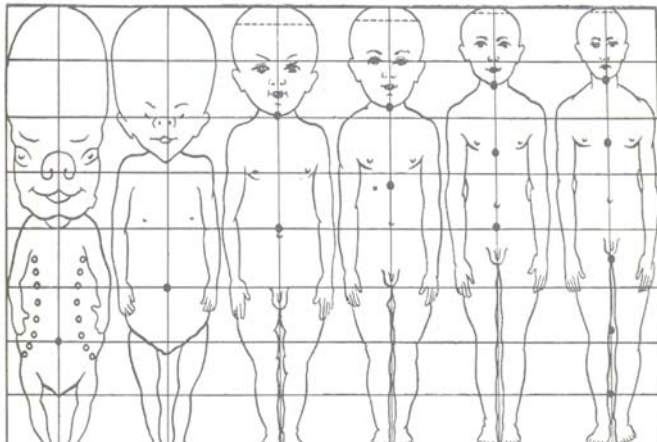


**ԵՐԵՆԱՅԻ ՕՐԳԱՆԻԶՄԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱ-ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ:
ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ**

Ստոմատոլոգիան (stoma-բերան, logos-ուսմունք) բժշկական ոլորտ է, որը զբաղվում է բերանի խոռոչի հիվանդությունների պատճառագիտության և ախտաճանության ուսումնասիրությամբ, դրանց ախտորոշմամբ, կանխարգելմամբ և բուժման մեթոդներով:

Մանկական ստոմատոլոգիայի հիմնախնդիրներից է առաջնային կանխարգելման մեթոդների լիարժեք անցկացումը, երկրորդային կանխարգելումը պլանային սանացիայի միջոցով, որի համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել աճող օրգանիզմի անատոմո-ֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունները, որոնք



Նկար 2. Տարբեր տարիքի անձանց գլխի և մարմնի փոխհարաբերությունները:

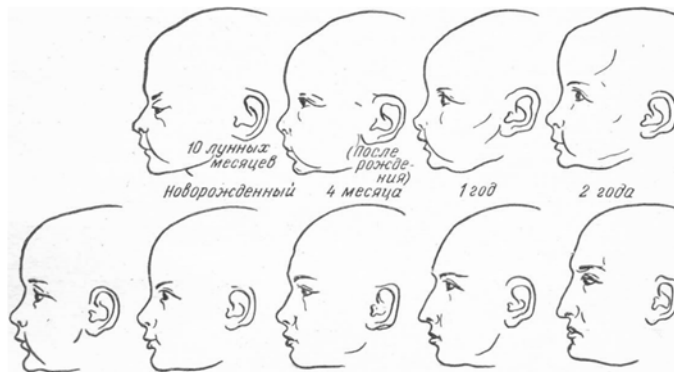
պայմանավորված են նրա զարգացմամբ՝ սկսած ծննդյան պահից մինչև 18 տարեկան և ավելի:

Նորածինների գլխի և մարմնի փոխհարաբերությունը 1:4 է, 2 տարեկանում՝ 1:5, 6 տարեկանում՝ 1:6, 12 տարեկանում՝ 1:7, մեծահասակներինը՝ 1:8 (նկ. 2):

Նորածիններին բնորոշ է գանգի ուղեղային հատվածի գերակշռումը դիմայինից, արտահայտված ճակատաքթային զլանակը, նորածնային ռետրոգենիան:

Ծնվելիս գանգի ուղեղային մասը 7 անգամ գերազանցում է դիմայինի ծավալը, 3 տարեկանում այն լիարժեքի 85%-ն է: Դիմային հատվածը 50% է (նկ. 3):

Ճակատային ծոցը



Նկար 3. Դիմային և ուղեղային հատվածների փոխհարաբերությունները:

ձևավորվում է 5-6 տարեկանում՝ 12 տարեկան ստանալով անհատական ձև:

- Կարծր քիմքը բարձր է:

Հայմորյան (վերձնոտային) ծոցերը առկա են արդեն նորածինների շրջանում, սակայն ռենտգենաբանորեն այն չի որոշվում: Նրանց պնևմատիզացիան կատարվում է 2,5 տարեկանների դեպքում, բայց պարզ չի երևում ատամների սաղմերի շերտադրվող ուրվագծերի հետևանքով:

Դիմային գանգի աճը ալիքաձև է, ունի ակտիվ շրջաններ՝ 0-6 ամսականում, 3-4 տարեկանում, 7-11 տարեկանում, 16-19 տարեկանում:

Նորածինների ստորին ծնոտը կազմված է երկու ինքնուրույն կետերից, որոնք միանում են շարակցական հյուսվածքով: Այն ոսկրանում է կյանքի առաջին տարվա ընթացքում:

Ստորին ծնոտի ատամնաբնային ելունը նույնպես ունի ավելի մեծ չափեր, քան մարմինը՝ 8,5մմ-3-4մմ: Մեծահասակների շրջանում հարաբերությունը փոխվում է. ավելոյար ելունի բարձրությունը 11,5մմ է, մարմնի բարձրությունը՝ 18մմ:

Ստորձնոտային անցքը 9-18 ամսականում տեղակայվում է ավելոյար ելունի մակարդակից 5մմ ցածր: 3,5-4 տարեկանում այն ատամների ծամող մակերեսից 1մմ ցածր է, 6-9 տարեկանում՝ ատամների ծամող մակերեսից 6մմ բարձր, իսկ 12 տարեկանում՝ ատամների ծամող մակերեսից 3մմ բարձր:

Հիմնական ուժային գծերով տեղակայված ոսկրային ձողիկներն արտահայտված չեն: Սպունգանման նյութը ունի մանր գալարաձև կառուցվածք, սպունգանման և կոմպակտ նյութի հարաբերությունը 3:1 է կամ 4:1: 2 տարեկանում առաջանում են հիմնական ոսկրային ձողիկների խմբերը, որոնք մեծանում են, ստանում կարգավորված տեսք: Կտրիչների շրջանում ոսկրը ստանում է միջին գալարաձև, կողմնային հատվածներում՝ խոշոր գալարաձև պատկեր:

Ծնոտոսկրերի աճը առավել ինտենսիվ կատարվում է ատամների ծկթման ընթացքում: Կենտրոնական հատվածները ձևավորվում են 6-7 տարեկանում, որից հետո ստորին ծնոտի աճը հիմնականում կատարվում է կողմնային հատվածների և ճյուղերի հաշվին:

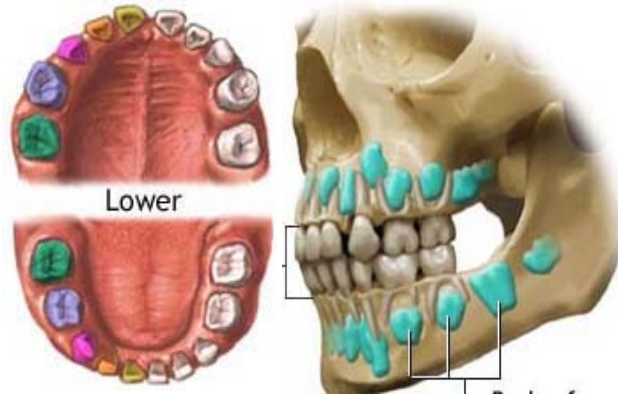
Ստորին ծնոտի աճի հիմնական գոտիներն են անկյան, մարմնի հետին հատվածները, հողազլխիկները: Ծնոտների ճյուղերի աճի ժամանակ փոփոխվում է ծնոտի մարմնի և ճյուղի միջև անկյունը՝ 140°-ից 105-110°: Վերին ծնոտի աճը առավել ինտենսիվ է կարանների շրջանում:

Արյունամատակարարումը կատարվում է արտաքին քնային զարկերակի (a. carotis externa) ճյուղերով՝ լեզվային (a. lingualis), դիմային (a. facialis), վերձնոտային (a. maxillaris), մակերեսային քունքային (a. temporalis superficialis):

Արյունամատակարարման համակարգի լավ զարգացվածությունը մի կողմից ապահովում է ոսկրագոյացման արագ ընթացքը, մյուս կողմից հանգեցնում է վարակի արագ տարածմանը:

Երակային համակարգը զուգորդում է զարկերակային հունը, նրա վերջնական հատվածներն են v. facialis and v. retromandibularis-ը, որոնք հավաքվում են v. jugularis interna-ի համակարգում: Բորբոքային պրոցեսների

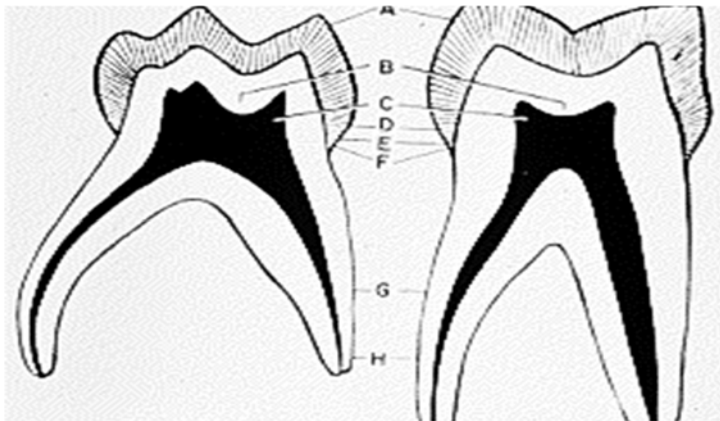
Ժամանակ հնարավոր է sinus cavernosus-ի ախտահարում, ինչպես նաև մեդիաստինիտների զարգացում:



Նկար 4. Կաթնատամային կծվածքը և մնայուն ատամների սաղմերի դասավորվածությունը ծնոտներում:

ատամներ, որոնցից 8-ը կտրիչներ են, 4-ը՝ ժանիք և 8-ը՝ ծամող ատամներ՝ մեծ աղորիքներ (նկ. 4):

Կաթնատամների ձևի տարբերակիչ նշաններից է գլանաձև հաստացումը վզիկային հատվածում, որն ավելի արտահայտված է նախադոնային մակերեսներին: Պսակների լայնությունն ավելի արտահայտված է, քան բարձրությունը: Ատամի խոռոչը ավելի ծավալուն է, պատերը բարակ են, կակղանային խոռոչի ուրվագծերը համապատասխանում են պսակի ձևին: Պուլպայի եղջյուրներն ավելի երկար են, պսակային պուլպան առանց խիստ տարբերությունների (նեղացումների) վերածվում է արմատայինի: Կաթնատամների արմատները բարակ են, բայց ավելի երկար (պսակների համեմատ): Աղորիքների արմատների միջև մնայուն ատամների սաղմերն են զարգացման տարբեր աստիճաններում (նկ. 5):



Նկար 5. Կաթնատամի և մնայուն ատամի տարբերությունը:

Արմատախողովակները կտրվածքների վրա կարող են լինել կլորավուն կամ տափակաձև: Կլինիկորեն կաթնատամներն ունեն երկնագույն երանգ, քիչ կրակալուր և փոքր տրանսպարենտություն (թափանցելիություն):

Հարկավոր է հիշել, որ մանկական կլինիկայում շրջակա միջավայրի ընկալումը և նրան պատասխանելու դրսևորումները տարբեր են երեխաների, դեռահասների և մեծահասակների շրջանում:

Շատ կարևոր է հաշվի առնել երեխայի *նյարդա-հոգեբանական վիճակը*:

- ✓ Մինչև 2 տարեկան երեխան ամբողջովին կախում ունի մեծահասակներից, նրա վարքը բնագոյային է, նա լիովին վստահում է շրջապատող մեծահասակներին:
- ✓ 2-3 տարեկանում նրանք փորձում են շփվել բժշկի հետ՝ հաճախ օգտվելով մանկապարտեզներում ստացած սեփական փորձից:
- ✓ 4 տարեկանում վարքը բարդ է, դրական է ընդունում բժշկի պահանջները, սակայն նրանում առաջանում են բազմաթիվ հարցեր, որոնց միջոցով երեխան աշխատում է ժամանակ շահել՝ վախենալով անհայտ գործողություններից:
- ✓ 5-6 տարեկանում վարքագիծը պայմանավորված է խրախուսանքի, գովասանքի սպասումներով, սակայն արտառոց իրավիճակներում կարող է դրսևորել ագրեսիվություն:
- ✓ 7-12 տարեկանում երեխաներն ավելի շուտ են համակերպվում բարդ իրավիճակներին, նրանց վստահությունը կարելի է շահել՝ բացատրելով կատարվող միջամտությունների էությունը:

Առավել հաճախ կլինիկայում հանդիպում են հետևյալ *իրավիճակները*.

- ✓ Մայրը ներկայացնում է խնդիրը և առաջարկում բժշկին լուծել այն առանց երեխայի և ծնողի ակտիվ մասնակցության:
- ✓ Մայրը ներկայացնում է խնդիրը և առաջարկում բժշկին լուծել այն միայն ծնողների օգնությամբ:
- ✓ Խնդիրը լուծվում է միասին՝ բժշկի և երեխայի համագործակցությամբ:
- ✓ Խնդիրը լուծվում է միասին՝ բժշկի, երեխայի և ծնողների համագործակցությամբ:

Երեխայի վստահությունը շահելու համար բժիշկը պետք է իմանա հետևյալ կանոնները.

- ✓ Երեխայի հետ շփումը կատարել անմիջականորեն, և ոչ թե ծնողների օգնությամբ:
- ✓ Ձայնի տոնը պետք է լինի հանդարտ, հանգիստ. փոփոխությունները հնարավոր են մյուս այցելությունների ժամանակ:
- ✓ Ծանոթությունը կատարվում է ատամնաբուժական բազկաթոռից դուրս, երեխային հետաքրքրող թեմաներով:
- ✓ Մինչև 4 տարեկան երեխաների դեպքում անպայման է տակտիլ ծանոթությունը:
- ✓ Մինչև 3 տարեկան երեխան կարող է բազկաթոռին նստել ծնողներից մեկի հետ:
- ✓ 3 տարեկանից մեծ երեխաների հետ աշխատելիս կարելի է օգտագործել խաղային տարրեր:

- ✓ Անհրաժեշտ է հաշվի առնել երեխայի աշխարհայացքը, իրավիճակի կոնկրետացումը:
- ✓ Հնարավորինս պետք է խուսափել նախազգուշաց նող նախադասություններից՝ հիշելով, որ երեխաները դրանք ընդունում են ճիշտ հակառակ իմաստով:
- ✓ Պետք է հիշել, որ մինչև 8 տարեկան երեխաներին տանը բուժում անցկացնելն անօգուտ է:
Երեխային հետազոտվելուն և հետագա բուժմանը հոգեբանորեն նախապատրաստելու համար անհրաժեշտ է՝
 - հարգել երեխայի անձը,
 - ստեղծել բուժման նկատմամբ դրական տրամադրվածություն,
 - կատարել պրեմեդիկացիա,
 - կիրառել անզգայացման տարբեր եղանակներ:

Ստոմատոլոգիայում կիրառվող հետազոտման մեթոդներն են՝

- սուբյեկտիվ,
- օբյեկտիվ,
- հիմնական,
- օժանդակ, կամ լրացուցիչ:

Հիմնական սուբյեկտիվ հետազոտություններից է անամնեզը:

Այն լինում է կյանքի և հիվանդության (anamnesis vitae et anamnesis morbi):

Մանրակրկիտ հավաքած անամնեզը բժշկին հնարավորություն է տալիս նախնական ենթադրություններ կատարելու հիվանդության հնարավոր պատճառների և բնույթի վերաբերյալ:

Օբյեկտիվ ընդհանուր գնումը ներառում է՝

- ✓ երեխայի ընդհանուր զարգացվածության աստիճանի գնահատումը,
- ✓ տեսանելի մաշկային ծածկույթների գնահատումը,
- ✓ ՔՄՕՇ վիճակի գնահատումը,
- ✓ ավշահանգույցների վիճակը որոշելը (նկ. 6):
- ✓



Նկար 6. Ենթաձևոտային և այտային ավշահանգույցների վիճակը որոշելը:

✓ Շնչառական համակարգի հետազոտությունը. հարկավոր է հիշել, որ նորածինների շնչառական շարժումները միջինը 38-40 են, 7 տարեկանից մեծ երեխաներինը՝ մինչև 20: Շնչառությունն արագանում է բորբոքային հիվանդությունների, ինտոքսիկացիաների դեպքում, դանդաղում է գանգուղեղային վնասվածքների դեպքում:



Նկար 7. Քթով շնչառության ստուգումը:

Անհրաժեշտ է ստուգել երեխայի քթով շնչառությունը, քանի որ նրա խանգարումը կարող է հետագայում հանգեցնել օրթոդոնտիկ լուրջ խախտումների զարգացմանը (նկ. 7):

Երեխաների անոթազարկը նույնպես տարբերվում է՝ մեկ բուպետում 135 զարկ նորածինների դեպքում, 105-95 զարկ՝ 4-5 տարեկան երեխաների դեպքում և 90-80 զարկ՝ 6 տարեկանից մեծ երեխաների դեպքում:

- ☺ Մեկ շնչառական շարժմանը համապատասխանում է 3-4 անոթազարկ:
- ☺ Ջերմաստիճանի բարձրացումը 1° 15-20 զարկով արագացնում է անոթազարկը:

✓ Երեխաների զարկերակային ճնշումը տատանվում է 80/46 նորածինների դեպքում մինչև 96/66 մեկ տարեկանում: Ավելի մեծ տարիքի երեխաների առավելագույն ճնշումը կազմում է $(80 \pm 2) \times$ տարիք, իսկ նվազագույնը՝ առաջինի 2/3-1/2-ը:

✓ Արյան հետազոտությունները կատարվում են բոլոր վիրաբուժական հիվանդների և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ու պարօդոնտի հիվանդություններ ունեցող հիվանդների դեպքում:

✓ Կենսաքիմիական հետազոտությունները նշանակվում են ըստ ցուցումների՝ համակարգային հիվանդությունների, ներզատիչ համակարգի հիվանդությունների դեպքում և այլն:

✓ Ալերգիկ վիճակը որոշվում է մաշկային փորձերով, բլաստոբանսֆորմացիոն ռեակցիաներով, արյան մեջ հակամարմինները որոշելով և այլն:

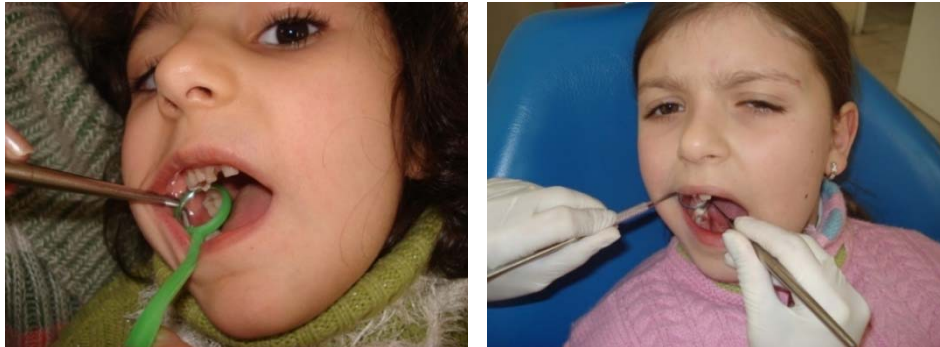
✓ Բջջաբանական հետազոտությունները կատարվում են ուռուցքային և ուռուցքանման վիճակները, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հիվանդություններն ախտորոշելու համար:

✓ Մանրէաբանական հետազոտություններն օգնում են որոշելու բերանի խոռոչի միկրոֆլորան և նրա զգայունությունը տարբեր նյութերի նկատմամբ:

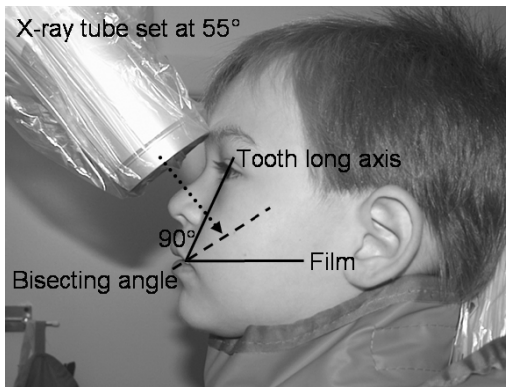
Օբյեկտիվ հետազոտության համար բերանի խոռոչում կիրառվում է ստոմատոլոգիական գործիքների ստանդարտ հավաքածուն՝ զոնդը, ունելին, հայելին: Հետազոտությունը սկսվում է՝ լորձաթաղանթի գույնը և փափուկ հյուսվածքների կպումները որոշելով, որից հետո զննվում են ատամները հետևյալ հերթականությամբ՝ կծվածք - ատամնաշար - ատամ:

Ատամները զննվում են վերին ճնտտից՝ աջից ձախ, ապա ստորին ճնտտը՝ ձախից աջ:

Զննելիս կիրառվում են զոնդավորումը, թակումը և շոշափումը, որից հետո նշվում է ամեն ատամի ախտահարումը. կարիես - լիցք - հեռացում (DMI կամ ԿՊՈւ) ցուցանիշով և գրանցվում հիվանդության պատմության մեջ (նկ. 8):



Նկար 8. Բերանի խոռոչի զննման սկիզբը և ավարտը:



Նկար 9. Նշանակետային ռենտգեն:



Նկար 10. Օրթոպանտոմոգրաֆիա. առաջարկվել է Վ. Պատտերոյի կողմից 1958-ին:

Նախնական ախտորոշումը ճշգրտելու համար առաջարկվում են հետևյալ հետազոտությունները՝

- ռենտգեն ախտորոշում,
- ջերմաախտորոշում,
- էլեկտրագրգաման շեմի որոշում (ՅՕՎ):

Ռենտգեն ախտորոշումը լինում է՝

- ներբերանային (նկ. 9),
- արտաբերանային,
- հատուկ մեթոդներով (նկ. 10):