

ԱՏԱՄՆԵՐԻ ԿԱՐԾԻ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԿՈՄՊՅՈՒՏԵՐԱՅԻՆ (ՀԱՄԱԿԱՐԳՉԱՅԻՆ) ՆԵԿՐՈՉ

Վերջին տասնյակ տարիների ընթացքում ստոմատոլոգները հաճախ հանդիպում են ատամների նոր, անսպասելի և գործնականորեն չուսումնասիրված ախտաբանական ընթացքի, որը բնորոշվում է ատամների համակարգային, տարածուն ախտահարումներով, ավելի ինտենսիվ, քան ճառագայթայինի դեպքում:

Ամենից առաջ անսպասելին այն հանգամանքն է, որ՝

- բոլոր հիվանդները 3-5 տարիների ընթացքում աշխատել են համակարգչով,
- նրանք չեն պահպանել համակարգչով աշխատելու կանոնները և հիգիենան (աշխատանք համակարգչով 8-10 ժամ տևողությամբ՝ առանց հազստյան օրերի),
- ավելի ինտենսիվ ախտահարվում է ծնոտի այն հատվածը, որն ուղղված է մոնիտորին,
- բոլոր հիվանդները գործնականում առողջ էին,
- մինչ այցը երբեք չեն ունեցել ատամի ցավ,
- չեն ենթարկվել ճառագայթումների կամ տոքսիկ նյութերի ազդեցության,
- տարիքային խումբը՝ 25-35 տարեկան, իսկ հետագայում նաև 12-15 տարեկան դեռահասներ:

Հետազոտությունից հետո կլինիկական պատկերը, որը բնորոշվում էր որպես էմալի և դենտինի տարածուն ախտահարում, ինչ-որ տեղ ճառագայթային ախտահարում հիշեցնող, անվանեցին **ատամների կոմպյուտերային (համակարգչային) նեկրոզ**:

Կլինիկան. բնորոշ է բազմակի ատամների ախտահարումը, ինչպես նաև հյուսվածքների ախտահարման մեծ ծավալը: Նեկրոզի օջախները ներգրավում են ատամների պսակների զգալի հատվածը, առաջին հերթին կարիեսի նկատմամբ իմունային գոտիները, վզիկային հատվածները, արմատները և ալվեոլյար ոսկրը: Օջախների գույնը մուգ շագանակագույն է կամ սև, խոռոչները լցված են փափկած ատամնային հյուսվածքներով, որոնք հեշտորեն հեռացվում են արտաքերիչով՝ սովորաբար առանց ցավի ախտանիշի: Չախտահարված հատվածները անփայլ սպիտակ կամ գորշ սպիտակ են՝ առանց կենդանի փայլի: Սկզբնական շրջանում հիվանդները նշում են վզիկային հատվածներում թույլ հիպերեսթեզիա: ԷՕՍ-ն վկայում է ախտաբանական պրոցեսի նկատմամբ կակդանի կողմից թույլ արձագանքի մասին (25-30մկԱ): Ցավի ախտանիշի բացակայությունը, հիվանդների գերզբաղվածությունը պատճառ են դառնում ստոմատոլոգին ուշ դիմելու համար: Բոլոր հիվանդների դեպքում նկատվել է հիպոսալիվացիա, հազվադեպ՝ խիստ արտահայտված, քսերոստոմիայի վերածվող: Բացահայտված նշանները ակտիվ դիստրոֆիկ պրոցես

են, որոնք որոշ դեպքերում բնորոշվում են ատամների արմատների տարածուն մերկացումով, առավելապես թշային և վեստիբուլյար մակերեսներից, մյուս դեպքում ավելոյար ոսկրի և միջատամնային խտրոցների ռեզորբցիան կատարվում է համաչափ: Ատամների և ավելոյար ոսկրի ռենտգենաբանական պատկերը հստակ չէ, փափուկ, ավելի թափանցիկ, արտահայտվում են ոսկրային պատուհաններ, որոնք վկայում են այդ տարրերի հիպոմիներալիզացիայի մասին: Արյան կլինիկական ու կենսաքիմիական հետազոտության տվյալներն առանց առանձնահատկությունների են, կարելի է մատնանշել արյան դանդաղեցված մակարդումը, որի պատճառով ատամները հեռացնելու ժամանակ հարկավոր է լինում կիրառել հեմոստատիկ սպունգ կամ կապ-րոֆեր:

Կլինիկական պատկերի և անամնեզի հիման վրա շատ բարդ չէ ախտորոշել տվյալ ախտահարումը, սակայն մինչ օրս բարդ է պատասխանել, թե որն է ախտահարման պատճառը: Հայտնի է, որ ժամանակակից համակարգիչները արտացոլում են փափուկ իոնիզացնող ճառագայթում, հատուկ էլեկտրամագնիսական դաշտ, նյարդա-հոգեկան և տեսողական անընդհատ ծանրաբեռնվածության պատճառով ակտիվ ազդում են օրգանիզմի ռեզիստենտականության վրա:

