար կաթնատամները և մշտական ատամները ծկթում են առանց բարդությունների: Այնուամենայնիվ, տարբեր պատճառներից, այդ թվում և ֆիլո- և օնտոգենեզի խանգարումների հետևանքով ծկթումը կարող է ընթանալ բորբոքային երևույթներով: Առավել հաճախ այն նկատվում է ստորին երրորդ աղորիքների հատվածում, ավելի հազվադեպ երկու ծնոտների վերին երրորդ աղորիքների, ժանիքների և նախաաղորիքների հատվածներում:

Ստորին իմաստության ատամի դժվարացած ծկթում՝ պերիկորոնիտ (շուրջպսակաբորբ): Կան տարբեր ենթադրություններ՝ պայմանավորված ստորին իմաստության ատամի դժվարացած ծկթմամբ: Ենթադրվում է որ ֆիլո- և օնտոգենեզի պրոցեսի ընթացքում կատարվում է ստորին ծնոտի ռեդուկցիա և ավվեոյար հատվածի դիստալ մասի փոքրացում: Դրանով պայմանավորված՝ ստորին իմաստության ատամի համար, որը ծկթում է վերջում, լրիվ ռետենցիայի համար բավարար տեղ չի մնում: Կան նաև այլ պատճառներ: Դրանցից են ատամի սաղմի սխալ դիրքը, ծնոտի աճի զարգացման ախտաբանությունը: Այս ամենի արդյունքում ատամի դիրքը թեքված է լինում դեպի երկրորդ աղորիք, հազվադեպ այն ուղղված է լինում վեստիբուլյար, լեզվային կամ դիստալ ուղղություններով:

Ստորին իմաստության ատամի դժվարացած ծկթումը պերիկորոնիտի (շուրջպսակաբորբի) և ռետրոմոյար շրջանի պերիօստիտի (շուրջոսկրաբորբի) պատճառ է դառնում:

Պերիկորոնիտը (շուրջպսակաբորբը) ծկթող ատամը շրջապատող փափուկ հյուսվածքների բորբոքումն է, իսկ ռետրոմոյար պերիօստիտը՝ ռետրոմոյար փոսիկի վերնոսկրի բորբոքումն է: Ստորին իմաստության ատամները ծկթում են հիմնականում 18-25 տարեկանում, երբեմն ավելի ուշ: Ստորին իմաստության ատամը հիմնականում լինում է երկարմատ, խոշոր և լավ արտահայտված պսակով, հաճախ թեքված արմատներով:

Ստորին իմաստության ատամի դժվարացած ձկթման պատճառներից են նաև.

1. Տվյալ տեղամասում կաթնատամի բացակայությունը, որի հետևանքով այդ ատամի շրջանում ոսկրային հյուսվածքը ավելի հաստ շերտ ունի:
2. Վեստիբուլյար և լեզվային շրջանում ոսկրային կոմպակտ շերտի հաստ և խիտ շերտը արտաքին ու թեք գծերի հետ միասին:
3. Ծնոտի տվյալ մասում ավելոյար ելունի ոչ բավարար տեղի առկայությունը, որի հետևանքով ատամը երբեմն տեղակայվում է մասամբ ստորին ծնոտի ճյուղի հաստության մեջ:
4. Տվյալ մասում լորձաթաղանթի հաստ շերտը, որը պարունակում է թշամկանի մկանաթելերը և ըմպանի վերին փականը, որն էլ ստեղծում է փափուկ հյուսվածքային պատնեշ ատամի ձկթման համար:

Ստորին իմաստության ատամի ձկթումը երբեմն երկարաձգվում է մի քանի ամիս, երբեմն տարիներ: Ծամելու ընթացքում տվյալ մասի լորձաթաղանթի անընդհատ մեխանիկական վնասվածքը (տրավման) նպաստում է այդ հատվածի սկլերոզացման և սպիական փոփոխությունների: Ատամը չի կարողանում հաղթահարել իրենից վեր գտնվող սպիական լորձաթաղանթը (գլխանոցը), և նրա տեղաշարժը հնարավոր չի լինում: Ատամի պսակը տեղակայված է երկրորդ աղորիքի մակարդակից ցածր, որի հետևանքով ձկթում են պսակի մեղիալ մեկ կամ երկու թմբիկները:

Էթիոլոգիան (ախտաձագումը): Պերիկորոնիտը զարգանում է բերանի խոռոչի նորմալ միկրոֆլորայի ակտիվացման հետևանքով: Դրանում պարունակվում են անաերոբ և ֆակուլտատիվ-անաերոբ բակտերիաների տեսակներ:

Պաթոգենեզ (ախտաբանությունը): Ստորին իմաստության ատամի ձկթելու ժամանակ ատամը ծածկող գլխանոցը մեղիալ թմբիկների շրջանում աստրոֆիայի է ենթարկվում, իսկ պսակի մյուս հատվածը փակված է մնում գլխանոցով: Դեպի պերիկորոնար տարածություն (ատամի պսակի և գլխանոցի ներքին մակերեսի միջև ընկած տարածությունը) թափանցում են սննդի մնացորդներ, լորձ: Օպտիմալ ջերմաստիճանը, խոնավ միջավայրը, լույսի բացակայությունը ստեղծում են բարենպաստ պայմաններ պերիկորոնար տարածության մեջ առկա միկրոֆլորայի ակտիվացման համար: Ծամելու ընթացքում գլխանոցի լորձաթաղանթի վնասման հետևանքով առաջանում են խոցեր և էրոզիաներ, տեղային իմունիտետի նվազում. արդյունքում կիսառետենցված ստորին իմաստության ատամը շրջապատող փափուկ հյուսվածքներում զարգանում են բորբոքային պրոցեսներ:

Գլխանոցի հաճախակի վնասումը և բորբոքային պրոցեսի ռեցիդիվը (ախտադարձը) նպաստում են քրոնիկական բորբոքային պրոցեսի զարգացմանը, որն ընթանում է քրոնիկական մարզինալ պերիօդոնտիտի և եզրային գինգիվիտի (լնդաբորբի) տեսքով: Ատամի վզիկի հատվածում նկատվում են գրանուլյացիոն

հյուսվածքի աճ և շրջակա ոսկրային հյուսվածքի ներծծում: Այս ամենի արդյունքում ստորին իմաստության ատամի շրջանում ձևավորվում է ոսկրալնդային ախտաբանական գրպանիկ:

Պերիկորոնիտն արատավոր օղակ է: Այտուցված և փքված գլխանոցը սնունդ ընդունելու պահին անընդհատ ենթարկվում է մեխանիկական վնասման: Վնասումը սաստկացնում է բորբոքային պրոցեսը, որը հանգեցնում է ավելի արտահայտված այտուցի և գլխանոցի սպիական փոփոխությունների:

Պերիկորոնար տարածությունից դժվարանում է էքսուդատի արտահոսքը: Հետագայում բորբոքային պրոցեսը տարածվում է դեպի ռետրոմոլյար տարածության բջջանք և վերնոսկր, որի հետևանքով զարգանում է ռետրոմոլյար թարախակույտ և պերիօստիտ (շուրջոսկրաբորբ):

Կլինիկական պատկերը: Սուր պերիկորոնիտն ընթանում է այնպես, ինչպես մարգինալ պերիօդոնտիտը և եզրային գինգիվիտը: Այն կարող է լինել կատարային և թարախային: Կատարայինը զարգանում է հիվանդության սկզբնական փուլում: Հիվանդները գանգատվում են ծկթող ատամի շրջանում առկա ցավերից: Ընդհանուր վիճակը բավարար է, մարմնի ջերմաստիճանը՝ նորմալի սահմաններում: Հարձնոտային հյուսվածքները այտուցված չեն: Ենթաստործնոտային շրջանում նկատվում է մեծացած և ցավոտ լիմֆատիկ հանգույց: Բերանը բացելու սահմանափակում չկա: Իմաստության ատամը պատված է լինում հիպերեմիկ և այտուցված գլխանոցով: Երբեմն տեսանելի են ատամի պսակի մեկ կամ երկու թմբիկներ: Երբեմն ատամի ամբողջ պսակը պատված է լինում գլխանոցով և միայն այն հեռացնելու դեպքում կարելի է տեսնել ատամի պսակը: Գլխանոցից արտադրություն չկա, պալպացիան ցավոտ է:

Պերիկորոնիտի այս տեսակը ավելի բարենպաստ է և ժամանակին բուժելու դեպքում արագ վերանում են բոլոր սիմպտոմները (ախտանիշները):

Թարախային պերիկորոնիտ (շուրջպսակաբորբ): Այս տեսակը բնորոշվում է երկրորդ ադորիքի հետին շրջանում առկա ցավերից, որոնք սաստկանում են ծամելու ընթացքում: Ցավը ճառագայթում է դեպի ականջ և քունքային շրջան: Նկատվում է ցավ կլման ժամանակ (ատամնային անգինա):

Հիվանդի ընդհանուր վիճակը խանգարվում է, մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 37,2-37,5C⁰: Առկա է բերանի բացման սահմանափակում և ցավ բերանը բացելու ժամանակ (1-ին աստիճանի բորբոքային կոնտրակտուրա): Բորբոքային պրոցեսի զարգացման դեպքում նկատվում է բերանը բացելու սահմանափակման մեծացում (2-րդ աստիճանի բորբոքային կոնտրակտուրա): Ենթաստործնոտային լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են և պալպատոր ցավոտ:

Թարախի առկայությունը և գրանուլացիոն հյուսվածքի աճը հանգեցնում են ոսկրի ռեգորբոցիայի: Ոսկրի ռեգորբոցիայի բնույթը և տեղակայումը կախված է ինչպես ատամի անատոմիա-տեղագրական տեղակայումից և այն շրջապատող

փափուկ ու ոսկրային հյուսվածքներից, այնպես էլ ընդհանուր հակահիֆեկցիոն պաշտպանական գործոններից: Թույլ անտիգենային միկրոբային ազդեցության դեպքում հյուսվածքային պատասխանի բնույթը պայմանավորված է իմունիտետով և հաճախ դանդաղած տիպի գերզգայնության ֆենոմեն է: Որոշ դեպքերում փափուկ գրանուլացիոն հյուսվածքը ներաճում է առանց հստակ սահմանների, որը տեղակայվում է ոսկրի ռեգորբցիայի ենթարկված մասում:

Գրանուլացիոն հյուսվածքում կատարվող նեկրոբիոտիկ պրոցեսները նպաստում են թարախի կուտակման, որն էլ իր հերթին հանգեցնում է ռեգորբցիայի գոտու մեծացմանը և գրանուլացիաների հետագա աճին: Պրոցեսն ընթանում է քրոնիկական մարզինալ գրանուլացիոն պերիօդոնտիտի տեսքով: Մեկ այլ դեպքում գրանուլացիոն հյուսվածքի աճը սահմանափակ է: Հետագայում ստորին երրորդ աստամի շրջանում զարգանում է սահմանափակ գրանուլեմատոզ մարզինալ պերիօդոնտիտ: Ատամի շուրջ գտնվող լորձաթաղանթը, ինֆիլտրացիայի ենթարկված և բարձրացած գլխանոցը, թևակերպածնոտային ծալքը ու երրորդ աղորիքի մակարդակին գտնվող բերանի ստորին նախադուռը հիպերեմիկ են: Բորբոքային երևույթները տարածվում են դեպի քմա-լեզվային տարածություն, թշային շրջան, փափուկ քիմք: Գլխանոցին սեղմելիս արտադրվում է թարախային էքսուդատ, և առաջանում է սաստիկ ցավ:

Սուր պերիկորոնիտը կարող է վերափոխվել քրոնիկականի: Քրոնիկականի դեպքում բորբոքային երևույթներն ավելի հանգիստ են, երբեմն նկատվում են սրացումներ:

Վլինիկական պատկերը: Քրոնիկական պերիկորոնիտի կլինիկական պատկերը բազմազան է: Որոշ դեպքերում հիվանդները գանգատվում են ախտահարված կողմում ծամելու դժվարությունից, իմաստության ատամի գլխանոցի շրջանում առկա ցավերից, իսկ մեկ այլ դեպքում բերանի խոռոչում տհաճ զգացողությունից և իմաստության ատամի շրջանում տհաճ հոտից:

Իմաստության ատամը փակող լորձաթաղանթը հիպերեմիկ է, պալպատոր ցավոտությունը բացակայում է, կամ առկա է աննշան ցավ: Երբեմն գլխանոցից արտադրվում է քիչ քանակությամբ շճային կամ թարախային էքսուդատ:

Գլխանոցի վրա նկատվում են խոցոտումներ, դրա եզրերին հաճախ նկատվում են սպիական փոփոխություններ: Լնդագրպանիկի զոնդավորման ժամանակ նկատվում է արյունահոսություն: Ալվեոլյար էլունի վեստիբուլյար և լեզվային հատվածների լորձաթաղանթների պալպացիան ցավոտ է:

Նկատվում է մեծացած և աննշան ցավոտ ենթաստործնոտային լիմֆատիկ հանգույց: Բերանի բացումը սահմանափակ չէ և ցավոտ չէ:

Պայմանավորված ատամի դիրքով ատամը լրիվ կամ մասնակի ծածկող լորձաթաղանթով և հիվանդության երկարատևությամբ, քրոնիկական պերիկորոնիտը կարող է ուղեկցվել ոսկրի՝ հորիզոնական և ուղղահայաց ուղղությո-

յուններով դեստրուկցիայով, որն էլ իր հերթին հանգեցնում է մարզինալ գրանույացիոն կամ գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտի:

Քրոնիկական պերիկորոնիտի դեպքում, երբ այն ընթանում է գրանույացիոն պրոցեսի ձևով, ռենտգեն պատկերի վրա՝ ատամի պսակի հատվածում, նկատվում է ոսկրի դեստրուկցիա, որը տարածվում է արմատի ուղղությամբ: Օջախն ունենում է հստակ սահմաններ, հաճախ կիսալուսնաձև է լինում:

Քրոնիկական պերիկորոնիտը հաճախ սրվում է, որի ժամանակ առաջանում են սուր բորբոքային երևույթներ, որոնք կարող են բերել ռետրոմոյար պերիօստիտի կամ շրջակա փափուկ հյուսվածքների ֆլեգմոնայի (թարախաբորբի):

Ռետրոմոյար պերիօստիտ: Ռետրոմոյար պերիօստիտը՝ որպես թարախային պերիկորոնիտի բարդություն՝ զարգանում է էքսուդատի (բորբոքահեղուկի) դուրս բերման անհնարինության դեպքում, որի հետևանքով էքսուդատը թափանցում է դեպի ռետրոմոյար հատվածի վերնուկր և բջջանք: Բջջանք թափանցելու դեպքում առաջանում է թարախակույտ:

Հիվանդությունը բնորոշվում է բոլոր այն կլինիկական նշաններով, ինչ թարախային պերիկորոնիտի դեպքում, բայց առավել արտահայտված: Ուժգնանում է ցավը, խանգարվում է հիվանդի ընդհանուր վիճակը, նկատվում է թուլություն, մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 38-38,5 C⁰: Առկա է խիստ արտահայտված 2-3 աստիճանի բորբոքային կոնտրակտուրա, խանգարվում է ծամոդակյան ֆունկցիան և հիվանդի քունը:

Հիվանդը զունատ է, նկատվում է ենթաստործնոտային շրջանի հետին և թշային շրջանի ստորին հատվածների արտահայտված այտուց: Ենթաստործնոտային լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են և ցավոտ: Ծկթող իմաստության ատամը շրջապատող լորձաթաղանթի բորբոքային փոփոխություններն ավելի արտահայտված են, քան թարախային պերիկորոնիտի ժամանակ, և տարածվում են դեպի բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հարևան մասերը: Ռետրոմոյար հատվածում նկատվում է ինֆիլտրատ, որը տեղափոխվում է դեպի ավելոյար ելունի արտաքին, ավելի հազվադեպ՝ ներքին մակերեսին:

Ախտորոշումը: Պերիկորոնիտը և ռետրոմոյարը պերիօստիտն ախտորոշում են կլինիկական պատկերի և ռենտգեն հետազոտությունների հիման վրա: Ստորին ծնոտի կողմնային պրոյեկցիայով ռենտգեն պատկերում նկատվում է ստորին իմաստության ատամի դիրքը, դրա պերիօդոնտի և շրջապատող ոսկրի վիճակը, փոխհարաբերությունը ստորին ծնոտի ճյուղի և ստործնոտային խողովակի հետ: Ռետրոմոյար պերիօստիտը, համեմատած պերիկորոնիտի հետ, բնորոշվում է ռետրոմոյար շրջանում առկա ինֆիլտրատից և բերանի բացման արտահայտված սահմանափակումով:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Քրոնիկական պերիկորոնիտը անհրաժեշտ է դիֆերենցել քրոնիկական պուլպիտից (կակղանաբորբից) և պերիօդոնտիտից, առանձին դեպքերում եռորյակ նյարդի 3-րդ ճյուղի ներազդից:

Բուժումը: Պերիկորոնիտը և ռետրոմոլյար պերիօստիտը բուժում են հիմնականում պոլիկլինիկայի պայմաններում: Թերապևտիկ միջոցառումների համալիրը պայմանավորված է բորբոքային պրոցեսի տեղային և ընդհանուր նշանների արտահայտվածությամբ, ինչպես նաև ռենտգենաբանական տվյալներով:

Առաջին հերթին պետք է վերացնել սուր բորբոքային երևույթները: Կատարալ պերիկորոնիտի դեպքում բավարար է կատարել միայն գլխանոցի ներսային հատվածի լվացումները հականեխիչ լուծույթներով: Թարախային պերիկորոնիտի դեպքում կատարվում է պերիկորոնոտոմիա, այսինքն՝ գլխանոցի հատում, հատելուց հետո տեղադրվում է յոդոֆորմի խճուճ:

Ռետրոմոլյար պերիօստիտի ժամանակ կտրվածքը կատարվում է լորձաթաղանթին թևակերպածնոտային ծալքի ներքևից մինչև բերանի նախադռան ստորին սահմանը: Բերանի նախադռան ստորին հատվածի հյուսվածքների բորբոքային ինֆիլտրացիայի դեպքում կտրվածքը շարունակվում է մինչև ծնոտի ավելոյար ելունի շրջանը աղորիքների մակարդակով: Վերքը դրենավորում են ռեզինե դրենաժով: Անհրաժեշտ է վերքը ամեն օր պարտադիր վիրակապել:

Պերիկորոնիտի և ռետրոմոլյար պերիօստիտի դեպքում նպատակահարմար է կատարել ինֆիլտրացիոն և հաղորդչական անզգայացում: Ցուցված է կատարել սուլֆանիլամիդների, հակաբորբոքային և հակահիստամինային պրեպարատների օգտագործումը: Ռետրոմոլյար պերիօստիտի բացահատումից հետո կատարվում է հակաբիոտիկային բուժում: Նշանակվում են ողողումներ հականեխիչ լուծույթներով: Հարականջային շրջանի փափուկ հյուսվածքների բորբոքային այտուցվածության, լիմֆադենիտի (ավշագեղձաբորբի) դեպքում նշանակվում են ֆիզիոթերապևտիկ բուժում:

Բորբոքային պրոցեսը վերացնելուց հետո ռենտգեն հետազոտության միջոցով անհրաժեշտ է պարզել ատամը հեռացնելու կամ պահպանելու հարցը:

Եթե ատամը տեղակայված է ճիշտ դիրքում և ավելոյար ելունի մասում այն ունի բավական տեղ, ապա բորբոքման պատճառ է հաստացած լորձաթաղանթը, որը ծածկում է ատամը: Նման դեպքերում հատում են գլխանոցը՝ ազատելով ատամի պսակը: Այս վիրահատությունը իրականացվում է տեղային ինֆիլտրացիոն կամ հաղորդչական անզգայացմամբ: Նշտարի միջոցով հատվում է լորձաթաղանթը: Կարելի է օգտագործել նաև լազերային նշտար, թեքված մկրատներ:

Ատամի սխալ դիրքի դեպքում, և եթե ծնոտի ավելոյար հատվածում բավարար մաս չկա ատամի համար, առկա է ոսկրային դեստրուկցիա, ուրեմն կատարում են ատամի հեռացում: Եթե ատամի պսակը բավականին ծկթած է,

ապա առամի հեռացումը կատարվում է թեքված աքցանների կամ սվինաձև ամբարձիչների միջոցով: Կիսառետենցիայի և դիստոպիայի դեպքում կատարվում է վիրահատություն:

Այս վիրահատության ժամանակ առամն ազատում են այն շրջապատող ոսկրային հյուսվածքից: Պրեմեդիկացիայից հետո կատարվում է հաղորդչական և ինֆիլտրացիոն անզգայացում: Կատարվում է անկյունաձև կտրվածք վեստիբուլյար հատվածից, և շերտագատվում է լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթը: Ֆիսուրային և գնդաձև գչիրներով հեռացվում է վեստիբուլյար և դիստալ մասի ոսկրային գլխանոցը: Աքցանների և էլևատորների միջոցով կատարվում է առամի հողախախտ և հեռացում: Ատամնաբնից հեռացվում են նաև ախտաբանական գրանուլյացիոն հյուսվածքը և ոսկրային մանր կտորները ու վերքը ենթարկում հականեխիչ մշակման: Շերտագատված լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթը տեղադրվում է իր տեղում և ֆիքսվում կարերի միջոցով: Երբեմն առամնաբնում տեղադրվում են յոդոֆորմի խճուճ, հեմոստատիկ խճուճ, ցավազրկող հականեխիչ միջոց <Alvogyl>:

Քրոնիկական պերիկորոնիտի դեպքում մանրամասն հեռացվում է ախտաբանական գրանուլյացիոն հյուսվածքը և վերքը վերականգնվում է խուլ կարերի միջոցով: Լավ ազդեցություն ունի գենտամիցինի ներմուծումը առամնաբնում՝ տամպոնի օգնությամբ: Մեծ ոսկրային դեֆեկտի դեպքում առամնաբնում ներմուծում են հիդրօքսիլապատիտի, հիդրօքսիլապոլի, կոլապանի, կոլապոլի գրանուլաներ, նախօրոք դրանք ներծծվում են արյան մեջ: Այնուհետև վերքը վերականգնվում է խուլ կարերի միջոցով: Պրոֆիլակտիկայի համար նշանակվում են 0,12%-անոց քլորհեքսիդինի լուծույթով ողողումներ, ինչպես նաև լազերային թերապիայի 10 սեանս, որից հետո խորհուրդ է տրվում զբաղվել բուժական ֆիզկուլտուրայով:

Վերքը լավացնելուց հետո երբեմն նկատվում է ավվեոլիտ: Նման վիրահատությունների ժամանակ հազվադեպ լինում է նաև ծնոտների օստեոմիելիտ: Այս բարդություններից խուսափելու համար կարևոր է առամնաբնի հատվածում վերքին խուլ կարեր դնելը: Հյուսվածքները մոբիլիզացնելու նպատակով կատարվում է երկու կտրվածք: Առաջինը՝ թևակերպածնոտային ծալքի հիմքի արտաքինից ծնոտի ավվեոլյար ելունով, երկրորդը կատարվում է առաջին կտրվածքին ուղղահայաց՝ երկրորդ աղորիքի դիստալ մասում անցման ծալքից: Լաթը մոբիլիզացիայի ենթարկում են վերնոսկրի շրջանում՝ դրա ստորին մասում: Վերքը վերականգնում են խուլ կարերով: Հետվիրահատական շրջանում հնարավոր են ցավեր կլման ժամանակ, բերանի բացման սահմանափակում, հարձնոտային հյուսվածքների այտուց: Հիվանդներին նշանակվում են անալգին, ամիդոպիրին, սուլֆադիմետոքսին, բուժման ֆիզիկական մեթոդներ և ամեն օր վիրակապում են:

Բարդություններ: Թարախային պրոցեսը ռետրոմոյար տարածությունից և նրան հարող բջջանքից ու փուխը շարակցական հյուսվածքից կարող է թափանցել հարևան բջջանքային տարածություններ: Արտաքին մաս թափանցելիս այն կարող է տարածվել բերանի նախադռան ստորին հատված, թշային շրջան: Ներքին և հետին մասեր թափանցելիս այն տարածվում է դեպի թևակերպածնոտային, հարբմպանային և հարնշիկային տարածություններ, դեպի արտաքին և առաջային մասեր թափանցելիս՝ հարականջ-ծամողական տարածություն, դեպի ներքին և առաջային մասեր թափանցելիս՝ ենթալեզվային և ենթաստործնոտային շրջաններ: Բջջանքային տարածություններում տարածվելիս զարգանում են համապատասխան շրջանների աբսցես (թարախակույտ) և ֆլեգմոնա (թարախաբորբ): Պրոցեսը կարող է տարածվել ոսկրային հյուսվածքում: Նման դեպքերում զարգանում է ծնոտի օստեոմիելիտ: Պերիկորոնիտը և ռետրոմոյար պերիօստիտը ենթաստործնոտային շրջանի թարախային լիմֆադենիտի (ավշագեղձաբորբի), ակտինոմիկոզի, խոցային ստոմատիտի (բերանաբորբի) պատճառ կարող են հանդիսանալ: Ռետրոմոյար պերիօստիտի կրկնակի սրացումը հանգեցնում է ստորին ծնոտի ճյուղի ոսկրի կոմպակտ թիթեղի քայքայման, որն էլ իր հերթին նպաստում է կորտիկալ երկրորդային օստեոմիելիտի:

Ստորին իմաստության ատամի դժվարացած ձկթումը կարող է հանգեցնել ստորին իմաստության ատամի և երկրորդ ադորիքի պարադենտալ կիստայի, կարիեսի (ատամնափուտի), պուլպիտի (կակղանաբորբի) և պերիօդոնտիտի (հարատամնաբորբի) առաջացմանը:

Ատամի սխալ դիրքը (դիստոպիա): Ատամի տեղաշարժը ատամնաշարում կամ նրա տեղակայումը ատամնաշարից դուրս հիմնականում լինում է ատամների ձկթման ժամկետների և հերթականության խախտման ժամանակ: Ավելի հաճախ սխալ դիրքում է ձկթում ստորին իմաստության ատամը, հազվադեպ՝ վերին իմաստության ատամը, վերին ժանիքը, վերին ու ստորին նախաադորիքները, ստորին կտրիչները:

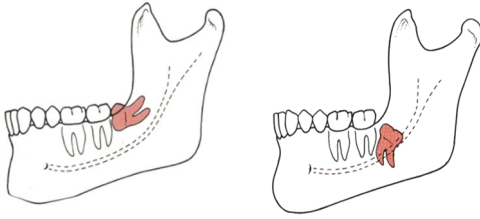
Ատամը կարող է տեղաշարժվել վեստիբուլյար և օրալ, մեդիալ և դիստալ ուղղություններով: Ատամը կարող է պտտված լինել իր առանցքի շուրջ և մյուս ատամների նկատմամբ ունենալ վերին կամ ստորին դիրք: Ատամի տեղաշարժը ատամնաշարի համեմատ հիմնականում լինում է 2-3 ուղղություններով: Երբեմն դիստոպիայի են ենթարկվում 2-3 և ավելի ատամներ:

Ախտորոշումը: Ախտորոշումը հիմնվում է կլինիկական հետազոտությունների վրա: Զննման ժամանակ բերանի խոռոչում հայտնաբերում են ատամ, որը տեղակայված է ատամնաշարից դուրս:

Բուժումը: Սովորաբար ատամները փոխելու ժամանակ բոլոր տեսակի տեղաշարժերն ինքնաբերաբար ուղղվում են: Բոլոր տեսակի տեղաշարժերի ուղղումը սովորաբար կատարվում է 14-15 տարեկանում տարբեր օրթոդոնտիկ սարքերի միջոցով: Այդ մեթոդներ կիրառում են նաև 15 տարեկանից մեծ հասա-

կում, սակայն նման դեպքերում օրթոդոնտիկ բուժումը կայուն չի լինում: Երբ օրթոդոնտիկ բուժումը օգտակար չի լինում կամ ցուցված չէ, տվյալ ատամը հեռացնում են:

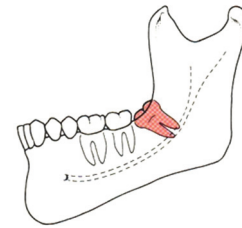
Ատամի ոչ լրիվ ձկթում (կիսառեռեցված ատամ): Ատամի ոչ լրիվ ձկթում նկատվում է ժանիքների, վերին կողմնային կտրիճների, ստորին և վերին իմաստության ատամների դեպքում:



Նկ. 7.1. Դիստոպիայի ենթարկված ռեռեցված ստորին իմաստության ատամ:

Կլինիկական պատկերը: Կիսառեռեցված ատամի կլինիկական պատկերը բնորոշվում է ծնոտի արվեոյար ելունի որևէ հատվածում ատամի պսակի որոշ հատվածի ձկթումով: Կիսառեռեցված ատամը շրջապատող լորձաթաղանթը անընդհատ ենթարկվում է մեխանիկական վնասվածքի, որի հետևանքով զարգանում է տեղային բորբոքային պրոցես: Երբեմն կիսառեռեցված ատամը հայտնաբերվում է պատահականորեն՝ ռենտգեն հետազոտության ժամանակ:

Ախտորոշումը: Ախտորոշումը հիմնված է կլինիկական պատկերի և ռենտգեն հետազոտության տվյալների վրա: Ռենտգեն պատկերում երևում է ատամը, որը տեղակայված է ծնոտի արվեոյար ելունի մեջ, և դրա պսակի որոշ հատված ծածկված է ոսկրային կամ լորձաթաղանթային գլխանոցով:



Նկ. 7.2. Դիստոպիայի ենթարկված կիսառեռեցված ստորին իմաստության ատամ:

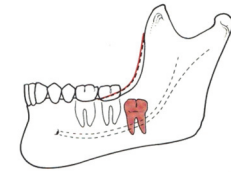
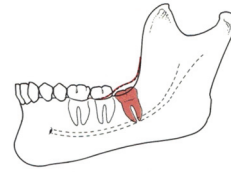
Բուժումը: Կիսառեռեցված ատամի բուժումը վիրաբուժական է՝ հեռացում: Փոքր տարիքում հնարավոր է այդ ատամները ուղղել և դրանց դուրս բերել, բացառությամբ վերին և ստորին իմաստության ատամների: Կիսառեռեցված ատամները հեռացնելուց հետո ցուցված է արվեոյար ելունի պլաստիկ ոսկրախթանիչ կենսաբանական նյութերի միջոցով:

Ատամների ձկթման երկարաձգում (ռեռեցված ատամ): Երբեմն ամբողջությամբ հասուն ատամը մնում է ծնոտի հաստության մեջ: Դա վերաբերում է ատամների ձկթման խանգարումներին: Երբեմն ռեռեցիայի պատճառ կարող են լինել ատամնաձևոտային համակարգի հիվանդությունները և վնասվածքները: Ատամների ռեռեցիան հաճախ նկատվում է մշտական ատամների ձկթման ժամանակ՝ վերին ժանիքներ, ստորին փոքր աղորիքներ և ստորին իմաստության ատամ:

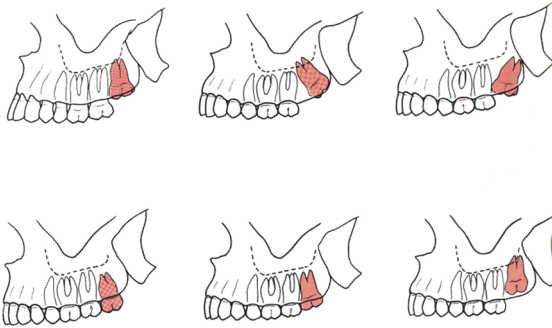
Կլինիկական պատկերը: Ռետենցված ատամի կլինիկական պատկերը բնորոշվում է առանց սիմպտոմների (ախտանիշների): Նման ատամները հայտնաբերվում են պատահաբար՝ ռենտգեն հետազոտության ժամանակ:

Ատամի ռետենցիայի մասին է վկայում ատամի չլինելը ավելոյար աղեղում: Նրա տեղում կարող է լինել կաթնատամը: Առանձին դեպքերում ռետենցված ատամը կարող է ստեղծել արտափքվածություն ավելոյար ելունի արտաքին պատի կամ ծնոտի մարմնի շրջանում:

Նման դեպքում կարելի է շոշափել ատամի եզրերը կամ նրա որոշ մասերը: Ռետենցված ատամները կարող են նպաստել հարևան ատամների դիրքի խախտմանը: Այս դեպքում հիվանդները դիմում են բժիշկին՝ ռետենցված ատամի շրջանում գանգատվելով ցավերից: Ռետենցված ատամները կարող են սեղմել նյարդերը և նյարդաթելերը, որի հետևանքով ցավերը նմանվում են ներալգիայի կամ ներիտի ժամանակ եղած ցավերին: Դրա հետ կապված՝ կարող է լինել զգայունության խանգարում՝ անէսթեզիա, պարեսթեզիա: Ռետենցված ատամը երբեմն լինում է բորբոքային պրոցեսի զարգացման պատճառ:



Նկ. 7.3. Ռետենցված ստորին իմաստության ատամի հարաբերական դիրքը ստործնոտային խողովակի նկատմամբ:



Նկ. 7.4. Վերին իմաստության ատամի դիստոպիայի ենթարկված տարբեր տեսակները:

Ախտորոշումը: Ախտորոշումը հիմնված է կլինիկական և ռենտգենաբանական հետազոտությունների վրա: Ռենտգեն պատկերում երևում է ատամ, որն ամբողջությամբ ծնոտի հաստության մեջ է:

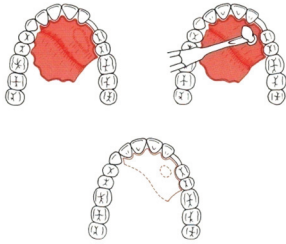
Բուժումը: Առանց նշանների արտահայտվելու դեպքում վիրաբույժի գործելակերպը տարբեր է:

Վիրաբուժական բուժման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել հիվանդի ընդհանուր վիճակը, նրա տարիքը, ռետենցված ատամի դիրքը, վիրահատության սպասվելիք տրավմատիկությունը, ինչպես նաև տվյալ վիրահատության բարդությունները: Ռետենցված ատամներն անհրաժեշտ է հեռացնել ցավերի, բորբոքային երևույթների, ինչպես նաև ֆոլիկուլյար կիստայի առաջացման ժամանակ: Ռետենցված և կիսառետենցված ատամների հեռացումը որոշակի բարդություններ ունի: Վիրահատությունից առաջ անհրաժեշտ է պարզել ատամի դիրքը

Վիրաբուժական բուժման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել հիվանդի ընդհանուր վիճակը, նրա տարիքը, ռետենցված ատամի դիրքը, վիրահատության սպասվելիք տրավմատիկությունը, ինչպես նաև տվյալ վիրահատության բարդությունները:

և նրա հարաբերությունը անատոմիական տարբեր գոյացություններին՝ ստորին ծնոտի հիմքին և խողովակին, վերծնոտային ծոցին և քթի խոռոչին, հարևան ատամներին: Այս ամենը պարզելու համար երբեմն անհրաժեշտ է լինում կատարել ռենտգեն հետազոտություն տարբեր պրոյեկցիաներով:

Առանձին խումբ կազմող ատամների հեռացման առանձնահատկությունները: Վերին կտրիչները և ժանիքները հեռացնելու ժամանակ երկու անկյան տակ կատարվում է հանդիպակաց կտրվածք՝ բերանի նախադռան վերին հատվածից մինչև ռետենցված կամ կիսառետենցված ատամին համապատասխանող ավելոյար ելունի հատվածը: Ձևավորվում է լաթը, բոռ մեքենայի միջոցով հեռացվում է ոսկրային գլխանոցը, որը շրջապատում է ատամը:



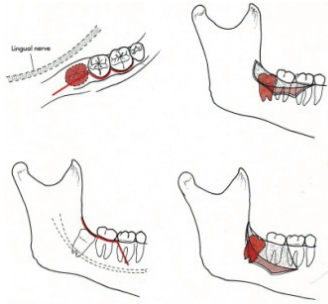
Նկ. 7.5. Վիրահատական մուտքը վերին ռետենցված ժանիքը հեռացնելու ժամանակ:

Ատամը հեռացնում են ամբարձիչների և աքցանների միջոցով: Հեռացման ընթացքում հարևան ատամների արմատները մերկացնելու դեպքում կատարվում է այդ ատամների արմատների գազաթների ռեզեկցիա և ռետրոգրադ լիցքավորում: Ատամը հեռացնելուց հետո ոսկրային խոռոչն անհրաժեշտ է մշակել զգուշորեն, որպեսզի պերֆորացիայի (թափածակման) չենթարկել քթի խոռոչը: Ռետենցված և կիսառետենցված կտրիչների և ժանիքների հեռացումն առավել դժվար է այն դեպքում, երբ ատամը տեղակայված է լինում բերանի վերին նախադռան հատվածում, իսկ պսակը դեպի կարծր քիմք է ուղղված լինում: Նման տեղակայման դեպքում ատամը բաժանում են մասերի և հեռացնում են մաս առ մաս: Վերքը վերականգնում են խուլ կարերի միջոցով:

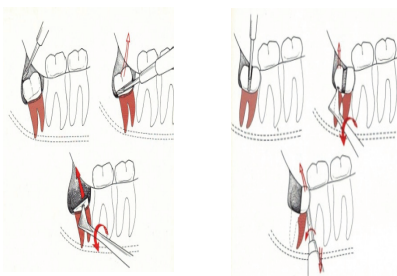
Այն կտրիչները և ժանիքները, որոնք տեղակայված են վերին ծնոտի քմային ելունին մոտիկ, հեռացվում են կարծր քիմքի լորձաթաղանթի կողմից: Կատարվում է տրապեցաձև (սեղանաբաձև), կիսաձվաձև կտրվածք, ատամը շրջապատող ոսկրային հյուսվածքը հեռացնում են բոռ մեքենայի օգնությամբ: Ատամը հեռացնում են ամբարձիչների կամ աքցանների օգնությամբ: Վերքը նույնպես վերականգնում են խուլ կարերի միջոցով:

Վերին ռետենցված կամ կիսառետենցված նախաադորիքները հեռացնելու ժամանակ անհրաժեշտ է պարզել ատամի դիրքը հայմորյան ծոցի նկատմամբ: Կտրվածքը կատարվում է բերանի վերին նախադռան կողմից, ինչպես կտրիչների և ժանիքների դեպքում: Ոսկրային գլխանոցը հեռացնում են բոռ մեքենայի օգնությամբ, այնուհետև հեռացնում են ատամը ամբարձիչի կամ աքցանի օգնությամբ: Հեռացնելու ընթացքում հնարավոր է հայմորյան ծոցի թափածակում: Այս դեպքում վերքը չեն լվանում հականեխիչ լուծույթներով, այլ վերքի վրա դնում են խուլ կարեր:

Ստորին ծնոտում տեղակայված ռետենցված և կիսառետենցված ատամները հեռացնելիս ճշտում են դրանց տեղակայումը, ստործնոտային խողովակի և կզակային անցքի նկատմամբ դրանց հարաբերությունը, ինչպես նաև դրանց դիրքը հարևան ատամների և ստորին ծնոտի հիմքի հանդեպ: Անհրաժեշտ է նաև հաշվի առնել դիստալ և մեդիալ տեղակայված փափուկ հյուսվածքները, դիմա-



Նկ. 7.6. Ռետրոմոյար բնորոշ կտրվածքը լեզվային նյարդի վնասումից խուսափելու համար և եռանկյունաձև լորձաթաղանթավերնոսկրային լաթի ձևավորումը:



Նկ. 7.7. Ստորին ռետենցված իմաստության ատամի ոսկրային «գլխանոցը» և ատամը հեռացնելու տեխնիկան:

և աքցանների օգնությամբ: Երբեմն հարկ է լինում այն հեռացնել մաս-մաս: Վերքը վերականգնում են խուլ կարերի միջոցով: Եթե առկա է լորձաթաղանթի դեֆիցիտ, և ատամնաբույժը բաց է մնում, ապա ներմուծվում է յոդոֆորմի խծուծ կամ խծուծ ներծծված «Elvogy» քսուրով:

Այն ռետենցված ատամը, որը տեղակայված է լինում ստորին ծնոտի հիմքի եզրին մոտ, հեռացվում է արտաբերանային եղանակով: Կատարվում է կտրվածք ստորին ծնոտի եզրին գուգահեռ՝ 2-2,5սմ ներքև: Շերտ առ շերտ հատվում են փափուկ հյուսվածքները՝ մերկացնելով ստորին ծնոտի ոսկրային հատվածը: Բոռ մեքենայի օգնությամբ հեռացվում է ատամը ծածկող ոսկրային հյուսվածքը, ատամը հեռացնում են ուղիղ կամ սվինաձև աքցանների կամ ամ-

յին զարկերակի, երակի, լեզվային նյարդի և համապատասխան անոթների տեղակայումը:

Ատամի տեղակայման դեպքում ստորին ծնոտի ավելոյար ելունի հատվածում բերանի նախադռան հատվածից կատարվում է տրապեցաձև, ինչպես նաև կիսաձվաձև կամ անկյունաձև կտրվածք: Շերտազատելով լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթը՝ պետք է հիշել կզակային նյարդի և համանուն երակի ու զարկերակի մասին, որոնք դուրս են գալիս կզակային անցքից: Բոռի միջոցով հեռացնում են ոսկրային գլխանոցը, ամբարձիչի և աքցանների միջոցով հեռացնում են ատամը: Ստորին իմաստության ռետենցված ատամը՝ ստորին ծնոտի անկյան և ճյուղի շրջանում տեղակայման դեպքում կատարվում է ատամի հեռացում ներբերանային եղանակով: Առաջին կտրվածքը կատարվում է ռետենցված ատամը շրջապատող լորձաթաղանթով՝ ավելոյար աղեղով, իսկ երկրորդը երկրորդ աղորիքի վզիկով դեպի ներքև և թեք: Կատարվում է ոսկրային գլխանոցի հեռացում բոռ մեքենայի օգնությամբ վեստիբուլյար և դիստալ մասերում:

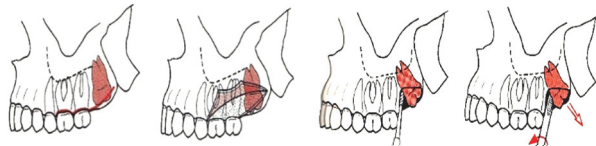
Ատամը հեռացնում են ամբարձիչների

բարձիչների օգնությամբ: Վերքը շերտ առ շերտ վերականգնում են կարերի օգնությամբ:

Ռետենցված կամ կիսառետենցված ստորին իմաստության ատամը, որը տեղակայված է ստորին ծնոտի ճյուղում լատերալ դիրքում, հեռացվում է արտաքին եղանակով: Կատարվում է կտրվածք ենթաստործնոտային հատվածում, հատվում են թշամկանը և փափուկ հյուսվածքները: Ոսկրային հատվածը հեռացնում են բոռ մեքենայի օգնությամբ, ատամը հեռացվում է ամբարձիչի կամ աքցանների միջոցով: Վերքը շերտ առ շերտ վերականգնվում է կարերով: Բոլոր ռետենցված և կիսառետենցված ատամները հեռացնելու դեպքում բոռ մեքենայի օգնությամբ ոսկրային գլխանոցի հեռացումը կատարվում է հովացմամբ՝ ֆիզիոլոգիական լուծույթով: Ինչպես նաև բոլոր դեպքերում նպատակահարմար է կատարել ոսկրային պլաստիկա՝ առաջացած դեֆեկտը վերականգնելու նպատակով: Պլաստիկան կատարվում է աուտոոսկրի, դեմիներալիզացված ոսկրի, հիդրօքսիապատիտի, տրիկալցիֆոսֆատի միջոցով:

Շետվիրահատական շրջանում նշանակվում են անալգին, ամիդոպիրին, սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ, բուժման ֆիզիկական մեթոդներ, արտաքին վիրակապություններ տարբեր տեսակի քսուքներով: Կանխարգելիչ նշանակվում են հակաբիոտիկներ 6-8 օր տևողությամբ:

Շետվիրահատական բարդությունները համապատասխանում են ատամի հեռացման բարդություններին:



Նկ. 7. 8. Վերին ռետենցված ութերորդ ատամի հեռացման տեխնիկան բոռ մեքենայով և ուղիղ ամբարձիչով:

Բարդությունները: Ատամների ծկթման հիվանդությունների դեպքում կարող են առաջանալ հետևյալ բարդությունները՝ ծնոտի սուր թարախային պերիօստիտ (շուրջոսկրաբորբ), թարախակույտ, ֆլեգմոնա (թարախաբորբ), լիմֆադենիտ (ավշագեղձաբորբ), ստորին ծնոտի ճյուղի օստեոմիելիտ (ոսկրածուծաբորբ), վերծնոտային ծոցի օդոնտոգեն (ատամնածին) սինուսիտ (ծոցաբորբ):

Ատամների ծկթման հիվանդությունների դեպքում էլքը բարենպաստ է:

Կանխարգելումը: Ատամների ծկթման հիվանդությունները կանխարգելելու համար պետք է հետևել ծնոտի ճիշտ զարգացմանը, ատամների ծկթմանը, բերանի խոռոչի սանացիային և ժամանակին օրթոդոնտիկ բուժում ստանալ:

Թեստեր

1. Ո՞րը ատամների ծկթման հիվանդությունն չէ.

- ա) ատամների դժվարացած ծկթումը
- բ) դիստոպիան
- գ) ռետենցված ատամները
- դ) կարիեսը

2. Առավել հաճախ սխալ դիրքում են ծկթում՝

- ա) վերին իմաստության ատամը
- բ) ստորին իմաստության ատամը
- գ) ստորին ֆրոնտալ ատամները
- դ) վերին երկրորդ փոքր աղորիքները

3. Ի՞նչ բարդություն կարող է առաջանալ ատամների ծկթման հիվանդությունների ժամանակ.

- 1. օստեոմիելիտ
 - 2. ֆլեգմոնա
 - 3. լիմֆադենիտ
 - 4. պատռված վերք
- ա) 1,2,3
բ) 2,3,4
գ) 1,3,4
դ) բոլորը

4. Ստորին իմաստության ատամի դժվարացած ծկթման պատճառ է՝

- ա) ծնոտի տվյալ տեղում ավելոյար ելունի ոչ բավարար տեղի առկայությունը.
- բ) ծնոտի տվյալ տեղում ավելոյար ելունի բավարար տեղի առկայությունը
- գ) ծնոտի տվյալ մասում վեստիբուլյար և լեզվային կոմպակտ թիթեղի բարակ լինելը
- դ) տվյալ տեղամասում լորձաթաղանթի բարակ շերտը

5. Ատամների ծկթման հիվանդությունները կանխարգելելու նպատակով անհրաժեշտ է՝

- 1) հետևել ծնոտի ճիշտ զարգացմանը
 - 2) հետևել ատամների ծկթմանը
 - 3) կատարել բերանի խոռոչի սանացիա
 - 4) ժամանակին օրթոդոնտիկ բուժում ստանալ
- ա) 1,3,4 բ) 1,2,3 գ) 2,3,4 դ) բոլորը