Կոմպյուտերային նեկրոզի ենթարկված ատամների բուժումը բավականին բարդ է: Անգամ թույլ ճառագայթումների դեպքում իոնիզացվում են առանձին ատոմներ և մոլեկուլներ՝ առաջացնելով նոր, ազատ ռադիկալներ, պերիդոքսլային միացություններ: Այդ միացությունները, փոխազդելով միմյանց հետ, առաջացնում են բջիջների ֆունկցիաների, կենսաքիմիական պրոցեսների խանգարումներ ընդհուպ առանձին բջիջների մահ: Դա առավել ծանր է ընթանում ատամներում (փակ խոռոչներում), որը դժվարացնում է ռադիկալների քայքայումը, փակում է հակաօքսիդանտների մուտքի ճանապարհը: Կրակաված հյուսվածքների նեկրոզը պայմանավորված է ինչպես օդոնոտորաստների մասնակի անկման կամ նրանց կենսական ֆունկցիայի խիստ նվազմամբ, այնպես էլ էմալի ու դենտինի սպիտակուցային կառույցների վրա ներթափանցող ճառագայթման անմիջական ազդեցությամբ:

Բուժման բարդությունները հետևյալն են.

- ատամների հյուսվածքները քայքայվում են անգամ նվազագույն մեխանիկական մշակման ժամանակ,
- ատամների զգայունությունը բացակայում է մեխանիկական մշակման ժամանակ, որի հետևանքով ավելի հաճախ են կակդանային խոռոչների թափածակումները,
- կակդանի կենսունակության պահպանումը անգամ միջին ախտահարումների դեպքում բավականին դժվար է, գրեթե անհնար,
- հարկավոր է կիրառել տեղային և ընդհանուր բուժումները ատամների հետաձգված լցավորումով:

Անդհանուր բուժումը պետք է ընդգրկի հակաօքսիդանտային պրեպարատներ, ասկորբինաթթու, բետա-կարոտին, ալֆա տոկոֆերոլ, ինչպես նաև կենսաբանական ակտիվ նյութեր՝ ազատ ռադիկալների քայքայման և արտազատման համար: Կրակալման պրոցեսների վրա ազդելու համար նշանակվում են կալցիումի գլիցերոֆոսֆատ օրական 1,5գ, տարեկան 3-4 անգամ մեկ ամսվա ընթացքում: Նշանակվում են մակրո- և միկրոտարրեր պարունակող դեղամիջոցներ, մասնավորապես կլամինը և ֆիտոնոլոնը:

Տեղային բուժումը. առաջին փուլում կատարվում է մեռուկացած և ոչ կենսունակ հյուսվածքների հեռացում, կենսունակ հյուսվածքների ռեմիներալիզացիոն թերապիա էլեկտրոֆորեզով, ալլիկացիաներով, ողողումներով:

1-2 ամսից կարելի է կատարել ատամների ընտրովի լիցքավորում: Խոռոչում ժամանակավոր կապի տակ 1-2 ամսով թողնում են կալցիում պարունակող տակդիրներ, որից հետո լիցքավորում են խոռոչները ԱԻՑ-ներով: Առաջին տարվա ընթացքում կոմպոզիտների կիրառումը այդպիսի հիվանդների դեպքում հակացուցված է:

Իհարկե, կանխել հիվանդությունն ավելի հեշտ է, քան բուժել այն, ուստի համակարգիչներով աշխատելիս անհրաժեշտ է պահպանել որոշակի կանոններ, որոնք հնարավորություն կտան խուսափելու նման ախտահարումներից՝

1. աշխատանքային մակերեսը պետք է լինի 6քմ-ից ավելի,
2. բնական լուսավորումը պետք է լինի ձախից,
3. երկու համակարգիչների մոնիտորների միջև տարածությունը պետք է լինի 2 մ-ից ավելի,
4. աշխատողի և մոնիտորի միջև տարածությունը՝ 60-70սմ,
5. յուրաքանչյուր 2 ժամը մեկ անհրաժեշտ են ընդմիջումներ 15-20 րոպե տևողությամբ՝ օդափոխելով տարածքը,
6. ընդհանուր աշխատանքային ռեժիմը չպետք է գերազանցի 6 ժամ մեծահասակների և 3 ժամ երեխաների դեպքում (ներառյալ ընդմիջումները),
7. հղիության և երեխային կերակրելու ընթացքում համակարգիչներով աշխատանքը հակացուցված է:

Դրա հետ միաժամանակ այն անձանց, որոնք աշխատում են համակարգիչներով, հարկավոր է նշանակել հետևյալ կանխարգելիչ միջոցները՝

- պոլիվիտամինների նշանակում օրումեջ 2-3 դրաժե գարնանը և ձմռանը,
- կլամին (1 հաբ) և ֆիտոնոլոն (30 կաթիլ) օրումեջ ուտելուց 15 րոպե առաջ,
- օրական 0,5գ կալցիումի գլիցերոֆոսֆատ 2 շաբաթվա ընթացքում յուրաքանչյուր 3 ամիսը մեկ,
- ֆոսֆատ պարունակող ատամների մածուկի ալլիկացիաներ բոլոր ատամներին շաբաթական 3 անգամ 15 րոպե տևողությամբ,
- բերանի խոռոչի մանրակրկիտ հիգիենա:

Այդ ամենը հնարավորություն է տալիս խուսափելու հնարավոր ախտահարումներից և բարենպաստ կանդրադառնա ամբողջ օրգամիզմին: