

Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան
*Վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի և դիմաձնոտային
վիրաբուժության ամբիոն*

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱՅԻ ՊՐՈՊԵԴԵՎՏԻԿԱ

*Ուսումնական ձեռնարկ ստոմատոլոգիական ֆակուլտետի
բակալավրիատի ուսանողների համար*

Բ.Գ.Թ. Է. Կ. Ավետիսյանի խմբագրությամբ

Երևան
Երևանի պետական բժշկական համալսարան
2011

ՀՏԴ 616,314-089 (07)

ԳՄԴ 56,6 y7

Վ 680

Հաստատված է
ԵՊԲՀ-ի «Ստոմատոլոգիա» առարկայական
ցիկլային մեթոդական հանձնաժողովի 09.06.2010 թ. նիստում
արձանագրություն թիվ 05

«Տեղային անզգայացում» գլխի հեղինակ՝ պրոֆ. Գ. Վ. Հակոբյան:
Ուսումնական ձեռնարկի պատրաստմանը մասնակցել են դոցենտներ Է. Կ.
Ավետիսյանը, Ա. Յու. Պողոսյանը, ասիստենտ Գ. Կ. Մխիթարյանը:

Գրախոս՝ Բ. Գ. դ., պրոֆ. Յու. Մ. Պողոսյան, ԱՆ ԱԱԻ պլաստիկ և
դիմաձևոտային վիրաբուժության ամբիոնի վարիչ
Լեզվաբան խմբագիր՝ Բան. Գիտ. թեկն., դոցենտ Հ. Վ. Սուքիասյան

Վ-680 Վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի պրոպեդևտիկա: Ուս.
ձեռնարկ բժշկական համալսարանի բակալավրիատի
ուսանողների համար Բ. Գ. թ. Է. Կ. Ավետիսյանի խմբագրությամբ
– Եր.: Երևանի Մ. Հերացու անվան պետ. բժշկ. համալս., 2011. –
196 էջ:

Ուսումնական ձեռնարկը նախատեսված է ստոմատոլոգիական ֆակուլտե-
տի բակալավրիատում սովորող ուսանողների համար և կազմված է հաս-
տատված ուսումնական ծրագրին համապատասխան հետ: Ձեռնարկում տրվում
են տեղեկություններ, որոնք վերաբերում են վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի
ծառայության կազմակերպմանը, վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի ժամանա-
կակից նյութերի, գործիքների եւ սարքավորումների կիրառմանը:

«Հիվանդի հետազոտում» բաժնում տրվում է այս մասնագիտությունում
հանդիպող հիմնական համախտանիշների նկարագրությունը: Շարադրված են
տեղային անզգայացման եղանակները և մեթոդաբանությունը, ատամի պարզ և
բարդ հեռացման վիրահատության տարբեր եղանակները: Ձեռնարկի վերջում
տրվում է մասնագիտական լատիներեն-հայերեն տերմինաբանական բառարան,
որը թույլ կտա վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի առօրյայում աստիճանաբար
կիրառել հայերեն հոմանիշները: Ձեռնարկում տեղադրված է 68 նկար:

ՀՏԴ 616.314-089 (07)

ԳՄԴ 56.6 y7

ISBN 978-9939-65-019-7

© ԵՊԲՀ Մ. Հերացու, 2011

ՑԱՆԿ

Նախաբան	4
Վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի կազմակերպումը <i>բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան, բ.գ.թ., դոց. Ա. Յու. Պողոսյան, Գ. Կ. Մխիթարյան</i>	6
Ինֆեկցիայի հսկողությունը վիրաբուժական ստոմատոլոգիայում <i>բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան, Գ. Կ. Մխիթարյան</i>	32
Ատամնաձևոտային համակարգի անատոմիա <i>բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան, Գ. Կ. Մխիթարյան</i>	39
Հիվանդի հետազոտումը <i>բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան, Գ. Կ. Մխիթարյան</i>	59
Տեղային անզգայացում <i>բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան, Գ. Կ. Մխիթարյան</i>	82
Տեղային անզգայացնող նյութեր <i>բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան, Գ. Կ. Մխիթարյան</i>	83
Ոչ ներարկային անզգայացում (ոչ ինյեկցիոն) <i>բ.գ.դ., պրոֆ. Գ. Վ. Հակոբյան, բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան</i>	98
Ներարկային անզգայացում (ինյեկցիոն) <i>բ.գ.դ., պրոֆ. Գ. Վ. Հակոբյան, բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան</i>	100
Անզգայացման բարդությունները, նրանց կանխարգելումը և Առաջին բուժօգնությունը <i>բ.գ.դ., պրոֆ. Գ. Վ. Հակոբյան, բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան</i>	120
Ատամի հեռացում. Ատամի հեռացման ցուցումները և հակացուցումները <i>բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան, Գ. Կ. Մխիթարյան</i>	135
Ատամ հեռացման մեթոդիկան <i>բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան, Գ. Կ. Մխիթարյան</i>	140
Ատամի հեռացման բարդություններ <i>բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան, Գ. Կ. Մխիթարյան</i>	156
Ատամների ձկթման հիվանդություններ <i>բ.գ.թ. Է. Կ. Ավետիսյան, բ.գ.թ., դոց. Ա. Յու. Պողոսյան, Գ. Կ. Մխիթարյան</i>	173

ՆԱԽԱԲԱՆ

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՄՏՈՄԱՏՈՒՈՒԳԻԱ: ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԿԱՊԸ ՄՅՈՒՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՌԱՐԿԱՆԵՐԻ ՀԵՏ ԵՎ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՓՈԽԼԵՐԸ

Վիրաբուժական ստոմատոլոգիան ստոմատոլոգիայի առանձին կլինիկական առարկաներից մեկն է, որն ուսումնասիրում է ատամների, բերանի խոռոչի օրգանների, դեմքի ու պարանոցի, դիմային գանգի ոսկրերի վիրաբուժական հիվանդությունները և վնասվածքները, որոնք ենթակա են կոմպլեքսային բուժման:

Վիրաբուժական ստոմատոլոգիան սերտորեն կապված է ստոմատոլոգիական մյուս առարկաների հետ և կիրառվում են նույն ախտորոշիչ բուժիչ մեթոդների սկզբունքները: Դրանցից են և թերապիան, օրթոպեդիան, մանկական հասակի ստոմատոլոգիան: Այդ կապը պայմանավորված է ատամների, բերանի խոռոչի օրգանների, դիմաձևոտային շրջանների հյուսվածքների անատոմիա-տոպոգրաֆիկ և ֆիզիոլոգիական միասնականության ու դրանցում ընթացող ախտաբանական պրոցեսների նմանության հետ: Ստոմատոլոգիական հիվանդությունների կոմպլեքսային բուժումը հաճախ կազմված է թերապևտիկ, վիրաբուժական, օրթոպեդիկ միջամտությունների հաջորդականությունից:

Բացի դրանից վիրաբուժական ստոմատոլոգիան սերտորեն կապված է բժշկական այլ մասնագիտություններ՝ ընդհանուր թերապիայի, ընդհանուր վիրաբուժության, օտոլարինգոլոգիայի (ականջակոկորդաբանություն), ակնաբուժության, նյարդաբանության, ռենտգենոլոգիայի և ռադիոլոգիայի հետ, որոնք մեծ հնարավորություններ են ստեղծում այս առարկայի զարգացման և կատարելագործման համար: Վիրաբուժական ստոմատոլոգիան հիմնվում է նաև բնական գիտությունների ձեռքբերումների վրա, ինչպիսիք են ֆիզիկական, քիմիան, ինչպես նաև տեղագրական անատոմիան, նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիան, մանրէա-

բանությունը, ախտաբանական անատոմիան, ֆարմակոլոգիան, օպերատիվ վիրաբուժությունը:

Վիրաբուժական ստոմատոլոգիական հիվանդությունները բաժանվում են մի շարք խմբերի՝ պայմանավորված դրանց առաջացման եթիոլոգիայով (պատճառագիտություն), ախտաբանությամբ, պաթոմորֆոլոգիայով, կլինիկական պատկերի և վիրաբուժական բուժման առանձնահատկություններով՝

1. Ատամների, ծնոտների, դեմքի և պարանոցի հյուսվածքների, բերանի խոռոչի օրգանների բորբոքային հիվանդություններ: Այս դասի հիվանդություններն են՝ օդոնտոգեն (ատամնածին) բորբոքային պրոցեսները (սուր և քրոնիկական պերիօդոնտիտ (շուրջատամնաբորբ), ծնոտի սուր պերիօստիտ (շուրջոսկրաբորբ), ծնոտի օստեոմիելիտ (ոսկրածոծաբորբ), աբսցեսներ (թարախակույտեր), ֆլեգմոնաներ (թարախաբորբ), լիմֆադենիտներ (ավշագեղձաբորբ), ատամների դժվարացած ծկթում, վերին ծնոտային ծոցի օդոնտոգեն (ատամնածին) բորբոքում, սպեցիֆիկ ինֆեկցիոն հիվանդություններ(ակտինոմիկոզ, տուբերկուլյոզ, սիֆիլիս), ոչ օդոնտոգեն (ոչ ատամնածին) բորբոքային պրոցեսներ (ֆուրունկուլ (մկնոռ), կարբունկուլ, սիբիրյան խոց, նոմա), թքագեղձերի բորբոքային հիվանդություններ: Այս պրոցեսները ամենահաճախ նկատվող հիվանդություններն են պոլիկլինիկայի և վիրաբուժական ստոմատոլոգիական ստացիոնարի պայմաններում:

2. Բերանի խոռոչի օրգանների, դեմքի, դիմային գանգի ոսկրերի հրազենային և ոչ հրազենային վնասվածքներ, ինչպես նաև համակցված, կոմբինացված, ջերմային, քիմիական և այլ վնասվածքներ:

3. Դեմքի և ծնոտների նյարդերի, քունք-ստործնոտային հոդի հիվանդություններ և ախտահարումներ:

4. Դեմքի, ծնոտների և բերանի խոռոչի օրգանների նորագոյացություններ և ուռուցքանման հիվանդություններ, դրանց ժամանակակից ախտորոշման մեթոդները՝ համաձայն միջազգային դասակարգման:

5. Դեմքի, ծնոտների բնածին և ձեռքբերովի դեֆեկտներ (արատներ), դեֆորմացիաներ ու նրանց վիրաբուժական բուժման մեթոդները:

Վիրաբուժական ստոմատոլոգիայում հաճախ անհրաժեշտ է լինում ցուցաբերել անհետաձգելի բուժում (սուր բորբոքային և տրավմատիկ հիվանդություններ, այդ թվում դրանց ուղեկցությամբ առաջացող շնչահեղձությունը, արյունահոսությունը, շոկը և այլն): Գոյություն ունեն նաև պլանային վիրահատություններ (քրոնիկական բորբոքային հիվանդություններ, քրոնիկական վնասվածքներ, նորագոյացություններ և ուռուցքաձև հիվանդություններ, դեմքի դեֆորմացիաներ և դեֆեկտներ, բնածին արատներ ու զարգացման անոմալիաներ):

Բժիշկ-ստոմատոլոգը, անկախ իր պրոֆիլից, պետք է կարողանա կատարել առաջին բուժօգնություն ուշագնացության, կոլապսի, շոկի, կոմայի, սրտային և թոքային անբավարարության, սրտամկանի ինֆարկտի, հիպերտոնիկ կրիզի, էպիլեպտիկ վիճակի, ալերգիկ ռեակցիաների, սուր վնասվածքի ժամանակ: Անհրաժեշտ է, որ նման դեպքերի համար բժիշկ-ստոմատոլոգը կարողանա կատարել տրախեոտոմիա (շնչափողափափում):

1. ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱՅԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

Ներկայումս վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի օգնության կազմակերպումը կատարվում է տարբեր տիպի բուժհաստատություններում: Կախված այդ հաստատությունների տեխնիկական և մասնագիտական հագեցվածությունից՝ բուժ-կանխարգելիչ միջոցառումների որակից ելնելով տարբերում են երեք աստիճանի վիրաբուժական ստոմատոլոգիական օգնություն՝

- որակավորված,
- մասնագիտացված,
- նեղ մասնագիտացված:

Որակավորված վիրաբուժական ստոմատոլոգիական օգնությունը ցույց է տրվում այն բժշկական հաստատություն-

ներում, որտեղ կատարվում է ընդհանուր ստոմատոլոգիական ընդունելություն (ստոմատոլոգիական կաբինետներ):

Մասնագիտացված օգնությունը ցուցաբերվում է պոլիկլինիկայում, որտեղ վիրաբույժ ստոմատոլոգի աշխատասենյակ կա:

Նեղ մասնագիտացված վիրաբուժական օգնությունը ցուցաբերվում է ստոմատոլոգիական մեծ պոլիկլինիկաներում, ինչպես նաև այն կենտրոններում, որտեղ գոյություն ունի վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի բաժին: Այս տիպի օգնություն ցուցաբերվում է նաև քաղաքային, շրջանային կամ հանրապետական կենտրոններում, որտեղ առկա է համապատասխան ստացիոնար բուժման համար նախատեսված բաժանմունք:

1.1. Վիրաբույժ ստոմատոլոգի աշխատասենյակին ներկայացվող պահանջները

Աշխատասենյակում անհրաժեշտ է չորս տարածք.

- Առաջին տարածքը նախատեսված է սպասասրահի համար:
- Երկրորդը պետք է լինի ամենաքիչը 10 մ², որը նախատեսված է գործիքները ախտահանելու, վիրակապական նյութերը պատրաստելու, ինչպես նաև վիրահատությանը պատրաստվելու համար:
- Երրորդը նախատեսված է ստոմատոլոգիական բազկաթոռի համար: Մեկ ստոմատոլոգիական բազկաթոռի համար նախատեսված տարածքը պետք է լինի ամենաքիչը 14 մ²: Ստոմատոլոգիական նոր բազկաթոռ ավելացնելիս տարածքը մեծանում է 7 մ²-ով, իսկ ստոմատոլոգիական համասարքի դեպքում՝ 10 մ²-ով:
- Սենյակ, որը նախատեսված է վիրահատությունից հետո հիվանդների հանգստի համար եւ սանհանգույց:

Աշխատասենյակը պետք է ունենա բնական լուսավորում և արհեստական լուսավորման երկու աղբյուր՝ ընդհանուր և հատուկ լամպերի միջոցով, որոնք պետք է լուսավորեն վիրահատական դաշտը: Աշխատասենյակի պատերը պետք է պատված լինեն ճենապակե սալիկներով կամ լվացվող ներկով:

Աշխատասենյակի հագեցվածությունը: Աշխատասենյակում պետք է լինեն ստոմատոլոգիական աթոռ, առանց շողքի լամպ,

էլեկտրական բոռ մեքենա (կարող է օգտագործվել նաև ստոմատոլոգիական համասարքը, որի մեջ մտնում է նաև թքածծիչը և տուրբինային սարքը): Մենյակում պետք է լինի նաև սեղանիկ՝ նախատեսված գործիքների համար, հենակներով աթոռներ և բակտերիցիդ լամպ (ուլտրամանուշակագույն կամ օզոնային): Կահույքը պետք է պատված լինի նիտրոէմալային բաց գույնի ներկով, իսկ սեղանիկները, որոնք նախատեսված են գործիքների համար պետք է լինեն ապակեպատ:

1.2. Ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկայում վիրաբուժական բաժնին ներկայացվող պահանջները

Այս դեպքում վիրաբուժական բաժնի համար անհրաժեշտ է հինգ տարածք.

- Սպասասրահ:
- Նախավիրահատական սրահ (ամենաքիչը 10 մ²):
- Վիրահատական սրահ, մեկ վիրահատական սեղանի համար նախատեսված տարածքը պետք է լինի 23 մ²: Ամեն սեղան ավելացնելիս տարածքն ավելանում է 7 մ²-ով:

- Ախտահանման սենյակ (7 մ²):
- Սենյակ, որը նախատեսված է վիրահատությունից հետո հիվանդների հանգստի համար:

Վիրաբուժական ստոմատոլոգիական աշխատասենյակի համար նախատեսված գործիքները:

Գործիքները լինում են՝

- ախտորոշիչ,
- վիրահատության ընթացքում օգտագործվող գործիքներ:

Ախտորոշիչ գործիքներ՝

- մետաղական շպատել, Բույալսկու շպատել՝ նախատեսված շրթունքները, այտերը և լեզուն մի կողմ տանելու համար, որպեսզի զննեն հիվանդի բերանի խոռոչը
- ստոմատոլոգիական հայելի. նախատեսված է ֆրոնտալատանմների լեզվային ու քմային մակերեսները և լեզվաբմառը զննելու համար,

- սրածայր զոնդ և պարօդոնոտոլոգիական զոնդ. վերջինս նախատեսված է լնդագրպանիկների խորությունը գնահատելու համար,
- կոճակաձև զոնդեր նախատեսված են խուղակները հետազոտելու համար,
- բուրժայրով նուրբ զոնդեր. նախատեսված են թքագեղձերի ծորանների հետազոտելու և լայնացնելու համար,
- ստոմատոլոգիական զոնդեր-նախատեսված են ատամների շարժունակությունը գնահատելու համար:

Վիրահատության ընթացքում օգտագործվող գործիքներ՝

- գործիքներ փափուկ հյուսվածքները հատելու համար,
- գործիքներ փափուկ հյուսվածքները շերտահատելու և շերտազատելու համար,
- գործիքներ և պարագաներ ոսկրային հյուսվածքը հատելու, տաշելու և մշակելու համար,
- գործիքներ ատամները հեռացնելու համար,
- գործիքներ և նյութեր վերքի եզրերը մոտեցնելու համար,
- օժանդակ գործիքներ,
- գործիքներ և պարագաներ անհետաձգելի օգնության համար,
- հատուկ գործիքներ և սարքեր, որոնք նախատեսված են պարօդոնոտոլոգիական վիրահատությունների ու իմպլանտացիայի համար:

1.3. Վիրաբուժական ստոմատոլոգիա բաժնի բուժական աշխատանքի կազմակերպումը

Առաջնային հիվանդները ընդունվում են վիրաբուժական բաժանմունք ընդունարանից կամ պոլիկլինիկայի մեկ այլ բաժանմունքից:

Տարբերում են երկու խումբ հիվանդներ.

1. Հիվանդներ, որոնք կարիք ունեն անհետաձգելի բժշկական օգնության:

2. Հիվանդներ, որոնք կարիք չունեն անհետաձգելի բժշկական օգնության:

Երկրորդ խմբի հիվանդները հետազոտվում են և պլանավորվում է վիրահատության օրը: Վիրահատության պլանավորումից առաջ բժիշկը պետք է օբյեկտիվ գնահատի իր հնարավորությունները: Եթե նրա որակավորումը կամ աշխատասենյակի տեխնիկական հագեցվածությունը չի համապատասխանում այդ միջամտության բարդությանը, ապա անհրաժեշտ է հիվանդին ուղղորդել ավելի բարձր որակավորում ունեցող բժշկական հաստատություն:

Ամեն հիվանդի համար պետք է լրացնել հիվանդության պատմություն, որում անհրաժեշտ է մանրամասն գրի առնել հիվանդի գանգատները, կյանքի և հիվանդության պատմությունը, հետազոտության տվյալները, բուժման տակտիկայի հիմնավորումը: Ինչպես նաև հարկավոր է նշել վիրահատության նկարագիրը, վիրահատական և հետվիրահատական շրջանում առաջացող բարդությունները, հետագա բուժման պլանը և երկրորդային այցելության ժամկետը:

1.3.1. Վիրաբուժական ստոմատոլոգիայում կիրառվող գործիքներ

Կտրող գործիքների շարքին են պատկանում այն գործիքները, որոնք նախատեսված են փափուկ հյուսվածքները հատելու և կտրվածքի համար, ինչպես նաև կարերը և վիրակապական նյութերը կտրելու համար:

Դրանցից են նշտարները, մկրատները, շաղափիչները: Գոյություն ունեն տարբեր տեսակի նշտարներ.

- Ամբողջաձույլ նշտարներ, որոնք նախատեսված են բազմակի օգտագործման համար և պատրաստվում են պողպատից:
- Ամբողջաձույլ նշտարներ, որոնք նախատեսված են բազմակի օգտագործման համար և պատրաստվում են պողպատից, որոնց կտրող մասը պատված է նիտրիդոտիտանով:

- Նշտարներ, որոնք կազմված են մետաղական կամ պլաստմասե բռնակից և տեղադրվող մետաղական շեղբից, որը միանգամյա օգտագործման համար է:
- Սապֆիրե նշտար:
- Լազերային նշտարներ, էլեկտրական նշտարներ (էլեկտրադանակ), որոնց աշխատանքի հիմքում ջերմային շեղբի և հյուսվածքի հալման տեղում էֆեկտի առաջացումն է:
- Ռադիոնշտար:

Ամբողջաձույլ նշտարները լինում են տարբեր չափերի ու ձևի: Այս նշտարների թերությունն այն է, որ յուրաքանչյուր վիրահատությունից առաջ պետք է սրել:

Նշտարները, որոնք կազմված են մետաղական կամ պլաստմասե բռնակից և տեղադրվող միանգամյա օգտագործման 10-11 սմ երկարությամբ մետաղական շեղբից, օգտագործվում են մաշկի, շրթունքների, բերանի նախադռան, բերանի խոռոչի առաջային և միջին հատվածների լորձաթաղանթը հատելու համար: Երկարացված բռնակով նշտարները (14 սմ և ավելի) հարմար է օգտագործել բերանի խոռոչի հետին մասի, բերանը մականային շրջանի վիրահատությունների ժամանակ, քանի որ այս դեպքում նշտարը պահող ձեռքով բժիշկը չի փակում վիրահատական դաշտի տեսանելիությունը:

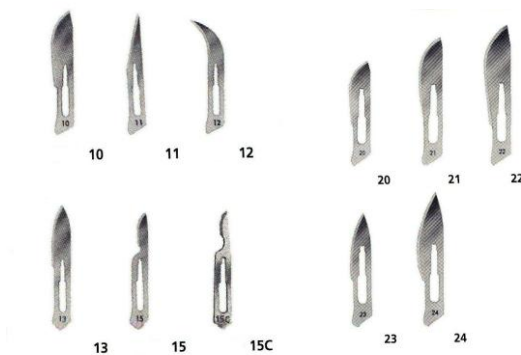


Նկ. 1. Մետաղական բռնակներ միանգամյա օգտագործման նշտարների համար:

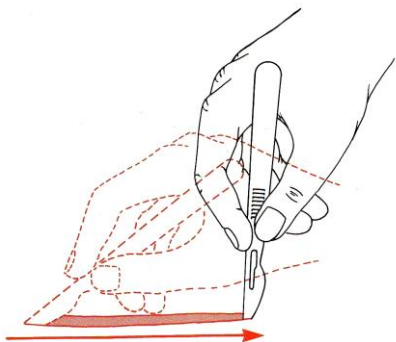
Նշտարի շեղբի նախընտրելի չափսը (երկարությունը, լայնությունը) կախված է վիրահատական դաշտի չափսից, հատվող հյուսվածքների շերտերի հաստությունից, վիրահատական դաշտի շրջանում

առկա կենսական և ֆունկցիոնալ կարևոր անատոմիական օրգաններից և կառուցվածքներից (անոթներ, նյարդեր): Որքան փոքր է վիրահատական դաշտը, այնքան շատ են նրանում արյունատար անոթները, նյարդերը և փոքր է հատվող հյուսվածքների հաստությունը, հետևաբար նշտարի շեղբը պիտի կարճ լինի: Շեղբի ձևի ընտրությունը պայմանավորված է վիրահատական դաշտի տեղագրական առանձնահատկություններով և վիրահատության բնույթով: Բերանի խոռոչի վիրահատությունների ժամանակ օգտագործվում են այսպես կոչված փորավոր փոքր չափսի նշտարները (#15): Մեծ չափսի փորավոր նշտարներն օգտագործվում են մաշկը հատելու ժամանակ (#10): Սուր ծայրով կոպածն նշտարները (#13) նախատեսված են փոքր միջամտությունների համար (ենթավերնոսկրային աբսցես (թարախակույտ), լնդի լորձաթաղանթի հատում, պերիկորոնիտ): Մանգաղաձև նշտարները (#12) հարմար են դժվարահաս տեղերում հատում կատարելու համար (երրորդ մոլյարների լեզվային հատված): Պարօդոնտոլոգիական նշտարներից են Բուկի դանակը, որն ունի սեպաձև տեսք և հանդիպակաց երկու շեղբ: Այս գործիքը նախատեսված է միջատամնային հատվածներում կտրվածք կատարելու համար:

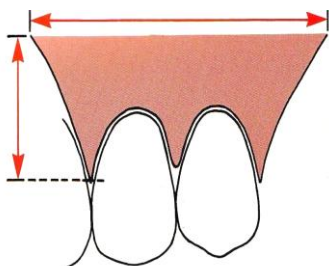
Սապֆիրե շեղբով նշտարը շատ ամուր է:



Նկ. 2. Տարբեր համարների միանգամյա օգտագործման նշտարների շեղբեր:



Նկ. 3. Փորավոր շերքի դիրքի և շարժման ուղղության կանոնը կտրվածք կատարելիս:



Նկ. 4. Բերանի խոռոչից լորձաթաղանթային լաթի ձևավորման 1:2 հարաբերակցության սկզբունքը հետագա եզրային նեկրոզը (մեռուկ) կանխարգելելու նպատակով:

Էլեկտրական նշտարներ. Էլեկտրադանակ: Այն օգտագործելիս առաջանում են եկրոզի գոտի, որի խորությունը պայմանավորված է շերքի և հյուսվածքի հպման մակերեսից ու ժամկետից, ինչպես նաև էլեկտրական ուժից: Նեկրոզի գոտին կարող է արգելակել վերքի՝ առաջնային ձգումով լավացումը: Էլեկտրադանակը նպատակահարմար է օգտագործել այն դեպքում, երբ վերքի լավացումը երկրորդային ձգումով է: Առաջացած նեկրոզի (մեռուկի) գոտին պակասեցնում է արյունահոսությունը նպաստում բորբոքային օջախից միկրոօրգանիզմների ներծծմանը:

Լազերային նշտարի առանձնահատկությունն այն է, որ հյուսվածքների ջերմային վնասման գոտին ավելի մակերեսային է, քան էլեկտրադանակի դեպքում: Այն նպատակահարմար է օգտագործել բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի կարմիր երիզի և մաշկի էկզոֆիտ նորագոյացությունները հեռացնելու համար:

Ռադիոալիքային վիրաբուժական սարք (Dento-surg): Մոդելավորում է էլեկտրական հոսանքը 3,8 ՄՀց հաճախականությամբ: Այն աշխատում է հետևյալ ռեժիմներով՝

- կտրվածք,
- կտրվածք կռագույացիայով,
- կռագույացիա,
- ֆուլգուրացիա (fulgur լատիներեն նշանակում է կայծակ):

Ռադիոնշտարը ապահովում է լավ հեմոստազ, հյուսվածքների նվազագույն վնասվածք և բարձր էսթետիկա: Ռադիոնշտարով աշխատելիս հյուսվածքների և էլեկտրոդի միջև հպում չկա:

Մկրատները հանդիպակաց-կտրող գործիքներից են: Գոյություն ունեն տարբեր կառուցվածքի մկրատներ, որոնք նախատեսված են տարբեր գործողությունների համար: Մկրատներն օգտագործվում են հետևյալ գործողությունների ժամանակ՝

1. կարերի տեղադրման ժամանակ կարերի եզրերի կտրում,
2. անոթների կարման ժամանակ կարերի եզրերի կտրում,
3. կարերի հեռացում,
4. փափուկ հյուսվածքների հատում, կտրում,
5. վիրակապական նյութերի և բինտերի (վիրափաթեթի) կտրում:

Կարեր տեղադրելու և անոթները կարելու ժամանակ կարերի եզրերը կտրելու նպատակով օգտագործվում են երկար բռնակով և աշխատող կարճ մասով մկրատներ: Մկրատի շեղքի եզրերը պիտի լինեն կլորացած, որպեսզի շրջակա անոթները չվնասվեն: Խորը վերքերի դեպքում լավ տեսանելիություն ունենալու համար օգտագործում են S-աձև մկրատները, որոնց շեղքերը պիտի թեքվածություն ունենան: Նույն գործողությունը շրթունքների և բերանի խոռոչի առաջային հատվածում կատարելիս օգտագործվում են ավելի փոքր չափերի մկրատներ: Փափուկ հյուսվածքները հատելու և կտրվածքի համար օգտագործվում են այնպիսի մկրատներ, որոնք ունեն աշխատող երկար մաս (շեղք)՝ ուղիղ կամ թեքված ձևով: Մետաղալարերը կտրելու համար օգտագործվում են հատուկ մկրատներ:



**Նկ. 5. Կուպերի
ուղիղ և թեք մկրատներ:**



Նկ. 6. Կարերը հեռացնելու մկրատներ:

Տրեպանները պատվող-հատող գործիքներ են: Դրանք բարակ պատերով գլաններ են: Գլանի մի կողմի եզրերը բարակ են, իսկ մյուս կողմը նախատեսված է գլանի ֆիքսման համար:

Ոսկրային հյուսվածքը հատելու, կտրվածքի և հեռացնելու համար նախատեսված գործիքներ:

Այս գործիքները լինում են հաջորդական-կտրող և հանդիպակաց-կտրող:

Դուր, ստամեսկա և մուրճիկ: Օգտագործվում են միջարմատային հաղորդակցությունը կտրելու նպատակով, բազմարմատանի ատամները հեռացնելու ժամանակ, որոնց պսակը ամբողջությամբ քայքայված է: Հարվածը մուրճիկով պետք է հնարավորինս թույլ լինի: Օգտագործվում են նաև ոսկրային ցցվածությունները հեռացնելու նպատակով: Դուրը և մուրճը օգտագործելիս հնարավոր բարդություններն են ծնոտի կտրվածքը, շրջակա փափուկ հյուսվածքների վնասումը, ուղեղի ցնցումը և այլն:

Ստամեսկաներն աշխատող մասի միակողմանի թեքվածություն ունեն: Օգտագործվում են աուտոտրանսպլանտատ վերցնելու նպատակով: Դրանք օգտագործելիս ոսկրը փշուրներով կամ կտորներով հավաքվում է գործիքի աշխատող մասի վրա:

Վիրաբուժական գդալիկներ (կյուրետներ): Ախտաբանական հյուսվածքները (սեկվեստրներ, կիստաներ (բշտեր) հեռացնելու նպատակով օգտագործվում են վիրաբուժական գդալիկներ:

Դրանց աշխատող մասն ունի կլոր կամ ձվաձև բաժակի տեսք, որի ծայրերը սուր են: Վիրահատության ընթացքում օգտագործվում են մեծ գղալիկները: Երբ հիմնական հյուսվածքը հեռացվում է, խոռոչը մանրակրկիտ ստուգելու համար օգտագործվում են փոքր գղալիկները:

Մնոտում առաջացած մանր ախտաբանական հյուսվածքները հեռացնելու համար (գրանուլեմաներ, օդոնտոգեն կիստաներ (ատամնածին բշտեր)) օգտագործվում են փոքր գղալիկներ, որոնք երկու կողմից ունեն կլոր կամ ձվաձև աշխատող մաս:

Դժվարահաս տեղամասերից ախտաբանական հյուսվածքներ հեռացնելիս օգտագործվում են երկարացած միջանկյալ մասով և S-աձև թեքվածություն ունեցող աշխատող մասով գղալիկները:

Միաշեղբանի սղոցը ետադարձ-առաջընթացային մեխանիզմով գործող սարք է, որն օգտագործվում է ոսկրային հյուսվածքը հատելու ժամանակ:

Ոսկրային ռաշպիկներն այնպիսի գործիքներ են, որոնք օգտագործվում են ոսկրային մակերեսը հարթեցնելու համար: Օգտագործվում են էկզոստոզները հեռացնելուց հետո: Այն ունի ձողի տեսք, որի միջին հատվածը բռնակն է, իսկ երկու ծայրերը նեղացած են, կլորացած, S-աձև կամ սվինաձև թեքված:

Կլորացած նեղացած մակերեսին առկա են ակոսներ: Սկզբում օգտագործվում է խորը ակոսներով ռաշպիկը, այնուհետև վերջնական հարթեցման համար օգտագործվում է մանր ակոսներով:

Սկավառակային սղոցներ: Այս գործիքներն աշխատում են պտտական մեխանիզմով, օգտագործվում են ոսկրային հյուսվածքը հատելու ժամանակ: Որքան մեծ է սկավառակի տրամագիծը և բարձր նրա արագությունը, այնքան մեծ է ոսկրային հյուսվածքի ջերմային վնասվածքի առաջացումը: Սկավառակն օգտագործելիս պետք է ապահովել արտաքին հովացում և աշխատել ընդհատումներով:

Միաշեղբանի ոսկրային տրեպաններն օգտագործվում են վերին ծնոտային ծոցը բացահատելու նպատակով, իսկ

բազմաշեղքանի տրեպանները՝ աուտոոսկրը վերցնելու նպատակով:

Շաղափներն օգտագործվում են իմպլանտների կամ որևէ կոնստրուկցիայի համար ուղղորդող հարթակ ստեղծելու նպատակով:

Գչիրներ: Ֆիսուրային գչիրներն օգտագործվում են ապեկեկտոմիայի ժամանակ ատամի արմատի գագաթը հեռացնելու, ծնոտների տրեպանացիայի, միջարմատային հատվածը հատելու ժամանակ, երբ պսակը ամբողջությամբ բացակայում է: Այն գչիրները, որոնք ունեն հակադարձ կոնաձև կամ կլոր գլխիկ, օգտագործվում են ատամի արմատի ռետրոգրադ պլոմբավորման (լիցքավորման) ժամանակ՝ ապեկեկտոմիայից հետո, ինչպես նաև օգտագործվում է կոմպակտօստեոտոմիայի ժամանակ:

Բոռ մեքենաներ: Պտտվող կտրող գործիքներն օգտագործելու համար անհրաժեշտ են վիրահատական էլեկտրական բոռ մեքենաներ, գչիրներ, տրեպաններ, շաղափներ, ֆրեզներ: Ոսկրային հյուսվածքը հատելու ժամանակ արագ պտտվող, կտրող գործիքները կիրառելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ գործիքի և հյուսվածքի շփման ժամանակ դրանք երկուսն էլ տաքանում են: Դա կարող է հանգեցնել ոսկրային հյուսվածքի նեկրոզի (մեռուկ), ինչպես նաև օստեոցիտների մահացման:

Ըստ Վ.Վ. Պարասկևիչի՝ գլանաձև ֆրեզների պտտման արագությունը պետք է չգերազանցի 800 պտույտ/ր կամ 13 պտույտ/վ:

Ոսկրային հյուսվածքի ջերմային վնասվածք հիմնականում առաջացնում է ոչ թե անկյունային արագությունը (պտտման արագությունը բոլորում), այլ գործիքի և հյուսվածքի հպման կետի գծային արագությունը: Նույն անկյունային արագության դեպքում որքան մեծ է կտրող գործիքի տրամագիծը, այնքան բարձր է գծային արագությունը: Ոսկրային հյուսվածքի ջերմային այրվածքը կանխարգելելու համար, բացի արագության փոքրացումից անհրաժեշտ է սահմանափակել գործիքի հպման ուժը և անընդհատությունը ոսկրային հյուսվածքին ու կատարել հովացում 9-10°C ջերմաստիճանի ֆիզիոլոգիական լուծույթով: Այդ նպատակով

հարմար է օգտագործել հատուկ վիրաբուժական փոքր չափսերի էլեկտրական սարքեր՝ ֆիզիոդիսպենսերներ: Ունենալով արագ պտույտի հնարավորություն և ցածր արագություն՝ նրանք ապահովում են ուժային հատում: Այդ դեպքում ոսկրային հյուսվածքի ջերմային այրվածքը բացառվում է: Դիսպենսերներն ունեն նաև հատուկ սարք, որի միջոցով ապահովվում է ոսկրային հյուսվածքի հովացումը:

Վիրաբուժական ծայրակալներ: Այս գործիքները պիսի կայուն լինեն 140°C ջերմաստիճանի ախտահանման պայմաններում: Օգտագործվում են ինչպես անկյունային, այնպես էլ ուղիղ ծայրակալներ:

Ֆրեզները լինում են տարբեր ձևերի և օգտագործվում են էկզոստոզներն ու ոսկրային արտացցվածքները հեռացնելու համար:

Ոսկրակրծիչներ: Այս գործիքների կառուցվածքը նման է մյուս աքցանաձև գործիքներին: Կազմված է երկու մասից, որոնք կապված են միմյանց և բռնակի մասում ունեն երկու տերևանման զսպանակներ: Զսպանակները, հենվելով իրար վրա ոսկրակրծիչը պահում են աշխատանքային վիճակում: Թշիկների ներքին մակերեսը կարող է ունենալ ձվաձև բաժականման խորություն, որը տարբեր լայնության է լինում ու եզրերն ամբողջությամբ սուր են: Այսպիսի ոսկրակրծիչներ օգտագործվում են միջարմատային ոսկրային միջնապատը հեռացնելու, ատամնաբնի եզրերը հարթեցնելու համար:

Թշիկների սվինաձև կամ S-աձև թեքվածությունը թույլ է տալիս հանգիստ աշխատել ծնոտի ալվեոլյար ելուստի հետին հատվածներում: Ոսկրակրծիչներով ոսկրի հեռացումը պայմանավորված է ոսկրի փոքր չափսի կտորների հեռացումով, որպեսզի ոսկրը վնասվածք չստանա:



Նկ.7. Ոսկրակրծիչների տարբեր տեսակներ:

Գործիքներ, որոնք օգտագործվում են լինդը և վերնոսկրը շերտազատելու համար: Լնդի և վերնոսկրի հատումից հետո հատուկ ամբարձիչի օգնությամբ կատարվում է լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթի շերտազատում: Այս գործիքները կազմված են բռնակից, որը աստիճանաբար նեղանալով վերածվում է սուր աշխատանքային մասի: Աշխատանքային մասը կարող է լինել տարբեր ձևերի, չափսի և տարբեր անկյունների թեքության: Այն էլևատորները, որոնք թեքված աշխատանքային մաս ունեն,



նախատեսված են լեզվային կողմից լինդը շերտազատելու համար: Նեղացած ծայրով էլևատորները նախատեսված են միջատամ-նային պտկիկը և ատմնաբնի շրջանում լինդը շերտազատելու համար: Ուղղանկյունաձև լայն ամբարձիչները նախատեսված են ծնոտի մարմնից լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթը շերտազատելու համար:

Նկ. 8. Ռասպատոր լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթը շերտազատելու համար:

Ատամները հեռացնելու համար նախատեսված գործիքներ:
Դրանցից են արցանները և ամբարձիչները:

Գործիքներ, որոնք նախատեսված են հյուսվածքների ռետրակցիայի համար:

Վիրահատական դաշտում լավ տեսանելիություն ապահովելու համար օգտագործվում են ռետրակտորներ, որոնք ունեն բահի, թիթեղի և տարբեր ձևի ու չափսի կարթերի տեսք:

Դրանցից են.

1. Լանգեմբեկի կարթը, որն օգտագործվում է բերանի խոռչի հետին շրջանի վիրահատությունների ժամանակ:

2. Ֆարաբեֆի կարթ, որն օգտագործվում է ծնոտների ալվեոլյար ելուստների և բերանի խոռոչի առաջային հատվածում կատարվող միջամտությունների ժամանակ:

3. Դիրվերի կարթ, որն օգտագործվում է լեզուն տեղաշարժելու նպատակով, բերանի հատակի վիրահատությունների ժամանակ:

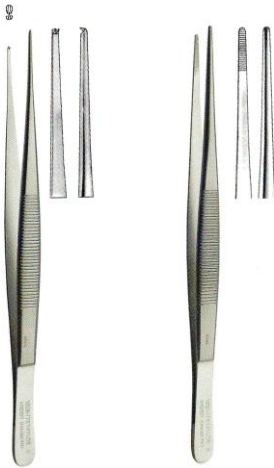
Որպես ռետրակտոր օգտագործվում է նաև տարբեր ձևի և չափսերի շպատեղներ (ծեփաթիակ) ու Բույալսկու շպատելը (ծեփաթիակ):

Գործիքներ, որոնք նախատեսված են հյուսվածքները բռնելու և պահելու նպատակով:

Այս գործիքներն ունեն տարբեր տեսակի կառուցվածք և չափսեր:

Դրանցից են նրբունելիները (պինցետները): Դրանց թշկներն իրարից հեռու են, որոնք բժիշկը մոտեցնում է՝ աշխատանքի ընթացքում սեղմելով բռնակներին: Որպեսզի հյուսվածքներն ամուր բռնվեն և միաժամանակ նվազագույն վնասվածքի ենթարկվեն, թշկների ծայրին առկա են սուր ծայրով ատամիկներ, այնպես որ մի կողմի մեկ ատամիկը մտնում է հակառակ կողմի երկու ատամիկների միջև: Նրբունելիները (պինցետները) օգտագործվում են հյուսվածքների ֆիքսացիան ապահովելու համար դրանք հատելու, վերքի եզրերը հեռացնելու, ինչպես նաև վերքը կարելու ժամանակ: Բերանի խոռոչի առաջային հատվածում կատարվող վիրահատությունների ժամանակ օգտագործվում են 12-15սմ

երկարությամբ նրբունեղիները (պինցետները), իսկ բերանի խոռոչի հետին հատվածների միջատությունների ժամանակ օգտագործվում է 17-23սմ երկարություն ունեցող նրբունեղիները (պինցետները):



Նրբունեղիների (պինցետները) թշկները կարող են լինել ուղիղ և անկյունային: Գոյություն ունեն նաև թաթիկաձև նրբունեղիներ (պինցետներ): Դրա թշկները ծայրամասային հատվածում լայնանում են, ունեն կլորավուն տեսք:

Նկ.9. Վիրաբուժական և անատոմիական նրբունեղիների (պինցետների) տեսակները:

Գործիքներ ու նյութեր, որոնք օգտագործվում են հյուսվածքների ամբողջականությունը վերականգնելու համար: Այս գործիքներից են վիրաբուժական ասեղները, ասեղնաբռնիչները, լիգատուրաների և կարերի հեռացման համար նախատեսված մկրատները, նրբունեղիները (պինցետները):

Վիրաբուժական ասեղներ: Վերքի եզրերը մոտեցնելիս կարերը դրվում են վիրաբուժական ասեղների միջոցով, որոնք ունեն հետևյալ հատկությունները.

- Կորություն: Բերանի խոռոչում վիրաբուժական միջատությունների ժամանակ օգտագործվում են հիմնականում $5/8$, $1/2$ և ավելի հազվադեպ $3/8$ շրջագիծ ունեցող ասեղները: $3/8$ շրջագիծ ունեցող ասեղներն հիմնականում օգտագործվում են դժվարահաս տեղամասերում կար տեղադրելու համար:

- Ձև: Ըստ ձևի՝ տարբերում են ծակող կլորավուն ասեղներ, ծակող ասեղներ կտրող եզրով, կտրող ասեղներ: Բերանի խոռոչի շարժուն լորձաթաղանթին կարեր դնելիս օգտագործվում է ծակող կլորավուն ասեղը: Լնդի վերքի եզրերին ծակող կլորավուն

ասեղներով կար դնելիս կարող են հաստ վերնոսկրի հետ կապված դժվարություններ առաջանալ: Այդ նպատակով կիրառվում են կտրող ասեղներ կամ կտրող եզրով կլորավուն ասեղներ: Մկանային հյուսվածքին և ճարպային բջջանքին կար դնելիս օգտագործում են ծակող կլորավուն ասեղները, փակեղների վերականգնման ժամանակ կտրող եզրով ծակող ասեղները, իսկ մաշկի վերականգնման ժամանակ՝ կտրող ասեղները:

- Չափս: Բերանի խոռոչի վիրահատությունների ժամանակ ասեղի նպատակահարմար չափսը որոշվում է ըստ վիրահատական դաշտի: 16 մմ երկարություն ունեցող ասեղներն օգտագործվում են ավելոյար եզրի և շրթունքների տեղամասում կարեր դնելիս: 16-20 մմ երկարություն ունեցող ասեղներն օգտագործվում են բերանի հատակի, ռետրոմոյար շրջանների և թևակերպածնոտային ծալքի շրջանում: 25 մմ երկարությամբ ասեղներն օգտագործվում են լեզվի միջին և հետին երրորդի շրջանում կատարվող վիրահատությունների ժամանակ:

- Կարանյութի հետ համատեղելիություն: Վերջին ժամանակներս լայն կիրառում են ստացել բազմակի օգտագործման վիրաբուժական ասեղները, որոնք ունեն հատուկ անցք, որի միջով անցկացվում է թելը: Սակայն միանգամյա օգտագործման ասեղները, որոնք միացված են թելերի հետ, կար դնելիս նվազեցնում են հյուսվածքների վնասման աստիճանը, քանի որ ասեղի տրամագիծը գերազանցում է թելի տրամագծին: Այս տիպի ասեղները արտադրվում են փաթեթավորված մանրէազերծ (ստերիլ) պատիճով:

Ասեղնաբռնիչներ: Ասեղնաբռնիչների կառուցվածքը նման է արյունը կանգնեցնող բռնիչների կառուցվածքին: Տարբերությունն այն է, որ ասեղնաբռնիչի աշխատող մասն ավելի կարճ ու հաստ է: Աշխատող մասի ներքին մակերեսին առկա են հանդիպակաց շեղբեր, որոնք ապահովում են ոչ միայն ասեղի, այլև ասեղնաբռնիչի միջոցով կարանյութի ֆիքսացիան (ամրացումը): Դա ապահովում է կարանյութի ապողակտիլ տեղադրումը: Գործիքի ստորին հատվածում գտնվող կողպեքային հատվածն ապահովում է ասեղնաբռնիչի օգնությամբ ասեղի ֆիքսացիան: Մաշկային ծածկույթներին, շրթունքներին, բերանի խոռոչի նախադռան

առաջային հատվածում բերանի խոռոչում կարեր տեղադրելիս ավելի հարմարավետ է օգտագործել 10սմ երկարությամբ ասեղնաբռնիչներ, իսկ բերանի խոռոչի հետին հատվածների, փափուկ քիմքի և թևակերպածնոտային ծալքի շրջանում օգտագործվում են 15սմ երկարությամբ ասեղնաբռնիչներ: Դժվարահաս տեղամասերում կար դնելիս (լնդի լեզվային և քմային մակերեսներ, բերանի սահմանափակումով հիվանդների շրջանում) կարող են առաջա-



նալ որոշ դժվարություններ վերքի եզրից կարանյութը անցկացնելու ժամանակ: Այդ նպատակով օգտագործվում են հատուկ ասեղնաբռնիչներ, որոնց աշխատող մասին ասեղի համար անցք է նախատեսված:

Նկ. 10. Ասեղնաբռնիչ:

Կարանյութ: Կարանյութի ընտրությունը պայմանավորված է նրա հատկություններով և վիրահատական միջամտության բնույթով: Վիրաբույժ-ստոմատոլոգը հաճախ կարեր է տեղադրում լնդին, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին, արնահոսող անոթին և այլն: Կարանյութի հատկությունները որոշվում են ըստ կարանյութ պատրաստող նյութի հատկությունների, նրա ներքին կառուցվածքի և նրա հաստության:

Ներծծման հատկությամբ պայմանավորված կարանյութերը բաժանվում են՝

- ոչ ներծծվող (մետաքս, նեյլոն, ֆտորլոն, լավսան, պոլիպրոպիլեն, մետաղական կարանյութ),
- կարճ ժամանակահատվածում ներծծվող (կետգուտ),
- երկարատև ժամանակահատվածում ներծծվող (քրոմացված կետգուտ, վիկրիլ):

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը վերականգնելու նպատակով կիրառվում է ոչ ներծծվող կարանյութ: Այս խմբի կարանյութերի թերությունն այն է, որ համապատասխան ժամանակահատ-

վածից հետո դրանք պետք է հեռացնել, քանի որ այն որոշ հիվանդների շրջանում առաջացնում է տհաճ զգացողություններ:

Հասարակ կետգուտն օգտագործվում է մանր անոթները կարելու դեպքում, իսկ ավելի խոշոր անոթները և մկանները վերականգելու նպատակով օգտագործվում է քրոմացված կետգուտ: Մկանները, փակեղները և ենթամաշկայի ճարպաբջջանքը շերտ առ շերտ վերականգնելու նպատակով օգտագործվում է վիկրիլ կամ քրոմացված կետգուտ, իսկ մաշկը վերականգնելու նպատակով օգտագործվում են մետաքսե, լավսանե և պոլիպրոպիլենային կարանյութեր:

Ըստ կառուցվածքի՝ կարանյութը կարող է լինել մեկ թելի տեսքով (կետգուտ, պոլիպրոպիլեն) կամ կազմված լինել մի քանի թելերից, որոնք իրար միացված են կծիկի տեսքով (վիկրիլ, մետաքս): Կծիկային թելերի թերությունն այն, որ այն ներծծում է էքսուդատը (բորբոքահեղուկը), իսկ առավելությունը ցածր առաձգականությունն է, որի շնորհիվ այն ավելի լավ է կարվում և այն օգտագործելիս հանգույցները հազվադեպ են ինքնաբերաբար քանդվում:

Պոլիամիդային կարերի հանգույցները իրենց բարձր խտության ու առաձգականության շնորհիվ կարող են գրգռել և վնասման ենթարկել լեզվի, շրթունքների եւ այտերի լորձաթաղանթը, որը չի նկատվում կծիկային կարանյութ օգտագործելիս:

Կարանյութի չափսը (հաստությունը և տրամագիծը) կոդավորվում է զրոներով՝ 0, 00, 000, 0000, 00 000, 000 000, 0 000 000: Ամենամեծ տրամագիծ ունեցող կարանյութը 0 կոդավորում ունեցող կարանյութն է: Կարանյութի հաստությամբ է պայմանավորված նրա ամրությունը: Բարակ կարանյութով կարի դնելիս հանգույցի ձգման ժամանակ կարող է հյուսվածքները պատռվեն: Այդ պատճառով բերանի խոռոչի վիրահատական միջամտությունների ժամանակ օգտագործվում են 000 կամ 0000 կոդավորման կարանյութերը, որոնք շատ ամուր են և հազվադեպ են պատռում հյուսվածքները:

1.3.2. Փափուկ հյուսվածքների վերքերի ամբողջականության վերականգնումը կարանյութի միջոցով

Վիրաբույժ-ստոմատոլոգը հաճախ գործ է ունենում բերանի խոռոչի, լեզվի, շրթունքների, ինչպես նաև դեմքի մաշկային ծածկույթների վերքերի հետ:

Բերանի խոռոչի վերքերի առանձնահատկություններն են.

- Վերքերը հիմնականում տեղակայվում են բերանի խոռոչի հետին հատվածներում: Այդ դեպքում պահանջվում է համապատասխան իմացություն՝ կարերը դնելու համար:

- Բերանի նախադռան շարժուն, բարակ լորձաթաղանթը, ինչպես նաև բերանի հատակի լորձաթաղանթը թույլ ամրություն ունեն և կարող են կտրվել կարերը դնելիս:

- Լնդերի և քիմքի լորձաթաղանթները ամուր կպած են վերնոսկրին:

- Բերանի խոռոչի վիրահատությունների ժամանակ վերքի եզրերից մեկը բարակ շարժուն լորձաթաղանթի տեսքով է, իսկ մյուսը՝ ոչ շարժուն լորձաթաղանթի տեսքով:

- Վերքի եզրերը մոտեցնելուց հետո վերջիններս անընդհատ ենթարկվում են բերանային հեղուկի ու մանրէների ազդեցությանը:

- Կարերը, որոնք դրվում են լեզվի, փափուկ քիմքի, թևակերպածնոտային ծալքի վրա, անընդհատ ենթարկվում են մեխանիկական ազդեցության, որի հետևանքով կարող են թուլանալ և քանդվել:

Կար դնելու ընդհանուր կանոնները.

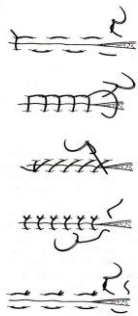
1. Վիրաբուժական ասեղների և կարանյութի ընտրությունը անհրաժեշտ է կատարել՝ հաշվի առնելով դրանց ինստրուկցիան (բաղադրակազմը), ինչպես նաև վերքի տեղակայումը, հյուսվածքների կառուցվածքը, վերքի եզրերի առանձնահատկությունները և կարանյութի վրա մեխանիկական ու մանրէաբանական ազդեցությունը:

2. Կարը դնելիս անհրաժեշտ է վերքի եզրերը կարել ամբողջ խորությամբ կամ շերտ առ շերտ, որպեսզի վերքում դատարկ տարածությունների առաջացումը կանխարգելվի: Այդ տարածությո-

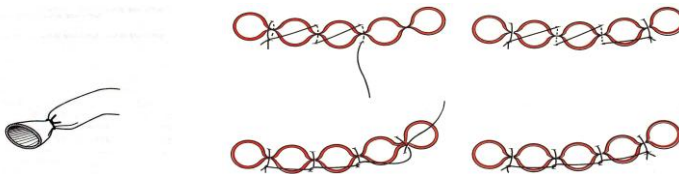
յուններում հետագայում կուտակվում է արյուն, որը վեր ածվում է թարախի:

3. Հանգույցը տեղադրելուց առաջ անհրաժեշտ է մանրակրկիտ համապատասխանեցնել վերքի եզրերը, որպեսզի վերքի եզրերը չշրջվեն:

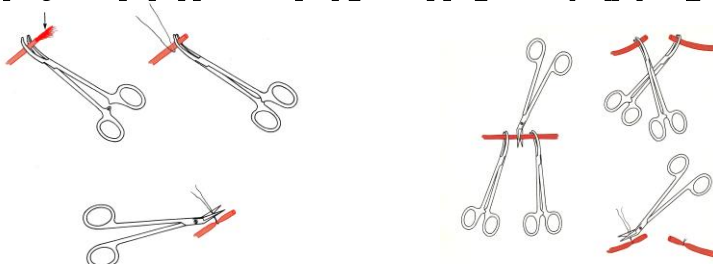
4. Հանգույցները ձգելու ժամանակ անհրաժեշտ է առաջացնել վերքի եզրերի ամուր հպում միաժամանակ խուսափելով դրանց գերձգումից, որը վերքի շրջանում կհանգեցնի արյան շրջանառության հետագա խանգարմանը, որն էլ իր հերթին ոչ նպաստավոր պայմաններ կստեղծի վերքի լավացման համար:



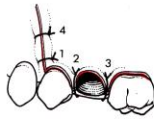
Վիրաբուժական ստոմատոլոգիայում դրվող կարերի տեսակներն են՝ հանգուցավոր, մատրացածն, անընդհատ պարուրածն, անընդհատ մատրացածն: Ամենահաճախ կիրառվողը հանգուցավորն է: Տեղադրվող հանգույցների քանակը կախված է վերքի երկարությունից և հանգույցների միջև հեռավորությամբ:



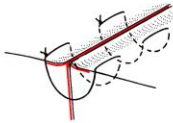
Նկ.11. Հանգուցավոր, մատրացածն, անընդհատ պարուրածն, անընդհատ մատրացածն կարերի տեսակները, անոթի վրա տեղադրված լիգատուրա:



Նկ.12. Լիգատուրայի տեղադրում արյունատար անոթների:



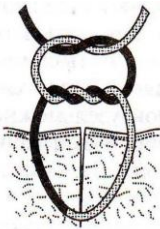
**Նկ. 13. Կարերի տեսակները
ավելոյար ելունի
լորձաթաղանթին:**



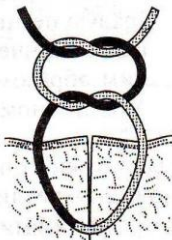
Հանգույցների միջև եղած
մեծ հեռավորությունը չի
ապահովում վերքի եզրերի
լավ ադապտացիան (հար-

մարում), իսկ շատ մոտ գտնվելը հանգեցնում է վերքի շրջանում
արյունամատակարարման խանգարմանը: Առանձին հանգույցը
կազմված է օղակից, հանգույցից, կարանյութի մնացող եզրերից:
Ամեն հանգույց կազմված է 2-3 և ավելի կապերից:

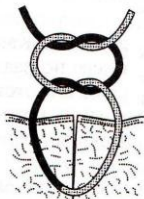
Բերանի խոռոչի ամբողջականությունը վերականգնելու
նպատակով օգտագործվող հանգույցների տեսակներն են.



**Նկ. 14. Վիրաբուժական հանգույց՝ կազմված
երկու կապերից:**



**Նկ. 15. Կանացի հանգույց՝ կազմված երկու
կապերից:**



Նկ. 16. Ծովային հանգույց:

Բերանի խոռոչի վերքերին կար դնելիս առաջին հանգույցը նպատակահարմար է կապել երկու ձեռքերի ցուցամատերով:

Եթե երկրորդ հանգույցը դնելիս առաջին հանգույցը թուլանում է, ապա անհրաժեշտ է կրկնել առաջին հանգույցի տեղադրումը: Ասիստենտը սեղմիչի օգնությամբ ֆիքսում է առաջին հանգույցը, այնուհետև դրվում է երկրորդ հանգույցը:

Կարերի դնելու ապոդակտիլ մեթոդը կարերի և հանգույցների տեղադրումն է ասեղնաբռնիչների կամ արյունականգ սեղմիչների օգնությամբ: Այս մեթոդի առավելությունը հետևյալն է.

- Թույլ է տալիս կարը դնել լավ տեսադաշտ ապահովել բերանի խոռոչի հետին հատվածներում և բերանը մպանային հատվածում:

- Օգտագործվում է կարանյութի համեմատաբար քիչ քանակ:
- Կարանյութը քիչ է ինֆեկցվում:

Կարանյութի ավելցուկները կտրելիս ավելի նպատակահարմար է օգտագործել թեքություն և բույթ եզրեր ունեցող մկրատներ՝ հետևյալ սխալներից խուսափելու.

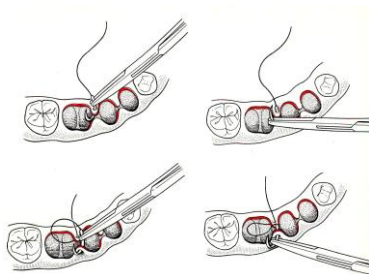
1. Կապերից մեկի կամ ամբողջ հանգույցի վնասում (այս դեպքերում հեռացվում է ամբողջ հանգույցը և նորից դրվում է կարը):

2. Չթողնել կարի եզրերը շատ կարճ, որը կարող է հանգեցնել հանգույցի հետագա թուլացմանը:

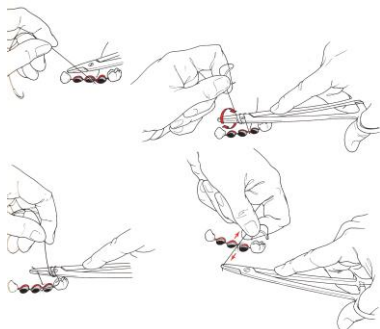
3. Բերանի խոռոչում կարի եզրերը շատ երկար չթողնել (նրանց վրա ադսորբցիայի են ենթարկվում սննդի մնացորդները, մանրէները, ինչպես նաև սննդի մեխանիկական ազդեցությունը դրանց վրա կարող է հանգեցնել հանգույցների թուլացմանը):



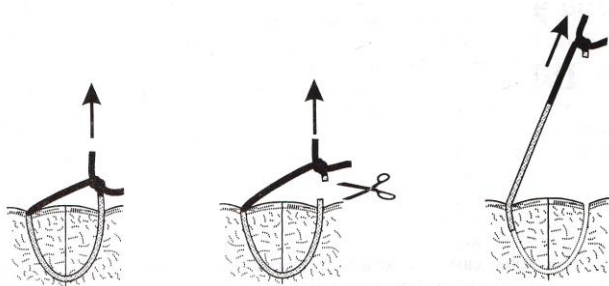
Նկ. 17. Վիրաբուժական մկրատ կիրառելիս բռնելու ձևեր:



Նկ. 18. Ատամների բազմակի հեռացման դեպքում դրվող կարերը:



Նկ. 19. Կարեր դնելու ապոդակտիլ եղանակը:



Նկ. 20. Կարերը հեռացնելու տեխնիկան:

Բերանլայնիչներ: Այս գործիքների օգտագործման անհրաժեշտություն առաջանում է ընդհանուր անզգայացմամբ վիրահատությունների ժամանակ, ինչպես նաև անհետաձգելի օգնություն ցուցաբերելիս, որն ուղեկցվում է ծամիչ մկանների տրիզմով (ծնոտակարկամությամբ): Ատամների վնասումը կանխարգելելու նպատակով բերանլայնիչների աշխատող մասի թշիկներին անհրաժեշտ է տեղադրել ռեզինե խողովակներ 1,5-2 սմ երկարությամբ:

Ատամների բեկակալման գործիքներ և նյութեր: Ատամների բեկակալման համար նախատեսված գործիքներից են.

- Կրամպոնային աքցաններ, որոնք նախատեսված են անհատական մետաղական բեկակալի ձևավորման համար:

- Մկրատներ, որոնք նախատեսված են մետաղալարը կտրելու համար:

- Անատոմիական նրբունեղի՝ նախատեսված բրոնզալյումինային մետաղալարը միջատամնային շրջանով անցկացնելու համար:

- Պեանի արյունականգ սեղման, որը նախատեսված է մետաղական լիգատուրաներ պտտելու համար:

- Ալյումինային մետաղալար, որի տրամագիծը 2մմ է:

- Բրոնզալյումինային մետաղալար, որի տրամագիծը 0,5 մմ է

- Ռաշպիլ, որը նախատեսված է բրոնզալյումինային մետաղալարի եզրերը հարթեցնելու համար:

Տրախեոտոմիայի (շնչափողահատում) համար նախատեսված գործիքներ: Բերանի խոռոչում կատարվող միջամտությունների ժամանակ կարող է առաջանալ օտար մարմինների ասպիրացիա (ատամներ, պրոթեզներ, թանգիվե գնդիկներ), որը կարող է հանգեցնել ասֆիքսիայի (շնչահեղձություն): Այդ դեպքում անհրաժեշտ է անհետաձգելի օգնություն՝ տրախեոտոմիայի տեղադրում: Այդ պատճառով վիրբուժական ստոմատոլոգիական աշխատասենյակում անհրաժեշտ են այդ գործողության համար նախատեսված գործիքներ՝ ախտահանված վիճակում:

Այդ գործիքներն են՝

- տրախեոտոմիական խողովակը,

- միատամանի սուր կարթ, որը նախատեսված է շնչափողը ֆիքսելու համար,

- շնչափողի լայնիչ,

- օժանդակ գործիքներ (նշտար, վիրաբուժական նրբունեղիներ, ռետարկտորներ, արյունականգ սեղմիչներ, ասեղնաբռնիչ, վիրաբուժական ասեղներ, մկրատներ):

2. ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԻՐՄԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱՅՈՒՄ

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների կանխարգելումը, որոնց հարուցիչներն են բակտերիաները, վիրուսները և սնկերը, կարևորագույն խնդիր է ստոմատոլոգիայում հետյալ պատճառներով.

1. Ինֆեկցիոն-բորբոքային հիվանդություններով հիվանդների մեծ քանակ, որոնք վիրաբույժ-ստոմատոլոգի օգնության կարիք ունեն:

2. Բնակչության շրջանում ինֆեկցիոն հիվանդությունների տարածվածությունը, որոնք փոխանցվում են կենսաբանական հեղուկների և թքի միջոցով (հեպատիտ B և C, ՁԻԱՀ, գրիպ):

3. Տուբերկուլյոզով հիվանդացության աճ, որը փոխանցվում է օդա-կաթիլային եղանակով:

4. Բժիշկ-ստոմատոլոգի աշխատելու դիրքը. հիվանդի և բժշկի վերին շնչառական ուղիների մոտիկ լինելը աշխատանքի ընթացքում նպաստում է խաչաձև ինֆեկցման:

5. Արագ պտտվող կտրող գործիքների օգտագործումը նպաստում է կենսաբանական հեղուկների տարածմանը:

6. Ինտենսիվ աշխատանքային ռեժիմ ամբուլատոր պայմաններում:

7. Բերանի խոռոչի վիրահատությունների ժամանակ վիրահատական դաշտի ինֆեկցումը բերանի խոռոչի և պարօդոնտի (հարատամնահյուսվածքի) օդոնտոգեն ինֆեկցիայի օջախի միկրոօրագանիզմներով:

Վիրաբուժական ստոմատոլոգիական բաժանմունքում ընդունելության ժամանակ ինֆեկցման կարող են ենթարկվել բժիշկը, հիվանդները, միջին և կրտսեր բժշկական անձնակազմը: Այդ պատճառով բոլոր միջոցառումներն իրականացվում են բոլոր վերը նշված անձանց շրջանում ինֆեկցիան կանխարգելելու նպատակով:

2.1. Բժշկական անձնակազմի պաշտպանումը էկզոգեն վարակից

Բժշկական անձնակազմի պաշտպանությունը որոշ տեսակի վիրուսային ինֆեկցիաներից՝ հեպատիտ B և գրիպի դեմ,

իրականացվում է վակցինացիայի միջոցով: Պաշտպանության հաջորդ քայլը իրականացվում է միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի նկատմամբ, որը ներառում է էպիդեմիոլոգիական (համաճարակաբանական) անամնեզի (հուշաքննություն) հավաքում՝ հիվանդներին և ինֆեկցիոն հիվանդությունների բարձր ռիսկի խմբում գտնվող մարդկանց հայտնաբերելու համար: Այդ խմբին պատկանում են թմրամոլները, ակոհոլիկները, համասեռամուլները, սոցիալապես դեգրադացված (հետաճած) անձինք: Բժիշկն իրավունք չունի հրաժարվել նման հիվանդներին բուժօգնություն ցուցաբերելուց, եթե նրանք դրա կարիքն ունեն: Այդ պատճառով նման հիվանդներին զննելուց առաջ բժիշկը պետք է ձեռնարկի բոլոր պաշտպանիչ և կանխարգելիչ միջոցառումները՝ իր և բժշկական անձնակազմի ապահովության համար:

Հագուստը: Ինֆեկցիոն հիվանդների հետ աշխատելուց առաջ պարտադիր է դնել մագերը ծածկող բժշկական գլխարկ, դիմակ, հատուկ ձեռնոց կամ երկու զույգ վիրաբուժական ձեռնոց, ակնոց:

Մաշկային ծածկույթների պատահական վնասման դեպքում անհրաժեշտ է միանգամից հանել ձեռնոցները, իջեցնել ձեռքերը և սեղմելով վնասվածքը՝ դուրս բերել մի քանի կաթիլ արյուն (եթե վերքից արյուն դուրս չի գալիս կարելի է դնել սեղմող վիրակապ՝ մակերեսային երակները սեղմելու համար): Ապա վերքը մշակել 3%-անոց ջրածնի գերօքսիդի լուծույթով, 70%-անոց էթիլ սպիրտով և լվանալ ֆիզիոլոգիական լուծույթի շիթով: Դրանից հետո վերքը նորից երկու անգամ պետք է մշակել 5%-անոց յոդի սպիրտային լուծույթով կամ 70%-անոց էթիլ սպիրտով և դրանից հետո դնել ասեպտիկ վիրակապ: Եթե հիվանդի արյունը ընկնում է բժշկի աչքի կամ բաց լորձաթաղանթների վրա, ապա անմիջապես պետք է լվանալ ֆիզիոլոգիական լուծույթով, որից հետո մշակել անտիսեպտիկ լուծույթով՝ 1%-անոց բորաթթվով, քթի համար օգտագործվում է 1%-ոց պրոտարգոլի լուծույթ, բերանը և կոկորդը ողողում են 0,05%-անոց կալիումի պերմանգանատի կամ 1%-անոց բորաթթվի լուծույթով: Մաշկային ծածկույթները վնասելու և կենսաբանական հեղուկների լորձաթաղանթներ

թափանցելու դեպքում նման հիվանդներին օգնություն ցուցաբերելիս նկատի է առնվում, որ կատարվել է «բժշկական կոնտակտ», որի դեպքում բուժանձնակազմը ենթարկվում է հետևյալ հետազոտությունների.

1. Եթե հիվանդը վարակված է եղել ՁԻԱՀ-ի հարուցիչներով, ապա բուժանձնակազմն հետազոտվում է ՁԻԱՀ-ի ինֆեկցիայից, հեպատիտ B և C-ից, «բժշկական կոնտակտ»-ից անմիջապես հետո, ինչպես նաև 6, 12 շաբաթ և 12 ամիս հետո:

2. Եթե հիվանդը վարակված է եղել հեպատիտ B-ով, ապա բուժանձնակազմը հետազոտվում է «բժշկական կոնտակտ» - ից անմիջապես հետո, ինչպես նաև 6 շաբաթ և 6 ամիս հետո՝ հեպատիտի B-ի մարկերների հայտնաբերման նպատակով:

3. Եթե հիվանդը վարակված է եղել հեպատիտ C-ով, բուժանձնակազմը հետազոտվում է «բժշկական կոնտակտ»-ից անմիջապես հետո, ինչպես նաև 6 ամիս հետո՝ հեպատիտ C - ի մարկերների հայտնաբերման նպատակով:

Պատահական վնասվածքների կանխարգելումը:

ՁԻԱՀ-ով, հեպատիտով (յարդաբորբով), սիֆիլիսով հիվանդների բուժօգնության դեպքում մինչ վիրահատություն սկսելը բժիշկը պետք է զգուշացնի միջին և կրտսեր բուժանձնակազմին, որ զգույշ լինեն կտրող և ծակող գործիքները իրար փոխանցելիս ու ամեն օգտագործումից հետո այն անհրաժեշտաբար մշակեն:

2.2. Հիվանդի պաշտպանումը էկզոգեն վարակից

Առաջին հերթին անհրաժեշտ է վերացնել հիվանդի ինֆեկցման վտանգը բուժանձնակազմի կողմից, որի համար կատարվում են հետևյալ միջոցառումները.

1. Արգելվում է աշխատել գրիպով և վարակիչ ինֆեկցիոն այլ հիվանդություններով տառապող բուժանձնակազմի աշխատակիցներին:

2. Բուժանձնակազմի պարբերաբար հետազոտություն՝ ՁԻԱՀ-ի, հեպատիտի B և C-ի, սիֆիլիսի, տուբերկուլյոզի հարուցիչներով վարակվելը կանխելու նպատակով:

3. Վիրաբույժի կողմից ձեռքերի հիգիենայի պահպանում, եղունգները պետք է լինեն կարճ և խնամված, իսկ առկա վերքերը կամ քերծվածքները պետք է մշակվեն 5%-անոց յոդի լուծույթով և փակվեն լեյկոպլաստիքի օգնությամբ,

4. Բոլոր աշխատակիցների կողմից բժշկական հաստատության էպիդեմիոլոգիական (համաճարակաբանական) ռեժիմի խիստ հետևողականություն. աշխատանքից առաջ հազուստ փոխելը, ձեռքերը լվանալը և մշակումը սան հանգույցից օգտվելուց հետո, մանրէաբանական հետազոտությունների համար նախատեսված սարքերի ու գործիքների առկայությունը:

5. Աշխատասենյակի մաքրումը աշխատանքից հետո, վիրահատական աթոռի կամ սեղանի անտիսեպտիկ մշակում, օգտագործված գործիքների անտիսեպտիկ մշակում և աշխատասենյակի մանրէազերծում բակտերիոցիդ ուլտրամանուշակագույն լամպի կամ օզոնատորի օգնությամբ:

6. Վիրաբույժը, բուժքույրը աշխատանքային օրվա սկզբից պետք է մշակեն ձեռքերը ընդունված կարգով:

7. Աշխատել պետք է միայն ախտահանված ձեռնոցներով: Ձեռնոցները փոխելու ժամանակ պետք է ձեռքերը լվանալ ջրի շիթով և մշակել հետևյալ անտիսեպտիկ լուծույթներով. 4%-անոց քլորհեքսիդինի լուծույթ, ցերիգել, 96%-ոց էթիլ սպիրտ:

8. Աշխատանքային հագուստը փոխել, եթե նրա վրա առկա են արյան կամ թարախի հետքեր, իսկ ակնոցը մշակել անտիսեպտիկ լուծույթներով:

9. Ռիսկի խմբում գտնվող հիվանդի հետ աշխատելուց հետո անհրաժեշտ է սենյակի անտիսեպտիկ մշակում:

10. Հնարավորության դեպքում օգտագործել միանգամյա օգտագործվող նյութեր և գործիքներ՝ նշտար, վիրաբուժական ասեղներ:

11. Վիրահատությունից առաջ հիվանդը պետք է լվանա ատամները, որից հետո բերանի խոռոչը պետք է ոդոդի անտիսեպտիկ լուծույթներով՝ 0,12%-անոց քլորհեքսիդինի բիզյուլկոնատի լուծույթով, կալիումի պերմանգանատի թույլ լուծույթով:

12. Բազմակի օգտագործման գործիքների ախտահանման խիստ հետևողականություն:

13. Բուժանձնակազմի կողմից կատարվող վիրահատության նախապատրաստման և վիրահատության ասեպտիկայի կանոնների խիստ պահպանում:

Հիվանդների հնդոգեն ինֆեկցման ռիսկի պակասեցումը

Վիրահատության ընթացքում և հետվիրահատական շրջանում վերքը ինֆեկցվում է բերանի խոռոչի միկրոֆլորայի և պարօդոնտում (հարատամնահյուսվածքում) օդոնտոգեն ինֆեկցիոն օջախների առկայության հետևանքով, որը կարող է բարդացնել հետվիրահատական շրջանը՝ վերքի շրջանում առաջացնելով ինֆեկցիոն-բորբոքային պրոցես:

Այդ պրոցեսի դեմ կատարվում են հետևյալ միջոցառումները.

1. Պլանային վիրահատությունից առաջ անհրաժեշտ է գնահատել բերանի խոռոչի հիգիենան և անհրաժեշտության դեպքում հիվանդին սովորեցնել հիգիենայի կանոնները:

2. Կատարել բերանի խոռոչի սանացիա՝ ատամնաքարերի հեռացում, բուժման չենթարկվող ատամների հեռացում:

3. Բակտերիալ ակտիվության նվազման նպատակով հիվանդին խորհուրդ է տրվում վիրահատությունից 2-3 օր առաջ օրական 3-4 անգամ կատարել ողողումներ անտիսեպտիկ լուծույթներով:

4. Անմիջապես վիրահատությունից առաջ հիվանդը պետք է ողողի բերանի խոռոչը անտիսեպտիկ լուծույթներով, իսկ անզգայացումից առաջ բժիշկը պետք է մշակի ասեղով ծակման տեղը:

5. Ատամի անհետաձգելի հեռացման ժամանակ կարելի է սահմանափակվել տվյալ ատամի և հարևան ատամների վերլնդային ատամնաքարերը հեռացնելով, ու հետագա անտիսեպտիկ մշակումով:

6. Վիրահատությունից հետո (4-5 ժամից ոչ շուտ, որպեսզի մակարդուկը չպոկվի) խորհուրդ է տրվում կատարել ողողումներ անտիսեպտիկ լուծույթներով:

Էնդոգեն ինֆեկցման մյուս աղբյուրը պարօդոնտի (հարատամնահյուսվածքի) միկրոֆլորան է հանդիսանում: Այս

ինֆեկցման աղբյուրի ազդեցությունը նվազեցնելու նպատակով կատարվում են հետևյալ միջոցառումները.

1. Ատամնաբնից ինֆեկցված գրանույացիոն հյուսվածքի հեռացում կյուրետաժային գդալիկների օգնությամբ: Այդ հյուսվածքը չի հեռացվում այն դեպքում, երբ ստործնոտային խողովակը կամ վերծնոտային ծոցը վնասելու վտանգ կա:

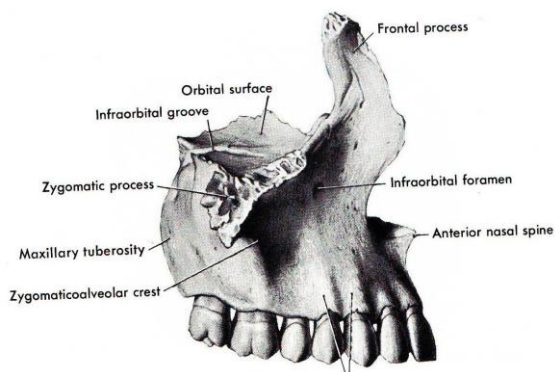
2. Գրանույացիոն հյուսվածքը հեռացնելուց հետո կատարվում է վերքի անտիսեպտիկ մշակում հետևյալ լուծույթներով՝ 3%-անոց ջրածնի գերօքսիդի լուծույթով և 0,02%-անոց քլորհեքսիդին բիզլյուկոնատի լուծույթով:

3. Կատարել կանխարգելիչ հակամանրէային թերապիա:

3. ԱՏԱՄՆԱԾՆՈՏԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱՆ

3.1. Վերին ծնոտի կլինիկական անատոմիան

Վերին ծնոտները, լինելով օդակիր և անշարժ ոսկրեր, իրենց ֆունկցիայով տարբերվում են ստորին ծնոտից: Ի տարբերություն ստորին ծնոտի՝ վերին ծնոտը զուրկ է ծամիչ մկանների կալման կետերից:



Նկ. 21. Վերին ծնոտ:

Վերին ծնոտային ծոցը կամ հայմորյան խոռոչը (sinus maxillaris) գործնական կարևոր նշանակություն ունի վիրաբուժական ստոմատոլոգիայում: Դրա բորբոքումները հաճախ կապված են լինում ատամների հետ կամ հակառակը՝ խոռոչի բորբոքումները կարող են անցնել աղորիքների արմատներին: Հայմորյան խոռոչը բոլոր հարքթային ծոցերից ամենախոշորն է, տարողությունը պայմանավորված է տարիքային և անհատական առանձնահատկություններով: Չափահաս մարդունը միջին հաշվով 15-20 սմ³ է: Ծոցն ունի 5 պատ՝ վերին, ստորին, միջային, առաջակողմնային և հետկողմնային:

Վերին պատը խոռոչը բաժանում է ակնակապիճից, բաղկացած է կոմպակտ նյութից և ունի 0,7-1,2 մմ հաստություն: Նրա միջով անցնող ստորակնակապիճային խողովակը ներհրվում է խոռոչի մեջ, որտեղ նրա ոսկրային պատերը շատ բարակ են, իսկ տեղ-տեղ բոլորովին բացակայում են: Այդտեղ նրա միջով անցնող անոթներն ու նյարդերը ծածկված են միայն լորձաթաղանթով:

Միջային պատը դարձած է դեպի քթի խոռոչը, բաղկացած է միայն կոմպակտ նյութից և միջին հաշվով ունի 2-2,5 մմ հաստություն: Այս պատի վրա է գտնվում հայմորյան խոռոչի բացվածքը (hiatus maxillaris):

Առաջակողմնային պատը հիմնականում համապատասխանում է շնափոսին, որտեղ այն ամենաբարակն է, (0,2-0,5 մմ), բայց հեռանալով փոսից՝ աստիճանաբար հաստանում է: Այս պատի միջով ստորակնակապիճային խողովակից մի քանի բարակ խողովակներ են անցնում դեպի առաջային ատամների արմատները՝ նյարդերի ու անոթների համար:

Հետին կողմնային պատը համապատասխանում է ծնոտի ստորքունքային երեսին, որն ավելի բարակ է հետին վերին մասում (0,8-1,3 մմ), իսկ հետին ստորին մասում՝ ատամնաբնային ելունի մոտ ամենահաստն է (3,5- 4,5 մմ):

Այս պատի հաստության միջով նույնպես անցնում են բարակ խողովակներ, ատամնաբնային հետին վերին նյարդերի և անոթների համար:

Ստորին պատը կամ հատակը համապատասխանում է ատամնաբնային ելունին և գործնական տեսակետից ամենակարևորն է: Նրա դիրքը շատ փոփոխական է՝ պայմանավորված գանգի ձևով, դեմքի լայնությամբ և հարքթային ծոցերի օդակրության աստիճանով: Քթի խոռոչի հատակի համեմատությամբ ծոցի հատակը կարող է հավասար լինել նրա բարձրությանը (մոտ 40%) կամ նրանից ավելի բարձր (18%) և վերջապես ավելի ցածր քան քթի խոռոչի հատակը (42%): Այս վերջին դիրքը նպաստավոր չէ, քանի, որ նախ դժվար է կատարվում ծոցի դատարկումը լորձային (կամ թարախային) արտադրությունից և բացի դրանից՝ նման դեպքերում մեծ աղորիքների արմատները շատ սերտորեն են մոտենում ծոցի հատակին, իսկ երբեմն նրանց գազաթներն ուղղակի մտնում են ծոցի մեջ՝ նրանից բաժանված մնալով բարակ ոսկրային շերտով կամ ուղղակի ծոցի լորձաթաղանթով:

Հայմորյան խոռոչի հատակին հիմնականում համապատասխանում են մեծ աղորիքների արմատները և մասամբ նաև 2-րդ փոքր աղորիքի արմատը, որը, սակայն, նրանից բաժանված է

մնում 4-5մմ հաստությամբ ոսկրային հյուսվածքով: Միայն շատ մեծ ծոցի դեպքում կարող է այդ արմատը ընդհուպ մոտենալ (2-3մմ) ծոցի հատակին: Լայնադեմ գանգերի վրա և լավ զարգացած ծոցի դեպքում վերջինիս հատակին կարող է համապատասխանել նաև 1-ին փոքր աղորիքը: Ժանիքի արմատը առաջային պատում է և առնչություն չունի հատակի հետ:

Նորածինների հայմորյան խոռոչը շատ փոքր է և ատամնաբնային ելունից ներս է (և ոչ թե նրանից վեր, ինչպես չափահասներինը): Ծոցը սկսում է զարգանալ կաթնատամների ծկթմանը զուգընթաց: Հատկապես սկսում է մեծանալ սեռական հասունացման շրջանում՝ մինչև 25 տարեկանը: Չափահաս մարդկանց հայմորյան խոռոչի չափերն այլևս չեն փոփոխվում մինչև ծերունական հասակը, երբ բարակում են ոսկրերը, և ծոցը նորից մեծանում է:

Վերին ծնոտների ելուններից գործնական տեսակետից ավելի կարևոր են ատամնաբնային և քմային ելունները:

Ատամնաբնային ելունը վերին ծնոտի մարմնի շարունակությունն է դեպի վար և կազմված է զույգ աղեղնաձև ոսկրաթիթեղներից, որոնցից արտաքինը դարձած է դեպի բերանի անդատակը, իսկ միջայինը՝ դեպի քիմքը: Նրանց միջև կա սպունգանման նյութ: Ատամնաբների ոսկրային պատերը կազմված են կոմպակտ նյութի թիթեղներից, որոնց միջև սպունգանման նյութն է:

Ամենավերջին ատամնաբնից հետո ատամնաբնային թմբիկն է (*tuber alveolaris*), որը լավ շոշափելի է և կողմնորոշիչ ելակետ է հետին ատամներն անզգայացնելու համար (տուբերալ անզգայացում):

Քմային ելունը հարիզոնական ոսկրային թիթեղ է, որը միջին գծի վրա միանում է մյուս կողմի համանուն թիթեղին և կազմում կարծր քիմքի առաջային մասը: Քմային ելունի հետին եզրը կարանվում է քմոսկրի հորիզոնական թիթեղի հետ, որը նույնպես մասնակցում է կարծր քիմքին: Հատկապես կարևոր է քմային մեծ անցքից սկսվող քմային ակոսը, որտեղ պառկում են այդ անցքից դուրս եկող անոթներն ու նյարդերը: Քթային կատարի

առաջային ծայրի երկու կողմերին կան մեկական անցքեր, որոնք տանում են դեպի կտրիչային խողովակը (canalis incisivus): Վերջինս քիմքի կողմից՝ կտրիչների հետևում, բացվում է մեկ անցքով:

3.2. Ստորին ծնոտի կլինիկական անատոմիան

Ստորին ծնոտը, լինելով գանգի միակ շարժուն ոսկրը, անընդհատ իրեն կաշող մկանների ֆունկցիոնալ ներգործության տակ է:

Կզակից դեպի հետ՝ մարմնի կողմնային երեսի վրա՝ առաջին և երկրորդ աղորիքների արանքից իջնող գծի կեսի վրա կզակային անցքն է, որը ստործնոտային խողովակի ստորին բացվածքն է: Այդ անցքը կարող է տեղաշարժվել դեպի առաջ՝ գտնվելով P1-ի տակ կամ դեպի հետ՝ համապատասխանելով P2-ին: Կզակային անցքը չափահաս մարդու մոտ ծնոտի ստորին եզրից բարձր է 12-19 մմ, իսկ ծերունական հասակում, երբ թափվում են ատամները և մաշվում են ատամնաբները, կզակային անցքն աստիճանաբար մոտենում է մարմնի վերին եզրին:

Ստորին ծնոտի ատամնաբնային մասը (կամ ելունը) վերին ծնոտի նման կրում է 8 ատամնաբներ, որոնք իրարից բաժանված են միջատամնաբնային խտրոցներով:

Առաջային ատամների պատերից հատկապես բարակ են շրթնայինները, փոքր աղորիքների շրջանում թշային և լեզվային պատերը համարյա հավասար են, իսկ մեծ աղորիքների համար

լեզվային պատը քիչ ավելի հաստ է:



Նկ. 22. Ստորին ծնոտը արտաքինից:

Ստորին ծնոտի ճյուղերը՝ որպես տափակ քառակուսի ոսկրային թիթեղներ, ունեն արտաքին և ներքին երեսներ, առաջային ու հետին եզրեր: Դեպի

վեր բաժանվում են 2 ելունի՝ առաջայինը՝ պսակաձև (*procesus coronoideus*) և հետինը՝ կոճային ելուն (*procesus condilaris*): Վերջինիս վրա տարբերում են հոդագլխիկը և վզիկը: Այս ելուններից ճյուղի ներքին երեսի կողմից ձգվում են երկու կատարներ, որոնցից մեկն իջնում է պսակաձև ելունից դեպի ցած և կոչվում է քունքային կատար (*crista temporalis*), իսկ մյուսը, սկսվելով հոդագլխիկից, ձգվում է ցած ու առաջ և կոչվում է վզիկի կատար (*crista colli mandibulae*):

Նշված երկու կատարները, ներքևում ձուլվելով միմյանց, կազմում են ծնոտի բարձիկը (*torus mandibulae*), որից ցած և հետ գտնվում է ստործնոտային անցքը: Մարդու դեպքում տորուսը շոշափելի է բերանի խոռոչի կողմից, և աստամնաբնային նյարդը ցավազրկելու համար լավ կողմնորոշիչ կետ է:

Սրանից դեպի վար ձգվում է թշային կատարը (*crista buccinatoria*), որից հաճախ անջատվում է մի թույլ արտահայտված կատար (*crista intermedia alveolaris*): Այս երկու կատարները սահմանում են հետադորիքային փոսը (*fossa retromolaris*):

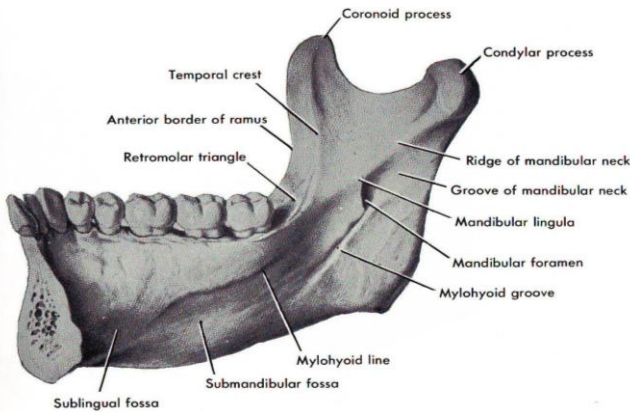
Ճյուղի առաջային եզրը, շարունակվելով մարմնի արտաքին երեսի վրա, կոչվում է թեք գիծ:

Այս կատարի և վերջին երկու աստամների միջև գոյանում է ծնոտի գրպանիկը (*recessus mandibulae*), որից միջայնորեն գտնվում է վերոհիշյալ հետադորիքային փոսը: Ճյուղի կենտրոնում գտնվող ստորինծնոտային անցքի մեջ են մտնում աստամնաբնային անոթներն ու նյարդերը: Այս անցքից մինչև ճյուղի առաջային եզրը 10-25 մմ է, մինչև հետին եզրը՝ 9-20 մմ, ծնոտի անկյունից հեռու է 15-35 մմ-ով:

Ստործնոտային անցքը տանում է դեպի ստորինծնոտային խողովակը, որը վերջանում է կզակային անցքով: Ստորինծնոտային խողովակի պատերը կազմվում են կոմպակտ ոսկրանյութից, որը շրջապատված է որոշ քանակությամբ սպունգանման նյութով: Խողովակը մեծ աղորիքների շրջանում անցնում է ավելի մոտիկ ստորին ծնոտի միջային պատին, իսկ փոքր աղորիքների շրջանում՝ դրսային պատին: Առանձնապես հետաքրքիր է դրա փոխհարաբերությունը աստամների արմատների հետ: Այն մեծ

մասամբ անցնում է ատամնաբների հատակի մոտով՝ 3-4 մմ: Ամենից մոտիկ է M_3 -ի արմատին (1,6-2,5մմ), իսկ ամենից հեռու՝ P_2 -ից: Խողովակի ամբողջ երկարությամբ կան փոքրիկ անցքեր, որոնցից դեպի ատամների արմատներ են անցնում բարակ անոթներ և նյարդեր:

Կզակային անցքի մոտից ստորինծնոտային խողովակը շարունակվում է մինչև միջին գիծը՝ կտրիչ ատամներին ճյուղեր տալու համար:



Նկ. 23. Ստորին ծնոտի ներսային մակերեսը:

Ստորին ծնոտը շարժում են ծամիչ և բերանի

հատակի մկանները, ընդ որում, ծամիչ մկանները բարձրացնում են ծնոտը և փակում են բերանը, իսկ բերանի հատակի մկանները բացում են բերանը, այսինքն՝ ծամիչ մկանների անտազոնիստներ են: Ծամիչ մկանները 4 զույգ են՝ ծամիչ մկան (m. masseter), քունքամկան (m. temporalis) թևակերպային կողմնային և միջային մկաններ (m. pterygoides lateralis et medialis):

Ծնոտի իջեցումն իրագործվում է նաև ծանրության ու ծամիչ մկանների թուլացման և ապա բերանի հատակի մկանների կծկման շնորհիվ:

3.3. Ատամնածնոտային հատվածներ

Ատամնածնոտային հատված կամ սեզմենտ ասելով՝ նկատի ունենք տվյալ ատամը և դրան համապատասխանող ծնոտի հատվածը: Յուրաքանչյուր ծնոտի վրա տարբերում են չորս հատված (սեզմենտ)՝ կտրիչային, ժանիքային, փոքր և մեծ աղորի-

քային: Հատվածների (սեգմենտների) սահմանագծերը տարվում են միջատամնաբնային խտրոցների միջով: Յուրաքանչյուր հատվածի (սեգմենտի) հիմքը կազմում է ատամնաբնային ելունը, որին վերին և ստորին ծնոտների վրա կցված են տարբեր ոսկրային բաղադրամասեր:

Վերին ծնոտի կտրիչային հատվածների մեջ են մտնում ատամնաբնային և քմային ելունները: Այս հատվածները սագիտալ կտրվածքի վրա եռանկյունաձև են՝ հիմքով դարձած դեպի վեր: Ատամնաբնային և քմային ելունները բաղկացած են արտաքին և ներքին կոմպակտ ու դրանց միջև գտնվող սպունգանման նյութից:

Ժանիքային հատվածի մեջ ատամնաբնային և քմային ելուններից բացի մտնում է նաև վերին ծնոտի ճակատային ելունը:

Փոքր աղորիքային հատվածին համապատասխանում են ատամնաբները և վերինծնոտային ծոցի (հայմորյան խոռոչի) առաջային պատը: Լայնադեմ գանգերի վրա այս սեգմենտների սահմաններում է նաև ծոցի ստորին պատը (հատակը), որը նեղադեմ գանգերի վրա սկսվում է միայն երկրորդ փոքր աղորիքի սեգմենտից:

Մեծ աղորիքային հատվածները քառանկյունաձև են և ընդգրկում են ատամնաբնային ելունը և հայմորյան խոռոչը: Դա նշանակում է, որ երեք մեծ աղորիքներն էլ գտնվում են խոռոչի հատակի տակ, որոնց արմատները (հատկապես M^1 , M^2 -ի քմային արմատները) ներհրվում են հատակի մեջ՝ այստեղ ծածկված մնալով միայն լորձաթաղանթով: Այսպիսի կառուցվածքը կարող է ատամնաարմատներից դեպի ծոց կամ հակառակը վարակի անցման պատճառ դառնալ: Աղորիքային հատվածների ատամնաբնային ելունների պատերը հիմնականում կազմված են կոմպակտ նյութից:

Ստորին ծնոտի հատվածների մեջ են մտնում ատամնաբները և ծնոտի մարմնի հիմային մասի համապատասխան հատվածը:

Կտրիչային հատվածները եռանկյունաձև են, ատամնաբնի առաջային պատը ավելի բարակ է (0,4-0,6 մմ), քան հետինը (0,6-1,3 մմ):

Ժանիքային հատվածը նույնպես եռանկյունաձև է: Այստեղ ևս ավելի բարակ է ատամնաբնի անդաստակային (վեստիբուլյար) պատը:

Փոքր աղորիքային հատվածները կտրվածքի վրա ունեն ուղղանկյան տեսք: Այստեղ դեռևս ավելի բարակ է ատամնաբնի անդաստակային պատը:

Մեծ աղորիքային հատվածները ուղղանկյուն ձևից աստիճանաբար դառնում են եռանկյունաձև՝ գագաթով ուղղված դեպի վար: Ավելի հաստ է ատամնաբնի վեստիբուլյար մասը:

3.4. Ատամնածնոտային համակարգի անոթները

Ծամիչ ապարատի զարկերակները

Այս բաժնում ներկայացվում են միայն այն զարկերակներն ու երակները, որոնք ամիջականորեն առնչվում են ծամիչ ապարատի օրգանների հետ: Այս շրջանի զարկերակները արտաքին քնային զարկերակի (*a. carotis externa*) ճյուղերն են, որոնցից կարևորներն են՝ լեզվային, դիմային, քունքային մակերեսային և ծնոտային զարկերակները:

1. Լեզվային զարկերակ (*a. lingualis*). արտաքին քնային զարկերակից ծագում է կորճոսկրի մեծ եղջյուրի դիմաց, ապա անցնելով կզակալեզվային մկանի տակով՝ հասնում է լեզվին և որպես լեզվի խորանիստ զարկերակ պառկում է կզակալեզվային մկանի կողմնային երեսին՝ հասնելով մինչև լեզվի ծայրը: Ճանապարհին լեզվային զարկերակը ճյուղեր է արձակում ենթալեզվային գեղձին և լեզվի մեջքային երեսին:

2. Դիմային զարկերակը (*a. facialis*), արտաքին քնային զարկերակից անջատվում է ստորին ծնոտի անկյան մոտ, ապա անցնում է ենթածնոտային գեղձի միջով՝ բազմաթիվ ճյուղեր տալով նրան և ծամիչ մկանի առաջային եզրի մոտ շրջվում է դեմքի վրա: Այստեղ զարկերակը ճյուղեր է արձակում վերին և ստորին շրթունքներին (*a. labialis superior et inferior*) և հասնում է աչքի միջային անկյանը (*a. angularis nasi*): Դիմային զարկերակը, նախքան դեմքի վրա շրջվելը արձակում է քմային վերել և ենթակզակային զարկերակները:

3. Քունքային մակերեսային զարկերակ (*a.temporalis superficialis*). արտաքին քնային զարկերակի վերջնային ճյուղերից մեկն է, որը նրանից անջատվում է ստորին ծնոտի վզիկի մակարդակին: Այստեղից արտաքին լսանցքի առջևով բարձրանում է վեր և պառկում քունքային շրջանի մաշկի տակ: Այս զարկերակը դեմքի վրա դեպի առաջ արձակում է 2 ճյուղ՝ դեմքի լայնածիգ և այտաակնակապճային զարկերակները, որոնք այտային աղեղի ստորին և վերին եզրերով տարածվում են համապատասխան շրջաններում:

4. Վերինծնոտային զարկերակ (*a.maxillaris*). արտաքին քնային զարկերակի մյուս վերջնային ճյուղն է: Բաժանվում է ստորին ծնոտի վզիկի հետևում և մտնում է ստորքունքային փոսի մեջ: Հաշվի առնելով նրա ընթացքը՝ այն բաժանում են 3 հատվածի՝ վզիկային, ստորքունքային և թևաքմային: Առաջին հատվածի ճյուղերից կարևոր զարկերակը՝ ատամնաբնային ստորին զարկերակը (*a. alveolaris inferior*), սկսվում է ծնոտային զարկերակից, իջնում է ցած և ծնոտային անցքով մտնում է ստորին ծնոտի խողովակի մեջ: Նախքան խողովակի մեջ մտնելը արձակում է մի բարակ ճյուղ ծնոտակորճային մկանի համար: Ստորին ծնոտի խողովակի մեջ հասնում է մինչև միջին գիծը որպես կտրիչային զարկերակ (*a. incisiva*) և բերանակցվում է մյուս կողմի զարկերակի հետ: Կզակային անցքի մոտ նրանից անջատվում է կզակային զարկերակը (*a. mentalis*) որը, համանուն անցքից դուրս գալով, տարածվում է կզակի շրջանի մաշկի և մկանների մեջ:

Այստեղ նա բերանակցում է ենթակզակային և ստորին շրթունքային զարկերակի հետ: Ծնոտային խողովակի մեջ ատամնաբնային ստորին զարկերակից անջատվում են բազմաթիվ ատամնային, միջատամնային և լնդային ճյուղեր: Ատամնային զարկերակները մտնում են ատամի գագաթի անցքով և հասնում կակղանին: Միջատամնաբնային զարկերակներն ավելի հաստ են, պառկում են միջատամնաբնային խտրոցների մեջ ու սնում ոսկրը: Միջատամնաբնային զարկերակներից որոշ ճյուղեր թափանցում են ատամնաբնի մեջ և տարածվում պերիոդոնտում (շուրջատամնափուկածքում): Այս ճյուղերը կոչվում են ատամնաբնային թափանցող

գարկերակներ: Այս գարկերակներից որոշ ճյուղեր երբեմն ծակում են արմատի ցեմենտն ու դենտինը և մտնում են կակղանի մեջ: Ատամը հեռացնելուց հետո թափանցող ճյուղերը հաճախ արյունահոսության պատճառ են դառնում: Միջատամնաբնային գարկերակները տալիս են նաև լնդային թափանցող ճյուղեր, որոնք ծակում են ատամնաբնային խտրոցները և տարածվում լնդերի մեջ: Ծնոտային գարկերակի 2-րդ հատվածից ստորքունքային փոսում ծագում են ճյուղեր, որոնք սնում են ծամիչ մկանները և թշամկանը: Այս բաժնից ծագում է նաև ատամնաբնային հետին վերին գարկերակը, որի 2-3 մանր ճյուղերը մտնում են վերին ծնոտի ստորքունքային երեսի համանուն անցքերով և սնում մեծ աղորիքները, հայմորյան խոռոչի լորձաթաղանթը և լնդերը: Ծնոտային գարկերակի 3-րդ վերջին հատվածը, որը գտնվում է թևաքմային փոսի մեջ, արձակում է 3 ճյուղ՝

- ստորակնակապճային գարկերակ (*a. infraorbitals*). ստորին ակնակապճային ճեղքով մտնում է ակնակապճի մեջ, որտեղ պառկում է համանուն ակոսի, ապա խողովակի մեջ և շնափոսի շրջանում դուրս է գալիս ստորակնակապճային անցքով, բազմաթիվ ճյուղեր տալով դեմքի մկաններին: Ստորակնակապճային գարկերակը համանուն խողովակով անցնելիս առաջային ատամների համար արձակում է մի քանի նոր ճյուղեր (*a. alveolares anteriores*), որոնք հայմորյան ծոցի առաջային պատի հաստության միջով իջնում են ցած և անոթավորում փոքր աղորիքները, ժանիքը, կտրիչները և ծոցի լորձաթաղանթները: Այստեղ էլ ինչպես ստորին ծնոտի վրա ատամնաբնային գարկերակներից բաժանվում են ատամնաբնային և միջատամնային ճյուղերը,

- քմային վայրէջ գարկերակ (*a. palatine descenbens*). թևաքմային փոսից քմային խողովակով իջնելով, դուրս է գալիս քմային մեծ և փոքր անցքերով, որոնցից փոքր քմային գարկերակը սնում է փափուկ, իսկ մեծ քմայինը՝ կարծր քիմքը,

- սեպաքմային գարկերակ (*a. sphenopalatina*). համանուն խողովակով մտնում է քթի խոռոչ և տարածվում է խեցիների լորձաթաղանթի մեջ: Բացի դրանից, նա քթի միջնապատին տալիս է նաև ճյուղեր, որոնք խոփի երկու կողմերով իջնում են վար և առաջ՝

հասնելով կտրիչային անցքին, համանուն խողովակով անցնում են քիմքի առաջային մասի վրա և սնում այդ շրջանը՝ բերանակցելով քմային մեծ զարկերակի հետ:

Ծամիչ ապարատի երակները համեմատաբար ավելի խիտ են, քան զարկերակները: Հաճախ մեկ զարկերակին ուղեկցում են երկու երակ, որոնք կոչվում են նույն զարկերակների անուններով և իրենց տեղադրությամբ ու ընթացքով նույնն են, ինչ որ համապատասխան զարկերակները: Այդ առումով անհրաժեշտություն չկա առանձին նկարագրելու այդ երակները: Ծամիչ ապարատի խոշոր երակները գանգի հիմում և պարանոցի շրջանում թափվում են ներքին լծային երակի մեջ: Հիշատակության արժանի են դիմային, հետծնոտային, լեզվային, ըմպանային և վահանային վերին ու ստորին երակները:

Ատամնային և միջատամնաբնային երակներն ավելի շատ ճյուղեր ունեն, քան զարկերակները և ծնոտների մեջ կազմում են երակային հյուսակներ: Հատկապես ստորին ծնոտի խողովակի մեջ ատամնաբնային երակները համապատասխան նյարդի և զարկերակի շուրջ կազմում են ատամնաբնային ստորին երակային հյուսակը:

3.5. Ծամիչ ապարատի ավշային համակարգը

Գլխի և պարանոցի շրջանում կան մի շարք ավշահանգույցներ, որոնք ավիշ են ընդունում ատամներից, լեզվից, քիմքից և դեմքի մաշկից ու հարակից շրջաններից, ուստի դրանց տեղակայման ուսումնասիրությունն ունի ախտորոշիչ կարևոր նշանակություն:

Գլխի և պարանոցի ավիշը հավաքվում է աջ ու ձախ լծային ավշացողունների մեջ (*truncus jugularis dexter et sinister*), որոնք գնում են յուրաքանչյուր կողմի ներքին լծային երակին զուգահեռ և բացվում աջ կողմից՝ աջ ավշածորանի, ձախ կողմից՝ կրծքային ավշածորանի մեջ: Նախքան նշված ծորանների մեջ բացվելը՝ ավիշն անցնում է շրջանային ավշահանգույցների միջով.

1. Ծոծրակային ավշահանգույցները պտկաձև ելունի հետևում են, վզարմատային վերին գծի մակարդակին: Մրանք ավիշ են հավաքում ծոծրակային և քունքագագաթային շրջանից:

2. Հետականջային ավշահանգույցներ. ամիջապես ականջի խեցու հետևում են: Ավիշ են հավաքում ծոծրակից, ականջի խեցուց և արտաքին լսողական անցքից:

3. Հարականջային ավշահանգույցներ. ականջի առաջ հարականջային գեղձի մակերեսին են և նրա հաստության մեջ: Ավիշ են ընդունում ճակատից, քունքի կողմնային մասից, կոպերից, արցունքագեղձերից և հարականջային թքագեղձերից:

4. Դիմային ավշահանգույցներ. տեղակայված են դիմային երակի երկարությամբ՝ ստորակնակապճային, այտային, թշային և ստործնոտային: Այս հանգույցներն ընդունում են կոպի միջային մասի, քթի, շրթունքի և թշի ավշանոթները:

5. Ենթաստործնոտային ավշահանգույցներ. ենթածնոտային թքագեղձերի փակեղային պարկի մեջ են: Այն հիմնական ավշահանգույցներն են, որոնք ավիշ են հավաքում ատամնածնոտային համակարգի օրգաններից՝ կարծր և փափուկ քիմքից, քմային նշիկներից, լեզվի առաջային մասից, շրթունքներից, կողմնային ատամներից և լնդերից: Այստեղ են գալիս ենթածնոտային և ենթալեզվային թքագեղձերի արտատար ավշանոթները:

6. Ենթակզակային ավշահանգույցներ. կազմում են ենթածնոտային ավշահանգույցների շարունակությունը, դասավորված են երկփոր մկանի առաջային փորիկի տակ: Ավիշ են հավաքում հատկապես ստորին շրթունքից և ստորին կտրիչներից:

7. Հետըմպանային ավշահանգույցներ. քթըմպանի հետևում և նրա կողքերին են: Ավիշ են ընդունում քթի խոռոչից, հարքթային ծոցերի լորձաթաղանթից և ըմպանից:

8. Պարանոցի ավշահանգույցներ. բաժանվում են երկու խմբի՝ առաջային և կողմնային, որոնք իրենց հերթին ունեն մակերեսային և խորանիստ ավշահանգույցներ: Մակերեսայինները դասավորված են արտաքին և առաջային լծային երակների ուղղությամբ: Վերանրակային փոսի շրջանում պարանոցային ավշահանգույցներն ընդունում են գլխի և դեմքի շրջանների ավշահանգույցներից դուրս բոլոր ավշանոթները: Պարանոցային ավշահանգույցները, դասավորվելով համապատասխան օրգանների մոտ /կոկորդային՝

վահանագեղձային, շնչափողային, հարշնչափողային/, նրանցից ընդունում են ավշատար անոթները:

Վերին ատամների ավշանոթները դուրս են գալիս մեծ մասամբ ստորակնակապճային անցքից և դիմային երակի ուղղությամբ իջնում են ցած՝ դեպի թշային և ստործնոտային ավշահանգույցները: Վերին մեծ աղորիքների ավշանոթները դուրս են գալիս հետին վերին ատամնաբնային անցքերից: Ստորին ատամների ավշանոթները դուրս են գալիս ստորինծնոտային և մասամբ էլ կզակային անցքերից:

3.6. Դիմածնոտային շրջանի նյարդավորումը

Դիմածնոտային շրջանի և բերանի խոռոչի նյարդավորումը իրականացվում է զգացող, շարժիչ և վեգետատիվ նյարդերի միջոցով:

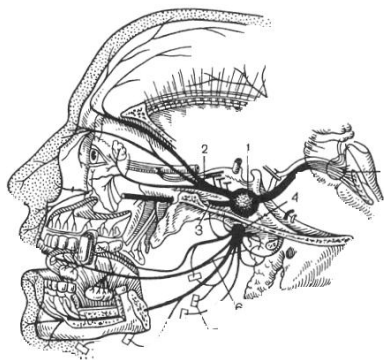
Զգացող նյարդավորումը կատարվում է եռորյակ, լեզվաբմպանային, թափառող նյարդերի, ինչպես նաև պարանոցային հյուսակից եկող նյարդաթելերից (մեծ ականջային և փոքր ծոծրակային նյարդեր):

Դեմքի շրջանում տեղակայված են վեգետատիվ նյարդային հանգույցներ՝

1. թարթչային (gangl. ciliare),
2. թևաքմային (gangl. pterigopalatinum),
3. ականջային (gangl. oticum),
4. ենթաստործնոտային (gangl. submandibulare),
5. ենթալեզվային (gangl. sublingualis):

Եռորյակ նյարդի I ճյուղին կապված է թարթչային հանգույցը, II ճյուղին՝ թևաքմային, III ճյուղին ականջային, ենթաստործնոտային, ենթալեզվային հանգույցները:

Դիմածնոտային շրջանի հյուսվածքներին սիմպատիկ նյարդերը միանում են վերին պարանոցային սիմպատիկ հանգույցից:



Նկ. 24. Եռորյակ նյարդի կառուցվածքը.
 1. եռորյակ հանգույց (gangl. trigeminus),
 2. ակնային նյարդ (n. ophthalmicus),
 3. վերին ծնոտային նյարդ (n. maxillaris),
 4. ստործնոտային նյարդ (n. mandibularis):

Եռորյակ նյարդ (n. trigeminus).

Խառը նյարդ է, պարունակում է զգացող, շարժիչ պարասիմպատիկ նյարդաթելեր:

Եռորյակ հանգույցից (gangl. trig.) սկսվում են նյարդի 3 խոշոր ճյուղերը.

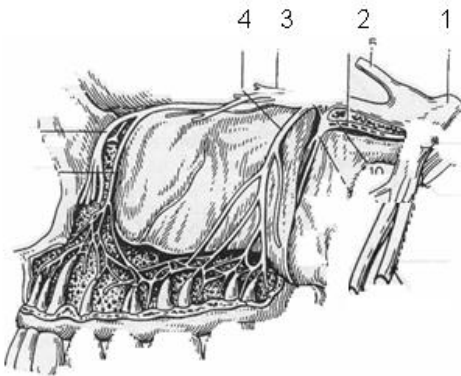
1. Ակնային նյարդը (n. ophthalmicus) զգացող նյարդ է, ծնոտների և բերանի խոռոչի հյուսվածքների նյարդավորմանը չի մասնակցում:

2. Վերին ծնոտային նյարդը (n. maxillaris) զգացող նյարդ է, գանգի խոռոչից դուրս է գալիս կլոր անցքով՝ (f. rotundum) թևաքմային փոսում (fossa pterigopalatina) ճյուղեր տալով: Թևաքմային փոսից այն մտնում է ակնակապիճ և անվանվում է ենթակնակապճային նյարդ (n. infraorbitalis): Ակնակապճից դուրս է գալիս ենթակնակապճային անցքով՝ ճյուղավորվելով վերջնական ճյուղերի: Վերին շրթնային ճյուղերը առաջացնում են փոքր սագաթաթը (pes anserinus minor)՝ նյարդավորելով վերին շրթունքի, ստորին կոպի, ենթակնակապճային շրջանի, քթի թևի մաշկը և լորձաթաղանթը: Թևաքմային փոսում վերին ծնոտային նյարդից սկսվում են 4-8 վերին ատամնաբնային ճյուղեր (rami alveolaris superior posteriores), որոնք, վերին ատամնաբնային անցքերով մտնելով ոսկրի հաստության մեջ, հասնում են վերին ծնոտային թմբին՝ նյարդավորելով թումբը, վերին ծնոտային խոռոչի (հայմորյան) հետին պատը, վերին մեծ աղորիքները, այդ շրջանի ատամնաբնային ելունի վերնոսկրը և լորձաթաղանթը: Հետին վերին ատամնաբնային ճյուղերը մտնում են վերին հետին ատամնաբնային հյուսակի կազմի մեջ: Ենթակնակապճային խողովակից ճյուղավորում են միջին և առաջային վերին ատամնաբնային նյարդերը, որոնք մտնում են վերին առաջային ատամնաբնային հյուսակի մեջ: Այդ

նյարդաթելերը նյարդավորում են փոքր աղորիքները, ժանիքները, կտրիչները, լորձաթաղանթը, ատամնաբնային ելունի վերնոսկրը բերանի նախադռան կողմից: Առաջային վերին ատամնաբնային նյարդաթելերից ճյուղավորում է քթի հատակի առաջային հատվածի լորձաթաղանթը, որը բերանակցվում է քթաքմային նյարդաթելի հետ: Վերին միջին և առաջային ատամնաբնային նյարդաթելերը վերին ծնոտոսկրում բերանակցվելով կազմում են վերին ատամնային հյուսակը (plexus dentalis superior). վերջինս բերանակցվում է հակառակ կողմի նույնանման հյուսակի հետ:

Վերին ատամնային նյարդային հյուսակից դուրս են գալիս

- ատամնային ճյուղեր (rami dentales) ատամների կակղանին,
- պերիոդոնտալ (շուրջատամնահյուսվածքային) և լնդային ճյուղեր (rami periodontales et rami gingivales), որոնք նյարդավորում են ատամների պերիոդոնտը (շուրջատամնահյուսվածքը) և լնդերը,
- միջատմնաբնային ճյուղեր, որոնք նյարդավորում են միջատամնաբնային խտրոցները և վերնոսկրը,
- վերին ծնոտի ծոցի ոսկրային պատերը և լորձաթաղանթը՝ նյարդավորող ճյուղեր:



Նկ. 25. Վերին ծնոտային նյարդ (n. maxillaris)

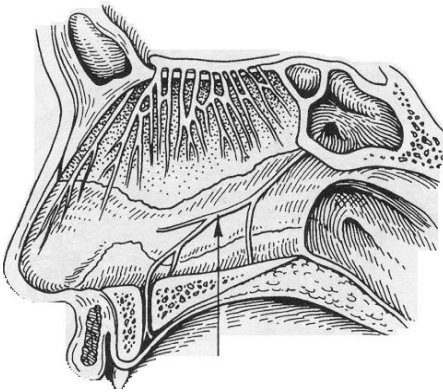
1. էռորյակ նյարդ (n. trigeminus),
2. ակնային նյարդ (n. ophthalmicus), 3. վերին ծնոտային նյարդ (n. maxillaris), 4. հետին վերին ատամնաբնային ճյուղեր (rami alveolaris superior posteriors):

Թևաքմային փոստում վերին ծնոտային նյարդից ճյուղավորվում են քմային նյարդերը, որոնցից մեծ քմային նյարդը (n. palatinus major), դուրս գալով մեծ քմային անցքից, նյարդավորում է քիմքի լորձաթաղանթը մինչև ժանիք: Թևաքմային փոստում

վերին ծնոտային նյարդից ճյուղավորվում է այտային նյարդը (n. zygomaticus), որը, ստորին ակնակապճային ճեղքով մտնելով ակնակապիճ, բաժանվում է 2 ճյուղի՝ այտադիմային (ramus zygomaticofacialis) և այտաքունքային (ramus zygomaticotemporalis):

Թևաքմային փոսից դուրս է գալիս քթաքմային նյարդը (n. nasopalatinus), որը, դուրս գալով կտրիչային անցքից և բերանակցվելով հակառակ կողմի նյարդի ճյուղի հետ, ժանիքից ժանիք նյարդավորում է քիմքի առաջային հատվածի լորձաթաղանթը:

Փոքր քմային նյարդերը (n.n. palatini minores), քմային փոքր անցքերից դուրս գալով. ճյուղավորվում են փափուկ քիմքի լորձաթաղանթում՝ քմային նշիկներում:



Նկ. 26. Քթաքմային նյարդը (n. nasopalatinus) քթի միջնապատի և կտրիչային անցքի շրջանում:

3. Ստործնոտային նյարդ (n. mandibularis). խառը նյարդ է, ունի զգացող և շարժիչ թելեր:

Գանգի խոռոչից դուրս է գալիս ձվաձև անցքով և ենթաքունքային փոսում ճյուղավորվում է մի շարք ճյուղերի. զգացող նյարդաթելերը կազմում են ստործնոտային նյարդի մեծ մասը:

Եռորյակ նյարդի III ճյուղից շարժիչ նյարդաթելերը գնում և նյարդավորում են ստորին ծնոտը բարձրացնող մկանները:

Ծամոդական նյարդ (n. massetericus). հիմնականում շարժիչ նյարդ է, նյարդավորում է ծամոդական մկանը, ինչպես նաև բարակ զգացող ճյուղ է տալիս քունք-ստործնոտային հոդին:

Առաջային խորը քունքային նյարդ (n. temporalis profunda anterior), միջին խորը քունքային նյարդ (medius), հետին խորը քունքային նյարդ (posterior). նյարդավորում են քունքամկանը:

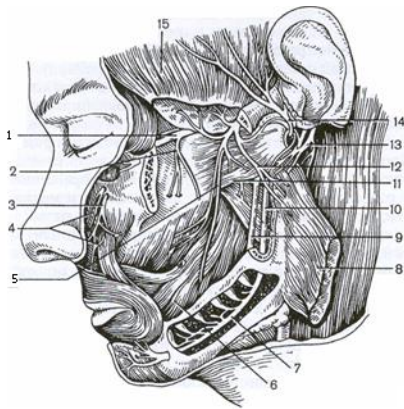
Կողմնային թևակերպային նյարդ (n. pterygoideus lateralis), միջին թևակերպային նյարդ (n. pterygoideus medialis) նյարդավորում են համանուն մկանները:

Ծնոտ-կորճային նյարդ (n. mylohyoideus). անջատվելով ստործնոտային նյարդից՝ մինչև foramen mandibulare մտնելը գնում է ծնոտ-կորճային և երկփորանի մկանի առաջային ոտիկ և նյարդավորում է համանուն մկանները:

Ստործնոտային նյարդից ճյուղավորվում են հետևյալ զգացող նյարդերը.

Թշային նյարդ (n. buccalis). III նյարդից բաժանվելով օվալ անցքից ցած՝ պսակաձև ելունի հիմքի մակարդակին տարածվում է թշամկանի մակերեսին մինչև բերանի անկյուն՝ նյարդավորելով թշի մաշկը և լորձաթաղանթը, ստորին ծնոտի ծամող առամների շրջանի լինդը՝ բերանի խոռոչի նախադռան կողմից:

Ականջ-քունքային նյարդ (n. auriculotemporalis). ունի զգացող և պարասիմպատիկ ճյուղեր, նյարդավորում է համապատասխան շրջանի մաշկը:



Նկ. 27. Ստործնոտային նյարդ

1. վերին ծնոտային նյարդ (n. maxillaris), 2. հետին վերին ատամնաբնային ճյուղեր (rami alveolaris superior posterior), 3, 4. ենթակնակապճային նյարդ (n. infraorbitalis), 5. թշային նյարդ (n. buccalis), 6. թշային մկան, 7. ստորատամնաբնային նյարդ (n. alveolaris inferior), 8. ծամող մկան, 9. լեզվային նյարդ (n. lingualis), 10. ստորատամնաբնային նյարդ, 11. կողմնային թևակերպային մկան 12. ծամողական նյարդ (n. massetericus), 13. դիմային նյարդ (n. facialis), 14.

ականջ-քունքային նյարդ (n. auriculotemporalis), 15. քունքամկան:

Լեզվային նյարդ (n. lingualis). սկսվելով օվալ անցքի շրջանից՝ շարժվում է ստորին ծնոտի ճյուղի ներքին մակերեսի և միջային թևակերպային մկանի մեջտեղով, իջնելով մտնում է բերանի խոռոչ, գնում է ենթածնոտային թքագեղձի վրայով և հասնում է լեզվի կողմնային մակերեսին՝ նյարդավորելով այն: Բերանի խոռոչում լեզվային նյարդը տալիս է բազմաթիվ մանր ճյուղեր՝ նյարդավորելով բերանի հատակի լորձաթաղանթը, ստորին ծնոտի

լորձաթաղանթը, լինդը, լեզվային կողմից ենթաձնոտային թքագեղձը, լեզվի պտկիկները:

Ստորատամնաբնային նյարդ (n. alveolaris inferior). Խառը նյարդ է, ստորձնոտային նյարդի ամենախոշոր ճյուղն է, իջնելով ստորին ձնոտի ներսի մակերեսի և միջին թևակերպային մկանի միջով՝ f. mandibulae-ով մտնում է ստորձնոտային խողովակ, որտեղ տալիս է ճյուղեր, որոնք բերանակցվելով իրար հետ, առաջացնում են ստորին ատամնային հյուսակը (plexus dentalis inferior): Վերջինից սկսվում են ստորատամնային և լնդային ճյուղերը (rami dentalis, et gingivales inferior)՝ նյարդավորելով համապատասխան շրջանի ատամները, լորձաթաղանթը և լինդը՝ բերանի խոռոչի նախադռան կողմից: Ստորին փոքր աղորիքների մակարդակում ստորին ատամնաբնային նյարդից սկսվում է ենթակզակային նյարդը (n. mentalis), որը, դուրս գալով կզակային անցքից (f. mentalis), նյարդավորում է ստորին շրթունքի մաշկը և լորձաթաղանթը, կզակի շրջանի մաշկը: Ստորատամնաբնային նյարդի ոսկրում գտնվող հատվածը, ենթակզակային նյարդի անջատումից հետո կոչվում է ստորատամնաբնային նյարդի կտրիչային ճյուղ (ramus incisivus nervi alveolaris inferioris), որը նյարդավորում է ժանիքները և կտրիչները, իսկ բերանի նախադռան կողմից՝ լորձաթաղանթը և լինդը: Այն բերանակցվում է հակառակ կողմի նույնանուն նյարդի հետ:

3.7. Լեզվի նյարդավորումը

Լեզուն՝ որպես բազմագործառական օրգան, ստանում է տարբեր բնույթի նյարդեր՝ շարժիչ՝ մկանների համար, ցավազգաց՝ լարձաթաղանթների համար և համազգաց՝ պտկիկների համար: Ստանում է նաև վեգետատիվ հյուսազատիչ թելեր՝ լորձաթաղանթի գեղձերի համար: Լեզվի նյարդավորմանը մասնակցում են ենթալեզվային, եռորյակ, լեզվաըմպանային և թափառող նյարդերը:

Լեզվի մկանները շարժիչ նյարդաթելեր են ստանում ենթալեզվային նյարդերից (n. hypoglossus): Լեզվի լարձաթաղանթից ցա-

վազգաց և ջերմային գրգիռները գնում են եռորյակ նյարդի լեզվային ճյուղով:

Լեզուն համազգաց նյարդեր է ստանում լեզվաբմպանային և դիմային նյարդերից: Լեզվի հետին 2/3-ից, մասնավորապես պատնեշավոր պտկիկներից սկսվում է լեզվաբմպանային նյարդի լեզվային ճյուղը, որը կազմված է այդ նյարդի վերին հանգույցում գտնվող կեղծ միաբևեռային բջիջների դենտրիտներից, իսկ այդ բջիջների նեյրիտները գնում են դեպի երկարավուն ուղեղում գտնվող համազգաց՝ մենավոր կորիզը: Այստեղից սկսվող կենտրոնաձիգ նյարդերը գնում, միանում են միջային ժապավենին (*lemniscus medialis*) և նրա կազմի մեջ հասնում են կեղևին:

Լեզվի առաջային 1/3-ից համի զգացողություններն անցնում են դիմային նյարդի ճյուղի՝ թմբկալարի (*chordatympani*) միջով, որը միանում է եռորյակ նյարդի լեզվային ճյուղին:

Թմբկալարի համազգաց թելերը դիմային նյարդի ճանապարհին գտնվող ծնկաձև հանգույցի (*ganglion geniculi*) կեղծ միաբևեռանի բջիջների դենտրիտներ են, իսկ այդ բջիջների նեյրիտները նույնպես գնում են դեպի համազգաց կորիզը, որտեղ վերջանում է նաև լեզվաբմպանային նյարդի լեզվային ճյուղը: Լեզվի արմատի լորձաթաղանթը նյարդավորում է թափառող նյարդի ճյուղով:

Լեզվի լարձաթաղանթի գեղձերը հյութազատիչ վեգետատիվ հետհանգուցային նյարդեր ստանում են ենթալեզվային հանգույցներից, որի նախահանգուցային պարասիմպատիկ նյարդերը գալիս են թմբկալարի միջոցով: Այս թելերը սկսվում են երկարավուն ուղեղում տեղակայված թքազատության վերին կորիզից: Սիմպատիկ նյարդերը գալիս են դիմային զարկերակի սիմպատիկ ցանցից:

3.8. Քիմքի նյարդավորումը

Քիմքը ստանում է ցավազգաց, շարժիչ և հյութազատիչ նյարդաթելեր, որոնք գալիս են եռորյակ, դիմային և թափառող նյարդերից: Քիմքի նյարդերն այստեղ տարածվում են քմային մեծ ու փոքր անցքերից և կտրիչային անցքից: Այս նյարդերի սկզբնաղբ-

յուրը թևաքմային հանգույցն է, որը դրված է թևաքմային փոսում՝ վերինծնոտային նյարդի ճանապարհին, որից և ստանում է ցավազգաց թելեր: Հանգույցը պարասիմպաթիկ նախահանգուցային թելեր է ստանում դիմային նյարդի ճյուղից՝ մեծ վիմանյարդից (n. petrosus major), իսկ սիմպատիկ թելեր՝ ներքին քնային հյուսակի սիմպաթիկ ցանցից (n. petrosus profundus):

Հանգույցից դուրս եկող նյարդերը իրենց մեջ պարունակում են վերոհիշյալ բնույթի նյարդաթելեր (ցավազգաց, պարասիմպատիկ և սիմպատիկ), որոնք կազմում են քնային մեծ ու փոքր և քթաքմային նյարդեր:

Փափուկ քիմքի մկանները շարժիչ թելեր են ստանում թափառող նյարդի ըմպանային ճյուղից, բացառությամբ քնային վարագույրը լարող մկանից, որը շարժիչ թել ստանում է եռվորյակ նյարդից:

4. Հիվանդի հետազոտումը

Հիվանդի հետազոտումը թույլ է տալիս հայտնաբերել հիվանդության նշանները, որը իր հերթին թույլ է տալիս՝

- հայտնաբերել առանձին օրգաններում, ծամոդական-խոսակցական ապարատում և ընդհանուր օրգանիզմում տեղի ունեցող անատոմիական և ֆունկցիոնալ փոփոխությունները,
- գտնել այդ փոփոխությունների պատճառը (էթիոլոգիան),
- ճշտել տվյալ ախտաբանական պրոցեսի տեղակայումը և յուրահատկությունը,
- գնահատել ընդահանուր օրգանիզմի վիճակը և նրա ռեակցիան տվյալ ախտաբանական գործոնի նկատմամբ:

4.1. Հիվանդությունների միջազգային դասակարգումը

Ըստ հիվանդությունների միջազգային դասակարգման՝ բոլոր հիվանդությունները, պայմանավորված առաջացման պատճառով և համակարգային պատկանելիությամբ բաժանվում են 17 դասի: Հիվանդությունների մեծ մասը, որին առնչվում է վիրաբույժ-ստոմատոլոգը և դիմաձնոտային վիրաբույժը, բաժանվում է 5 դասի՝

- 1-ին դաս՝ ինֆեկցիոն և պարազիտար հիվանդություններ,
- 8-րդ դաս՝ մարսողական օրգանների հիվանդություններ,
- 12-րդ դաս՝ ոսկրերի և շարժողական օրգանների հիվանդություններ,
- 13-րդ դաս՝ բնածին զարգացման արատներ,

- 17-րդ դաս՝ դժբախտ պատահարներ, թունավորումներ և վնասվածքներ:

Եվս մի շարք հիվանդություններ առանձին խումբ են կազմում, ստոմատոլոգիական հիվանդությունների շարքում: Դրանցից են՝

- 5-րդ դաս՝ նյարդային համակարգի և զգայական օրգանների հիվանդություններ,
- 11-րդ դաս՝ մաշկի և ենթամաշկային ճարպաբջջանքի հիվանդություններ,
- 15-րդ դաս՝ ծերություն:

4.2. Հիմնական սինդրոմները (համախտանիշները), որոնք հանդիպում են վիրաբուժական ստոմատոլոգիական բնագավառում

Բոլոր այս հիվանդությունները բաժանվում են 4 խմբի՝

- 1-ին խումբ՝ բորբոքային հիվանդություններ,
- 2-րդ խումբ՝ փափուկ հյուսվածքների, ոսկրերի և ատամների վնասվածքներ,
- 3-րդ խումբ՝ դեմքի և ծնոտների նյարդերի, քունք-ստործնոտային հոդի հիվանդություններ և ախտահարումներ
- 4-րդ խումբ՝ ուռուցքներ և ուռուցքաձև հիվանդություններ,
- 5-րդ խումբ՝ բնածին և ձեռքբերովի դեֆեկտներ (արատներ):

Այս խմբերից ամեն մեկն ունի սիմպտոմների (ախտանիշների) համակցում, որոնց ստորաբաժանումը ըստ ինֆորմացիայի նշանակման թույլ է տալիս առանձնացնել սինդրոմների (համախտանիշների) շարք, որոնք համախմբված են մեկ պաթոգենեզով (ախտածնությամբ)՝

- սուր բորբոքման սինդրոմ (համախտանիշ),
- քրոնիկական բորբոքման սինդրոմ (համախտանիշ),
- դիմային գանգի ոսկրերի սուր վնասման սինդրոմ (համախտանիշ),
- դիմածնոտային շրջանի փափուկ հյուսվածքների սուր վնասման սինդրոմ (համախտանիշ),

- չարորակ ուռուցքի աճի սինդրոմ (համախտանիշ),
- բարորակ ուռուցքի աճի սինդրոմ (համախտանիշ),
- բնածին դեֆեկտների (արատների) ու դեֆորմացիաների (կոդմնածոումների) սինդրոմ (համախտանիշ),
- դիմաձնոտային շրջանի ձեռք բերովի դեֆեկտներ (արատներ) ու դեֆորմացիաներ (կոդմնածոումներ),
- մասնակի կամ լրիվ անատամության սինդրոմ (համախտանիշ),
- քունքատրոճոտային հոդի սինդրոմ (համախտանիշ):

Սուր բորբոքման սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Ինտենսիվ, ինքնաձին, հաճախ պուլսացիոն ցավեր և ցավ բորբոքային գոտու հյուսվածքների պալպացիայից (շոշափումից) ու պերկուսիայից (մատնաբախումից) (dolor):

2. Բորբոքային գոտում հյուսվածքների ինֆիլտրացիա (ներսփռանք) և այտուց (tumor):

3. Բորբոքման օջախի շրջանում գտնվող մաշկի և լորձաթաղանթի հիպերեմիա (գերարյունություն) (rubor) ու հյուսվածքների տեղային ջերմաստիճանի բարձրացում (color):

4. Խոսքի, շնչառության, կլման ֆունկցիաների խանգարում, երբ պրոցեսը տեղակայվում է բերանի խոռոչի հատակի, լեզվի բերանըմպանային, փափուկ քիմքի շրջաններում (functio lease):

5. Օրգանիզմի ընդհանուր ռեակցիա՝ տենդ, տախիկարդիա (հաճախասրտություն), լեյկոցիտոզ:

Քրոնիկական բորբոքման սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Հիվանդության տևողությունը 2 ամսից ավել է:

2. Բորբոքման սրացման շրջանին հաջորդում է պրոցեսի ռեմիսիայի (ախտադադարի) շրջանը:

3. Խուղակի ձևավորումը, որից արտադրվում է թարախային էքսուդատ (բորբոքահեղուկ), որից հետո բորբոքային երևույթները թուլանում են:

4. Ոսկրային սեկվեստրների հեռացում խուղակի միջոցով:

5. Ռեմիսիայի (ախտադադարի) շրջանում հիվանդի ընդհանուր վիճակը բավարար է, ջերմաստիճանը նորմայի սահմաններում է: Հնարավոր է լեյկոպենիա, լիմֆոպենիա (սակավավիշտություն):

Դիմային գանգի ոսկրերի սուր վնասման սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Վնասման և գանգատների առաջացման համընկնումը:

2. Անուղղակի ճնշման սիմպտոմը (ախտանիշը) դրական է. ծնոտին սեղմելիս առաջանում է ցավ տվյալ վնասման գոտում, որը առաջացել է անուղղակի ազդակի ազդեցությամբ:

3. Ախտաբանական շարժունակության սիմպտոմի (ախտանիշի) առկայությունը:

4. Դիմային գանգի ոսկրերի դեֆորմացիա (կողմնաձոռում), հաճախ առաջանում է օկյուզիայի (կծվածքի) խանգարում:

5. Ռեևստոզեն հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում է ոսկրի ամբողջականության խախտում:

Դիմաձևոտային շրջանի փափուկ հյուսվածքների սուր վնասման սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Վնասման և գանգատների առաջացման համընկնում:

2. Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի, դեմքի և պարանոցի մաշկի ամբողջականության խախտում, արյունահոսության կամ հեմատոմայի (արյունառուուցքի) առաջացում վնասման տեղում:

3. Անուղղակի ճնշման սիմպտոմը (ախտանիշը) բացասական է:

4. Դեմքի ոսկրերի դեֆորմացիայի (կողմնաձուլման) և օկյուզիայի (կծվածքի) խանգարման բացակայություն:

Չարորակ ուռուցքի աճի սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Խոցի կամ էկզոֆիտ գոյացության առկայություն, որը կպած է ստորադիր հյուսվածքներին և ունի արագ աճ:

2. Մշտական բնույթի ցավ, որը աստիճանաբար ուժեղանում է՝ չդադարելով նույնիսկ գիշերային ժամերին:

3. Առաջին սիմպտոմների (ախտանիշների) ի հայտ գալուց մինչև բժիշկին դիմելը կազմում է միջինում 2-2,5 ամիս:

4. Առաջացած խոցի և էկզոֆիտ գոյացության արյունահոսություն:

5. Ռեգիոնար ավշային հանգույցների մեծացում, որոնք սկզբնական շրջանում ունեն շրջանաձև տեսք, խիտ կոնսիստենցիա, շարժունակ են, ցավը բացակայում է կամ առկա է թեթև ցավ պալպացիայից (շոշափումից):

6. Հիվանդի ընդհանուր վիճակի վատթարացում, թուլացում՝ սննդակարգի խանգարման և ինտոքսիկացիայի (թունավորման) հետևանքով:

Բարորակ ուռուցքի աճի սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Դանդաղ աճ, որը կարող է արտահայտվել ծնոտի դեֆորմացիայի (կողմնաձուլման) տեսքով, նորագոյացության առաջացում շուրջծնոտային հյուսվածքներում էլաստիկ կոնսիստենցիայի տեսքով:

2. Նորագոյացությունն ունի հստակ սահմաններ:

3. Ինքնաձին և պալպացիայից (շոշափումից) ցավերը բացակայում են:

4. Ռեգիոնար ավշային հանգույցները այտուցված չեն:

5. Հիվանդի ընդհանուր վիճակը բավարար է:

Բնածին դեֆեկտների (արատների) ու դեֆորմացիաների (կողմնաձուլումների) սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Երեխայի ծնվելու պահին կամ կյանքի առաջին ամիսներին դիմային շրջանում դեֆեկտների (արատների) և դեֆորմացիաների (կողմնաձուլումների) առկայությունը:

2. Այն դեֆեկտների (արատների) և դեֆորմացիաների (կողմնաձուլումների) առկայությունը, որոնց բնորոշ է բնածին ախտաբանությունը՝ վերին շրթունքի, ալվեոլյար ելունի, քիմքի ճեղքվածքներ, ականջախեցու թերզարգացումը կամ բացակայությունը:

3. Դիմային շրջանի բարդ դեֆեկտներ (արատներ) և դեֆորմացիաներ (կողմնաձուլումներ), որոնք համակցվում են ուրիշ օրգան համակարգերի արատներին:

Դիմաձևաբանական շրջանի ձեռք բերովի դեֆեկտներ (արատներ) ու դեֆորմացիաներ (կողմնաձուլումներ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Այն դեֆեկտների (արատների) և դեֆորմացիաների (կողմնաձուլումների) առկայությունը, որոնց բնորոշ է բնածին ախտաբանությունը՝ դիմային զանգի ոսկրերի, փափուկ հյուսվածքների մեկուսացված և բազմակի դեֆեկտներ, ստորին ծնոտի ասիմետրիա՝ վերին ծնոտի երկրորդային դեֆորմացիայով:

2. Անամնեզում հիվանդը նշում է, որ մանկական հասակում չի հիվանդացել թարախային օտիտով (ականջաբորբով), ստորին ծնոտի օստեոմիելիտ (ոսկրածուծաբորբ) կամ վնասվածք չի ունեցել, որոնք կնպաստեն տվյալ դեֆեկտի (արատի) առաջացմանը:

Մասնակի կամ լրիվ անատամության սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Ատամների մասնակի կամ լրիվ բացակայություն:

2. Խոսքի և ծամողական ֆունկցիայի խանգարում:

3. Էսթետիկ դեֆեկտի (արատի) առկայությունը, որը նպաստում է դեմքի դեֆորմացիային (կողմնաձուլումներին):

4. Ատամնային պրոթեզների վատ ֆիքսացիա:

Քունքստործնոտային հոդի սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Քունքստործնոտային հոդի շրջանում լսվում է ճռճոց կամ կտոց բերանի բացման ժամանակ:

2. Ցավ քունքստործնոտային հողի շրջանում բերանը բացելու ժամանակ:
3. Բերանը բացելու սահմանափակում:

4.3. Վիրաբուժական ստոմատոլոգիական ոլորտի հիվանդների հետազոտման մեթոդները

Հետազոտման մեթոդներն ընդունված է բաժանել 2 խմբի.

1. **Հետազոտման կլինիկական մեթոդի** միջոցով տեղեկություն է ստացվում տվյալ հիվանդության մասին հիվանդին քննելով, զննելով, կատարելով պալպացիա (շոշափում), պերկուսիա (մատնաբախում), որի համար օգտագործվում են հետևյալ գործիքները՝ շպատել, ստոմատոլոգիական հայելի, ստոմատոլոգիական ունելի, գոնդ, խոշորացույց, վայրկյանաչափ, ծայրամասային արյան ճնշումը չափելու համար սարք,

2. **Հետազոտման գործիքալաբորատորային մեթոդները** կատարվում են հատուկ սարքերի միջոցով, որոնցից կարող են օգտվել հատուկ որակավորում ստացած մասնագետները:

Հետազոտման կլինիկական մեթոդներն են.

1. Հիվանդի քննումը, որի միջոցով պարզաբանվում են հիվանդի գանգատները, հիվանդության պատմությունը (anamnes morbi) և հիվանդի կյանքի պատմությունը (anamnes vitae), որն ընդգրկում է նաև հիվանդի կրած հիվանդությունները, վնասվածքները կյանքի ընթացքում:

2. Հիվանդի արտաքին զննումը և բերանի խոռոչի զննումը:

3. Տվյալ գոտու և շրջակա ավշային հանգույցների պալպացիան (շոշափումը):

4. Ատամների, թոքերի, սրտի պերկուսիա (մատնաբախում):

5. Թոքերի, սրտի, քունքստործնոտային հողի աուսկուլտացիա:

6. Ծայրամասային անոթագրկի գնահատում:

7. Ծայրամասային զարկերակային ճնշման ստուգում:

8. Մաշկային ծածկույթների թերմոմետրիա (ջերմաչափում):

Հետազոտման գործիքալաբորատորային մեթոդները՝

1. Ճառագայթային ախտորոշման մեթոդներ (ռենտգենագրություն, սիալոգրաֆիա (թքագեղձագրություն), ֆիստուլոգրաֆիա, համակարգչային տոմոգրաֆիա (շերտագրություն), մագնիսա ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա (շերտագրություն), ուլտրաձայնային հետազոտություն),
2. ստետոսկոպիա,
3. էլեկտրաօդնոտոմետրիա,
4. անտրոպոմետրիա,
5. ծնոտների մոդելների հետազոտում,
6. հեմատոլոգիական, կենսաքիմիական հետազոտություններ,
7. մանրէաբանական, վիրուսաբանական, իմունոլոգիական հետազոտություններ,
8. ցիտոլոգիական (բջջաբանական), պաթոհիստոլոգիական հետազոտություններ,
9. էլեկտրակարդիոգրաֆիա (էլեկտրասրտագրություն),
10. մաստիկացոգրաֆիա, ծամոդական ֆունկցիոնալ փորձեր Ի.Ս. Ռուբինովի եղանակով,
11. էլեկտրամիոգրաֆիա (էլեկտրամկանաբանություն),
12. ռեզիոնար արյունամատակարարման հետազոտության ֆունկցիոնալ մեթոդներ (ռեոգրաֆիա, պոլյարոգրաֆիա, դոպլերոգրաֆիա, թերմովիզոգրաֆիա):

Հետազոտման գործիքալաբորատորային մեթոդները իրենց հերթին բաժանվում են ընդհանուր կլինիկականի, որն կիրառվում է հիվանդի ընդհանուր վիճակը գնահատելու համար, և հատուկ մեթոդների, որոնք կիրառվում են միայն ստոմատոլոգիայում և դիմաձնոտային վիրաբուժությունում: Դրանցից են՝

1. ատամների ներբերանային ռենտգենագրություն,
2. ծնոտների արտաբերանային ռենտգենագրություն, այս երկուսն էլ իրականացվում են տարբեր պոռնեկցիաներով,
3. օրթոպանտոմոգրաֆիա,
4. գլխի տելեռենտգենոգրաֆիա,
5. սիալոգրաֆիա,

6. համակարգչային տոմոգրաֆիա,
7. էլեկտրաօդոնտոմետրիա,
8. մաստիկացոգրաֆիա,

9. ծամողական ֆունկցիոնալ փորձեր:

Բոլոր հետազոտությունները պետք է գրառվեն տվյալ հիվանդի հիվանդության պատմության մեջ:

Հիվանդության պատմություն (հիվանդի ամբուլատոր քարտ)

Հիվանդության պատմությունը բժշկա-իրավաբանական փաստաթուղթ է, որը կազմված է հետևյալ մասերից՝

1. հիվանդի անձնագրային տվյալներ,
2. հիվանդի գանգատներ,

3. Anamnes morbi-ին հիվանդության պատմությունն է, որում պետք է նշված լինեն հետևյալ կետերը՝ ե՞րբ և ի՞նչ պայմաններում է ի հայտ եկել հիվանդությունը, ինչո՞վ է բացատրում հիվանդը հիվանդության ի հայտ գալը, ինչպիսի՞ բուժական միջոցառումներ են իրականացվել,

4. Anamnes vitae-ն կյանքի պատմությունն է, որում ներառվում են հետևյալ կետերը.

- Արդյոք հիվանդը տարե՞լ է սուր ինֆեկցիոն հիվանդություններ կամ այլ վիրահատություն կյանքի ընթացքում:

- Արդյոք հիվանդը ու՞նի ալերգիա տեղային անզգայացնող լուծույթներից:

5. Status presens-ը հիվանդի հետազոտման տվյալներն են ընդունման պահին: Գնահատվում է ընդհանուր վիճակը:

6. Status localis-ը համապատասխան շրջանի և շրջակա ավշային հանգույցների զննումն է՝ պալպացիա (շոշափում), պերկուսիա (մատնաբախում), զոնդավորում, ինչպես նաև գործիքալաբորատորային հետազոտումը:

7. Ախտորոշումը կատարվում է նախապես հայտնի կլինիկո-լաբորատոր հետազոտությունների հիման վրա:

8. Հիմնավորված բուժման պլան:

9. Հիվանդի համաձայնությունը վիրահատությանը: Վիրահատությունից առաջ բժիշկը հիվանդին տեղեկացնում է կատարվող

միջամտության մասին, ինչպես նաև դրա ընթացքում և հետվիրահատական շրջանում հնարավոր բարդությունների մասին, որից հետո եթե հիվանդը համաձայն է վիրահատությանը, ապա այդ մասին գրվում է հիվանդության պատմության մեջ ու հիվանդը ստորագրում է:

10. Վիրահատության նկարագրումը հիվանդության պատմության մեջ:

11. Հվանդի դեղորայքային բուժման դեղանյութերի նշանակումը և խորհուրդները:

12. Հետվիրահատական շրջանը հետևելու նպատակով կազմվում է օրագիր:

13. Էպիկրիզ, որն ընդգրկում է հիվանդության ախտորոշումը, կատարված հետազոտությունները և բուժումը, ինչպես նաև բուժման արդյունքները:

Հիվանդության պատմությունը լրացնելիս բժիշկը պետք է հիշի, որ այն կարող են կարդալ իր գործընկերները, ինչպես նաև դատական ոլորտի աշխատողները: Այդ պատճառով այն պետք է լրացնել ուշադրությամբ, գրագետ հետևելով լրացման բոլոր կանոններին:

Հիվանդի հետազոտումը

Հիվանդին հետազոտելիս անհրաժեշտ է առաջին հերթին ծանոթանալ հիվանդի հետ: Կարևոր հանգամանք է հիվանդի կրթվածության աստիճանը պարզաբանելը, որը թույլ է տալիս բժշկին ընտրել հասկանալի տերմիններ՝ հիվանդին բացատրելու իր խնդրի մասին:

Հիվանդի հետ կայուն հոգեբանական կապ ստեղծելու նպատակով կարելի է փոփոխել ավանդական հետազոտման փուլերը՝ առաջին հերթին ստուգելով հիվանդի անոթազարկը: Այն օգնում է բժշկին տեղյակ լինել հիվանդի հոգեվիճակի, հիվանդի սիրտ-անոթային վիճակի մասին, ինչպես նաև հիվանդը կարող է լավ տրամադրվել բժշկի հանդեպ:

Գանգատները: Վիրաբուժական ստոմատոլոգիական կամ դիմաձնոտային վիրաբուժության ոլորտի հիվանդների գանգատ-

ները կարելի է բաժանել հետևյալ խմբերի՝ նոցիցեպտիվ կամ սենսոր (զգայական), ֆունկցիոնալ, էսթետիկ, անհանգստացնող:

Սենսոր (զգայական) տիպի գանգատներից են.

1. Ինտենսիվ ցավերը, որը բնորոշ է սուր բորբոքմանը, սուր վնասվածքին, ինչպես նաև սուր նոպայաձև ցավերին, որոնք բնորոշ են եռորյակ նյարդի ներալգիային:

2. Չափավոր ինտենսիվության ցավ, որը բնորոշ է չարորակ ուռուցքային աճի սինդրոմին (համախտանիշին):

3. Թմրածություն, պարէսթեզիա. բնորոշ են եռորյակ նյարդի ներիտներին (նյարդաբորբ), որոնք առաջանում են վնասվածքից, բորբոքային հիվանդություններից, չարորակ ուռուցքներից:

Ֆունկցիոնալ բնույթի գանգատներից են.

1. Բերանը բացելու սահմանափակում, ծամողական ֆունկցիայի խանգարում, կլման և շնչառության խանգարում, որոնք զարգանում են կարճ ժամանակահատվածում (1-3 օր): Այն բնորոշ է սուր բորբոքման սինդրոմին (համախտանիշին):

2. Բերանը բացելու սահմանափակում, ծամողական ֆունկցիայի խանգարում, կլման և շնչառության խանգարում, որոնք զարգանում են երկարատև ժամանակահատվածում (2-3 ամիս): Այն բնորոշ է չարորակ ուռուցքի զարգացման սինդրոմին,

3. Վաղուց առաջացած և դանդաղ աճող ծամողական ու խոսակցական ֆունկցիայի խանգարում, որը բնորոշ է մասնակի կամ լրիվ անատամության սինդրոմին:

Էսթետիկ բնույթի գանգատները բնորոշ են բնածին դեֆեկտների (արատների) և դեֆորմացիաներ (կողմնածռումների) սինդրոմին (համախտանիշին), ինչպես նաև մասնակի կամ լրիվ անատամության (ադենտիայի) սինդրոմին (համախտանիշին):

Անհանգստացնող բնույթի գանգատներ: Այս տիպի գանգատների էությունն այն է, որ հիվանդը անհանգստանում է առկա նորագոյացությունից կամ քրոնիկական պրոցեսից, որը կարող է վերածվել չարորակ պրոցեսի: Հիվանդին առաջարկելով պատմել իր գանգատների մասին բժիշկը նախնական պատկերացում է ունենում տվյալ պրոցեսի մասին: Այդ պատկերացումը հստակվում է հետևյալ հարցերի օգնությամբ.

1. Յավը մշտակա՞ն բնույթ է կրում, թե՞ ոչ, հիվանդին անհանգստացնում է գիշե՞րը, թե՞ ոչ:

2. Արդյոք հիվանդն ընդունու՞մ է ցավազրկողներ, և եթե ընդունում է ապա ինչպիսի՞ ցավազրկողներ է ընդունում, ի՞նչ հաճախականությամբ ու ի՞նչ դեղաչափով:

3. Ծամոդական ֆունկցիայի խանգարում կա՞, թե՞ ոչ,

4. Որտե՞ղ է առաջանում ցավը և դեպի ու՞ր է ճառագայթում:

5. Յավի առաջացումը կապվա՞ծ է սնունդ ընդունելու հետ:

Anamnes morbi: Բժիշկը հիվանդին առաջարկում է պատմել տվյալ պրոցեսի առաջացման մեխանիզմը, ժամանակը, ինչի՞ հետ է կապված այն, բուժական միջոցառում արդյոք կատարվե՞լ է տվյալ պրոբլեմի հետ կապված:

Հիվանդին ուշադիր լսելուց հետո բժիշկը, ունենալով որոշակի պատկերացում, տալիս է համապատասխան հարցեր:

Սուր բորբոքային սինդրոմի (համախտանիշի) ժամանակ տրվող հարցեր.

1. Արդյոք հիվանդն ընդունե՞լ է հակաբիոտիկ տվյալ հիվանդության հետ կապված, եթե այո, ապա ինչպիսի՞, ի՞նչ դեղաչափով և ի՞նչ ժամկետով:

2. Արդյոք հիվանդն ընդունե՞լ է ջերմիջեցնող, եթե այո, ապա ինչպիսի՞, ի՞նչ դեղաչափով և ի՞նչ ժամկետով:

Սուր վնասվածքի սինդրոմի (համախտանիշի) ժամանակ տրվող հարցեր.

1. Ե՞րբ, որտե՞ղ և ի՞նչ պայմաններում է ստացել վնասվածքը:

2. Արդյոք եղե՞լ է գիտակցության կորուստ, փախում:

3. Կա՞ն արդյոք մարմնամասերի այլ վնասվածքներ, բացի գլխից:

4. Արդյոք հիվանդը վնասվածք ստանալուց առաջ ընդունե՞լ է ակոհոլ:

5. Արդյոք հիվանդին ցուցաբերվե՞լ է բժշկական օգնություն, թե՞ ոչ, եթե այո, ապա որտե՞ղ, ու՞մ կողմից և ինչպե՞ս:

Չարորակ ուռուցքային աճի սինդրոմի (համախտանիշի) ժամանակ տրվող հարցեր.

1. Կիրառվե՞լ է արդյոք բուժում ավանդական բժշկական մեթոդներով, թե՞ ոչ,

2. Կիրառվե՞լ է արդյոք բժշկական օգնություն, եթե այո, ապա ե՞րբ, որտե՞ղ և ինչպե՞ս:

3. Փոխվե՞լ է արդյոք հիվանդի քաշը հիվանդության ընթացքում, եթե այո, ապա որքա՞ն:

Բարորակ ուռուցքային աճի սինդրոմի (համախտանիշի) ժամանակ տրվող հարցեր.

1. Արդյոք նորագոյացությունը ենթարկվե՞լ է մեխանիկական վնասվածքի, թե՞ ոչ:

2. Ինչպե՞ս է փոխվել նորագոյացության գույնը՝ սկզբնականի հետ համեմատած:

3. Հիվանդն ունի՞ արդյոք որևէ տհաճ զգացողություն նորագոյացության շրջանում, թե՞ ոչ:

Քուև-ստործնոտային հոդի սինդրոմի (համախտանիշի) ժամանակ տրվող հարցեր.

1. Հոդում խրթոց կամ կտոց առաջանալուն նախորդե՞լ է արդյոք միանվագ վնասվածք, թե՞ ոչ:

2. Եղե՞լ է արդյոք ստորին ծնոտի հոդախախտ, թե՞ ոչ, եթե այո, ապա քանի՞ անգամ և ինչպե՞ս է կատարվել ռեպոզիցիան:

3. Օգտագործու՞մ է հիվանդը ատամի պրոթեզներ, թե՞ ոչ, եթե այո, ապա ե՞րբ է առաջացել խրթոցը՝ պրոթեզավորումից առա՞ջ, թե՞ հետո:

Anamnes vitae

I – Էպիդեմիոլոգիական անամնեզ: Հիվանդի էպիդեմիոլոգիական անամնեզի հավաքումը կատարվում է հատուկ մշակված հարցերի միջոցով՝ որևէ բացթողումից խուսափելու համար:

Էպիդեմիոլոգիական անամնեզը հավաքելու պլան (թվարկվածներից ո՞ր պաթոլոգիաներով է հիվանդացել հիվանդը)՝

1. ՁԻԱՀ,
2. ինֆեկցիոն հեպատիտ (յարդաբորբ),
3. մալարիա,
4. թոքերի տուբերկուլյոզ,

5. մաշկավեներական հիվանդություններ,
6. վերջին երկու ամիսների ընթացքում կոնտակտ ինֆեկցիոն հիվանդություններ,
7. հեմոտրանսֆուզիա,
8. ներերակային, միջմկանային ներարկումներ (ո՞ր բժշկական հաստատությունում),
9. դիսպեպտիկ խանգարումներ:

II – հիվանդություններ, որոնք հիվանդը ունեցել է անցյալում, որոնց առիթով ներկայումս ստանում է բուժում: Այս հետազոտության նպատակն է հայտնաբերել առկա հիվանդությունները, պարզաբանել ախտաբանական և ֆիզիոլոգիական վիճակները, որոնք կարող էին նպաստել տվյալ հիվանդության առաջացմանը կամ դժվարացնել բուժումը, նպաստել բարդությունների և անհետաձգելի իրավիճակների առաջացմանը:

**Հիվանդություններ, որոնք հիվանդը ունեցել է անցյալում,
որոնց առիթով ներկայումս ստանում է բուժում**

Օջախային հիվանդություններ, որոնց ընթացքի վրա դիմաձնտային շրջանում կարող են վատ անդրադառնալ վիրահատական միջամտությունները	Հիվանդություններ, որոնք ուղեկցվում են երկրորդային իմունոդեֆիցիտով, որը կարող է նպաստել հետվիրահատական բարդությունների առաջացմանը	Ներքին օրգանների հիվանդություններ, որոնք կարող են առաջացնել կրիտիկական իրավիճակներ, որոնք պահանջում են վերակենդանացման միջոցառումներ	Հեմոռագիկ դիաթեզներ, որոնք կարող են վիրահատության և հետվիրահատական շրջանում արյունահոսության պատճառ դառնալ
<ul style="list-style-type: none"> 1. ռևմատիզմ 2. սեպտիկ էնդոկարդիտ (ներսրտաբորբ) 3. միոկարդիտ (սրտամկանաբորբ) 4. պերիկարդիտ (շուրջսրտաբորբ) 5. գլոմերուլոնեֆրիտ 6. պիելոնեֆրիտ 7. վերին ծնոտային խրոնիկ օդոնոտոգեն սինուսիտ 	<ul style="list-style-type: none"> 1. վիրուսային ինֆեկցիաներ (ՁԻԱՀ, գրիպ, հեպատիտ) 2. թոքաբորբ 3. տուբերկուլյոզ 4. հեմոբլաստոզ 5. շաքարային դիաբետ 6. ճառագայթային հիվանդություն 7. լյարդի ցիրոզ 	<ul style="list-style-type: none"> 1. բրոնխային ասթմա 2. հիպերտոնիկ հիվանդություն 3. շաքարային դիաբետ 4. տոքսիկ զոբ (խալիա) 5. էպիլեպսիա 	<ul style="list-style-type: none"> 1. հեմոֆիլիա 2. թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա (ծիրանեցան) (Վերլիոֆի հիվանդություն) 3. հեմոռագիկ վասկուլիտներ (անոթաբորբ) 4. հեմոռագիկ անգիոմատոզ (Ռենդո-Օսլերի հիվանդություն) 5. անգիոհեմոֆիլիա (Վիլլեմբրանտի հիվանդություն) 6. Շավիտամինոզով 7. սուր լեյկոզներ 8. ինֆեկցիոն հեպատիտ (լյարդաբորբ) 9. հակակոագուլյանտների ընդունում

Ֆիզիոլոգիական և ախտաբանական վիճակներ, որոնք կարող են բարդացնել բուժումը և նպաստել դիմաձնոտային շրջանի հետվիրահատական միջամտությունների բարդությունների առաջացմանը՝

1. հղիություն,
2. լակտացիայի շրջան,
3. վաղ մանկական հասակ,
4. ծերունական հասակ,
5. պոլիպլերգիա կամ գերզգայունություն առանձին դեղամիջոցների հանդեպ (հակաբիոտիկներ, հակասեպտիկներ):

III – կենցաղային, մասնագիտական և սոցիալական վնասակար գործոնների հայտնաբերում, որոնք նպաստում կամ բացասաբար են ազդում հիվանդության ընթացքի և հետվիրահատական շրջանի վրա՝

1. ծխելը,
2. ակոհոլ օգտագործելը,
3. ոչ ռացիոնալ սնունդը,
4. թմրանյութեր օգտագործելը,
5. սոցիալական կարգավիճակի կորուստը,
6. ներթափանցող ռադիացիայի ազդեցություն,
7. պրոֆեսիոնալ վնասակար գործոնների ազդեցությունը:

Status presens

Արտաքին գնումը ներառում է՝

1. հիվանդի դիրքի գնահատում (թոքային պաթոլոգիայի, բերանի հատակի, լեզվի բորբոքային պրոցեսի հետևանքով վերին շնչուղիների լուսանցքի նեղացման դեպքում հիվանդի դիրքը հարկադրական է՝ թեքված դեպի առաջ, ձեռքերով հենված աթոռի եզրերին),
2. գլխի, պարանոցի և վերին վերջույթների տեսանելի մաշկային ծածկույթների գնահատումը՝
 - հիպերեմիա կամ գունատություն, չորություն կամ խոնավություն,

- սիրտ-անոթային անբավարարության դեպքում ցիանոզ (կապտախտ),
- իմունոդեֆիցիտային վիճակների ժամանակ բազմաթիվ թարախային օջախների առկայություն,
- սիֆիլիտիկ ցանավորում,
- ուրտիկար ցան ալերգիկ ռեակցիաների ժամանակ,
- էկզոֆիտային գոյացություններ, խոցեր մաշկի ուռուցքների ժամանակ,
- պիզմենտային բծեր մելանոմայի ժամանակ:

Դեմքի զննում

Դեմքը զննելիս պետք է ուշադրություն դարձնել հետևյալին՝

1. դեմքի վերին, միջին և ստորին չափերի սիմետրիկություն և համապատասխանություն, դեմքի ասիմետրիա նկատվում է բնածին արատների, վնասվածքների և ինֆեկցիոն բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ,
2. փափուկ հյուսվածքների դեֆեկտների (արատների) և դեֆորմացիաների (կողմնածոռումների) առկայություն՝ սպիների, չվերականգնվող վերքերի տեսքով,
3. միմիկայի մկանների ֆունկցիոնալ վիճակը,
4. քթային շնչառության վիճակը:

Բերանի խոռոչի զննումը

Բերանի խոռոչի զննումը կարող է լինել ուղղակի՝ ստոմատոլոգիական հայելու միջոցով և ներբերանային տեսախցիկի միջոցով, որը պատկերը ցույց է տալիս մոնիտորի վրա: Բերանի խոռոչը զննելիս բժիշկը կարող է հոտ զգալ բերանի խոռոչից, որը ախտորոշիչ կարևորություն ունի (օրինակ՝ շաքարային դիաբետի դեպքում զգացվում է ացետոնի հոտ, քայքայվող ուռուցքների, թարախանեկրոտիկ պրոցեսների ժամանակ՝ գարշահոտություն):

Բերանի խոռոչը զննելիս հաջորդականությունը: Բերանի խոռոչի յուրաքանչյուր բաժնի զննում սկսվում է ձախ վերին բաժնից ժամացույցի սլաքի ուղղությամբ՝

1. շրթունքների զննում,

2. բերանի նախադրան զննում,
3. բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի զննում (աջից՝ թևակերպ-
ծնոտային ծալք-կարծր և փափուկ քիմք-ծնոտ-լեզվային
ծալք, ձախից՝ բերանի հատակի կողմնային շրջան,
ձախից՝ բերանի հատակի առաջային շրջան, բերանի
հատակի կողմնային շրջան, աջից՝ ռետրոմոյար
տարածություն),
4. լեզվի զննում,
5. բկանցքի և բերանըմպանի զննում (Պիրոգով-Վալդերի
ավշաեպիթելային օղը կազմող նշիկներ):

Բերանի խոռոչը զննելիս ուշադրություն է դարձվում՝

- լորձաթաղանթի գույնին և երանգավորմանը (գունատ, հի-
պերեմիկ, ցիանոտիկ, դեղնած),
- փառի առկայություն (ֆիբրինային, սնկային փառի շերտեր),
- հաստություն (բարակած, ատրոֆիկ, հիպերտրոֆիկ),
- վերքերի առկայություն (կտրված, պատռված, ծակված),
- մաշկի առաջնային (բիծ, հանգույցիկ, թմբիկ, մեծ և փոքր
փուչիկներ, թարախակույտ, կիստա) և երկրորդային (երոզիա, աֆ-
տա, խոց, ճաք թեփոտություն, սպի, կեղև, ատրոֆիա (ապաճում))
ախտահարման էլեմենտների առկայություն,
- թքարտադրության վիճակի գնահատում՝ պայմանավորված
լորձաթաղանթի մակերեսով (խոնավ, չոր, պատված ծորացող
փրփրոտ թքով):

Բերանի հատակի հետին մասի և լեզվի ստորին մակերեսը
զննելու համար լեզվի ծայրը ֆիքսվում է մատներով և բինտային
վիրակապով, լեզուն ձգվում է դեպի վեր և հակառակ ուղղությամբ:

Ատամների զննումը կատարվում է ստոմատոլոգիական
հայելու և զոնդի միջոցով: Ատամները զննելու ժամանակ ուշադ-
րություն է դարձվում՝

- ատամների գույնին (ատամի պսակի գույնը փոփոխվում է
պուլպայի (կակդանի) նեկրոզի (մեռուկացման) ժամանակ),
- ատամների դիրքին (ատամի դիստոպիա, ատամների նեղ
դասավորվածություն),

- ատամների ձևին (ատամների ձևը փոփոխվում է հիպոպլազիայի ժամանակ),
- ատամների կարիեսով ախտահարմանը (գրվում է ատամնային ֆորմուլայի մեջ),
- ատամնալիցքերի, արհեստական պսակների, կամրջաձև պրոթեզների, շարժական պրոթեզների առկայությունը (գրվում է ատամնային ֆորմուլայի մեջ),
- ատամնաշարերի հարաբերակցությունը սագիտալ հարթակում (մեդիալ, դիստալ),
- ատամնաշարերի հարաբերակցությունը ուղղահայաց հարթակում (խորը կծվածք, բաց կծվածք),
- ատամնաշարերի հարաբերակցությունը տրանսվերզալ հարթակում (միակողմանի խաչաձև, երկկողմանի խաչաձև կծվածք),
- ատամնաշարերի դեֆորմացիաների առկայությունը կամ բացակայությունը ուղղահայաց հարթակում (աստիճանի սիմպտոմը ատամնաշարերի սահմաններում ծնոտի տեղաշարժված բեկորներով կոտրվածքի ժամանակ),
- վերին և ստորին ծնոտի ատամների միջև ֆիսուրա-թմբիկային կոնտակտի առկայությունը կամ բացակայությունը (նշել ո՞ր հատվածներում),

Պարօդոնտի (հարատամնահյուսվածքի) զննումը կատարվում է ստոմատոլոգիական հայելու և զոնդի (զննաձողի) միջոցով:

Պարօդոնտը զննելու ժամանակ ուշադրություն է դարձվում

- վերլնդային նստվածքաշերտերին (կարծր և փափուկ),
- լնդի եզրային մասի (մարգինալ) վիճակի գնահատումը՝ հիպերեմիա, հիպերտրոֆիա, ատրոֆիա (ապաճում),
- ատամների վզիկների մերկացմանը, լնդի ռետրակցիայի դեպքում:

Պալպացիան (շոշափումը) այնպիսի հետազոտում է, որն իրականացվում է մատների տակտիլ ռեցեպտորների միջոցով, որն իր հերթին թույլ է տալիս գնահատել տվյալ մակերեսի հաստությունը և անհարթությունը: Այն թույլ է տալիս նաև իմանալ տվյալ մակերեսի ձևը, չափսերը, խտությունը, շարժունակությունը: Բժիշ-

կը պալպացիան պետք է իրականացնի միանգամայն բարակ ռեզինե ձեռնոցներով: Մեկ ձեռքի մատներով կատարվող պալպացիան կոչվում է մանուալ, իսկ երկու ձեռքի մատներով կատարվողը բիմանուալ պալպացիա:

Բերանի խոռոչի պալպատոր հետազոտության ժամանակ ուշադրություն է դարձվում`

- խոցը, էկզոֆիտ նորագոյացությունը շրջապատող հյուսվածքներում ինֆիլտրացիայի առկայությանը կամ բացակայությանը,
- ինֆիլտրացիայի խտությանը, չափսերին, սահմաններին և տեղակայմանը,
- պալպատոր ցավի առկայությանը կամ բացակայությանը,
- ուսումնասիրվող կարծր օբյեկտի եզրերի բնույթին (ատամի սուր եզր, հեռացված ատամի ատամնաբնի սուր եզր),
- ուսումնասիրվող օբյեկտի ձևին և ռելիեֆին (ալվեոլյար եզր),
- ոսկրային բեկորների տեղաշարժին,
- ատամների տեղաշարժին:

Ատամների ախտաբանական շարժունակությունը, պարօդոնտի (հարատամնահյուսվածքի) տարբեր հիվանդությունների կամ վնասվածքների ժամանակ գնահատվում է հետևյալ կերպ`

- առաջին աստիճան. ատամի տեղաշարժը հնարավոր է մեկ ուղղությամբ (վեստիբուլո-օրալ),
- երկրորդ աստիճան. ատամի տեղաշարժը հնարավոր է երկու ուղղությամբ (վեստիբուլո-օրալ և մեդիո-դիստալ),
- երրորդ աստիճան. ատամի տեղաշարժը հնարավոր է երեք ուղղությամբ (վեստիբուլո-օրալ, մեդիո-դիստալ և ուղղահայաց),
- չորրորդ աստիճան. հնարավոր է ատամի պտտական տեղաշարժ:

Լեզվի հետին-կողմնային հատվածներում, որտեղ հաճախ տեղակայվում են ուռուցքներ, պալպատոր (շոշափելով) հետազոտելիս նպատակահարմար է մյուս ձեռքի մատներով տեղաշարժել լեզուն վեր և հակառակ կողմ:

Ենթաճնոտային և ենթալեզվային թքագեղձերը հետազոտելու ժամանակ նպատկահարմար է իրականացնել բիմանուալ պալպացիա, որի ժամանակ բժիշկը կանգնում է հիվանդին դեմ դիմաց: Ձախ ձեռքի մատները տեղադրվում են ենթաճնոտային և թշային շրջանների մաշկային ծածկույթներին՝ ստեղծելով հակահենման կետ, իսկ աջ ձեռքի ցուցամատը տեղադրվում է բերանի խոռոչում:

Հակահենման կետի առկայությունը հեշտացնում է թքաքարերի հայտնաբերումը թքագեղձի ծորանում, ինչպես նաև գեղձի չափսերի, մակերեսի և խտության գնահատումը:

Նույն մեթոդն օգտագործվում է ենթաճնոտային և ենթալզակային լիմֆատիկ (ավշային) հանգույցների պալպացիայի (շոշափման) ժամանակ: Այս դեպքում բժիշկը կանգնում է հիվանդի հետևում:

Գործիքային հետազոտություն

Հիվանդի կլինիկական հետազոտության ժամանակ օգտագործվում են հետևյալ գործիքները՝ ատամնային զոնդ (զննաձող) և պարօդոնտոլոգիական զոնդ:

Ատամնային զոնդի միջոցով հետազոտվում է ատամի մակերեսը, հայտնաբերվում են կարիոզ (ատամնափտային) խոռոչները, գնահատվում է կարիոզ խոռոչի խորությունը և դենտինի (ատամնանյութի) ամրությունը: Պարօդոնտոլոգիական զոնդի ծայրամասային հատվածը հաստացած է, կլորացած և աստիճանանշված է ակոսներով: Վերջինիս շնորհիվ հնարավոր է հետազոտել ախտաբանական լնդագրպանիկները՝ առանց վնասելու հյուսվածքները:

Բարակ մետաղալարի ձև ունեցող զոնդի միջոցով կամ բութ ծայր ունեցող ասեղի միջոցով որոշվում է թքագեղձերի ծորանների անցանելիությունը:

Կոճակաձև զոնդի միջոցով հետազոտվում են խուղակները, դրանց խորությունը և ուղղությունը:

Գործիքային մեթոդներն են՝ անութափոսի մաշկային ծածկույթների թերմոմետրիան, անոթազարկի որոշումը և ծայրամասային անոթային ճնշման որոշումը:

Մաշկային ծածկույթների ջերմաստճանի բարձրացումը ուղղակիորեն պայմանավորված է ինֆեկցիոն-բորբոքային պրոցեսի սրացմամբ և օրգանիզմի արտահայտված ինտոքսիկացիայով (թունավորմամբ): Այդ պատճառով ջերմաստիճանն օգտագործվում է որպես ցուցմունք՝ հիվանդության ծանրության աստիճանը գնահատելու համար:

Անոթազարկը հանգիստ վիճակում լինում է 64-76 զարկ/ր: Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը մեկ աստիճանով հանգեցնում է անոթազարկի բարձրացմանը 10 զարկ/ր-ով: Անոթազարկի բարձրացումը, որը թարախաբորբոքային հիվանդությունով հիվանդների շրջանում մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումից առաջ է լինում, վատ ելք է տվյալ հիվանդների համար:

Անոթազարկի թուլացումը կամ բրադիկարդիան (դանդաղասրտություն) կարող է գանգուղեղային վնասվածքի հետևանք լինել:

Թույլ հագեցված անոթազարկը կամ թելանման անոթազարկը նկատվում է գիտակցության կորստի, կուլապսի, սուր սրտային անբավարարության և միոկարդի (սրտամկանի) ինֆարկտի ժամանակ:

Զարկերակային ճնշման բարձրացումը կարող է ուղեղի ինսուլտի պատճառ դառնալ: Այդ պատճառով վիրահատությունից առաջ պետք է որոշել հիպերտոնիկ հիվանդությամբ հիվանդների զարկերակային ճնշումը: Բարձր ցուցանիշների դեպքում վիրահատությունը պետք է հետաձգել մինչև զարկերակային ճնշումը իջնի:

Զարկերակային ճնշման իջեցում նկատվում է լայնածավալ արյունահոսության, անաֆիլակտիկ շոկի, սուր սրտային անբավարարության, միոկարդի ինֆարկտի և ասիստոլիայի ժամանակ:

Լաբորատոր գործիքային հետազոտման մեթոդները:

Առաջնային կլինիկական հետազոտությունների հիման վրա կարելի է կատարել նախնական կամ վերջնական ախտորոշում:

Եթե առաջին կլինիկական հետազոտության տվյալները բավարար են վերջնական ախտորոշման համար, ապա կազմվում

է բուժման պլան, որը ներկայացվում է հիվանդին: Նրա համաձայնությունը ստանալուց հետո կատարվում է այդ պլանի իրագործումը:

Եթե եղած տվյալները բավարար չեն վերջնական ախտորոշում կատարելու համար, ապա կատարվում է նախնական ախտորոշում և կազմվում է հետագա հետազոտման պլան, որը ներառում է կլինիկա-լաբորատոր հետազոտությունները ամբողջությամբ: Այն անհրաժեշտ է տարբերակիչ ախտորոշման, ինչպես նաև ինֆեկցիոն վտանգավոր հիվանդությունները հայտնաբերելու համար:

1.Ո՞րն է քրոնիկական բորբոքման համախտանիշին բնորոշ ախտանիշ.

ա)հիվանդության` 2 ամսից ավել տևողությունը

բ)ինտենսիվ ինքնաձին ցավերը

գ)տենդը, տախիկարդիան

դ)խուղակների բացակայությունը

ա

2.Ո՞րը չարորակ ուռուցքի համախտանիշին բնորոշ ախտանիշ չէ.

ա)նորագոյացությունն ունի հստակ սահմաններ

բ)խոցի կամ էկզոֆիտ գոյացության առկայությունը

գ)դանդաղ աճը

դ)ռեզիոնար ավշային հանգույցները մեծացած չեն

բ

3.Հիվանդների հետազոտման կլինիկական մեթոդ է՝

ա)ռենտգենագրությունը

բ)էլեկտրասրտագրությունը

գ)հիվանդի արտաքին զննումը

դ)ուլտրաձայնային հետազոտությունը

գ

4.Ո՞րը հիվանդների հետազոտման գործիքալաբորատորային մեթոդ չէ.

ա)էլեկտրաօդոնտոմետրիան

բ)ցիտոլոգիական հետազոտությունը

գ)ծնոտների մոդելների հետազոտությունը

դ)շրջակա ավշային հանգույցների պալպացիան

դ

5.Հիվանդության պատմությունը ներառում է՝

1)հիվանդի գանգատները

2)կյանքի պատմությունը

3)կատարվող վիրահատության նկարագրությունը

4)կատարվող վիրահատությունը նկարագրելու կարիք չկա

ա)1,2,3

բ)1,3,4

գ)2,3,4

դ)բոլորը

ա

5. ՏԵՂԱՅԻՆ ԱՆԶԳԱՅԱՅՈՒՄ

Տեղային անզգայացումը տարբեր մեթոդների կիրառմամբ (քիմիական, ֆիզիկական, ֆիզիկա-քիմիական) ցավային իմպուլսի շրջափակումն է մարմնի որոշակի հատվածում՝ պացիենտի գիտակցության պահպանմամբ: Ըստ մեթոդների՝ ստոմատոլոգիական պրակտիկայում կիրառվող տեղային անզգայացումները լինում են ոչ ներարկիչ (ոչ ինյեկցիոն) և ներարկիչ (ինյեկցիոն):

Ոչ ներարկիչ են քիմիական, ֆիզիկական և ֆիզիկա-քիմիական եղանակները, որոնց դեպքում կատարվում է հյուսվածքների մակերեսային անզգայացում:

Քիմիական կամ ապլիկացիոն եղանակը հիմնականում կիրառվում է քթի և բերանի լորձաթաղանթը անզգայացնելու համար: Այդ նպատակով օգտագործվում են այնպիսի նյութեր, որոնք բավականին հեշտությամբ են թափանցում լորձաթաղանթի հաստության մեջ (դիկաին, քսիկաին և այլն):

Ֆիզիկական եղանակով տեղային անզգայացում կատարելիս հյուսվածքները սառեցվում են եռման ցածր ջերմաստիճանի հեղուկների միջոցով: Նման հեղուկների արագ գոլորշիացման հետևանքով հյուսվածքները սառչում, նույնիսկ սառցակալում են, որից մակերեսային նյարդային վերջույթները շրջափակվում են, և առաջանում է այդ շրջանի մակերեսային անզգայացում: Ֆիզիկա-քիմիական եղանակով անզգայացում կատարելիս անզգայացնող նյութը ներմուծվում է էլեկտրաֆորեզի միջոցով: Այդ եղանակը ցուցված է եռորյակ նյարդի ներալգիայի (նյարդացավի) ժամանակ: Ոչ ներարկիչ անզգայացումը իրականացվում է նաև լազերային ճառագայթման, էլեկտրամագնիսային ալիքների կիրառմամբ և այլն: Տեղային անզգայացման ոչ ներարկիչ (ինյեկցիոն) մեթոդն ապահովում է միայն մակերեսային անզգայացում:

Ներարկման եղանակով անզգայացումն իրականացվում է անզգայացնող նյութի հյուսվածքներ անմիջապես ներմուծելով: Ներարկիչ եղանակով անզգայացումը կարող է լինել ներսփռական, երբ վիրահատական դաշտը շերտ առ շերտ ենթարկվում է ներսփռման, և հաղորդչական, երբ դեղանյութերը ներմուծվում են վիրահատական դաշտը նյարդավորող նյարդի շրջան: Ներսփռա-

կան և ապլիկացիոն, ինչպես նաև սառեցման և ֆիզիկա-քիմական եղանակով անզգայացման դեպքում անջատվում են ցավային գրգիռներն ընդունող ծայրային նյարդային ընկալիչները: Հաղորդչական անզգայացման ժամանակ շրջափակվում է նյարդային ցողունը (ավելի հաճախ ծայրային ճյուղը), որը ցավային իմպուլսներ է հաղորդում վիրահատական դաշտի շրջանից:

5.1. Տեղային անզգայացնող նյութեր

Տեղային անզգայացնող նյութերը (անէսթետիկները) սինթետիկ քիմիական միացություններ են, որոնք ընկճում են զգացող նյարդերի պերիֆերիկ ապարատը և նյարդային թելերով շրջափակում են նյարդային իմպուլսների հաղորդումը ծայրամասից կենտրոն: Տեղային անզգայացնող նյութերն պիտի ունենան հետևյալ հատկությունները.

1. Անէսթետիկը պետք է ունենա ուժեղ անզգայացնող ազդեցություն, հեշտությամբ ներսփռվի հյուսվածքներում և այնտեղ հնարավորինս երկար մնա:

2. Անէսթետիկը պետք է ունենա ցածր տոքսիկություն և համապատասխանաբար առաջացնի նվազագույն քանակությամբ ընդհանուր և տեղային բարդություններ:

3. Անէսթետիկը պետք է մանրէազերծ լինի և համատեղելի հյուսվածքներին:

4. Անէսթետիկը ներարկելիս չպետք է առաջացնի այրոց կամ ցավային ռեակցիա:

5. Անէսթետիկը պետք է ապահովի անզգայացման դարձելիություն:

Ներկայումս միջազգային կլինիկական պրակտիկայում կիրառվում են ավելի քան 100 անէսթետիկներ: Դա հնարավորություն է տալիս ընտրելու անզգայացման առավել արդյունավետ (էֆեկտիվ) և անվնաս մեթոդ՝ կատարվող միջամտության բնույթով, տևողությամբ, ինչպես նաև պացիենտի անհատական առանձնահատկություններով պայմանավորված:

Տեղային անեսթետիկները դրանք սինթետիկ արոմատիկ հետերոցիկլիկ միացություններ են, որոնք դասակարգվում են 2 հիմնական խմբերի՝ եթերային և ամիդային:

I Բարդ եթերներ

1. անեսթեզին,
2. դիկաին,
3. նովոկաին:

II Ամիդներ

1. տրիմեկաին,
2. պիրոմեկաին,
3. լիդոկաին,
4. մեպիվակաին,
5. պրիլոկաին,
6. արտիկաին,
7. բուպիվակաին,
8. էտիդոկաին:

Անեսթետիկների մոլեկուլները թույլ հիմքեր են և կազմված են 3 մասից՝

- լիպոֆիլային բևեռ (արոմատիկ խումբ),
- հիդրոֆիլային բևեռ (ամինո խումբ),
- միջանկյալ շղթա (եթերային կամ ամիդային միացությամբ):

5.1.1. Բարդ եթերային խմբի տեղային անեսթետիկներ

Եթերային միացությունները համեմատաբար անկայուն են, արագ հիդրոլիզի են ենթարկվում հյուսվածքներում, այդ պատճառով էլ այդ խմբի տեղային անեսթետիկները ցուցաբերում են կարճատև անզգայացնող ազդեցություն:

Անեսթեզին

Անեսթեզինը ջրում չլուծվող, դառը համի սպիտակ բյուրեղային փոշի է: Անեսթեզինը սինթեզվել է 1890թ.ին: Օգտագործվում է մակերեսային անզգայացման ժամանակ՝ 5-20%-անոց յուղային մածուկներով:

Դիկաին

Դիկաինը սպիտակ բյուրեղային փոշի է, հեշտությամբ լուծվում է ջրում և սպիրտում: Նրա լուծույթները ախտահանվում են եռացումով: Դիկաինն օգտագործվում է բերանի և քթի լորձաթաղանթի մակերեսային անզգայացման ժամանակ՝ 0,25-0,5-1-2%-անոց լուծույթի ձևով:

Դիկաինը ունի տոքսիկ ազդեցություն և կարող է առաջացնել ինտոքսիկացիա (թունավորում): Մինչև 10 տարեկան երեխաների շրջանում այն չի կիրառվում: 10 տարեկանից բարձր երեխաների շրջանում կիրառվում է դիկաինի 0,5-1%-անոց լուծույթի 1-2 մլ, մեծահասակների շրջանում՝ 2-3 մլ 1-2%-անոց լուծույթ ալյուրկացիոն եղանակով, անզգայացումը սկսվում է 1-2 րոպե անց: Մաքսիմալ միանվագ դեղաչափը 90 մգ է (3մլ 3%-անոց լուծույթ):

Նովոկաին (Պրոկաին)

Նովոկաինը սպիտակ բյուրեղային փոշի է, հեշտությամբ լուծվում է սպիրտում և ջրում: Նովոկաինի լուծույթը ախտահանվում է 30 րոպեի ընթացքում 100°C ջերմաստիճանում: Օրգանիզմում նովոկաինը հիդրոլիզվում է պարաամինոբենզոյական թթվի և դիէթիլամինոլի: Փափուկ հյուսվածքներում հիդրոլիզը իրականանում է 20-30 րոպեում, իսկ արյան մեջ 2-3 րոպեում, այդ պատճառով նովոկաինի տոքսիկությունը 10 անգամ մեծանում է արյան անոթի մեջ ընկնելով: Օրգանիզմում նովոկաինի քայքայումն իրականացվում է խոլինէսթերազայի ազդեցությամբ: Նովոկաինը տալիս է հանգուցապաշարող, անոթալայնիչ, հակաառիթմիկ էֆեկտ, նվազեցնում է սրտամկանի գրգռվածությունը, նպաստում է արյան ճնշման անկմանը: Նովոկաինը ունի փոքր տոքսիկություն, սակայն քրոնիկ անեմիայով և լյարդի հիվանդություններով հիվանդների մոտ նույնիսկ փոքր դեղաչափերը կարող են լինել խիստ տոքսիկ: Բացի դրանից կան հիվանդներ՝ նովոկաինի նկատմամբ բարձր զգայությամբ, որոնց շրջանում նովոկաինը կարող է ռեակցիա առաջացնել: Նովոկաինի հանդեպ բարձր զգայության դեպքում ի հայտ են գալիս գլխապտույտ, ընդհանուր թուլություն, զարկերակային թերլարվածություն

(հիպոտոնիա), մաշկի անգունություն, քրտնարտադրություն, գրգռվածություն, տախիկարդիա (հաճախասրտություն), ճնշման անկում, ցնցումներ, ծանր դեպքերում նաև կոլապս կամ շոկ, Կվինկեի այտուց, բրոնխոսպազմ (բրոնխակծկանք): Նման բարդություններից խուսափելու համար պետք է հիվանդին հարցում անել. եթե նրան առաջին անգամ է նովոկաին ներարկվում, ապա անհրաժեշտ է նախօրոք կատարել ներմաշկային փորձ:

Նովոկաին ունի թույլ անզգայացնող ազդեցություն: Անզգայացման տևողությունը 15-20 րոպե է: Կիրառվում է նովոկաինի 0,25-0,5%-անոց լուծույթը ներսփռական անզգայացման համար և 1-2%-ոց լուծույթը հաղորդչական և ներսփռական անզգայացման համար: Ներսփռական անզգայացման ժամանակ 0,25%-անոց նովոկաինի բարձր միանվազ դեղաչափը մինչև 500 մլ վիրահատության սկզբում, հետագայում 1 ժամվա ընթացքում մինչև 1000 մլ, 0,5%-անոց նովոկաինի կիրառման դեպքում բարձր միանվազ դեղաչափը համապատասխանաբար 150 մլ և 400 մլ: Կվինկական պրակտիկայում կիրառվում է 1%-անոց նովոկաինի 80-70 մլ լուծույթ և 2%-անոց նովոկաինի 20 մլ-ից ոչ ավելի լուծույթ: Նովոկաինի օրական դեղաչափը չոր նյութի կազմում չպետք է գերազանցի 1 գրամը:

Նովոկաինի ազդեցությունն ուժեղացնելու նպատակով և ներծծումը դանդաղեցնելու նպատակով լուծույթին ավելացվում է անոթասեղմիչ (ադրենալին 0,1%-անոց 1:100000 հարաբերությամբ, 1 մլ ադրենալին՝ 100 մլ նովոկաին):

Թարախային օջախում նովոկաինով ոչ լիարժեք թմրեցումը պայմանավորված է բորբոքային օջախի թթվային միջավայրում անէսթետիկի չեզոքացումով (միջավայրում որը առաջանում է բորբոքման ժամանակ նովոկաինի հիդրոլիզը դանդաղում է կամ ընդհանրապես չի գնում):

Ներկայումս ստոմատոլոգիական պրակտիկայում անզգայացման նպատակով նովոկաին համարյա չի կիրառվում՝ ցածր անզգայացման էֆեկտիվության և բարձր ալերգիզացիայի պատճառով:

5.1.2. Ամիդային խմբի տեղային անէսթետիկներ

Անզգայացման բարձր էֆեկտիվություն ապահովելու նպատակով կլինիկական պրակտիկայում լայնորեն կիրառվում են ամիդային խմբի տեղային անէսթետիկները: Ամիդային խմբի անէսթետիկներն ազդում են արագ, լավ դիֆուզիայի են ենթարկվում ներարկման շրջանում, լավ ներծծվում են տեղային հյուսվածքներում՝ կանխելով անէսթետիկի արյան՝ հուն մտնելը:

Տրիմեկաին (մեզոկաին)

Այն սպիտակ կամ դեղնագույն բյուրեղային փոշի է, լավ լուծվում է ջրում կամ սպիրտում: Տրիմեկաինը պատրաստում են՝ նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթի մեջ լուծելով, քանի որ թորած ջրով լուծույթը ներարկելիս ինյեկցիայի տեղում այրոցի զգացում է առաջանում: Տրիմեկաինն ունի լավ անզգայացնող էֆեկտ բորբոքային օջախում, ունի ցածր տոքսիկություն: Անզգայացման էֆեկտիվությամբ 2-2,5 անգամ գերազանցում է նովոկաինին: Անզգայացման տևողությամբ 3 անգամ գերազանցում է նովոկաինին: 40% պացիենտների շրջանում առաջացնում է սեղատիվ էֆեկտ: Այն կիրառում են ներսփռական անզգայացման ժամանակ (0,25-2%-անոց) և հաղորդչական անզգայացման ժամանակ (1-2%-անոց): Առավելագույն միանվագ դեղաչափը 1%-անոց-ից մինչև 100մլ է, 2%-անոց-ից մինչև 20 մլ:

Տրիմեկաինը երբեմն կարող է առաջացնել գլխացավ, սրտխառնոց, ընդհանուր թուլություն, մաշկի և լորձաթաղանթի դալկություն, երբեմն տրիմեկաինի տոքսիկ էֆեկտը կարող է արտահայտվել կոլապսով, ցնցումներով, պոլուսի (անոթազարկի) և արյան ճնշման փոփոխություններով: Այն հաճախ կիրառում են 0,1%-անոց ադրենալինի լուծույթի հետ 1:100000 հարաբերությամբ: Հակացուցումներ՝ բրադիկարդիա (դանդաղասրտություն), ատրիովենտրիկուլյար բլոկադա, սրտային անբավարարություն, արտահայտված աթերոսկլերոզ, երիկամների և լյարդի հիվանդություններ:

Պիրոմեկաին (բումեկաին)

Պիրոմեկաինը սպիտակավուն, ջրում և սպիրտում լուծվող փոշի է: Իր կառուցվածքով նման է տրիմեկաինին: Կիրառվում է

մակերեսային (ապլիկացիոն) անզգայացման ժամանակ: Անզգայացման տևողությունը 10-15 րոպե է: Կիրառվում է պիրոմեկահինի 1-2%-անոց լուծույթը, 5%-անոց մածուկը: Լայն տարածում է գտել պիրոմեկահինի և մեթիլուրացիլի համակցությամբ գելը, որն ունի ոչ միայն ցավազրկող, այլև հակաբորբոքային էֆեկտ, արագացնում է ռեգեներացիոն պրոցեսները (կիրառվում է աֆթոզ ստոմատիտները (բերանաբորբը) և խոցանեկրոտիկ գինգիվոստոմատիտները բուժելու ժամանակ):

Լիդոկաինի հիդրոքլորիդ (քսիկային, քսիլոկաին, քսիլանոլ, լիզնոսպան):

Սպիտակավուն բյուրեղային փոշի է, լավ լուծվում է ջրում և սպիրտում: Լավ ներծծվում է հյուսվածքներում, լավ ազդում է բորբոքային օջախում (Ph 7,8): Առաջին ամիդային խմբի անէութետիկն է, որը կիրառվել է ստոմատոլոգիայում, և ներկայումս այն ամենաշատն է կիրառվում: Նովոկահինից ուժեղ է և ունի ավելի երկարատև ազդեցության էֆեկտ՝ մինչև (2 ժամ): Օգտագործվում է բոլոր տեսակի անզգայացումների ժամանակ, ալերգիկ ռեակցիաները լինում են շատ հազվադեպ:

Լիդոկաինի տոքսիկությունը կախված է լուծույթի խտությունից: 0,5%-անոց լուծույթը իր տոքսիկությամբ չի տարբերվում նովոկահինից, 1-2%-անոց լուծույթը 1,4-1,5 անգամ տոքսիկ է նովոկահինից: Լիդոկաինը ակտիվորեն լայնացնում է անոթները, այդ պատճառով կիրառվում է անոթսեղմիչներին համակցված, իջեցնում է արյան ճնշումը, օգտագործվում է որպես հակաառիթմիկ դեղամիջոց:

Լիդոկաինը հակացուցված է սիրտ-անոթային անբավարարության, II-III աստիճանի ատրիովենտրիկուլյար բլոկադայի, արտահայտված բրադիկարդիայի, լյարդի և երիկամների հիվանդությունների, ծանր միասթենիայի (մկանաթուլության) ժամանակ: Հղիության և լակտացիայի ժամանակ պետք է կիրառել խիստ ցուցումների դեպքում:

Փափուկ հյուսվածքների վրա վիրաբուժական միջամտությունների ժամանակ կիրառվում է լիդոկաինի 0,25%-անոց և 0,5%-անոց լուծույթները, իսկ ներսփռական և հաղորդչական անզգա-

յացման ժամանակ՝ 1-2%-անոց լուծույթները: Ապլիկացիոն անզգայացման համար օգտագործվում է լիդոկաինի 10%-անոց աերոզոլը, 5%-անոց մածուկը:

Անէսթետիկի առավելագույն միանվագ դեղաչափը 0,5%-անոց 500մլ է, 1%-անոց 20մլ, 2%-անոց 10մլ:



Նկ. 28. Լիդոկաինի 10%-անոց աերոզոլը:

Գերդոզավորման ժամանակ հնարավոր են ցնցումներ, բրադիկարդիա (դանդաղասրտություն), կոլապս, դիսպնոե: Տոքսիկ երևույթներից կա-

րող է առաջացնել էֆորիա, գլխապտույտ, գլխացավ, ականջներում խշշոց, ճնշման իջեցում:

Մեպիվակաին (կարբոկաին, սկանդիկային, սկանդոնեստ, մեպիվեստեզին):

Մեպիվակաինը անզգայացման էֆեկտիվությամբ և անզգայացման տևողությամբ նման է լիդոկաինին, սակայն ավելի համեմատաբար տոքսիկ է:

Ի տարբերություն մյուս անէսթետիկների՝ անոթների լայնացում չի առաջացնում, դանդաղ է աղսորբցվում, ունի թեթև անո-



թասեղմիչ հատկություն, տալիս է լավ անզգայացնող էֆեկտ առանց անոթասեղմիչ դեղամիջոցների համակցման:

Մեպիվակաինը չի խթանում սիրտ-անոթային համակարգը, այն կիրառվում է սիրտ-անոթային և էնդոկրին պաթոլոգիայով հիվանդների շրջանում:

Նկ.29. Կարպուլային ներարկիչը, անէսթետիկը և ասեղը:

Կլինիկական պրակտիկայում ներսփռական և հաղորդչական անզգայացման դեպքում կիրառվում է 2-3% -անոց մեպիվակաինի լուծույթը: Մեպիվակաինի առավելագույն միանվագ դեղաչափը 4,4 մգ/կգ: Գերդոզավորման ժամանակ հիվանդների շրջանում հնարավոր է նկատվեն բրադիկարդիա (դանդաղասրտություն), արտերիալ (զարկերակային) հիպոտենզիա, էֆորիա, դեպրեսիա (ընկճախտ), խոսակցության, կլման ակտի, տեսողության խանգարումներ: Ալերգիկ ռեակցիաները լինում են հազվադեպ:

Մեպիվակաինը նախընտրելի է անոթասեղմիչ դեղանյութերի նկատմամբ գերզգայնություն ունեցող հիվանդների դեպքում: Մեպիվակաինի 3%-անոց լուծույթն առանց անոթասեղմիչ դեղամիջոցների համակցման հատկապես նախընտրելի է կիրառել ռիսկի խմբի հիվանդների շրջանում (ղիաբետ, հիպերտոնիկ հիվանդություն, սրտի արատ): Անոթասեղմիչներին համակցված կիրառվում է մեպիվակաինի 2%-անոց լուծույթը 1:100000 կամ 1:200000 հարաբերությամբ:



Նկ.30. Մեպիվաստեզին

Բուպիվակաին հիդրոքլորիդ
(մարկաին, կարբոստեզին, դուրակաին):

Բուպիվակաինը շատ ուժեղ անէսթետիկ է: Անզգայացման էֆեկտը դանդաղ է սկսվում (10-15 րոպե անց), բայց ազդեցությունը երկար է պահպանվում (3-ից 12 ժամ): Բուպիվակաինն ունի անոթալայնիչ մեծ էֆեկտ, կլինիկական պրակտիկայում կիրառվում է բուպիվակաինի 0,5-0,75%-անոց լուծույթը՝ աղբենալինի 1:200000 հարաբերությամբ համակցված: Առավելագույն միանվագ դեղաչափը 75մգ: Բուպիվակաինը կիրառվում է տրավմատիկ երկարատև միջամտությունների ժամանակ, ապահովում է հետվիրահատական շրջանի անզգայացումը: Բուպիվակաինն ունի հիպոտենզիվ հատկություն,

դանդադեցնում է սրտամկանի կծկման հաճախականությունը, թափանցում է հեմատոպլացենտար բարիերր: Գերդոզավորման ժամանակ առաջանում են ցնցումներ, սրտի գործունեության ճնշում (առաջանում է բրադիկարդիա) ընդհուպ մինչև սրտի կանգ: Դեղաչափը որոշվում է 2 մգ 1 կգ մասսայի հաշվարկով:

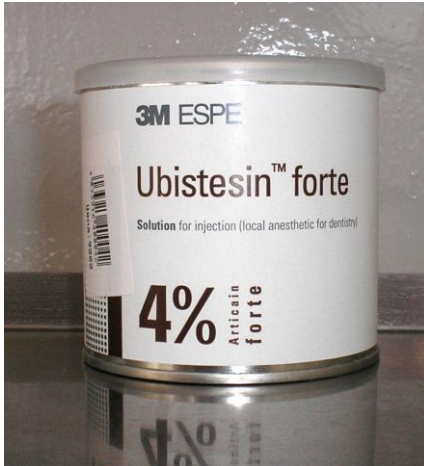
Հակացուցումներ՝ թիրեոտոքսիկոզ, հիպոտենզիա, սրտային անբավարարություն, կողմնակի երևույթներից՝ գլխապտույտ, տեսողության խանգարում, տրեմոր, գիտակցության կորուստ, արյան ճնշման անկում, բրադիկարդիա (դանդաղասրտություն):

Արտիկաին (ուլտրակաին D-C, ուլտրակաին D-C ֆորտե, սեպտոնեստ, ալֆակաին, ուբիստեզին ֆորտե):

Արտիկաինը ամիդային անեսթետիկ է: Արտիկաինը ուժեղ անեսթետիկ է (5 անգամ ուժեղ է նովոկաինից, 2 անգամ՝ լիդոկաինից), ունի ցածր տոքսիկություն, համեմատաբար արագ է դուրս գալիս օրգանիզմից: Ալերգիկ ռեակցիաները արտիկաինի նկատմամբ հազվադեպ են լինում: Արտիկաինը չի թափանցում հեմատոպլացենտար բարիերր, այդ պատճառով ամենաանվտանգն է պտղի համար և ամենանախընտրելին՝ հղիների շրջանում անզգայացումներ կատարելու համար: Առանց անոթասեղմիչների արտիկաինը կարելի է կիրառել նաև տարեցների, ինչպես նաև երեխաների շրջանում, սիրտանոթային համակարգի, լյարդի հիվանդություններով հիվանդների դեպքում:

Անեսթետիկը բնութագրվում է արագ անզգայացման էֆեկտով (անզգայացումը սկսվում է 1-3 րոպեի ընթացքում, տևողությունը 45-75՝ րոպե): Կլինիկական պրակտիկայում կիրառվում է արտիկաինի 4%-անոց լուծույթը՝ անոթասեղմիչների 1:200000 կամ 1:100000 հարաբերությամբ համակցված: Կողմնակի երևույթներ հազվադեպ են նկատվում: Հակացուցումներ՝ առիթմիա, պարոքսիզմալ տախիակարդիա (հաճախասրտություն), գլաուկոմա, լյարդի և երիկամների հիվանդություններ: Գերդոզավորման ժամանակ կարող են առաջանալ ուշաթափություն, շնչառության խանգարումներ, սրտխառնոց, ցնցումներ, տախիկարդիա (հաճախասրտություն): Առավելագույն միանվագ դեղաչափը 7 մգ 1 կգ

մասսայի կամ 12,5 մլ 4%-անոց լուծույթ մեկ պրոցեդուրայի ընթացքում (7 կարպուլ 1,8մլ ծավալով):



Նկ. 31. Ուբիստեզին ֆորտե:

Էտիդոկաին

Էտիդոկաինը ունի երկարատև ազդեցության անզգայացման էֆեկտ (ինչպես բուլիվակաինը): Ստորին ծնոտի հաղորդչական անզգայացման ժամանակ անզգայացման էֆեկտիվությունը հա-

վասար է 2%-անոց լիդոկաինի 1:100000 ադրենալինի համակցված էֆեկտիվությանը: Էտիդոկաինն ապահովում է ավելի երկարատև անզգայացման էֆեկտ: Վերին ծնոտի ներսփռական անզգայացումը ատամների էֆեկտիվ ցավազրկում չի առաջացնում: Ունենալով անոթալայնիչ հատկություն՝ էտիդոկաինի կիրառումը վիրաբուժական միջամտությունների ժամանակ նպաստում է արյունահոսության ուժեղացմանը: Էտիդոկաինը կլինիկական պրակտիկայում կիրառվում է ադրենալինի 1:200000 հարաբերությամբ համակցված 1,5%-անոց լուծույթի ձևով: Առավելագույն միանվազ դեղաչափը 5,5 մգ է 1 կգ մասսային:

5.2. Տեղային անզգայացման զարգացման փուլերը ստոմատոլոգիայում

Առաջին անհետիկը, որը 1884թ կիրառվել է տեղային անզգայացման ժամանակ, կոկաին պրեպարատն է: Սկզբնական շրջանում կիրառվում էր կոկաինի 10-20%-անոց լուծույթը, հետագայում սկսեցին կիրառել կոկաինի 0,5-1%-անոց լուծույթը, որն ավելի քիչ բարդություններ էր առաջացնում:

1901թ. սինթեզվեց ադրենալինը և Բրաունը սկսեց այն կիրառել կոկաինի հետ: Այն բարձրացրեց կոկաինի ազդեցության արդյունավետությունը և նվազեցրեց նրա տոքսիկությունը:

1905 թ. Ա. Էյնհորնը հայտնագործեց նավոկաին դեղանյութը, որը համեմատած կոկաինի, ավելի անվտանգ դեղանյութ էր և դրա կիրառումը հետզհետե դուրս մղեց կոկաինին:

Տեղային անզգայացման զարգացմանը նպաստեց 1943 թ. Ն. Լոֆգրեն-ի կողմից լիդոկաինի և տրիմեկաինի հայտնաբերումը:

Հաջորդ փուլի դեղանյութերը, որոնք սկսեցին կիրառվել տեղային անզգայացման ժամանակ, պրիլոկաին (Գ. Տեգներ, 1953), մեպիվակաին և բուպիվակաին (Ա. Էկերստամ, 1957) դեղանյութերն էին, որոնք ունեին անզգայացնող էֆեկտիվություն և միաժամանակ քիչ կախվածություն՝ վազոկոնստրիկտորի առկայությունից:

Տեղային անէսթետիկների հատկությունների կատարելագործումը շարունակվեց, և ստեղծվեցին նոր անէսթետիկներ էտիդոկաին (Բ. Կակման, 1971) և արտիկաին (Ջ Ուինտեր, 1974), որոնք իրենց հատկություններով զգալիորեն գերազանցեցին նախորդ սերնդի անէսթետիկներին:

Նոր սերնդի անէսթետիկների ստեղծման աշխատանքները շարունակվում են առ այսօր:

5.3. Անոթասեղմիչ դեղամիջոցներ, որոնք համակցվում են տեղային անէսթետիկներին (վազոկոնստրիկտորներ)

Տեղային անզգայացնող դեղանյութի ազդեցությունը ուժեղացնելու և երկարացնելու համար կիրառում են անոթասեղմիչ դեղանյութեր, որոնք, սեղմելով անոթների լուսանցքը, անզգայացման շրջանում դանդաղեցնում են անէսթետիկների ներծծումը, նվազեցնում են դրանց տոքսիկությունը՝ դրանով իսկ երկարաձգելով անզգայացման էֆեկտիվությունը: Անոթասեղմիչների ազդեցությամբ առաջանում է փոքր անոթների և մազանոթների սպազմ (կծկանք), որն իր հերթին առաջացնում է հյուսվածքների հիպոքսիա և նվազեցնում է ընկալիչների հաղորդականությունը և գրգռականությունը: Այսպիսով, վազոկոնստրիկտորի և անէսթետիկի համակցումը միշտ առաջացնում է ցավային զգացողության

զգալի նվազեցում: Անոթասեղմիչ դեղանյութերը պատկանում են արոմատիկ ամինների դասին: Անոթասեղմիչ դեղանյութերից անզգայացնող նյութերին համակցված կիրառվում են ադրենալինը, նորադրենալինը, վազոպրենսինը, ֆելիպրենսինը, լևոնորդեֆրինը:

Ադրենալին (էպինեֆրին, սուպրանեֆրին, սուպրադրենին)

Ադրենալինը մակերիկամի ուղեղային շերտի հորմոն է: Ներկայումս ամենաշատ կիրառվող վազոկոնստրիկտորն է: Ավելի հաճախ կիրառվում է 0,1%-անոց ադրենալին հիդրոքլորիդը: Ադրենալինն ազդում է α և β ադրենոռեցեպտորների վրա, սեղմում է որովայնի խոռոչի մաշկի, լորձաթաղանթի անոթները, բարձրացնում է արյան ճնշումը, արագացնում է սրտի գործունեությունը, հնարավոր է սրտային առիթմիաների առաջացում: Ադրենալինը թուլացնում է բրոնխների և աղիքների տոնուսը, լայնացնում է սրտի կորոնար անոթները, լայնացնում է աչքի բիրը, արյան մեջ բարձրացնում է գլյուկոզայի պարունակությունը, հյուսվածքներում ուժեղացնում է նյութափոխանակությունը: Ադրենալինը տեղային անէսթետիկներին համակցված կիրառվում է 1:100000 կամ 1:200000 (1 մլ 0,1%-անոց ադրենալին-100 մլ կամ 200 մլ անէսթետիկի լուծույթում): Ադրենալինը, ընկնելով արյան հունի մեջ, կարող է ունենալ տոքսիկ ազդեցություն, թեթև թունավորման դեպքում առաջանում է ուժեղ սրտխփոց, դեմքի դալկություն, շնչարեւություն, ծանր դեպքերում՝ կոլապս, թոքերի այտուց, մահը կարող է վրա հասնել շնչառության պարալիչի (կաթվածի) և սրտի կանգի հետևանքով: Պետք է հաշվի առնել, որ երբեմն ադրենալինի քիչ դեղաչափերը կարող են առաջացնել կոլապս: Այն անձինք, որոնք ունեն բարձր զգայնություն (իդիոսինկրազիա), ադրենալինի նկատմամբ կարող են ունենալ տոքսիկ ռեակցիաներ, երբեմն բավականին ծանր տեսակի: Այդ պատճառով տեղային անզգայացման ժամանակ պետք է օգտագործել նվազագույն կոնցենտրացիայի ադրենալինի պարունակությամբ անէսթետիկ: Ադրենալինի գերդոզավորման ժամանակ հիվանդին անհրաժեշտ է ներարկել ն/ե 1 մլ 0,1%-անոց ատրոպին:

Նորադրենալին (նորեպինեֆրին)

Նորադրենալինն գլխավորապես ազդում է α -ադրնոռեցեպտորների վրա: Նորադրենալինը ադրենալինից ավելի ուժեղ տեղային անզգայացնող էֆեկտ ունի, միաժամանակ իր տոքսիկությամբ զիջում է ադրենալինին: Կլինիկական պրակտիկայում կիրառվում է նորադրենալինի և տեղային անէսթետիկի լուծույթը 1:100000 կամ 1:200000 հարաբերակցությամբ:

Վազոպրեսին

Վազոպրեսինը բարձրացնում է հարթ մկանների տոնուսը, առաջացնում է անոթների սպազմ (կծկանք), ուժեղացնում է աղիքների պերիստալտիկան, կծկում է միզապարկի և լեղապարկի մկանները, տալիս է հակադիարետիկ էֆեկտ:

Ֆելիպրեսին

Ֆելիպրեսինը լավ ազդում է երակաների վրա, բայց չի առաջացնում արտերիոլների սպազմ, այդ պատճառով հեմոստատիկ էֆեկտիվությունն արտահայտված չէ: Ֆելիպրեսինը թույլ է ազդում միոկարդի (սրտամկանի) վրա, այդ պատճառով այն կարելի է կիրառել առիթմիայի ժամանակ, այն կիրառելի է, երբ առկա է ադրենալինի և նորադրենալինի կիրառման հակացուցում: Հակացուցված է հղիներին, էպիլեպսիայով հիվանդներին, մեծահասակներին և երեխաներին :

Լևոնորդեֆինը

Լևոնորդեֆինն իր հատկություններով մոտ է ադրենալինին: Կիրառվում է տեղային անէսթետիկների հետ 1:200000 հարաբերակցությամբ:

5.3.1. Վազոկոնստրիկտորների կիրառման ցուցումները և հակացուցումները

Ադրենալինը և մյուս վազոկոնստրիկտորները նույնիսկ քիչ դեղաչափերով կարող են առաջացնել ոչ միայն տեղային, այլև համակարգային ազդեցություն, դրանց կիրառումը հատկապես ուղեկցող սոմատիկ պաթոլոգիայով հիվանդների շրջանում կարող է պարունակել մեծ ռիսկի գործոններ:

Երեխաների շրջանում անզգայացում կատարելիս անզգայացնող նյութի լուծույթում խորհուրդ չի տրվում ադրենալին ավելացնել, եթե երեխայի տարիքը փոքր է 5 տարեկանից:

Այդ պատճառով անոթասեղմիչ դեղամիջոցները անէսթետիկներին համակցված կիրառելու դեպքում պետք է ցուցաբերել մեծ զգուշություն:

Անոթասեղմիչների կիրառումն ուժեղացնում և երկարացնում է անէսթեզիան վիրաբուժական միջամտությունների ժամանակ, ապահովում է հուսալի հոմեոստազ:

Վազոկոնստրիկտորների կիրառման հակացուցումները՝

1. սիրտ-անոթային համակարգի դեկոմպենսացված պաթոլոգիայով հիվանդների շրջանում,

2. էնդոկրին համակարգի պաթոլոգիայով հիվանդների շրջանում,

3. այն հիվանդների շրջանում, որոնք ընդունում են հակադեպրեսանտներ, վահանաձև գեղձի հորմոններ, բետա-ադրենաոեպցեպտորները բլոկադայի ենթարկող պրեպարատներ (պատրաստուկներ):

5.4. Տեղային անէսթետիկների ազդեցության ֆիզիոլոգիական մեխանիզմները

Տեղային անէսթետիկներն ազդում են նյարդի ֆունկցիոնալ վիճակի վրա՝ փոխելով նրա հաղորդականությունը և գրգռվածությունը: Նյարդում առաջանում է վերադառնալի պարաբիոտիկ արգելակում, որն արգելակում է նյարդային իմպուլսների հաղորդումը:

Որպեսզի առաջանա անզգայացում, անհրաժեշտ է ապահովել ցավային իմպուլսի բլոկադա ծայրամասային նյարդային ընկալիչներից դեպի գլխուղեղ: Անէսթետիկը, ազդելով նյարդային մեմբրանայի (թաղանթի) վրա, արգելափակում է նրա դեպոլյարիզացիան, առանց որի անհնար է նյարդային իմպուլսների հաղորդումը:

Նյարդային մեմբրանը (թաղանթը) հանգստի վիճակում պատնեշ է դառնում նատրիումի իոնների համար: Դեպոլյարի-

զացիայի ժամանակ նատրիումի իոնները շարժվում են մեմբրանայի (թաղանթի) նատրիումական անցուղիներով: Դեպոլյարիզացիա և ռեպոլյարիզացիա ընթանում է նյարդաթելի ողջ երկարությամբ: Պոտենցիալների փոփոխությունները նպաստում են մեմբրանայից (թաղանթից) կալիումի իոնների դուրս գալուն:

Տեղային անզգայացման հիմքում նատրիումական և կալիումական անցուղիների բլոկադայի մեխանիզմն է: Անէսթետիկների ազդեցությամբ մեմբրանայում իոնների տեղաշարժման բլոկադան կրում է ժամանակավոր բնույթ և դարձելի է:

Անէսթետիկների ընտրությունը՝ պայմանավորված ստոմատոլոգիական միջամտությունների տեսակով և հիվանդի ստամոտիկ կարգավիճակով:

Անէսթետիկների կարևորագույն բնութագրերից է նրանց անզգայացման ուժը, տևողությունը և տոքսիկությունը, որն անհրաժեշտ է հաշվի առնել ստոմատոլոգիական միջամտություններ կատարելու ժամանակ: Տեղային անզգայացման դեպքում անհրաժեշտ է ունենալ առնվազն 3 տեսակի անէսթետիկներ: Տեղային անէսթետիկների տոքսիկությունն արտահայտվում է անէսթետիկի՝ արյան շրջանառություն անցնելիս: Ռիսկի խմբի հիվանդներին տեղային անզգայացում կատարելիս բժշկի առջև լուրջ խնդիր է դրվում ինչպե՞ս հասնել էֆեկտիվ (արդյունավետ) անզգայացման և խուսափել բարդություններից: Թեթև աստիճանի ուղեկցող հիվանդություններով հիվանդներին հակացուցված չէ անէսթետիկների կիրառումը վազոկոնստրիկտորներին համակցված: Պետք է կիրառել անէսթետիկի լուծույթ՝ վազոկոնստրիկտորների ցածր կոնցենտրացիայով (1:200000): Ցանկալի է կիրառել նվազագույն քանակի անզգայացնող լուծույթ (1-1,5 մլ):

Լավ արդյունք է ապահովում 4%-անոց արտիկաինի լուծույթը 1:200000 ադրենալինին համակցված (Ultracain DS): Ռիսկի խմբի այն հիվանդների դեպքում, որոնք ունեն սիրտ-անոթային համակարգի լուրջ պաթոլոգիաներ (ախտաբանական վիճակներ), անզգայացման ժամանակ պետք է հրաժարվել անոթասեղմիչ նյութերի համակցմամբ անզգայացնող լուծույթներից: Այդ խմբի հիվանդների շրջանում կարելի է կիրառել 3%-անոց մեպիվա-

կախնի լուծույթ առանց վազոկոնստրիկտորի: Մեպիվակաինի 3%-ոց լուծույթի (մեպիվեսթեզին 3%-անոց, սկանդոնեստ 3%-անոց) միանվազ կիրառման դեղաչափը ռիսկի խմբի հիվանդների դեպքում 1,5-2,5 մլ (պայմանավորված հիվանդի սոմատիկ կարգավիճակով):

Հղիների դեպքում անզգայացման ժամանակ լավագույն անեսթետիկը արտիկաինն է, քանի որ այն չի թափանցում հեմատոպլացենտար պատնեշը: Հղիների դեպքում ցանկալի է կիրառել ցածր կոնցենտրացիայի վազոկոնստրիկտորներ: Հղիների շրջանում ամենաանվտանգը 4%-անոց արտիկաինի և 0,1%-անոց ադրենալինի 1:200000 հարաբերությամբ լուծույթի կիրառումն է (Ultracain DS, Ubistesin): Ատրիովենտիկուլյար բլոկադա, վենտիկուլյար տախիկարդիա, ոչ կայուն ստենոկարդիա, միոկարդի (սրտամկանի) ինֆարկտ 2 ամսվա վաղեմությամբ, չարորակ արտերիալ հիպերտենզիա, թոքային պաթոլոգիայով հիվանդներին ցանկալի է օգնություն կազմակերպել ստացիոնար պայմաններում:

5.5. Ոչ ներարկային անզգայացում (ոչ ինյեկցիոն)

Անզգայացում սառեցման միջոցով (ֆիզիկական մեթոդ)

Հյուսվածքների (մաշկ, լորձաթաղանթ) սառեցման ժամանակ նյարդային ընկալիչները կորցնում են իրենց զգացողությունը, դադարում է նյարդային իմպուլսի փոխանցումը:

Սառեցման միջոցով անզգայացման ցուցումները՝

1. շարժվող ատամների հեռացում,
2. մակերեսային (ենթալորձաթաղանթային և ենթամաշկային) թարախակույտերի բացահատում,
3. տրավմաների (վնասվածքների) ժամանակ՝ հեմատոմաների (արյունառուոցքը) տարածումը կանխելու նպատակով:

Սառեցման միջոցով տեղային անեսթետիկներից է քլորէթիլը և ֆարմէթիլը:

Քլորէթիլը թափանցիկ հեղուկ է 12-13° C եռման ջերմաստիճանով: Բաց է թողնվում 30 մլ-անոց ապակե անոթներով:

Քլորէթիլի շիրը ուղղվում է անզգայացման շրջան: Քլորէթիլը ցնդելու ժամանակ հյուսվածքի ջերմաստիճանն իջնում է, որի հետևանքով ոչ մեծ խորությամբ 3 բուլբ տևողությամբ առաջանում է անզգայացում: Գերդոզավորումը կարող է հանգեցնել հյուսվածքների նեկրոզի (մեռուկացման), իսկ պրեպարատի ցնդող զազերի ներշնչումը հիվանդի օրգանիզմում կարող է առաջացնել ընդհանուր տոքսիկ երևույթներ:

Ֆարմէթիլը իր անզգայացման էֆեկտով գերազանցում է քլորէթիլին, գլխավոր առավելությունը նաև այն է, որ հյուսվածքների նեկրոզ (մեռուկ) չի առաջանում: Թերություններն են՝ կարճատև անզգայացման էֆեկտը, հավանականությունը հիվանդի շնչուղիներ թափանցելը:

Ապլիկացիոն անզգայացում (քիմիական մեթոդ)

Ապլիկացիոն անզգայացման ժամանակ անէսթետիկը քսվում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին, անզգայանում են մակերեսային նյարդային ընկալիչները:

Ապլիկացիոն անզգայացման ցուցումները՝

1. ներարկումից առաջ ասեղի ծակոցի տեղի անզգայացում,
2. շարժվող կաթնատամների հեռացում երեխաների շրջանում,
3. մակերեսային թարախակույտերի բացում,
4. լնդերի և լորձաթաղանթների անզգայացում՝ պարօդոնտիտները և ստոմատիտները (բերանաբորբը) բուժելու ժամանակ,
5. քթի լորձաթաղանթի անզգայացում հայմորյան խոռոչի պոնսկցիայի ժամանակ:

Ապլիկացիոն անզգայացման համար կիրառում են դիկաին, սովկաին, տրիմեկաին, պիրոմեկաին, լիդոկաին, տետրակաին՝ լուծույթների, աներգոլերի, գելերի, քսուքների տեսքով:

Ապլիկացիոն եղանակով անզգայացման ժամանակ կիրառվող անէսթետիկները պետք է բավարարեն հետևյալ պահանջները՝

1. խոր թափանցում լորձաթաղանթի մեջ,
2. արագ անզգայացման առաջացում,

3. ազդեցության գոտում հյուսվածքների գրգռման բացակայություն,
4. նվազագույն տոքսիկ և ալերգիկ ռեակցիաների բացակայություն:

Ընդհանուր առմամբ ապլիկացիոն անզգայացումն անվտանգ մեթոդ է, սակայն մեծ քանակի անէսթետիկի կիրառումը կարող է առաջացնել տոքսիկ ռեակցիաներ:

5.6. Ներարկային անզգայացում (ինյեկցիոն)

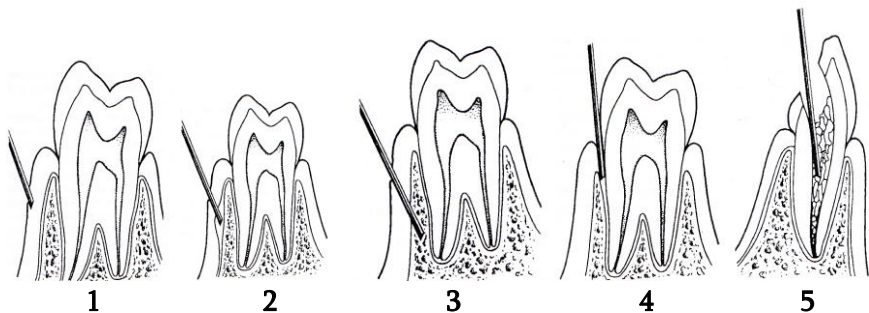
Ներարկային անզգայացումն ուղղված է միջամտության գոտում ցավային զգացողության պաշարմանը՝ նյարդի պերիֆերիկ ճյուղերի կամ ցողունի շրջանում անէսթետիկ ներմուծելով:

Որակյալ և անվտանգ տեղային անզգայացման համար անհրաժեշտ է հետևել հետևյալ կանոններին.

- Մանրակրկիտ անամնեզի հավաքում՝ ներառյալ ալերգիկ և ֆարմակոթերապևտիկ ընդհանուր վիճակի գնահատում:
- Կատարվող միջամտության բնույթի, ծավալի և տևողության գնահատական:
- Հիվանդի ընդհանուր վիճակին ադեկվատ և կատարվող միջամտություններից ելնելով՝ ընտրել օպտիմալ անզգայացման եղանակը, անէսթետիկի տեսակը և դեղաչափը:
- Հստակ պատկերացում ունենալ այն շրջանի անատոմոտոպոգրաֆիկ առանձնահատկությունների վերաբերյալ, որտեղ պետք է կատարվի անզգայացումը:
- Ձեռնարկել միջոցառումներ ալերգիկ և տոքսիկ ռեակցիաները կանխարգելելու համար:
- Անզգայացումից առաջ բերանի խոռոչի անտիսեպտիկ մշակում:

5.7. Ներափռական անզգայացում

Ներափռական անզգայացման դեպքում անէսթետիկը ներարկվում է միջամտության ենթակա շրջանի հյուսվածքներ: Անէսթետիկը պաշարում է տվյալ շրջանի հյուսվածքները անմիջականորեն նյարդավորող ծայրամասային նյարդային ընկալիչները:



Նկ . 32 . Ներսփռական անզգայացման տեսակներն են՝

1. ենթալորձաթաղանթային անզգայացում,
2. ենթավերնոսկրային անզգայացում,
3. ներոսկրային անզգայացում,
4. ներկապանային անզգայացում (ինտրալիգամենտար),
5. ներկակղանային անզգայացում:

Տարբերում են ուղղակի և անուղղակի ներսփռական անզգայացում:

Ուղղակի ներսփռական անզգայացման ժամանակ անէսթետիկն անմիջականորեն ներարկում են միջամտության ենթակա շրջան:

Ատամնաբնային ելուստների և դեմքի այլ շրջանների փափուկ հյուսվածքների վիրահատությունների ժամանակ հաճախ կատարում են ուղղակի ներսփռական անզգայացում: Անզգայացնող լուծույթը նախատեսված կտրվածքի գծով բարակ ասեղով ներարկում են մաշկի կամ լորձաթաղանթի հաստության մեջ: Յուրաքանչյուր հաջորդ ներարկում կատարվում է արդեն անզգայացված շրջանից: Այնուհետև երկար ասեղով անզգայացված շրջանից առանձին ներարկումներով, շերտ առ շերտ ցավազրկում են ենթամաշկային ճարպային բջջանքը և մկանները: Անզգայացումը պետք է կատարել այնպես, որ ցավազրկված շրջանը մեծ լինի վիրահատվող շրջանից:

Անուղղակի ներսփռական անզգայացման ժամանակ անէսթետիկը ներարկվում է միջամտության շրջանից որոշակի հեռավորության վրա, որտեղից այն դիֆուզիայի միջոցով ներծծվում է միջամտության շրջանի հյուսվածքներ՝ առաջացնելով

անզգայացում: Այդ մեթոդը կիրառվում է ավելոյար ելունի վրա կատարվող վիրաբուժական միջամտությունների, ատամները հեռացնելու ժամանակ:

Անէսթետիկը ենթալորձաթաղանթային շրջանում ստեղծված դեպոյից թափանցում է ոսկրային հյուսվածքի սպոնգիոզ շերտը՝ անզգայացնելով նյարդային ընկալիչները: Անուղղակի ներսփռական անզգայացման էֆեկտիվությունը վերին և ստորին ծնոտում տարբեր է, որը պայմանավորված է նրանց անատոմիական առանձնահատկություններով:

Վերին ծնոտի կոմպակտ շերտը բարակ է, ունի բազմաթիվ անցքեր, որոնցով անցնում են արյունատար և լիմֆատիկ անոթներ, նյարդեր, որը բարենպաստ պայմաններ է ստեղծում անէսթետիկի դիֆուզիայի և նյարդային ընկալիչները պաշարելու համար: Դրանով է պայմանավորված վերին ծնոտում ներսփռական անզգայացման բարձր էֆեկտիվությունը:

Ստորին ծնոտում կոմպակտ շերտը հաստ է, խիտ է, իսկ անցքերը շատ սափմանափակ են, հիմնականում տեղակայված են ֆրոնտալ ատամների շրջանում: Դրանով է պայմանավորված ստորին ծնոտում ներսփռական անզգայացման ցածր էֆեկտիվությունը:

Ներսփռական անզգայացման ժամանակ անէսթետիկը ներարկում են բերանի նախադռան շրջանի անցման ծալքում, որտեղ կա ենթալորձաթաղանթային շերտ, այնտեղ ստեղծված անէսթետիկի դեպոն աստիճանաբար ներծծվում է շրջակա հյուսվածքներ: Ատամնաբնային ելուստի լեզվային կողմի անզգայացման ժամանակ լուծույթը ներմուծում են այն շրջանը, որտեղ լորձաթաղանթը ատամնաբնային ելուստից անցնում է ենթալեզվային շրջան: Այդ դեպքում անզգայացվում են լեզվային նյարդի ծայրային ճյուղերը:

Ներսփռական անզգայացման ժամանակ ներարկման տեխնիկան պարզ է: Նախ պետք է համոզվել, որ ասեղը լավ է ամրացված ներակիչին, այնուհետև վերջինս բռնել աջ ձեռքի 3 մատների օգնությամբ (ինչպես գրիչը), այնպես, որ բուլբ մատը հեշտությամբ հասնի հեռադիր ծայրին: Ասեղը 40-45° անկյունով

մտցնում են անցման ծալքի լորձաթաղանթի տակ: Ասեղի ծայրի թեքվածքը պետք է դարձված լինի դեպի ոսկրը: Այնուհետև բուրձմատը դնում են միտքի վրա, իսկ ներարկոցը պահում 1-2 մատների օգնությամբ ու դանդաղ ներարկում անզգայացնող լուծույթը:



Նկ. 33. Ասեղի դիրքը ներսփռական անզգայացում կատարելիս:

Անցման ծալքի լորձաթաղանթի տակ բաց թողնելով մի քանի կաթիլ անզգայացնող լուծույթ՝ ասեղը խորացնում են 0,5—0,7 սմ չափով և ներարկում ևս 2-3 մլ: Ներսփռական անզգայացման ժամանակ անհրաժեշտ է կատարել ասպիրացիոն փորձ, որպեսզի կանխվի անէսթետիկի ներարկումը անոթի լուսանցք:

Ներկապանային (ինտրալիգամենտար) անզգայացման ժամանակ անէսթետիկը բարձր ճնշման տակ ներարկվում է պերիօդոնտ (շուրջատամնախյուսվածք), կիրառվում է 0,2-0,3 մլ անէսթետիկ: Ներկապանային անզգայացումը հիմնականում կիրառում են մեկարմատանի ատամները բուժելու և հեռացնելու ժամանակ:

Վիշնևսկու մեթոդով ներսփռական անզգայացման եղանակը կիրառում են դիմաձնոտային շրջանի փափուկ հյուսվածքների անզգայացման ժամանակ: Անէսթետիկը ներմուծվում է շերտ առ շերտ անզգայացման շրջանի հյուսվածքներ (մաշկ, ենթամաշկային ճարպային բջջանք)՝ ստեղծելով անէսթետիկի դեպո, որից հետո կտրում են մաշկը և ենթամաշկային ճարպային բջջանքը, այնուհետև անէսթետիկը ներմուծվում է ենթապոնսրոտիկ տարածություններ՝ բլոկադայի ենթարկելով նյարդային ընկալիչները:

Ներոսկրային անզգայացումը կիրառվում է հիմնականում ստորին ծնոտի աղորիքների վրա միջամտություն կատարելիս: Լորձաթաղանթի անզգայացումից հետո փոքր կտրվածքով բացվում է ոսկրի մակերեսը, այնուհետև գնդաձև գչիլի միջոցով անցք է բացվում կոմպակտ շերտում և բացված անցքից ներարկ-

վում է 1-2 մլ անէսթետիկ ոսկրի սպոնգիոզ շերտ, որն ապահովում է էֆեկտիվ անզգայացում: Այն կիրառվում է որպես ավտերնատիվ ստորին ծնոտի հաղորդչական անզգայացման ցածր էֆեկտիվության ժամանակ:

Ժամանակակից ուժեղ անէսթետիկների կիրառումը մեծացնում է ներսփռական անզգայացման ցուցումները՝ անզգայացման ժամանակ ապահովելով քիչ բարդություններ և կատարման ավելի դյուրին և հեշտ մեթոդիկա: Այն կիրառվում է 70-80% միջամտությունների ժամանակ:

5.8. Հաղորդչական անզգայացում

Սա անզգայացման այն եղանակն է, երբ անզգայացնող լուծույթը ներարկվում է միջամտության ենթակա շրջանից որոշակի հեռավորության վրա, նյարդի շրջանում, որը ցավային իմպուլսները փոխանցում է միջամտության շրջանից:

Տարբերում են կենտրոնական հաղորդչական անզգայացում, երբ անէսթետիկը ներարկվում է եռորյակ նյարդի գլխավոր նյարդացողուններից մեկի մոտ, և պերիֆերիկ հաղորդչական անզգայացում, երբ անէսթետիկը ներարկվում է նյարդի ճյուղերից մեկի մոտ: Նյարդային ցողունները պաշարում են կա՛մ նյարդի դուրս գալու տեղին մոտ (ստորակնակապճային, մեծ քմային անցք և այլ շրջաններ), կա՛մ ոսկրային հյուսվածքը մտնելու տեղում: Անէսթետիկը ներարկվում են պերիներալ շրջան:

Ներկայումս անզգայացման էնդոներալ եղանակը չեն կիրառում, որովհետև ասեղով նյարդի ցողունի ծակումը կարող է հանգեցնել տարազգայության (պարէսթեզիա), հետներարկման ցավերի առաջացման կամ վնասվածքային նյարդաբորբի:

Մաշկի կամ լորձաթաղանթի վրա ասեղի ծակելու տեղը որոշում են ըստ անատոմիական ուղենիշների: Հաղորդչական անզգայացման ժամանակ անզգայացման գոտին ընդգրկում է վերին կամ ստորին ծնոտի և նրան հարող հարակից փափուկ հյուսվածքների զգալիորեն մեծ շրջանները՝ դրանով իսկ առավելություն ունենալով ներսփռական անզգայացման նկատմամբ:

Հաղորդչական անզգայացման ցուցումները՝

1. 2 և ավելի ատամների շրջանում տրավմատիկ և երկարատև միջամտությունների ժամանակ,

2. դիմաձնոտային շրջանի բորբոքային պրոցեսների ժամանակ (պերիօստիտ (շուրջոսկրաբորբ), օստեմիելիտ (ոսկրա-ծուծաբորբ)),

3. ստորին աղորիքների վրա միջամտությունների ժամանակ:

Հաղորդչական անզգայացման ժամանակ անհրաժեշտ է անզգայացնող լուծույթը ներարկել նյարդաթելին մոտ (1-2 մմ): Նյարդաթելից հեռու անէսթետիկի ներարկման ժամանակ անզգայացման էֆեկտը անբավարար է լինում:

Հաղորդչական եղանակով անզգայացումն ունի մի շարք առավելություններ:

Նրանով կարելի է հասնել ավելի տևական և լիարժեք անզգայացման, ինչպես նաև ցավազրկել ավելի մեծ շրջան՝ օգտագործելով քիչ քանակությամբ անզգայացնող լուծույթ: Երբ անզգայացնող լուծույթը մուծվում է այն շրջանը, որտեղից եռորյակ նյարդի ճյուղը դուրս է գալիս գանգի խոռոչից, անզգայացումն անվանում են հաղորդչական ցողունային (բազալ), իսկ երբ անզգայացնող լուծույթը մուծվում է եռորյակ նյարդի ծայրային ճյուղերի շրջան՝ հաղորդչական ծայրային: Երբ եռորյակ նյարդի այս կամ այն ճյուղը ցավազրկելու նպատակով ներարկումը կատարում են բերանի խոռոչում, անզգայացման նման եղանակն անվանում են ներբերանային (ինտրաօրալ), իսկ երբ ներարկումը կատարում են դեմքի փափուկ հյուսվածքները՝ արտաբերանային (էքստրաօրալ): Եռորյակ նյարդի ճյուղերի հաղորդչական անզգայացման արդյունավետությունը զգալիորեն պայմանավորված է ասեղի ծակելու տեղի ճիշտ ընտրությամբ, դեպի նյարդը կարճ ճանապարհով ասեղն առաջ շարժելով, ինչպես նաև դեղանյութը ներարկելու ճշտությամբ (նյարդից 2-3 մմ-ից ոչ ավելի հեռավորության վրա): Հաղորդչական ծայրային անզգայացումը կատարում են վերին ծնոտի թմբի շրջանում (տուբերալ), ակնակապճային, մեծ քմային, կտրիճային, ստորձնոտային և կզակային անցքերի շրջանում:

5.8.1. ՎԵՐԻՆ ԾՆՈՏԻ ՎՐԱ ԿԱՏԱՐՎՈՂ ՀԱՂՈՐԶԱԿԱՆ ԱՆԶԳԱՅԱՑՈՒՄ

5.8.2. Թմբային (տուբերալ) անզգայացում

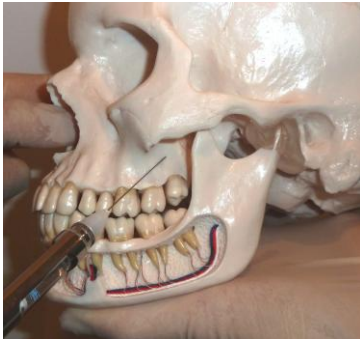
Թմբային անզգայացման ժամանակ շրջափակվում են վերին հետին ատամնաբնային նյարդերը, որոնք 2-4 փոքրիկ ճյուղերով մտնում են վերին ծնոտի հետին երեսի համանուն անցքերով և տարածվում աղորիքների մեջ: Թմբային անզգայացումը կատարում են վերին ծնոտի հետին երեսի, ինչպես նաև մեծ աղորիքների մակարդակով:

Թմբային անզգայացումը կատարում են ներբերանային և արտաբերանային եղանակներով:

Ներբերանային եղանակով անզգայացման ժամանակ, հիվանդի բերանը կիսաբացված է, ստոմատոլոգիական հայելու միջոցով համապատասխան կողմի թուշը ձգում են դեպի դուրս մի փոքր վեր: Ասեղը պետք է տեղադրված լինի 45° անկյան տակ ավելոյար ելունի կատարի նկատմամբ: Երկրորդ մեծ աղորիքի մակարդակով ասեղը մտցնում են անցման ծալքի մեջ և 2,5 սմ խորացնում դեպի վեր, հետ և ներս՝ ասեղի ծայրով զգալով ծնոտի ոսկրը: Ասեղի առաջ շարժվելը պետք է ուղեկցվի անզգայացնող լուծույթը բաց թողելով: Դա արվում է այդ շրջանի անոթները և երակային հյուսակը չվնասելու նպատակով: Թմբի շրջանում ներարկվում է 2-3 մլ անզգայացնող լուծույթ: Այդ դեպքում անզգայանում են վերին մեծ աղորիքները, հայմոռյան ծոցի հետին պատի ոսկրային հատվածը և լորձաթաղանթը, բերանի նախադռան կողմից լնդի լորձաթաղանթը մինչև եկրորդ փոքր աղորիքի սահմանը: Այն դեպքում, երբ վերին միջին ատամնաբնային նյարդը տարանջատվում է ստորակնակապճային նյարդից թևաքմային փոստում, անզգայացման սահմանը կարող է մեծանալ մինչև ժանիքը:

Անզգայացումը հաստունանում է 7-10 րոպե հետո:

Թմբային անզգայացման արտաբերանային եղանակն ըստ Եզորովի ունի մի շարք առավելություններ: Ասեղի շարժման ճանապարհին հազվադեպ են հանդիպում անոթներ, հետևաբար պակասում է վնասելու հավանականությունը:



Նկ. 34. Ասեղի դիրքը թմբային անոգայացում կատարելիս:

Ասեղի դիրքը պետք է լինի 45° անկյան տակ սագիտալ հարթության նկատմամբ և 90° անկյան տակ ֆրանկֆուրտյան հորիզոնականի նկատմամբ: Ասեղը մտցնում են այտոսկրի ստորին առաջային անկյան տակ և շարժում այտոսկրի տակով: Ասեղի ծայրը հասնում է մինչև վերին ծնոտի թումբը: Ասեղի առաջ շարժվելը պետք է ուղեկցվի անոգայացնող լուծույթի բացթողումով, ներարկում են 2-5 մլ անոգայացնող լուծույթ:

5.8.3. Ստորակնակապճային անոգայացում

Ստորակնակապճային անոգայացման ժամանակ շրջափակվում են վերին առաջային և վերին միջին ատամնաբնային նյարդերը, որոնք, առանձնանալով ստորակնակապճային նյարդից համանուն ոսկրային խողովակում, դեպի ատամներն են գնում հայմորյան ծոցի առաջային պատի հաստության միջով:

Ստորակնակապճային անցքի տեղակայման օրիենտիրներն են (ուղեցույցերը)՝

1. ստորակնակապճային անցքը գտնվում է ակնակապճի ստորին եզրի ներսի հատվածում գտնվող թմբիկից 5 մմ ցած,
2. տարվում է երևակայական ուղղահայաց գիծ վերին երկրորդ փոքր ադորիքի մակարդակով մինչև ակնակապճի ստորին եզրին հատվելը: Այդ հատման կետից 0,5-0,75 սմ ներքև գտնվում է ստորակնակապճային անցքը,
3. տարվում է ուղղահայաց երևակայական գիծ ակնագնդի բիբով, որը նայում է ուղիղ: Այդ գծի և ակնակապճի ստորին եզրի հատման կետից 0,5-0,75 սմ ներքև գտնվում է ստորակնակապճային անցքը:

Անոգայացումը կարելի է կատարել ներբերանային կամ արտաբերանային եղանակով:

Ներբերանայինի ժամանակ ասեղը մտցնում են անցման ծալքի մեջ՝ համապատասխան կողմի վերին կենտրոնական և կողմնային կտրիչների միջև, ապա շարժում մոտավորապես դեպի վեր և կողմ, մինչև որ նրա ծայրը դիպչի ակնակապճային անցքի վերին պատին, որտեղ և ներարկվում է 1,5-2 մլ անզգայացնող լուծույթ:

Ներբերանայինի եղանակն ունի մի շարք թերություններ. ասեղը մտցնելիս մանրէազերծ վիճակ ստեղծելը դժվար է, ասեղն ավելի երկար ճանապարհ է անցնում փափուկ հյուսվածքներով, մի շարք դեպքերում վնասվում են անոթները, որոնք երբեմն հանգեցնում են արյունային ուռուցքի (հեմատոմայի) առաջացմանը:



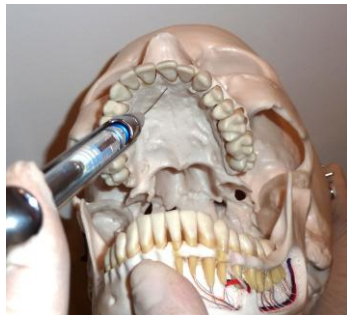
Նկ. 35. Ասեղի դիրքը ստորակնակապճային անցքի շրջանում անզգայացում կատարելիս:

Արտաբերանային եղանակի ժամանակ ձախ ձեռքի ցուցամատով գտնում են ստորակնակապճային անցքի պրոյեկցիան վերը նշված ուղեցույցերից որևիցե մեկով: Դաշտը մշակելուց հետո ասեղը մտցնում են 1 սմ ներքև ու միջային անցքի պրոյեկցիայից և շարժում վեր, հետ ու դուրս դեպի ստորակնակապճային անցքը մինչև ոսկրին դիպչելը, և բաց են թողնում 1,5-2,0 մլ անզգայացնող լուծույթ:

Ստորակնակապճային անզգայացման ժամանակ ցավագրկում են կտրիչները, ժանիքները, փոքր աղորիքները և համապատասխան շրջանի լորձաթաղանթը (քմային կողմից լորձաթաղանթը չի անզգայնում): Բացի դրանից, անզգայացնում են նաև համապատասխան կողմի վերին շրթունքը, թշի առաջային մակերեսը և քթի մաշկը: Անզգայացումը սկսվում է 5-10 րոպեից:

5.8.4. Քթաքմային նյարդի անզգայացում

Քթաքմային նյարդը կարելի է շրջափակել ներբերանային և արտաբերանային եղանակով: Ներբերանայինի դեպքում ասեղը խրում են կտրիչային պտկիկի հիմքի շրջանում և դանդաղ ներարկում 0,1-0,3 մլ անզգայացնող լուծույթ: Դեպի ֆրոնտալ ատամները



գնացող նյարդերի ճյուղերը շրջափակելու համար ասեղը խորացնում են են կտրիչային խողովակի մեջ 0,5-0,75 սմ և լրացուցիչ ներարկում 0,1-0,2 մլ լուծույթ:

Նկ. 36 . Ասեղի դիրքը կտրիչային անցքի շրջանում անզգայացում կատարելիս:



Նկ. 37. Ասեղի դիրքը կտրիչային արտաբերանային անզգայացման ժամանակ:

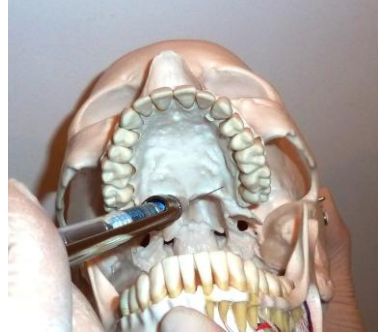
Արտաբերանային եղանակով անզգայացնելիս լուծույթը երկու կողմից ներմուծում են քթի միջնապատի հիմքի շրջան: Քթաքմային նյարդը կարելի է շրջափակել նաև երկու կողմից՝ քթի խոռոչի հատակի լորձաթաղանթին 1- 2 %-անոց դիկահինի լուծույթ քսելով: Արտաբերանային անզգայացում կատարվում է այն դեպքում, երբ հնարավոր չէ կիրառել ներբերանայինը: Ժանիքները միացնող գծի մակարդակով անզգայանում է վերին ծնոտի ատամնաբնային ելուստի և կարծր քիմքի լորձաթաղանթը:

5.8.5. Մեծ քմային նյարդի անզգայացում

Մեծ քմային նյարդի անզգայացումը կատարվում է մեծ քմային անցքի շրջանում, որտեղից դուրս է գալիս համանուն նյարդն ու նյարդավորում քիմքի լորձաթաղանթը:

Մեծ քմային անցքը տեղակայվում է վերին երրորդ մեծ աղորիքի պսակի $\frac{1}{2}$ -ի մակարդակին: Տվյալ ատամի բացակայության դեպքում. վերին երկրորդ մեծ աղորիքից հետևանքայնորեն կամ կարծր և փափուկ քիմքի սահմանից 0,5 սմ առաջ:

Նկ. 38. Ասեղի դիրքը քմային անցքի շրջանում անզգայացում կատարելիս:



Հիվանդի բերանը լայն բացած վիճակում ասեղը ներարկոցի հետ ուղղում են հակառակ կողմի անկյունով, այն մտցնում են մեծ քմային անցքի պրոյեկցիայից մոտ 1 սմ առաջ և խորացնում ետ ու ներս՝ մինչև ոսկրին դիպչելը: Ներարկում են 0,5մլ անզգայացնող լուծույթ: Միակողմանի անզգայացման ժամանակ ցավազրկված գոտին տարածվում է առջևից մինչև ժանիքները միացնող գիծը, միջային կողմից՝ միջին գիծը, հետևից՝ փափուկ և կարծր քիմքերի սահմանը:

5.8.6. ՍՏՈՐԻՆ ԾՆՈՏԻ ՎՐԱ ԿԱՏԱՐՎՈՂ ՀԱՂՈՐԴԱԿԱՆ ԱՆԶԳԱՅԱՑՈՒՄ

5.8.7. Անզգայացում ստորձնոտային անցքի շրջանում (մանդիբուլյար անզգայացում)

Ստորձնոտային անցքի շրջանում (մանդիբուլյար) անզգայացումը կատարվում է համանուն անցքի շրջանում:

Անզգայացումը կարելի է կատարել ներբերանային և արտաբերանային եղանակով:

Ավելի հաճախ կիրառվում է ներբերանայինը, որը կարող է լինել շոշափման միջոցով (դակտիլ) և առանց շոշափման (ապո-

դակտիլ): Այս դեպքում հիվանդը առավելագույն չափով բացում է բերանը: Ներարկման կետը ճիշտ որոշելու համար ձախ ձեռքի ցուցամատով (եթե անզգայացումը կատարվում է աջ կողմից) կամ բթամատով (երբ անզգայացումը կատարվում է ձախ կողմից) շոշափում են ռետրոմոլյար եռանկյունը և քունքային կատարը: Ներարկիչը պահելով հակառակ կողմի փոքր աղորիքների մակարդակին ասեղը մտցնում են քունքային կատարից ներսայնորեն և ստորին մեծ աղորիքներից 0,75-1 սմ վեր ու շարժում են դեպի դուրս և ետ՝ մինչև ոսկրին դիպչելը (1,5-2 սմ խորության վրա):

Ասեղի ծայրը պետք է հասցնել մինչև ոսկրը և ներարկել 2-3 մլ անզգայացնող լուծույթ: Այնուհետև ներարկիչը ետ են քաշում մոտավորապես 0,75 սմ և ներարկում 0,5 մլ անզգայացնող լուծույթ՝ լեզվային նյարդի անզգայացման համար, որը ստորինատամնաբնային նյարդից ավելի առաջ է գտնվում:

Մանդիբուլյար ապոդակտիլ (առանց շոշափման) եղանակով անզգայացում կատարելիս հիմնական կողմնորոշիչը թևաստորձնոտային ծալքն է (*plica pterigomandibularis*):

Հիվանդի բերանը լայն բացված վիճակում ներարկիչը տեղավորում են հակառակ կողմի փոքր աղորիքների կամ առաջին մեծ աղորիքի մակարդակով: Ասեղով ծակում են թևաձնոտային ծալքի դրսային թեքությունը՝ վերին և ստորին ծնոտների մեծ աղորիքների ծամողական մակերեսների միջև ընկած տարածության կեսի մակարդակով: Ասեղը շարժում են դեպի դուրս և ետ՝ մինչև ոսկրին դիպչելը (1,5-2 սմ խորության վրա), հետո ներարկում են 2-3 մլ անզգայացնող լուծույթ՝ ստորինատամնաբնային և լեզվային նյարդերի շրջափակման համար: Ասեղը 2 սմ առաջ շարժելով՝ երբեմն չի հաջողվում դիպչել ոսկրին: Դա կարող է պայմանավորված լինել ստորին ծնոտի ճյուղի անատոմիական առանձնահատկություններով, երբ սագիտալ հարթությամբ նրա թեքվածությունը զգալիորեն արտահայտված է: Այդ դեպքում ասեղը շարժվում է ստորին ծնոտի ճյուղի մակերեսին զուգահեռ՝ չդիպչելով նրան: Նման դեպքերում անհրաժեշտ է ներարկիչն ավելի շատ տանել հակառակ կողմը՝ տեղադրելով այն երկրորդ մեծ աղորիքի մա-

կարդակով: Փոխելով ասեղի և ստորին ծնոտի ճյուղի ներսային մակերեսի կազմած անկյունը, հաջողվում է դիպչել ոսկրին:

Անզգայացման համար թևածնոտային ծալքը պակաս կողմնորոշում է տալիս, քան քունքային կատարը: Այդ պատճառով անզգայացման ապոդակտիլ (ատանց շոշափման) եղանակի դեպքում միշտ չէ, որ հաջողվում է անզգայացնող լուծույթը ճշտորեն ներարկել ստործնոտային անցքի շրջան:

Մանդիբուլյար անզգայացման ժամանակ հիվանդը զգում է, որ ստորին շրթունքի համապատասխան կեսի զգայնությունը փոխված է, իսկ լեզվի համապատասխան կողմը ծակծկում է, լեզուն կարծես պնդացած լինի: Այդ նշանները վկայում են անզգայացումը ճիշտ կատարելու մասին:



**Նկ . 39 .Ասեղի դիրքը
ներբերանային մանդիբուլյար
անզգայացում կատարելիս:**

Պետք է նշել, որ լեզվային նյարդի անզգայացումը ավելի արագ է հասունանում, քան ստորինատամնաբնային-

նինը: Ուստի անզգայացման նշաններն ի հայտ գալուց հետո պետք է սպասել 5 րոպեից ոչ պակաս:



Լորձաթաղանթը նախադրան կողմից նյարդավորող թշային նյարդի ճյուղերի անզգայացման համար միջամտության ենթարկվող ատամի անցման ծալքի շրջանում ներարկվում է ևս 0,5 մլ անզգայացնող լուծույթ:

**Նկ. 40. Ասեղի դիրքը արտաբերանային
մանդիբուլյար անզգայացում կատարելիս:**

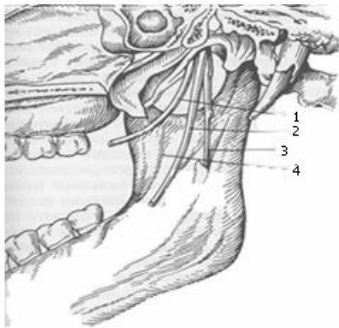
Արտաբերանային եղանակով մանդիբուլյար անզգայացումը կատարում են ենթաստործնոտային շրջանից այն դեպքում, երբ հիվանդի բերանը լավ չի բացվում: Հիվանդի գլուխը թեքում են ետ և հակառակ կողմ, ցուցամատով և բութ մատով շոշափում ստորին ծնոտի անկյունը և նրանից 1,5-2 սմ դեպի առաջ ասեղով մտնում ստորին ծնոտի ճյուղի հետին երեսը:

Ասեղը ոսկրին հպած՝ շարժում են դեպի վեր, ծնոտի ճյուղի երկարությամբ նրա հետին եզրին զուգահեռ, 3,5-4սմ խորությամբ ներարկում են 3 մլ անզգայացնող լուծույթ: Մանդիբուլյար անզգայացման ժամանակ լրիվ ցավազրկման գոտին տարածվում է մինչև համապատասխան կողմի բոլոր ատամները, ալվեոլյար ելունի ոսկրը և լորձաթաղանթը վեստիբուլյար ու լեզվային կողմերից, ստորին շրթունքը, կզակը: Լեզվային կողմից անզգայանում են համապատասխան կողմի լեզվի առաջային 2/3-ը, բերանի հատակի լորձաթաղանթը: Ժանիքների և կտրիչների անզգայացումը երբեմն թույլ է լինում, նման դեպքում դիմում են երկկողմանի մանդիբուլյար անզգայացման:

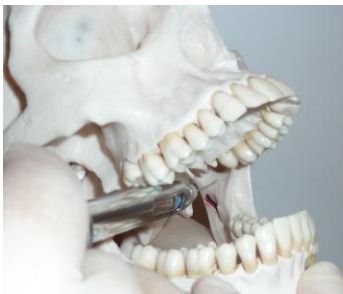
5.8.8. Տորուսալ անզգայացում

Տորուսալ (ըստ Մ. Մ. Վեյսբերեմի) անզգայացման ժամանակ մեկ ներարկումով միաժամանակ շրջափակվում են համապատասխան կողմի ստորինատամնաբնային, լեզվային և թշային նյարդերը: Անզգայացնող լուծույթը ներարկում են ծնոտի բարձիկի շրջանում: Վերջինս գտնվում է ստորին ծնոտի ներսային երեսին, ստորին ծնոտի լեզվակից առաջ և վեր այն շրջանում, որտեղ իրար են միանում քունքային կատարը և ծնոտի հոդային ելունի վզի կատարը: Ծնոտի բարձիկից ետ տեղակայված է ստորինատամնաբնային, առաջ՝ թշային, մեղիալ՝ լեզվային նյարդը: Նրանց իրարից բաժանում է փուխը շարակցական հյուսվածքը: Այդ շրջանում ներարկված անզգայացնող նյութը հեշտությամբ թափանցում է նյարդային ցողունների մեջ և շրջափակում դրանց հաջորդաբար:

Անզգայացումը կատարվում է հետևյալ կերպ: Հիվանդը առավելագույն չափով բացում է բերանը: Ասեղը թշի լորձաթաղանթին ուղղահայաց մտցնում են մինչև ոսկրի այն կետը, որն առաջանում է վերին մեծ աղորիքների ծամողական մակերեսից 0,5 սմ ներքև տարվող հորիզոնական գծի և թևածնոտային ծալքի կողմնային մասով ու թշի լորձաթաղանթով առաջացած ակոսով անցնող գծի հատումով: Այդ դեպքում ներարկիչը պետք է գտնվի հակառակ կողմի մեծ աղորիքների վրա: Եթե վերին ծնոտի մեծ աղորիքները բացակայում են, այդ դեպքում մտովի պատկերացվող հորիզոնական գիծը պետք է անցնի վերին ծնոտի աստամնաբնային ելուստից 1,5 սմ ներքև: Ծնոտի բարձիկի շրջանում ներարկում են 1-3 մլ անզգայացնող լուծույթ:



Նկ. 41. Ստործնոտային բարձրության շրջանում նյարդերի դասավորությունը՝ 1.թշային նյարդ, 2.լեզվային նյարդ, 3.ստորին աստամնաբնային նյարդ, 4.ստործնոտային բարձրություն:



Նկ. 42 . Ասեղի դիրքը տորուսալ անզգայացում կատարելիս:

Այնուհետև ասեղը ետ են քաշում մի քանի միլիմետր և բաց թողնում 0,5-1մլ անզգայացնող լուծույթ՝ լեզվային նյարդը շրջափակելու համար: Եթե ասեղով չեն գտնում ոսկրը, ապա պետք է ասեղը ետ քաշել, քիչ փոխել նրա ուղղությունը և ասեղը նորից խորացնել մինչև ոսկրը:

Տորուսալ անզգայացման ժամանակ ցավազրկման գոտին նույնն է ինչ-որ մանդիբուլյար անզգայացման ժամանակ, ավելանում է միայն թշային կողմի մաշկը և լորձաթաղանթը:

5.8.9. Թշային նյարդի անզգայացումը

Անզգայացումը կատարում են հիվանդի բերանը լայն բացած վիճակում, ներարկիչը պետք է գտնվի հակառակ կողմի մեծ աղորիքների վրա, ասեղի ծակման տեղը՝ համապատասխանի լորձաթաղանթի վրայի այն կետին, որն առաջանում է վերին մեծ աղորիքների ծամողական մակերեսների մակարդակով տարված գծի և պսակաձև ելուստի առաջային եզրով տարված ուղիղ գծի հատումից: Ասեղը առաջ են շարժում պսակաձև ելուստի առաջային եզրով մոտ 1,5 սմ և ներարկում 1-2 մլ անզգայացնող լուծույթ:

5.8.10. Լեզվային նյարդի անզգայացումը

Հիվանդի բերանը լայն բացած վիճակում լեզուն թիակի միջոցով հրում են հակառակ կողմ, ասեղը մտցնում ծնոտալեզվային ակոսի լորձաթաղանթի մեջ՝ երրորդ մեծ աղորիքի մակարդակով, որտեղով լեզվային նյարդն անցնում է մակերեսորեն: Ներարկում են 1-2 մլ անզգայացնող լուծույթ: Անզգայացումը հաստնանում է 5-7 րոպեից: Լեզվային նյարդը կարելի է անզգայացնել նաև ստոր-ծնոտային անցքի շրջանում:

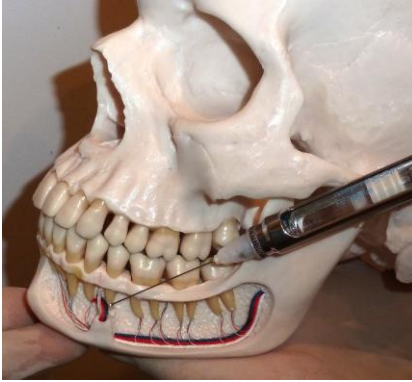
5.8.11. Անզգայացում կզակային անցքի շրջանում

Կզակային անցքի շրջանը ցավազրկելիս անզգայացնում են կզակային նյարդը:

Կզակային անցքը ստորին ծնոտի առաջային երեսին է՝ առաջին և երկրորդ փոքր աղորիքների արանքից իջնող գծի վրա, ծնոտի ստորին եզրից 12-13 մմ բարձր: Կզակային անցքը բացվում է դեպի ետ, վեր և դուրս: Անզգայացումը կարելի է կատարել ներբերանային և արտաբերանային եղանակով: Ներբերանային

դեպքում հիվանդի ծնոտներն իրար կպած վիճակում թշի փափուկ հյուսվածքները հայելու միջոցով ձգում են կողմ:

Ասեղը մտցնում են անցման ծալքից մի քանի միլիմետր դուրս, առաջին մեծ աղորիքի պսակի մեջտեղի մակարդակով (այն խորացնում են 0,75-1 սմ ներքև, ներս և առաջ մինչև կզակային անցքը)՝ ներարկելով 0,5մլ անզգայացնող լուծույթ, և զգուշությամբ շարժելով ասեղը՝ գտնում են կզակային անցքը: Անզգայացումը հասունանում է 5 րոպե հետո:



Նկ. 43. Ասեղի դիրքը արտաբերանային կզակային անզգայացում կատարելիս:

Արտաբերանային եղանակով անզգայացնելիս մաշկի վրա որոշում են կզակային անցքի պրոյեկցիան և այդ տեղում փափուկ հյուսվածքները ցուցամատով սեղմում ոսկրին: Ասեղին տալով համապատասխան ուղղություն, հաշվի առնելով անցքի ուղղությունը՝ այն մտցնում են մաշկի մեջ՝ կզակային անցքի պրոյեկցիայից 0,5 սմ վեր և ետ, այնուհետև շարժում ներս և առաջ: Մնացածը կատարվում է նույն ձևով, ինչ ներբերանային եղանակի դեպքում:

Կզակային անզգայացման ժամանակ նախադրան կողմից նշված ատամների սահմանում ցավազրկվում են կզակի և ստորին շրթունքի փափուկ հյուսվածքները, կտրիչները և ժանիքները, ատամնաբնային ելուստի ոսկրային հյուսվածքը, լնդերը: Երբեմն անզգայացման գոտին կարող է հասնել մինչև երկրորդ մեծ աղորիք: Կտրիչների շրջանում հակառակ կողմի համանուն նյարդի հետ բերանակցման պատճառով անզգայացման արդյունավետությունը ցածր է:

5.8.12. Անզգայացում Բերշեի եղանակով

Ստորին ծնոտի բորբոքային միաբերումը վերացնելու նպատակով հաճախ կատարվում է անզգայացում Բերշեի եղանակով, որը հնարավորություն է տալիս անզգայացնելու եռորյակ նյարդի երրորդ ճյուղի շարժողական նյարդաթելերը: Այս եղանակն իրագործվում է հետևյալ կերպ. ասեղը մտցնում են մաշկային ծածկույթներին ուղղահայաց այտային աղեղի ստորին եզրով, ականջի այծիկից 2 սմ առաջ խորացնելով ստորին ծնոտի կիսալուսնաձև կտրուճի վրայով 2-2,5 սմ ներարկում են 3-4 մլ անզգայացնող լուծույթ:



Նկ. 44. Ներարկիչի դիրքը Բերշեի եղանակով անզգայացում կատարելիս

Մ. Դուբովը եռորյակ նյարդի երրորդ ճյուղի շարժողական նյարդաթելերի անզգայացման նպատակով վերափոխել է Բերշեի եղանակը: Ըստ Բերշե-Դուբովի, ասեղի խորացումը 3-3,5սմ և այնտեղ 3-5 մլ անզգայացնող լուծույթի ներարկումը հնարավորություն են ստեղծում շրջափակել նաև ստործնոտային և լեզվային նյարդերը:

5.8.13. Եռորյակ նյարդի երկրորդ և երրորդ ճյուղերի ցողունային անզգայացում ըստ Ս. Ն. Վայսբլատի

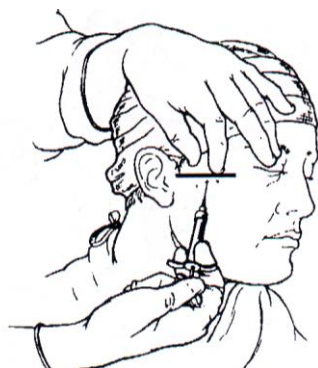
Ցողունային անզգայացում կատարում են վերին կամ ստորին ծնոտների շրջանի մեծ վիրահատության դեպքում (ծնոտների մասնահատում, հայմոռոտոմիա, օստեոսինթեզ, հարձնոտային բուշտերի հեռացում և այլն) կամ երբ հակացուցված է կատարել հաղորդչական ծայրային անզգայացում այդ նյարդի ճյուղերի շրջանում (օրինակ՝ ասեղը մտցնելու շրջանում բորբոքային պրոցեսի կամ ուռուցքի առկայության դեպքում): Դեմքի փափուկ հյուսվածքների որոշ վիրահատությունների ժամանակ անհրաժեշտություն է զգացվում միաժամանակ անզգայացնել եռորյակ

նյարդի երկրորդ և երրորդ ճյուղերը: Ցավազրկում լինում է, երբ անզգայացնող լուծույթը մուծվում է այն շրջանը, որտեղից եռորյակ նյարդի ճյուղերը դուրս են գալիս գանգի խոռոչից (այսինքն՝ ձվաձև կամ թևաքմային փոսի շրջանը): Ցողունային անզգայացման ժամանակ անզգայացման զոնան ընդգրկում է ծնոտի կեսը: Եռորյակ նյարդի երկրորդ և երրորդ ճյուղերի ցողունային անզգայացումը կարելի է իրականացնել մի քանի եղանակներով. ասեղը թևաքմային շրջան է մտցվում այտային աղեղի տակով, ստործնոտային կտրուճով, թշի փափուկ հյուսվածքներով, թևաքմային խողովակով:

Եռորյակ նյարդի երկրորդ և երրորդ ճյուղերի ենթաայտուկրային իրարից անկախ անզգայացումը համեմատաբար հեշտ է և ոչ այնքան վտանգավոր եղանակ է: Այս դեպքում ասեղը մտցնում են անմիջականորեն քունքային աղեղի ստորին եզրի տակ և ստործնոտային կտրուճով շարժում դեպի թևակերպային ելուստի արտաքին թերթիկը: Թևակերպային ելուստից առաջ տեղակայված է թևաքմային փոսը, որի միջով անցնում է ծնոտային նյարդի ցողունը, իսկ թևակերպային ելուստից ետ գտնվում է ձվաձև անցքը, որի միջով գանգի խոռոչից դուրս է գալիս ստործնոտային նյարդը: Եռորյակ նյարդի երկրորդ ճյուղը շրջափակելու համար ասեղը պետք է մտցնել թևակերպային ելուստից առաջ թևաքմային փոսի մուտք, իսկ երրորդ ճյուղի անզգայացման համար թևակերպային ելուստից ետ՝ ձվաձև անցքի շրջանը:

Ասեղի ուղղության ճիշտ կողմնորոշիչը թևակերպային ելուստի դրսային թերթիկն է: Մաշկի վրա նրա պրոյեկցիան համապատասխանում է այն գծի կեսին (տրագոօրբիտալ գիծ), որը ականջի խեցու այծիկի հիմքը միացնում է աչքի ստորին դրսային անկյանը: Անհրաժեշտ է հիշել, որ թևակերպային ելուստի դրսային թերթիկից 2-4 սմ առաջ կլոր անցքն է, իսկ նրանից ետ՝ նույն հեռավորության վրա ձվաձև անցքը:

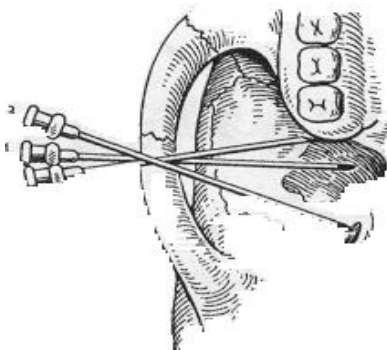
Անզգայացման համար մաշկը մշակում են սպիրտով, ընտրում են 6-8 սմ երկարությամբ ասեղ, այն մտցնում այտային աղեղի տակ՝ վերը նշված գծի մեջտեղով, մաշկին ուղղահայաց:



Անոթները վնասելուց խուսափելու համար ասեղի խորացումը պետք է ուղեկցվի անզգայացնող լուծույթ բաց թողնելով:

Նկ. 45. Տրագորբիտալ գծի մեջտեղով ասեղը մտցնելու տեղը կլոր և ձվաձև անցքերի մոտ Վայսբլատի եղանակով իրարից անկախ անզգայացման դեպքում:

Մոտավորապես 4-6 սմ խորության վրա ասեղը դիպչում է թևակերպային ելուստի արտաքին թերթիկին: Ասեղի խորությունը նշում են ցուցամատով կամ ասեղի վրա նախօրոք հագցված ռետինե օղակով, որի միջոցով ֆիքսում են մաշկի մինչև թևակերպային ելուստի արտաքին թերթիկն ընկած տարածությունը, այնուհետև ասեղը մոտավորապես կիսով չափ ետ են քաշում՝ փոխելով նրա ուղղությունը դեպի առաջ 20-30°, շարժում են առաջ՝ մինչև վրայի նշագիծը (6-8 սմ) և բաց թողնում 3-5 մլ անզգայացնող լուծույթ՝ անզգայացնելով եռորյակ նյարդի երկրորդ ճյուղը: Նման ձևով անզգայացնում են եռորյակ նյարդի երրորդ ճյուղը՝ ասեղը նույն անկյան տակ և նույն խորությամբ ուղղելով դեպի ետ:



Նկ. 46. Վայսբլատի եղանակով եռորյակ նյարդի երկրորդ և երրորդ ճյուղերի ենթաայտոսկրային իրարից անկախ անզգայացում կլոր և ձվաձև անցքերի մոտ

Անզգայացումը վրա է հասնում 10-12 րոպե անց ամբողջությամբ վերին ծնոտի համապատասխան կեսում: Ցողունային անզգայացման ժամանակ հնարավոր է գանգի հիմում խոշոր անոթների վնասում, անմիջական տեղային բարդություն է հեմատոման (արյունաուռուցքը):

5.9. Անզգայացման բարդությունները, նրանց կանխարգելումը և առաջին բուժօգնությունը

Տեղային ներարկող (ինյեկցիոն) անզգայացման ժամանակ և անզգայացումից որոշ ժամանակ անց կարող են առաջանալ զանազան բարդություններ: Բարդությունները լինում են տեղային և ընդհանուր բնույթի:

5.9.1. Անզգայացման տեղային բարդությունները

Արյունատար անոթների վնասում

Ներարկելիս արյունատար անոթների վնասումը ավելի հաճախադեպ է թմբային անզգայացման ժամանակ: Այս դեպքում վնասվում են թևակերպային երակային հյուսակի անոթները: Դրա հետևանքով առաջացած հեմատոման հեշտությամբ վարակվում և թարախակալվում է: Հեմատոմա է առաջանում նաև մանդիբուլյար անզգայացման ժամանակ: Ասեղն անզգույշ առաջ շարժելիս վնասվում են ստործնոտային զարկերակը և երակը, որի հետևանքով նույնպես կարող է առաջանալ հեմատոմա և բարդանալ համապատասխան շրջանի ֆլեգմոնայով (թարախաբորբով):

Անոթների վնասումը հիմնականում անզգայացնող լուծույթի ներարկման կանոնների խախտման պատճառով է լինում: Նման բարդություն առաջանում է այն դեպքում, երբ ասեղը խորացնում են առանց ոսկրին դիպչելու կամ երբ ասեղը խորացնելիս անզգայացնող լուծույթ բաց չի թողնվում: Երբ անզգայացնող լուծույթ ներարկելիս առաջանում է հեմատոմա, անհրաժեշտ է ասեղը ետ քաշել և այդ շրջան ներմուծել մնացած լուծույթը, ինչը որոշ չափով սահմանափակում է հեմատոմայի հետագա մեծացումը: Ասեղը հանելուց հետո անհրաժեշտ է հեմատոմայի շրջանում դնել թանգիվե վիրախծուծ և այն սեղմել ոսկրին, հետո, եթե անզգայացումը հասունացել է, իսկ հեմատոման չի մեծացել, անհրաժեշտ է ավարտել ստոմատոլոգիական միջամտությունը: Դրանից հետո հիվանդը պետք է գտնվի հսկողության ներքո: Խորհուրդ է տրվում սկզբում հեմատոմայի շրջանում դնել սառույց, իսկ 3 օր հետո կատարել տաք պրոցեդուրաներ: Թարախակալման

նշաններ առաջանալու դեպքում անհրաժեշտ է համապատասխան շրջանում կատարել կտրվածք, անցկացնել հակաբորբոքային թերապիա:

Նյարդերի վնասում

Ասեղից կարող են վնասվել նաև նյարդային ցողունները: Նյարդերի վնասման հետևանքով կարող են առաջանալ ներիտ (նյարդաբորբ), ներալգիա (նյարդացավ), պարեզ և պարալիչ (կաթված):

Այդ բարդությունը հաճախ հանդիպում է մանդիբուլյար և ինֆրաօրբիտալ անոգայացումների ժամանակ: Նման դեպքում համապատասխան նյարդի նյարդավորման շրջանում կարող են նկատվել տարազայության (պարեսթեզիա) երևույթներ, զգանության իջեցում, զանազան ինտենսիվության ցավի զգացում:

Այդ նշանների տևողությունը կարող է տարբեր լինել 2-3 օրից մինչև մի քանի ամիս: Նման դեպքում անհրաժեշտ է հիվանդին նշանակել B խմբի վիտամիններ, ցավը հանգստացնող դեղանյութեր և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ:

Դիմային նյարդի ճյուղերի լուծանք դիտվում է այն դեպքում, երբ անոգայացնող նյութը շրջափակում է նյարդի այս կամ այն ճյուղը: Երևույթը անցնում է անոգայացնող նյութի ազդեցությունն անցնելուց հետո:

Ստորակնակապճային նյարդի անոգայացման ժամանակ ասեղը համանուն խողովակի մեջ խորացնելիս կարող է անոգայանալ նաև ակնաշարժ նյարդը: Դրա հետևանքով առաջանում է աչքի ժամանակավոր շլություն, երկտեսություն և այլն:

Այս երևույթները անոգայացման ազդեցությունն անցնելուց հետո վերանում են:

Նյարդային ցողունների վնասումը կարելի է հասցնել նվազագույնի, եթե ասեղի առաջ շարժվելն ուղեկցվի անոգայացնող լուծույթը բաց թողնելով:

Ծամիչ մկանների թելերի վնասումը

Մանդիբուլյար անոգայացում կատարելիս կարող են վնասվել ծամիչ մկանների թելերը, և դրա հետևանքով կառաջանա հիվանդների ծնոտների միաբերում (կոնտրակտուրա): Այս բար-

դությունը զարգանում է այն դեպքում, երբ ասեղի ծայրը բույժ կամ ծոված է լինում: Ծնոտների միաբերումը կարող է պայմանավորված լինել նաև խորանիստ ծամիչ մկանների շրջանի բորբոքային ներսփռանքով:

Ասեղի կոտրվածք

Երբեմն անզգայացնող լուծույթ ներարկելիս ասեղը կոտրվում է: Ասեղը սովորաբար կոտրվում է հիմքից, հետևաբար այն չպետք է մտցնել մինչև վերջ: Այս բարդությունը կանխելու համար հարկավոր է օգտագործել սուր և համապատասխան երկարության ասեղներ: Ասեղը առաջ շարժելու և ներարկելու ժամանակ չպետք է կտրուկ շարժումներ անել: Եթե հնարավոր չէ կոտրված ասեղը անմիջապես հեռացնել, ապա անհրաժեշտ է շտապ կերպով հիվանդին տեղափոխել ստացիոնար:

Անզգայացվող հյուսվածքների մեռուկ

Անզգայացնող լուծույթները ներարկելիս հյուսվածքների մեռուկ հազվադեպ է առաջանում: Երբեմն այն պատահում է կարծր քիմքի շրջանում:

Անզգայացնող լուծույթի արագ և բարձր ճնշման տակ ներարկումը կարող է հանգեցնել քիմքի լորձաթաղանթի շերտազատման, անոթների պատռվածքի և ճնշման, սրանք էլ իրենց հերթին՝ լորձաթաղանթի մեռուկի:

Երբեմն հյուսվածքների մեռուկ առաջանում է, երբ անզգայացնող լուծույթի փոխարեն ներարկում են անուշադրի սպիրտ, կալցիումի քլորիդի լուծույթ, սպիրտ և այլ ագրեսիվ լուծույթներ: Սա բարդությունն չէ, այլ բժշկի կողմից թույլ տրված կոպիտ սխալ, դեղորայքի պահպանման տարրական կանոնների խախտում, որի համար բժիշկը կարող է ենթարկվել դատական պատասխանատվության:

Սխալ դեղորայք ներարկելու դեպքում պետք է կատարել հյուսվածքների կտրվածք և ներսփռման ենթարկել 0,5%-անոց նովոկաինի լուծույթով:

Բորբոքային պրոցեսի զարգացումը կանխարգելելու նպատակով պետք է սկսել հակաբիոտիկոթերապիա:

Անզգայացվող հյուսվածքների բորբոքային ներսփռանք

Բորբոքային ներսփռանք անզգայացման տեղում հիմնականում առաջանում է ներարկման ժամանակ վարակ անցկացնելիս: Բորբոքման հետևանքով կարող է առաջանալ համապատասխան շրջանի ֆլեգմոնա (թարախաբորբ): Այս բարդությունը առաջանում է ապանեխման կանոնները խախտելիս: Ներբերանային անզգայացման ժամանակ հարկավոր է զգույշ լինել, որ ասեղը չդիպչի բերանի խոռոչի պատերին, լեզվին կամ ատամներին, և պահպանվի նրա մանրէազերծ վիճակը:

Հետներարկային ցավեր

Հետներարկային ցավեր և այտուց առաջանում են այն դեպքում, երբ անզգայացնող լուծույթի ներարկումը կատարվում է կոպիտ, որի հետևանքով վնասվում է վերնոսկրը, կամ արագ, որից վնասվում են փափուկ հյուսվածքները: Ցավերի առաջացումը կարող է լինել նաև անզգայացնող նյութի պիտանելիության ժամկետն անցած լինելու կամ այն պատրաստելիս թույլ տրված սխալների հետևանքով: Նման դեպքում անհրաժեշտ է նշանակել ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ, ցավազրկող և հակափստամինային դեղանյութեր (սուլպրաստին, դիմեդրոլ):

5.9.2. Անզգայացման ընդհանուր բարդությունները

Տեղային անզգայացման ընդհանուր բարդությունների պատճառները բազմազան են՝ անամնեզի ոչ բավարար հավաքում, ուղեկցող հիվանդություններ, տեղային անէսթետիկների նկատմամբ ալերգիկ ռեակցիաներ, պացիենտի պսիխո-էմոցիոնալ (հոգեհուզական) լարվածություն:

Ուշագնացություն

Ուշագնացությունը գիտակցության կարճատև կորուստ է մկանային տոնուսի բացակայությամբ, որը պայմանավորված է գլխուղեղի արյան մատակարարման սուր անբավարարության առաջացմամբ: Հաճախ այն զարգանում է աստիճանաբար, հիվանդը գունատվում է, զգում է ընդհանուր թուլություն, գլխապտույտ, աչքերի առաջ մթազնում է և կորցնում է գիտակցությունը:

Շնչառությունը դառնում է մակերեսային, երակազարկը՝ մի փոքր հաճախանում, արյան ճնշումը՝ իջնում: Ուշագնացությունը կարող է լինել հասարակ, որը սովորաբար տևում է 30-40 վրկ և ցնցումներով, որը տևում է 30 վրկ-ից մինչև մի քանի րոպե:

Ուշագնացության դեպքում հիվանդին պետք է տալ հորիզոնական դիրք, արձակել հագուստի կոճակները, ապահովել մաքուր օդի հոսք և քթով շնչել տալ անուշադրի սպիրտի գոլորշիներ (բամբակի գնդիկը թրջել դրանով և պահել հիվանդի քթից 5-7 սմ հեռավորության վրա):

Եթե ուշագնացությունը տևում է 1 րոպեից ավելի, պետք է ներարկել 1 մլ 10 %-անոց կոֆեինի կամ 2 մլ կորդիամինի լուծույթ ներերակային:

Կոլապս

Կոլապսը, արտահայտված անոթային անբավարարություն է: Կոլապսի ժամանակ գիտակցությունը պահպանված է, մաշկային ծածկույթները լինում են թաց, գունատ, շնչառությունը մակերեսային է, արյան ճնշումը շատ ցածր է:

Կոլապսի դեպքում նախ անհրաժեշտ է հիվանդին հորիզոնական դիրքով պառկեցնել, տաքացնել, ենթամաշկային եղանակով ներարկել 1 մլ 0,1 %-անոց ադրենալինի կամ մեզատոնի լուծույթ, իսկ ներերակային՝ կոֆեինի կամ կորդիամինի լուծույթ (2-3 մլ): Վիճակը վատանալու դեպքում պետք է շտապ կարգով հրավիրել վերակենդանացման խումբ: Արդյունքի բացակայության դեպքում հիվանդին պետք է հոսպիտալացնել:

Թունավորում անզգայացնող լուծույթներից

Երբեմն ներարկման ժամանակ ասեղը կարող է մտնել արյան անոթի լուսանցքի մեջ: Նման դեպքում անզգայացնող լուծույթն ընկնում է արյան հոսքի մեջ, որի հետևանքով ի հայտ են գալիս օրգանիզմի թունավորման նշաններ:

Նովոկաինային թունավորմանը բնորոշ է սկզբում գրգռվածությունը, իսկ հետո սրտի գործունեության ընկճումը և շնչառության ճնշումը:

Տրիմեկաինի մեծ դեղաչափը կարող է հանգեցնել արյան ճնշման անկմանը և կոլապսի: Նման բարդություններից խուսա-

փելու համար անհրաժեշտ է մինչ անգգայացնող լուծույթ ներարկելը ներարկիչի մխոցը մի փոքր ետ քաշել: Եթե ներարկիչի ներսում արյուն է նկատվում, ապա պետք է ասեղը մի փոքր ետ քաշել և հետո նորից խորացնել: Ասեղի՝ դեպի առաջ շարժումը անպայման պետք է ուղեկցվի անգգայացնող լուծույթը բաց թողնելով: Թունավորման նշաններ ի հայտ գալու դեպքում կիրառում են ակտիվ համալիր թերապիա: Օգտագործում են հիվանդի սրտային և շնչառական համակարգերի աշխատանքը կարգավորող միջոցներ:

Ալերգիկ ռեակցիաներ

Ալերգիկ ռեակցիա առաջանում է անգգայացնող նյութի նկատմամբ օրգանիզմի բարձրացած զգայնության ժամանակ:

Կարող են առաջանալ կարմիր բծեր, մաշկի վրա քոր, քրտնարտադրություն, շոգեզգացում, դեմքի գունատություն, Կվինկեյի այտուց: Նման դեպքում պետք է ներարկել (ցանկալի է ներերակային) 1-2մլ 1%-անոց դիմեդրոլի կամ 1-2մլ 2,5%-անոց պիպոլֆենի լուծույթ կամ սուաբաստին 2%-անոց 1-2մլ, 10%-անոց կալցիումի քլորիդ: Հիվանդին պետք է պառկեցնել թախտի վրա և թողնել հսկողության ներքո (հետևել երակազարկին, շնչառությանը, արյան ճնշմանը), վիճակը վատանալու դեպքում պետք է շտապ կարգով հրավիրել վերակենդանացման խումբ:

Տեղային անգգայացումից հետո հիվանդի կրծքավանդակի շրջանում ճնշման զգացողության առաջացումը, շնչառության դժվարացումը, հարբմպանային և ակնակապճային շրջանի այտուցը վկայում են ալերգիկ ռեակցիայի առաջացման մասին:

Անաֆիլակտիկ շոկ

Անաֆիլակտիկ շոկն ավելի ծանր և վտանգավոր ալերգիկ ռեակցիա է անգգայացնող նյութի նկատմամբ: Անաֆիլակտիկ շոկը հիմնականում զարգանում է նախկինում կրած ալերգիկ ռեակցիայի գուգադրությամբ: Սկզբում հիվանդը զգում է ընդհանուր թուլություն, որը հետո ուժեղանում է, առաջանում է ճնշման զգացում կրծոսկրի ետևում, դեմքը գունատվում է, ծածկվում սառը քրտինքով, սկսվում է սրտխառնոց, փսխում: Երակազարկը հաճախանում է, դառնում թելանման, արյան ճնշումը խիստ ընկնում է:

Երբեմն լինում են ցնցումներ, հիվանդի վիճակը արագ վատանում է, կորցնում է գիտակցությունը: Երակագարկը և ճնշումը չեն զգացվում, սրտի տոները դառնում են խուլ և հազիվ լսելի:

Շոկը կարող է վերջանալ մահով, ուստի բուժումը պետք է սկսել առանց հապաղելու: Նախ անհրաժեշտ է հիվանդին ենթամաշկային եղանակով ներարկել 1 մլ 0,1%-անոց ադրենալինի, իսկ ներերակային՝ կոֆեինի կամ կորդիամինի լուծույթ (2-3 մլ): Արդյունք չլինելու դեպքում ներարկում են ներերակային 1 մլ 0,1%-անոց ադրենալինի լուծույթ 20 մլ 40%-անոց գլյուկոզայով, միջմկանային 2-3 մլ 2,5%-անոց պիպոլֆենի, 1%-անոց դիմեդրոլի լուծույթ կամ էլ 2%-անոց սուպրաստինի լուծույթ:

Բրոնխասպազմի երևույթների ժամանակ անհրաժեշտ է ներերակային ներարկել 10 մլ 2,4%-անոց էուֆիլինի լուծույթ 10 մլ 40%-անոց գլյուկոզայի հետ: Եթե հիվանդի վիճակը շարունակում է մնալ ծանր, ապա անհրաժեշտ է կրկնել 1 մլ 0,1%-անոց ադրենալինի լուծույթի ներերակային ներարկումը 20 մլ 40%-անոց գլյուկոզայի լուծույթով, ներերակային 30-60 մգ պրեդնիզոլոն կամ 100-200 մգ հիդրոկորտիզոն: Շոկի վիճակից հանելուց հետո հիվանդին պետք է հոսպիտալացնել թերապևտիկ կամ ալերգաբանական բաժանմունքում:

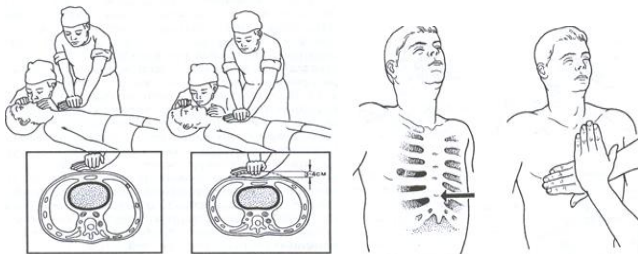
Անաֆիլակտիկ շոկը կանխարգելելու համար անհրաժեշտ է անզգայացումից առաջ հիվանդից հարցնել անզգայացնող նյութերի նկատմամբ ալերգիկ ռեակցիաների վերաբերյալ:

Սիրտ-թոքային վերակենդանացման սկզբունքները

Սիրտ-թոքային վերակենդանացման միջոցառումները ներառում են շնչուղիների անցանելիության վերականգնում, թոքերի արհեստական օդափոխություն, արյան շրջանառության արհեստական ապահովում՝ սրտի փակ մերսման միջոցով: Սրտի կանգի դեպքում ցուցված է կատարել անուղղակի մերսում, արհեստական շնչառություն՝ բերան-բերան:

Սիրտ-թոքային վերակենդանացումը սկսում են այսպես կոչված մեխանիկական դեֆիբրիլյացիայով. բռունցքով հարվածում են կրծքավանդակի միջին գծի վերին և միջին սահմանում տեղակայված կետին:

Շնչուղիների անցանելիությունը վերականգնելու համար հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա, գլուխը ետ են գցում, բերանը բացում և մաքրում են արյունից, լորձից, օտար մարմիններից: Դրանից հետո սկսում են թոքերի արհեստական օդափոխությունը՝ թթվածին կամ օդ փչելով դեպի հիվանդի թոքեր բերանից բերան կամ խողովակի միջոցով 1 րոպեում 12 անգամ: Սրտի անուղղակի մերսման ժամանակ րոպեում հրումների քանակը 60-70 է: Սրտի անուղղակի մերսումը ուղեկցվում է թոքերի արհեստական օդափոխությամբ 5:1 հարաբերությամբ: Եթե 5-7 րոպե անց սրտային կծկումները բացակայում են, ապա կատարում են դեֆիբրիլյացիա՝ 3,5 կվատ հզորության հոսանքով բարձրացնելով և հասցնելով մինչև 6 կվատ: Եթե առաջին դեֆիբրիլյացիոն իմպուլսը անօգուտ է, ապա անհրաժեշտ է ներերակային կամ ներսրտային ադրենալինի հիդրոքլորիդի 1%-անոց լուծույթի ներարկում կատարել: Ադրենալինի ներարկումը պետք է կրկնել 3-5 րոպեի մեկ: Եթե ադրենալինի ներարկումից հետո դեֆիբրիլյացիոն իմպուլսների շարքը անօգուտ է, ապա ներերակային ներարկում են լիդոկաին 1,5 մգ/կգ շիթով, հետո կրկին կրկնում են դեֆիբրիլյացիոն իմպուլսները մինչև սրտի գործունեության վերականգնումը: Սրտի կանգից 10-15 րոպե անց կատարում են նատրիումի հիդրոկարբոնատի ներերակային ներարկում: Դրանից հետո դարձյալ ներարկում են լիդոկաին և տալիս են էլեկտրական իմպուլսներ: Արյան շրջանառությունը վերականգնելու դեպքում պետք է շարունակել թոքերի արհեստական օդափոխությունը: Այդ վիճակից հանելուց հետո հիվանդին պետք է հոսպիտալացնել:



Նկ. 47. Սրտի անուղղակի մերսման սխեման, ձեռքերի դիրքը կրծքավանդակի վրա:



Նկ. 48. Արհեստական շնչատություն՝ բերան-բերան, խողովակի միջոցով :

5.10. ՊՐԵՄԵՐԻԿԱՑԻԱՆ ԱՍԲՈՒԼԱՏՈՐ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Ստոմատոլոգիական միջամտություններից առաջ հիվանդի նախապատրաստումը ներառում է հոգեբանական, անհրաժեշտության դեպքում նաև դեղորայքային նախապատրաստում՝ պրեմեդիկացիա:

Պրեմեդիկացիայի ցուցումներն են.

1. Պսիխո-էմոցիոնալ (հոգեհուզական) գրգռվածությամբ, հիստերիկ, ներասթեմիկ պացիենտներին, որոնց հոգեբանական նախապատրաստումը անարդյունավետ է:
2. Երկարատև տրավմատիկ վիրաբուժական միջամտությունների ժամանակ:

Էմոցիոնալ գրգռվածության, վախի զգացումի դեպքում շատ հաճախ կիրառում են տրանկվիլիզատորներ անալգետիկներին (անալգին, պենտալգին) և սեդատիվներին (լյումինալ) համակցված: Տրանկվիլիզատորներից ավելի հաճախ կիրառում են տրիոքսազինը, էլենիումը, դիազեպամը, սեդուքսենը, մեզապամը, ֆենազեպամը, մեպրոբամատ միջամտությունից 30-40 րոպե առաջ 1-2 դեղահաբ 0,001-0,02գ:

Երկարատև տրավմատիկ վիրաբուժական միջամտությունների ժամանակ սիրտ-անոթային համակարգի վրա թափառող նյարդի ռեֆլեքսների բացասական ազդեցության, ինչպես նաև հիպերսալիվացիան և բրոնխային հիպերսեկրեցիան կանխարգելելու համար պրեմեդիկացիայի ժամանակ ներառում են ատրոպին կամ ատրոպինանման դեղանյութեր 0,1 մգ 10կգ մասսայի հաշվարկով:

Պրեմեդիկացիայի ժամանակ ներառում են նաև հակահիս-տամինային պրեպարատներ (դիմեդրոլ, սուպրաստին, տավեգիլ և այլն):

Պրեմեդիկացիայի կիրառումը վանում է վախի զգացումը, էմոցիոնալ (զգայական) գրգռվածությունը և թույլ է տալիս բարձրացնել անզգայացման էֆեկտիվությունը:

5.11. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՆԶԳԱՅԱՑՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՍՈՍՄԱՏՈԼՈԳԻԱՅՈՒՄ

Ընդհանուր անզգայացում (նարկոզ) անվանում են հիվանդի այն վիճակը, երբ արգելակվում է կենտրոնական նյարդային համակարգը, և որը բնորոշվում է գիտակցության, զգացողության, շարժումների, պայմանական և որոշ ոչ պայմանական ռեֆլեքսների բացակայությամբ: Ընդհանուր անզգայացման (նարկոզի) վիճակ կարելի է ստեղծել՝ օրգանիզմ ներմուծելով տարբեր քիմիական (թմրեցնող) նյութեր: Ելնելով այն բանից, թե ինչ ճանապարհով է օրգանիզմ ներմուծվում թմրեցնող դեղանյութը՝ տարբերում են ինհալացիոն նարկոզ, երբ նարկոտիկ դեղանյութը օրգանիզմ է ներմուծվում շնչառական ուղիներով, և ոչ ինհալացիոն նարկոզ, երբ թմրեցնող դեղանյութը օրգանիզմ է ներմուծվում այլ ուղիներով (ուղիղաղիքային, ներերակային, ենթամաշկային և այլն):

Ընդհանուր անզգայացում (նարկոզ) կարելի է առաջացնել հիպնոսի (հիպնոնարկոզ), ինչպես նաև կենտրոնական նյարդային համակարգի վրա էլեկտրական հոսանքով ազդելու միջոցով (էլեկտրանարկոզ):

Տարբերում են մաքուր նարկոզ, երբ օրգանիզմ է ներմուծվում մեկ թմրանյութ (օրինակ՝ եթեր), խառը, երբ միաժամանակ ներմուծվում է 2 և ավելի թմրանյութի խառնուրդ (օրինակ՝ եթեր և ազոտի ենթօքսիդ), և համակցված, երբ նարկոզը սկսում են մի նյութով, իսկ հետո շարունակում մեկ ուրիշով (օրինակ՝ նարկոզը սկսում են քլորէթիլով իսկ հիվանդի քնելուց հետո տալիս են եթեր

կամ համակցում ներերակայինը կամ օրինակ՝ նատրիումի թիոպենտալ ներերակային, իսկ քնելուց հետո եթեր):

Ներկայումս համակցված նարկոզ է նաև թմրանյութի զուգորդումը այլ նյութերի հետ (միոռելաքսանտներ, անալգետիկներ, գանգլիոլիկատորներ և այլն), ուստի նման ընդհանուր անզգայացումը (նարկոզը) անվանում են բազմաբաղադրիչ:

Համակցված անզգայացման ժամանակ կարող են կիրառվել նարկոզի մի քանի տեսակներ՝ ներածական, պահպանողական (հիմնականի լրացուցիչ, մակերեսային բազիս):

Ներածականը տալիս են հիվանդին արագ, առանց գրգռման փուլի քնեցնելու և հիմնական թմրեցուցիչ դեղանյութի օգտագործման քանակը պակասեցնելու նպատակով (ընդհանրապես այն կարճատև է): Պահպանողական է այն նարկոզը, որն օգտագործվում է վիրահատության ողջ ընթացքում: Երբեմն պահպանողական նարկոզի ազդեցությունն ուժեղացնելու նպատակով տալիս են լրացուցիչ թմրեցնող դեղանյութեր: Նման ընդհանուր անզգայացումը (նարկոզը) անվանում են լրացուցիչ: Օրինակ՝ պահպանողական նարկոզը տրվում է ազոտի ենթօքսիդով և ժամանակ առ ժամանակ այն լրացուցիչ խորացվում է ֆտորոտանով:

Ըստ տևողության՝ տարբերում են լրիվ նարկոզ, որը կիրառում են երկարատև վիրահատությունների ժամանակ, և ոչ լրիվ (շշմեցնող) նարկոզ, որն օգտագործվում է կարճատև միջամտությունների ժամանակ (հոդախախտման ուղղում, թարախակույտի բացում և այլն):

Հիվանդի նախապատրաստումը ընդհանուր անզգայացման (նարկոզի)

Մինչ վիրահատությունն անհրաժեշտ է հիվանդի բերանը, ըմպանը և քիթը սանացիայի ենթարկել: Վիրահատությանը նախորդող երեկոյի ընթացքում փսխումը կանխարգելելու նպատակով պետք է հիվանդին չկերակրել, հոգնայով մաքրել աղիքները, ինչպես նաև դատարկել տալ միզապարկը:

Երբեմն հիվանդն ունենում է նաև ուղեկցող հիվանդություն, վիրահատությունից և նարկոզից առաջ վախի զգացում: Հաշվի

առնելով այդ հանգամանքը՝ պետք է անցկացնել հիվանդի բուժական և կանխարգելիչ դեղորայքային նախապատրաստում (պրեմեդիկացիա): Բուժական նախապատրաստումը կատարվում է՝ ելնելով ուղեկցող հիվանդության պատճառագիտությունից, ախտածնությունից և ախտանիշներից:

Կանխարգելիչ նախապատրաստման նպատակով հիվանդին տալիս են քնաբերներ, անալգետիկներ, խոլինոլիտիկներ, հակահիստամինային դեղանյութեր, փոքր տրանկվիլիզատորներ:

Անեսթեզիոլոգը յուրաքանչյուր հիվանդի կանխարգելիչ նախապատրաստումը նշանակում է հաշվի առնելով վերջինիս ընդհանուր վիճակը, սպասվող վիրահատական միջամտության բնույթը և անզգայացման եղանակը:

Անկայուն նյարդային համակարգ ունեցող հիվանդներին երբեմն նարկոզից 2-3 օր առաջ նշանակում են փոքր տրանկվիլիզատորներ:

Ընդհանուր անզգայացման ցուցումները

Ստոմատոլոգիական ստացիոնարի պայմաններում ընդհանուր անզգայացմամբ կատարում են առավել վնասվածքային և բարդ վիրահատություններ:

Պոլիկլինիկայի պայմաններում ընդհանուր անզգայացում կատարում են այն դեպքում, երբ հիվանդն ունի տեղային անզգայացնող նյութի նկատմամբ ալերգիկ ռեակցիա կամ բարձր զգայնություն, երբ տեղային անզգայացումն անարդյունավետ է, ինչպես նաև, երբ հիվանդի նյարդային համակարգն անկայուն է կամ հոգեկան վիճակը նորմալ չէ:

Ընդհանուր անզգայացում (նարկոզ) չի կարելի տալ այն հիվանդներին, որոնք ունեն պարենքիմատոզ օրգանների սուր հիվանդություններ, սիրտ-անոթային համակարգի անբավարարություն, սրտամկանի ինֆարկտ և հետինֆարկտային շրջանի առաջին 6 ամիսների ընթացքում արտահայտված սակավարյունություն, մակերիկամի, վերին շնչառական ուղիների սուր բորբոքային հիվանդություններ, արտահայտված թիրեոտոքսիկոզ, ինչպես նաև այն դեպքում, երբ հիվանդը հարբած վիճակում է:

Ինհալացիոն նարկոզ

Ինհալացիոն նարկոզի ժամանակ դիմակի, նագոֆարին-գիալ (քթմպանային) կաթետերի կամ ներշնչափողային խողովակի միջոցով թմրանյութը գազանման կամ գոլորշիանման վիճակում մուծվում է շնչառական համակարգ, որտեղից այն թափանցում է արյան մեջ, այնուհետև հյուսվածքներ: Ընդհանուր անզգայացման ողջ ընթացքում հիվանդի շնչառական ուղիներում ստեղծվում է հատուկ մթնոլորտ, որը պարունակում է նորմալ գազափոխանակության համար անհրաժեշտ խտության թթվածին և ընդհանուր անզգայացնող նյութ այնպիսի հարաբերությամբ, որն անհրաժեշտ է ընդհանուր անզգայացման հասնելու համար:

Պայմանավորված այն բանով, թե ներշնչելիս գազանարկոզային խառնուրդը ինչպես է ներմուծվում հիվանդի շնչառական ուղիներ և ուր է այն դուրս գալիս արտաշնչելիս, տարբերում են ընդհանուր անզգայացման 4 եղանակ:

Բաց եղանակ, երբ թմրանյութը ներշնչելիս օդի հետ խառը, գոլորշու կամ գազի տեսքով ներմուծվում է շնչառական ուղիներ, իսկ արտաշնչելիս այն ամբողջությամբ դուրս է գալիս բաց օդ:

Կիսաբաց եղանակ, երբ թմրանյութը գոլորշու կամ գազի տեսքով թթվածնի հետ միասին ներշնչվում է ընդհանուր անզգայացման ապարատի խառնարանային խցիկից ու արտաշնչվում դեպի բաց օդ:

Կիսափակ եղանակ, երբ թմրանյութը գոլորշու կամ գազի տեսքով թթվածնի հետ ներշնչվում է ընդհանուր անզգայացման ապարատի խառնարանային խցիկից, իսկ մի մասը արտաշնչվում է ընդհանուր անզգայացման ապարատի շնչառական պարկի մեջ (որտեղ ածխաթթու գազի կլանում է կատարվում), մյուս մասը՝ արտաքին միջավայր:

Փակ եղանակ, երբ թմրանյութը գոլորշու կամ գազի տեսքով թթվածնի հետ ներշնչվում է ընդհանուր անզգայացման ապարատի խառնարանային խցիկից, իսկ արտաշնչվում է ընդհանուր անզգայացման ապարատի շնչառական պարկի մեջ՝ մինչ այդ անցնելով ածխաթթու գազի կլանիչի միջով: Այդ դեպքում հիվանդի շնչա-

ռությունը կատարվում է ապարատ-թոքեր մակարդակով և ամբողջությամբ մեկուսացվում արտաքին աշխարհից:

Ինհալացիոն անզգայացնող նյութերից են ցնդող հեղուկներից եթերը, ֆտորոտանը, պենտրանը, մեթօքսիֆլուրանը, տրիքլոր-էթիլենը, տրիլենը, ազոտի ենթօքսիդը և այլն:

Ոչ ինհալացիոն նարկոզ

Ոչ ինհալացիոն նարկոզի ժամանակ ընդհանուր անզգայացնող նյութը ներմուծվում է օրգանիզմ ցանկացած եղանակով, բացի ինհալացիայից (ներերակային, միջմկանային, ուղիղաղիքային և այլն): Ավելի հաճախ կիրառվում է ներերակային եղանակը՝ հիմնականում որպես բազմաբաղադրիչ ընդհանուր անզգայացման մասերից մեկը: Որպես առանձին եղանակ՝ ներերակային նարկոզն օգտագործում են կարճատև վիրահատական միջամտությունների ժամանակ: Ոչ ինհալացիոն անզգայացնող նյութերը հիմնականում կարճատև ազդեցություն ունեն: Դրանցից կարելի է նշել հեքսենալը, թիոպենտալը, վիադրիլը, նատրիումի օքսիբուտիրատը, սոմբրևինը, կետամինը, կալիպսոլը և այլն:

Նեյրոլեպտանալգեզիան ընդհանուր անզգայացման եղանակ է, որը 1959-ին առաջարկել է Դե Կաստրոն: Նեյրոլեպտանալգեզիայի համար կիրառում են ուժեղ անալգետիկ՝ 2մլ 0,005%-անոց ֆենտանիլ և նեյրոլեպտիկ՝ 5մլ 0,25%-անոց դրոպերիդոլ պրեպարատները, որոնք առաջացնում են կենտրոնական անալգեզիա և նեյրոլեպսիա: Նեյրոլեպտանալգեզիայի ժամանակ պրեպարատները ներմուծում են ներերակային եղանակով: Նեյրոլեպտանալգեզիայի առաջացման նշան է շարժական և հոգեկան հանգիստը, հոգեհուզական անտարբերությունը՝ գիտակցության պահպանմամբ: Նեյրոլեպտանալգեզիայի բոլոր տարատեսակները կարելի է բաժանել հետևյալ խմբերի՝

- մաքուր նեյրոլեպտանալգեզիա,
- նեյրոլեպտանալգեզիա՝ համակցված տեղային անզգայացմանը,
- նեյրոլեպտանալգեզիա՝ համակցված էնդոտրախեսալ (ներշնչափողային) անզգայացմանը:

Ատարալզեզիան ներդրել պտանալզեզիայի տարատեսակ է, որի հիմքում ընկած է ատարակսիայի և արտահայտված անալզեզիայի վիճակի ապահովումը սեդատիվ և անալգետիկ դեղամիջոցների օգնությամբ: Ատարալզեզիայի համար օգտագործում են սեդուկսեն, ֆենտանիլ, դիպիդոլոր, տրամալ, նուբաին, մորադրոլ.

6. Ատամի հեռացում

6.1. Ատամի հեռացման ցուցումները և հակացուցումները

Կաթնատամների հեռացման ցուցումները և հակացուցումները: Ընդունված է այն տեսակետը, որ կաթնատամներն անհրաժեշտ է պահպանել մինչև մշտական ատամների ծկթումը: Բացարձակապես ցուցված է հեռացնել այն կաթնատամները, որոնց արմատներն ամբողջությամբ ներծծված են, ատամի պսակը տեղակայված է լնդի լորձաթաղանթում մակերեսայնորեն և հստակ նկատվում է մշտական ատամի ծկթումը: Հեռացման ենթակա են այն կաթնատամները, որոնք կարող են պատճառ հանդիսանալ սեպտիկ վիճակների առաջացման: Անհրաժեշտ է հեռացնել նաև այն կաթնատամները, որոնց շրջանում առկա են տեղային բորբոքային օջախներ, որը կարող է վնասել մշտական ատամների սաղմերը:

Այն դեպքերում, երբ կաթնատամները մնում են ծնոտում՝ մշտական ատամի ատիպիկ դասավորվածության մակարդակին, անհրաժեշտ չէ այն հեռացնել, քանի որ մի քանի տարվա ընթացքում այն կարող է կատարել մշտական ատամի ֆունկցիան: Այն դեպքերում, երբ երեխան ծնվում է արդեն ծկթած կտրիչներով, անհրաժեշտ է դրանք հեռացնել: Քանի որ այդ ատամները դժվարություններ կարող են ստեղծել երեխային կրծքով կերակրելիս: Հեռացման ենթակա են այն կաթնատամները, որոնք ժամանակին չեն փոխարինվել մշտական ատամներով:

Պետք չէ վաղ շրջանում հեռացնել կաթնատամները, քանի որ մշտական ատամները կարող են ծկթել ատամնային աղեղից դուրս վեստիբուլյար կամ քմային (լեզվային) կողմից: Մեծ աղոթիքների կաթնատամների վաղաժամ հեռացումը կարող է հանգեցնել ծնոտների աճի խանգարման, որը հետագայում կարող է առաջացնել տարբեր տեսակի դեֆորմացիաներ (կողմնածռումներ): Խորհուրդ է տրվում պահպանել վերին ժանիքների կաթնատամները, քանի որ դրանք մեծ դեր են կատարում վերին ծնոտի և կծվածքի ձևավորման համար: Ստորին ժանիք կաթնատամները

նույնպես անհրաժեշտ է պահպանել, քանի որ դրանք նույն ազդեցությունն ունեն ստորին ծնոտի վրա:

Մշտական ատամների հեռացման ցուցումները և հակացուցումները

Մշտական ատամների հեռացման ցուցումները կարող են լինել ընդհանուր և տեղային: Ընդհանուր ցուցումներից են քրոնիոսեպսիսը և քրոնիկական օդոնտոգեն ինտոքսիկացիան (թունավորումը), որոնք զարգանում են օդոնտոգեն բորբոքային օջախից ինֆեկցիայի տարածվելու արդյունքում: Առաջին հերթին այդ ատամներից են գանգրենոզ կակղան պարունակող ատամները և այն արմատները, որոնք որոշ հիվանդությունների էթիոլոգիական (ախտածագման) գործոններ են (միոկարդիտ (սրտամկանաբորբ), էնդոկարդիտ (ներսրտաբորբ), ռևմատիզմ, արթրիտ (հոդաբորբ), միոզիտ, պիելոնեֆրիտ և այլն): Քրոնիոսեպտիկ վիճակները սովորաբար ուղեկցվում են բնորոշ հեմատոլոգիական փոփոխություններով (անեմիա (սակավարյունություն), լիմֆոցիտոզ, լեյկոպենիա և այլն):

Տեղային հակացուցումները կարող են լինել`

- բացարձակ,
- հարաբերական:

Բացարձակ ցուցված է հեռացնել այն ատամները, որոնց շրջանում առկա է բորբոքային օջախ պերիօդոնտում, որի դեպքում կարող է առաջանալ ծնոտների սուր օստեոմիելիտ (ոսկրածուծաբորբ), աբսցես կամ ֆլեգմոնա (թարախակույտ), թարախային հայմորիտ, լիմֆադենիտ (ավշագեղձաբորբ) և այլն: Նման դեպքերում ցուցված է նաև ենթավերնոսկրային աբսցեսի միաժամանակյա բացահատում: Բժշկի ձեռնարկումները պետք է լինեն ակտիվ, եթե ատամը ֆունկցիոնալ արժեք չունի:

Ատամը հեռացնելու հարաբերական ցուցումները.

- Կոնսերվատիվ բուժման անհնարինությունը, որի պատճառը ատամի պսակի զգալի մասի քայքայումն է կամ արմատների անանցանելիությունը, ատամի կամ նրա արմատի պերֆորացիայի դեպքում:
- Ատամի պրոթեզավորման անհնարինությունը:

- Պարօդոնտիտի (հարատամնաբորբի) ուշացած շրջանում գտնվող ատամները, որի դեպքում առկա է ավելոյար ելունի ներծծում:
- Գերկոմպլեկտ ատամները ծկթման և պրոթեզավորման դժվարացման դեպքում, եթե դրանք վնասում են լորձաթաղանթը, առաջացնում են ցավ և խանգարում են ծամոդական ֆունկցիային:
- Ռետենցված ատամները օդոնտալգիայի (ատամնացավի) ժամանակ:
- Բազմարմատանի ատամների պերիօդոնտիտների կոնսերվատիվ թերապիայի անհաջողության դեպքում: Նման դեպքերում միարմատանի ատամները կարելի է պահպանել՝ կատարելով ատամի արմատի գագաթի և շրջակա ախտաբանական պրոցեսի հեռացում:
- Ստորին իմաստության ատամի դժվարացած ծկթման դեպքում, որն ունի թեք կամ լայնական ուղղություն
- Ավելոյար ելունում առկա նորագոյացության դեպքում ատամի հեռացումը կատարվում է տվյալ նորագոյացության միաժամանակյա հեռացումով (մասնավորապես ամելոբլաստոմայի, չարորակ ուռուցքների դեպքում):
- Էսթետիկ նկատառումներով, երբ հնարավոր չէ ատիպիկ դասավորվածություն ունեցող ատամի ուղղումը:
- Փոքր աղորիքները, ֆրոնտալ ատամների օրթոդոնտիկ տեղաշարժման ժամանակ:
- Ծնոտի կոտրվածքի գծում ներհրված քայքայված ատամները:
- Օրթոպեդիկ նպատակներով (նախկինում անտագոնիստ ատամը հեռացնելու պատճառով հարևան և անտագոնիստ ատամները տեղաշարժվում են բացակա ատամի հեռացման ուղղությամբ, որի հետևանքով խանգարում են պրոթեզավորմանը):

Հակացուցումները լինում են տեղային և ընդհանուր:

Ընդհանուր հակացուցումներ.

- Ինֆեկցիոն հիվանդություններ, որոնք հանգեցնում են օրգանիզմի թուլացման և իմունոլոգիական ակտիվության նվազման (գրիպ, անգինա, դիֆթերիա և այլն):
- Արյան համակարգային հիվանդություններ՝ լեյկեմիա (սպիտակարյունություն), ագրանուլոցիտոզ, չարորակ սակավարյունություն և այլն: Նման հիվանդներին անհրաժեշտ է ուղղորդել հեմատոլոգիական (արյունաբանական) ստացիոնար, որտեղ կկատարվի վիրահատական նախապատրաստում:
- Հեմոֆիլիա (արյունահոսելիություն) և արյան ցածր մակարդելիություն, Վերլիոֆի հիվանդություն: Այս դեպքում ևս անհրաժեշտ կլինի վիրահատական նախապատրաստում:
- Հղիություն մինչ 3 – րդ ամիսը և 7 – րդ ամսից հետո:
- Ցինգա և այլ ավիտամինոզներ:
- Դեղնախտ:
- Դիաբետիկ կոմա:
- Ալիմենտար դիստրոֆիա (սնուցախանգարում), տարբեր պատճառների կախեքսիա:
- Մինստրուալ ցիկլ (ցիկլից 2 - 3 օր առաջ և նրանից հետո 2 - 3 օր հետո):
- Միրո-անոթային համակարգի հիվանդություններ (սրտամկանի ինֆարկտ, հատկապես այն դեպքերում, երբ այն ուղեկցվում է կոլապսային վիճակներով, ստենոկարդիայի նոպաներ և սրտային ասթմա, սրտի դեկոմպենսացված արատ, հիպերտոնիկ կրիզ, սրտի փորոքի սուր անևրիզմա, ենթասուր սեպտիկ էնդոկարդիտ (ներսրտաբորբ) տրոմբագոյացման (մակարդուկագոյացման) նախատրամադրվածությամբ, քրոնիկական պսակային անբավարարություն, պարոքսիզմալ անբավարարություն և այլն):
- Նյարդային համակարգի օրգանական և ֆունկցիոնալ ախտահարումներ (ուղեղային արյունամատակարարման սուր անբավարարություն, մենինգիտ (ուղեղաթաղան-

թափոքր), Էնցեֆալիտ (ուղեղաբորբ), Էպիլեպսիա (ընկնավորություն), պսիխոզներ, հիստերիա և այլն):

- Սուր շրջանի ինսուլտ, գանգուղեղային վնասվածք, գանգուղեղի ուռուցքներ և այլն:
- Հոգեկան հիվանդություններ սրացման շրջանում (շիզոֆրենիա, մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզ (հոգախտ):
- Պարենքիմատոզ օրգանների սուր հիվանդություններ:

Ընդհանուր սոմատիկ հիվանդությունները, որոնք հակացուցված են ատամը հեռացնելու համար, չեն կարող հակացուցում լինել երկար ժամանակ: Համապատասխան մասնագետի կոնսուլտացիայից և կլինիկական նախապատրաստումից հետո կյանքի ցուցումով ատամի հեռացումը կատարվում է առավելագույն զգուշությամբ: Ավելի շատ ուշադրություն պետք է դարձնել հիվանդի՝ կարճատև ազդեցության տրանկվիլիզատորներով հոգեհուզական և դեղորայքային նախապատրաստմանը:

Տեղային հակացուցումներ՝

- խոցային գինգիվիտներ (լնդաբորբ) և ստոմատիտներ (բերանաբորբ),
- ատամի տեղակայումը չարորակ կամ անոթային ուռուցքի շրջանում,
- միայնակ ատամների առկայությունը, նույնիսկ չնչին շարժունակության դեպքում, որոնք անհրաժեշտ են պրոթեզի ֆիքսացիայի համար:

Անզգայացման ընտրությունը ատամը հեռացնելու ժամանակ

Վիրահատությունների ժամանակ ցավի բացակայությունը կարելի է ապահովել անզգայացման տարբեր մեթոդների օգնությամբ, որն ունի համապատասխան ցուցումներ: Այլ կերպ ասած անզգայացման մեթոդ ընտրելու դեպքում պետք է հետևել հետևյալ կանոնին. անզգայացումը պետք է լինի այնպիսին, որ չհանգեցնի բարդությունների առաջացման: Անզգայացման մեթոդի ընտրությունը կատարվում է անհատական:

6.2. Ատամը հեռացնելու մեթոդիկան

Ատամի հեռացումը կատարվում է պերիօդոնտալ թելերի և լնդի ամբողջականությունը խախտելու միջոցով: Այս վիրահատությունից առաջ հեռացվող ատամից ու հարևան ատամներից անհրաժեշտ է հեռացնել ատամնափառը և ատամնաքարերը, որպեսզի կանխարգելվի դրանց ներմղումը ատամնաբուն:

Անզգայացումից հետո կատարվում է կլոր կապանի և վեստիբուլյար ու քմային (լեզվային) կողմից լնդի շերտազատում: Արքանը տեղադրվում է հատված լնդագրպանիկներում՝ ատամի առանցքին զուգահեռ: Ատամները հեռացնելու համար օգտագործվում են նաև ամբարձիչներ, որոնք լինում են ուղիղ և թեք: Բացի վերը նշված գործիքներից, ատամը հեռացնելու նպատակով կիրառում են նաև բոռ մեքենաներ և ֆիսուրային գչիրներ, դուր և մուրճիկ: Դուրի և մուրճիկի օգնությամբ ատամի հեռացումը բավականին տրավմատիկ է, որի հետևանքով տվյալ գործիքների օգտագործումը ցանկալի չէ:

Տարբեր խմբերի ատամները հեռացնելու համար գոյություն ունեն տարբեր ձևի արքաններ: Դրանք բոլորն ունեն աշխատանքային մաս (թշիկներ), կողպեք և բռնակներ: Թշիկների ձևը համապատասխանում է տվյալ ատամի կառուցվածքին:

Հեռացված ատամի ատամնաբնի ինֆեկցումը կանխարգելելու նպատակով սկզբում անհրաժեշտ է հեռացնել վերին ծնոտի ատամները, այնուհետև ստորին ծնոտի ատամները: Այս վիրահատությունը նպատակահարմար է կատարել սկզբից մի կողմում, այնուհետև մյուս կողմում, որպեսզի հիվանդը կարողանա սնունդ ընդունել:

Բժշկի և հիվանդի դիրքը: Ատամը հեռացնելու վիրահատությունը սովորաբար կատարվում է ստոմատոլոգիական բազկաթոռին՝ հիվանդի նստած կամ կիսապառկած դիրքում: Անհրաժեշտ է ապահովել անվտանգությունը, որպեսզի հեռացնելու ընթացքում կանխարգելվի ատամի արմատների ասպիրացիան: Վերին ծնոտի ատամներ հեռացնելու ժամանակ հիվանդին նստեցնում են աթոռին, որի մեջքի հատվածը մի փոքր ետ է ընկած:

Բազկաթռոժի դիրքի կարգավորումը կատարվում է այն հաշվարկով, որ հեռացվող ատամի մակարդակը համապատասխանի բժիշկի ուսային հողի մակարդակին: Հիվանդի գլուխը պետք է մի փոքր ետ թեքված լինի:

Ստորին ծնոտի ատամները հեռացնելիս բազկաթռոժը կարգավորում են այնպես, որ հիվանդի բերանի բացվածքը համապատասխանի բժիշկի արմնկային հողի մակարդակին ծալված վիճակում: Բժիշկի դիրքը պայմանավորված է ատամի տեղակայմամբ: Ստորին աջ ատամները հեռացնելու ժամանակ բժիշկը գտնվում է հիվանդից աջ և մի փոքր ետ, իսկ ստորին ձախ և վերին ծնոտի ատամներ հեռացնելու ժամանակ՝ աջ և առջևից:

Բժիշկը պետք է ճիշտ օգտագործի ձախ ձեռքը, որն ապահովում է հետևյալ գործողությունները. վիրահատական դաշտի լավ տեսանելիություն, բերանի խոռոչի փափուկ հյուսվածքների պահպանում վնասվածքներից և ավելոյար ելունի ֆիքսացիա: Վերին ծնոտի ատամները հեռացնելու ժամանակ բժիշկը ձախ ձեռքի ցուցամատով կամ բթամատով տեղաշարժում է վերին շրթունքը, իսկ մյուս մատը տեղադրվում է քմային կողմից: Ստորին ծնոտի ատամները հեռացնելու ժամանակ ստոմատոլոգը ձախ ձեռքով ֆիքսում է հիվանդի գլուխը՝ բթամատով կամ ցուցամատով պահպանելով լեզուն և ստորին շրթունքը:

Աքցանները պահելու ձևերը: Որպեսզի գրագետ և ճիշտ հեռացվի ատամը, անհրաժեշտ է իմանալ աքցանները բռնելու ձևերը:

Աքցանները տարբերում են չորս հիմնական նշաններով՝

1. ըստ տեղակայման՝ վերին և ստորին,
2. ըստ վզիկների չափսերի՝ լայն (աղորիքներ) և նեղ (մյուս խմբի ատամներ),
3. ըստ կողմերի տեղակայության՝ ձախ և աջ,
4. ըստ հասանելիության աստիճանի՝ առաջային (կտրիչներ և ժանիքներ), կողմնային (փոքր աղորիքներ), առաջին և երկրորդ մեծ աղորիքներ, երրորդ մեծ աղորիք կամ հետին ատամներ:

Համապատասխան աքցանի ընտրությունը կատարվում է՝ պայմանավորված թշակոդպեքային անկյամբ, թշիկների

լայնությամբ և ձևով, աքցանների թեքվածությամբ և երկարությամբ:

Թշակողպեքային անկյան նշան: Այն աքցանները, որոնց թշիկների և կողպեքի միջև կազմած անկյունը ուղիղ է կամ բութ, նախատեսված են ստորին ատամները հեռացնելու համար: Նման դեպքում թշակողպեքային անկյունը բացվում է դեպի ներքև:



Նկ. 49. Ստորին ծնոտի ատամները և արմատները հեռացնելու համար նախատեսված աքցաններ:



Նկ. 50. Վերին ծնոտի ատամները հեռացնելու համար նախատեսված աքցաններ:

Այն աքցանները, որոնք ունեն ուղիղ անկյունից բավականին մեծ անկյուն կամ հավասար են երկու ուղիղ անկյունների գումարին, օգտագործվում են վերին ծնոտի ատամները հեռացնելու համար: Այս դեպքում թշակողպեքային անկյունը բացվում է դեպի ներքև:

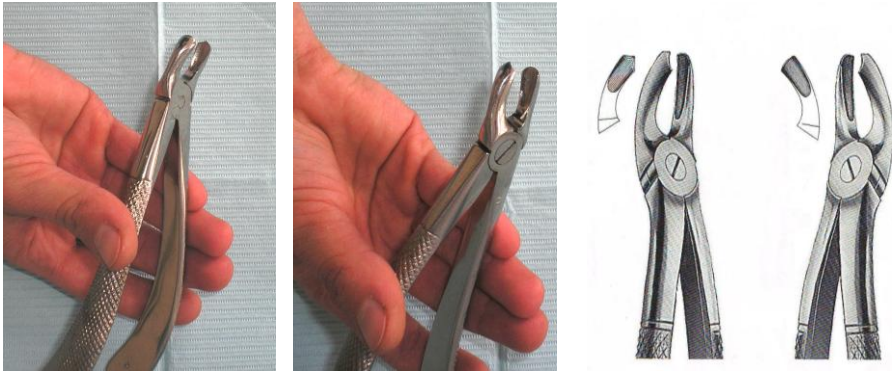


Նկ. 51. Վերին ծնոտի արմատների հեռացման համար նախատեսված աքցաններ (բայոնեթ):

Թշիկների լայնության նշան: 0,75 սմ-ից ավելի լայնություն ունեցող աքցանները նախատեսված են աղորիքների հեռացման համար, ասինքն՝ լայն վզիկներով ատամների համար: Իսկ նեղ թշիկներով աքցանները (լայնությունը փոքր է 0,75 սմ-ից) օգտագործվում են նեղ վզիկով

ատամները հեռացնելու համար (կտրիչներ, ժանիքներ, փոքր մոլյարներ, արմատներ):

Փշի նշան: Աքցանների մեծամասնությունը կարելի է օգտագործել աջ և ձախ ատամները հեռացնելու համար: Դրանց թշիկները նույնանման են՝ սուր կամ կլորացած:



Նկ. 52. Վերին աղորիքները հեռացնելու համար նախատեսված պսակային աքցանների փշի նշանը մոտ:

Իսկ վերին ծնոտի աղորիքները հեռացնելու դեպքում աքցաններն ընտրում են այն հաշվարկով, որ փշիկ ունեցող թշիկը ուղղված լինի դեպի վեստիբուլյար կողմը, այսինքն՝ այն պետք է տեղադրել վերին մեծ աղորիքների վեստիբուլյար երկու արմատների միջև: Այս նշանը օգտագործում են վերին աջ կամ ձախ մեծ աղորիքների հեռացնելու աքցաններն ընտրելիս:

Աքցանների թեքվածության և երկարության նշանը: Աքցանների բռնակների և թշիկների երկարությունը պայմանավորված է ատամների հասանելիությունից: Վերին կտրիչները և ժանիքները հեռացնելու նպատակով կիրառվում են ուղիղ աքցաններ, որոնք ունեն կարճ թշիկներ: Վերին փոքր աղորիքների համար նախատեսված են S-աձև կարճ: Վերին երրորդ մոլյարները հեռացնում են երկարացված և ավելի շատ թեքվածություն ունեցող թշիկներով աքցաններով:

Ստորին ծնոտի ատամները հեռացնելու ժամանակ օգտագործվում են կողմնային աքցաններ, որոնք թեքված են դեպի կողք (կտցաձև) և հորիզոնական, որոնք թեքված են հորիզոնական հարթությամբ: Ստորին ծնոտի բոլոր ատամների արմատները հեռացվում են կտցաձև աքցաններով, որոնց թշիկների ծայրերը հպվում են իրար:

Աքցանները բռնելու ձևերը: Ատամը հեռացնելու վիրահատությունը կատարվում է՝ աջ ձեռքով պահելով աքցանը այնպես, որ բռնակների առանցքի միջև կազմած անկյունը բաց լինի դեպի հեռացվող ատամը: Բժիշկի մատները պետք է այնպես տեղադրված լինեն, որ մեկ ձեռքով հանգիստ կարողանա տեղաշարժել և մոտեցնել աքցանի բռնակները: Աքցանը բռնում են այնպես, որ հնարավոր լինի տեղաշարժել դրանց լնդի տակ ատամի առանցքով: Գոյություն ունի աքցանը բռնելու երկու ձև:

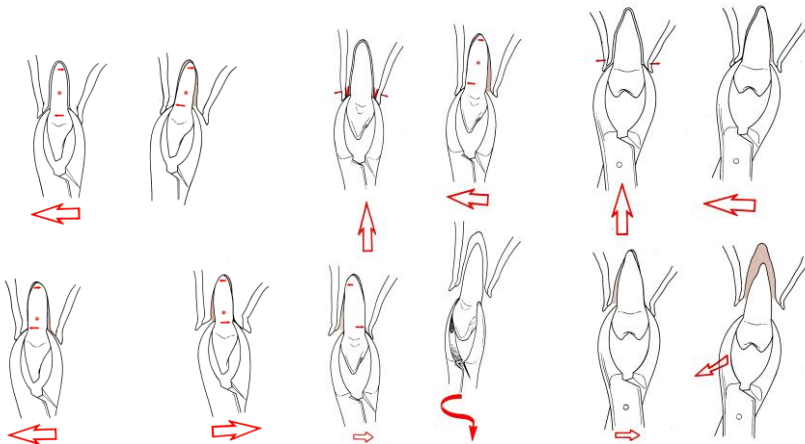
Առաջին ձևի ժամանակ աջ ձեռքով, բացի 4-րդ և 5-րդ մատներից, բռնում են աքցանի երկու բռնակները: Այդ մատները տեղադրվում են աքցանի բռնակների միջև և անհրաժեշտության դեպքում հեռանելու ընթացքում դրանք մասնակցում են բռնակների տեղաշարժմանը:

Երկրորդ ձևը օգտագործվում է վերին ծնոտի ատամները հեռացնելու ժամանակ: Բթամատով վերցնում են աքցանի մեկ բռնակը, 2-րդ և 3-րդ մատները տեղադրվում են բռնակների միջև, իսկ 4-րդ և 5-րդ մատներով բռնում են աքցանի մյուս բռնակը: Երկու բռնակները հենվում են ափի մեջ, որը նպաստում է աքցանները տեղաշարժելուն: Աքցանի բռնակները լայնացնում են 3-րդ մատի օգնությամբ, իսկ բռնակների սեղմումը կատարում են 4-րդ և 5-րդ մատների օգնությամբ: Աքցանները տեղադրելուց հետո դուրս է հանվում 3-րդ մատը, և աքցանը սեղմում են բոլոր մատների օգնությամբ, բացառությամբ ցուցամատի:

Ատամները հեռացնելու ձևերը աքցաններով: Ատամը վիրահատությամբ հեռացնելը սկսում են լնդի և ատամի վզիկի կլոր կապանի շերտազատումից հարթիչի, ռասպատորի կամ օգնությամբ: Այդ գործողության իմաստն այն է, որ հեռացնելու ընթացքում աքցանների թշիկներն ավելի խոր տեղադրվեն:

Ատամը հեռացնելու ընթացքը կազմված է հետևյալ փուլերից՝

1. աքցանի տեղադրում,
2. աքցանի տեղաշարժում,
3. աքցանի ֆիքսում,
4. ատամի հոդախախտում (*luxatio, rotatio*),
5. ատամի դուրս բերում (*extraction, traction*):



Նկ. 53. Ատամը հեռացնելու հաջորդական փուլերը լյուքացիոն և ռոտացիոն շարժումներ կիրառելիս:

Աքցան տեղադրել բաց վիճակում կատարվում է այնպես, որ աքցանի թշիկների լայնական առանցքը համապատասխանի ատամի լայնական առանցքին: Հակառակ դեպքում կարող է ատամը կոտրվել: Մի թշիկը տեղադրում են շերտագատված լնդի տակ քմային կամ լեզվային կողմից, իսկ մյուսը՝ վեստիբուլյար մասից: Ատամը հեռացնելու այս փուլում, ինչպես նաև բոլոր փուլերում կարևոր է ապահովել լավ տեսադաշտ:

Աքցանը տեղաշարժելիս, դրա թշիկները պետք է ատամի պսակի մակերեսով սահելով հասնեն շերտագատված լնդի համապատասխան տեղամասին՝ աքցանի վերջնական ֆիքսացիայի համար: Վիրահատության հաջողությունը պայմանավորված է թշիկների տեղաշարժման աստիճանով: Արմատները

հեռացնելու ժամանակ կարիք է լինում բռնել այդ տեղամասի ավելոյար ելունը, որը մասամբ կոտրվում է հեռացումից հետո: Վերին ծնոտի ատամները հեռացնելու ժամանակ աքցանը տեղաշարժում են աջ ձեռքով, որով և բռնում են աքցանը, իսկ ստորին ծնոտի ատամները հեռացնելու ժամանակ՝ ձախ ձեռքի 1-ին մատի օգնությամբ սեղմում են աքցանի կողպեքը: Կաթնատամները հեռացնելու ժամանակ խորհուրդ չի տրվում աքցանների խոր տեղաշարժը, քանի որ կաթնատամները համեմատաբար շարժունակ են մնայուն ատամների համեմատ և կարելի է վնասել մնայուն ատամների սաղմերը:

Աքցանների ֆիքսացիան կատարվում է ամբողջ դաստակի օգնությամբ: Ֆիքսումը պետք է լինի չափավոր, քանի որ չափից ավելի սեղմումը կարող է հանգեցնել ատամի քայքայմանը, իսկ թույլ սեղմումը՝ ատամի կոտրվելուն: Գլխավոր պայմանն այն է, որ ֆիքսված ատամը աքցանի հետ պետք է լինի մեկ ամբողջություն:

Ատամի հողախախտումը վիրահատության ամենապատասխանատու փուլն է: Ատամի հողախախտը կատարում են թույլ շարժումներով վեստիբուլյար և քմային կամ լեզվային ուղղություններով՝ աստիճանաբար ուժեղացնելով շարժումների ամպլիտուդան: Առաջին շարժումը պետք է կատարել այն ուղղությամբ, որտեղ առկա է ավելոյար ելունի բարակ ոսկրային պատը: Վերին ծնոտի դեպքում դա վեստիբուլյար մասն է, բացի առաջին մեծ աղորիքների շրջանից (այտաճնոտային կարանի գոտին): Ստորին ծնոտի դեպքում նույնպես վեստիբուլյար կողմն է, բացի երկրորդ և երրորդ մեծ աղորիքների շրջանից (թեք գծի գոտին): Կարևոր է, որ հողախախտման ժամանակ աքցանը ամուր ֆիքսված լինի ատամին:

Կոնաձև արմատներ ունեցող ատամները, այսինքն՝ վերին կտրիչները և ժանիքները, ինչպես նաև նախաաղորիքների և աղորիքների իրարից անջատված արմատները հողախախտելիս կատարում են շրջանաձև շարժումներ՝ առանց կտրուկ շարժումների, ընդ որում, հիվանդի գլուխը նույնպես պետք է ֆիքսված լինի:

Ատամի դուրս բերումը ատամի հեռացման վերջնական փուլն է: Այս փուլին անցնելուց առաջ անհրաժեշտ է համոզվել, որ ատամն ամբողջությամբ հողախախտի է ենթարկված: Կտրուկ շարժումներ կատարել չի կարելի, քանի որ այդ դեպքում կվնասվեն անտագոնիստ ատամները և շրջակա փափուկ հյուսվածքները: Ատամի դուրս բերումից հետո անհրաժեշտ է ուշադիր զննել ատամը, որպեսզի համոզվեն, որ ատամն ամբողջությամբ հեռացված է: Կատարվում է նաև ատամնաբնի մանրակրկիտ հետազոտում: Ատամնաբնային արյունահոսությունը դադարեցնելուց հետո հիվանդին տրվում են համապատասխան խորհուրդներ:

Առանձին խումբ կազմող ատամները հեռացնելու առանձնահատկությունները: Վերին կտրիչները հեռացնում են շրթային ուղղությամբ՝ կատարելով պտտական շարժումներ: Կենտրոնական կտրիչները հեռացնում են լայն թշկներ ունեցող ուղիղ աքցանով, իսկ կողմնային կտրիչները՝ ուղիղ աքցանով, բայց ավելի նեղ թշկներով: Կենտրոնական կտրիչները հեռացվում են ավելույար ելունի լավ ֆիքսացիայի պայմաններում, որը կատարվում է ձախ ձեռքի 2-րդ մատի օգնությամբ (շրթային կողմից) և 1-ին մատի օգնությամբ (քմային կողմից), ընդ որում բժիշկը գտնվում է հիվանդին դեմ դիմաց և աջ կողմից կանգնած: Աջ կտրիչները հեռացնելու դեպքում հիվանդի գլուխը պետք է թեքված լինի մի փոքր դեպի ձախ:

Վերին ծնոտի ժանիքներն ունեն հզոր արմատներ, որոնք ձվաձև են: Նրանց հեռացնում են ուղիղ աքցանով, որոնց թշկները տեղաշարժվում են հնարավորինս խոր և հողախախտի են ենթարկում ատամը պտտական շարժումների ու ճռձելու միջոցով: Որպեսզի կանխարգելեն ստորին ատամների վնասումը վերին ժանիքները հեռացնելու ընթացքում, հարկավոր է այն ատամնաբնից դուրս բերել դեպի ներքև և շրթային ուղղությամբ: Հիվանդի գլխի և բժիշկի դիրքը նույնն է, ինչ կտրիչները հեռացնելու ժամանակ: Վերին ժանիքների արմատները հեռացնելու ժամանակ օգտագործվում են սվինաձև աքցաններ, որոնց թշկները միջին լայնության են:

Վերին նախաաղորիքները մի փոքր տափակած են կողքերից և ունեն ծովածություն: Առաջին նախաաղորիքի կառուցվածքը բարդ է: Այն ունի հիմնականում երկու արմատ (թշային և քմային), հազավադեպ նաև երեք բարակ արմատներ (երկու թշային և մեկ քմային): Երկրորդ նախաաղորիքը նույնպես ունի կողքերից տափակած արմատներ: Վերին նախաաղորիքները հեռացնելու ժամանակ օգտագործում են S-աձև աքցաններ, իսկ դրանց արմատները հեռացնելիս՝ սվինաձև աքցաններ: Հիվանդի և բժշկի դիրքը նույնն է, ինչ ֆրոնտալ ատամները հեռացնելիս: Առաջին նախաաղորիքների հոդախախտումը կատարվում է լյուքսացիոն շարժումներով, իսկ երկրորդ նախաաղորիքներինը՝ ճոճելու և պտտական շարժումների միջոցով: Այս ատամների դուրս բերումը կատարվում է դեպի ներքև և դուրս ուղղություններով:

Վերին աղորիքները պայմանավորված իրենց անատոմիական կառուցվածքով և դիրքով ավելի դժվար է հոդախախտի ենթարկել: Այտաձնոտային հզոր կարանը դժվարություններ է ստեղծում առաջին մեծ աղորիքները հեռացնելու ժամանակ: Բացի դրանից, այն ունի երեք արմատ, որոնք ունեն տարբեր ուղղություններ և բավականին ամուր են, հատկապես քմայինը: Երկրորդ աղորիքի արմատներն ավելի թույլ են քան առաջին աղորիքինը: Այս ատամները հեռացնելու նպատակով օգտագործվում են S-աձև աքցաններ, որոնք լինում են աջ և ձախ: Այս աքցանների թշիկներից մեկը նախատեսված է քմային արմատի համար, ունի կլորացած կամ հարթ ծայր, իսկ մյուսն ունի սուր ծայր, որը նախատեսված է թշային երկու արմատների միջև տեղադրելու համար: Առաջին աղորիքի հոդախախտի ժամանակ առաջին շարժումը կատարվում է քմային ուղղությամբ, երկրորդ շարժումը՝ վեատիֆուլյար: Երկրորդ աղորիքի հոդախախտի ժամանակ առաջին շարժումը կատարվում է վեատիֆուլյար ուղղությամբ: Առաջին և երկրորդ աղորիքները դուրս են բերվում ատամնաբնից դեպի ներքև և դուրս ուղղություններով: Հիվանդի և բժշկի դիրքը նույնն է, ինչ վերին պրեմոյարների հեռացման ժամանակ:

Երրորդ աղորիքը սովորաբար ունի իրար սերտաճած երեք և ավելի արմատներ, որոնք ունեն կոնաձև տեսք: Այս ատամի

պսակն ավելի փոքր է քան, առաջին և երկրորդ աղորիքներինը: Այն երբեմն թեքված է դեպի թշային կողմ, արմատներն ավելի կարճ են և ունեն արտահայտված թեքվածություն: Վերին երրորդ աղորիքները հեռացվում են սվինաձև աքցանների օգնությամբ, որոնք ունեն լայն թշիկներ:

Ստորին ծնոտի ատամները հեռացնելու նպատակով օգտագործվում են կտցաձև աքցաններ, որոնք ուղղված են դեպի կողք:

Ստորին կտրիչներն ունեն մեկ բարակ արմատ: Այսպիսի անատոմիական կառուցվածքի շնորհիվ այս ատամները հնարավոր չէ հողախախտի ենթարկել պտտական շարժումներով: Այս ատամները հեռացնելու նպատակով օգտագործում են կտցաձև աքցաններ, որոնք ուղղված են դեպի կողք և ունեն կիսաշրջանաձև ծայր: Աքցանը տեղադրելուց հետո կատարվում է դրա տեղաշարժում ձախ ձեռքի 1-ին մատի օգնությամբ ատամի առանցքի ուղղությամբ: Հողախախտումը կատարում են լյուքսացիոն շարժումների միջոցով: Բազկաթոռի մեջքային հատվածը պետք է ունենա ուղղահայաց դիրք, իսկ հիվանդի գլուխը պետք է լինի մի փոքր դեպի ցած: Հողախախտի ժամանակ առաջին ուղղությունը պետք է լինի շրթային, իսկ ատամը դուրս է բերվում վերև ու դեպի դուրս:

Ստորին ժանիքը ունի մեկ հզոր և երկար արմատ: Ժանիքները հեռացնելու ժամանակ բժիշկը կանգնում է հիվանդի առջևից և աջից: Օգտագործում են կտցաձև աքցաններ: Ժանիքի հողախախտումը կատարվում է սկզբից վեստիբուլյար, այնուհետև լեզվային ուղղություններով, թույլ են տրվում որոշ պտտական շարժումներ: Ատամի դուրս բերումը կատարվում է դեպի վերև և դուրս ուղղություններով:

Ստորին նախաաղորիքներն ունեն մեկական արմատներ: Երբեմն արմատը ճյուղավորվում է լեզվային և թշային ճյուղերի: Ստորին նախաաղորիքները հեռացնելու համար օգտագործում են կտցաձև աքցաններ: Աքցանի առավելագույն տեղաշարժումից և ֆիքսացիայից հետո հողախախտման շարժումները կատարում են լյուկսացիայի տեսքով, աստիճանաբար մեծացնելով շարժումների ամպլիտուդը: Աջ ստորին նախաաղորիքները հեռացնելու ժամա-

նակ բժիշկը գտնվում է հիվանդից ետ և աջ, իսկ ձախ նախաաղորիքների դեպքում՝ հիվանդից առաջ և աջից: նախաաղորիքները դուրս են բերվում դեպի վերև և դուրս:

Ստորին աղորիքների հեռացումը պայմանավորված է դրանց անատոմիական առանձնահատկություններով: Արմատների դիրքը և թեք գծի շրջանում հաստ ալվեոլյար ելունի առկայությունն առաջացնում են որոշակի դժվարություններ: Առաջին և երկրորդ աղորիքներն ունեն երկու արմատներ՝ դիստալ և ապրոքսիմալ, երբեմն դրանք ունեն ծովածություն: Առաջին աղորիքի ատամնաբնի հաստությունը լեզվային և վեստիբուլյար շրջանում հավասար է, իսկ երկրորդ աղորիքի շրջանում վեստիբուլյար պատը ավելի հաստ է: Այս ատամները հեռացնում են կտցաձև աքցաններով, որոնք ունեն լայն թշիկներ և սեպաձև արտացցվածքներ: Աքցանը տեղադրում են և տեղաշարժում այնպես, որ սեպաձև արտացցվածքները լինեն միջարմատային տարածության մեջ: Առաջին հոդախախտող շարժումը առաջին աղորիքը հեռացնելու ժամանակ կատարվում է շրթային, իսկ երկրորդ աղորիքը հեռացնելու ժամանակ լեզվային ուղղությամբ: Ատամները դուրս են բերվում դեպի վերև թշային ուղղությամբ:

Երրորդ աղորիքը հեռացնելու ժամանակ, իրենց անատոմիական կառուցվածքով և դիրքով պայմանավորված օգտագործում են աքցաններ, որոնք թեքված են հորիզոնական հարթությամբ: Ատամի հոդախախտը կատարում են չափազանց զգույշ շարժումներով, սկզբից դեպի լեզվային, ապա թշային կողմ: Ատամը ատամնաբնից դուրս են բերում դեպի վերև և թշային ուղղությամբ:

Ատամների հեռացումը ամբարձիչների օգնությամբ: Այն դեպքերում, երբ ատամների կամ արմատների հեռացումը հնարավոր չէ կատարել աքցանների օգնությամբ, ապա այն կատարում են ամբարձիչների օգնությամբ: Ամբարձիչը կազմված է աշխատող մասից կամ թշիկից, միջանկյալ հատվածից և հզոր բռնիչից: Գոյություն ունեն տարբեր ձևերի ամբարձիչներ:

Ուղիղ ամբարձիչ: Սրա աշխատանքային մասը փորձան թշիկ է սուր ծայրով: Այս ամբարձիչը նախատեսված է վերին

ծնոտի միայնակ արմատները հեռացնելու համար և այն ատամների համար, որոնք ատամնային աղեղից դուրս են, օրինակ՝ ստորին երրորդ աղորիքները: Վերին ծնոտի արմատները հեռացնելիս ամբարձիչի աշխատող մասը տեղադրում են արմատի և ավելոյար ելունի միջև: Կատարելով շրջանաձև շարժումներ և խորացնելով ամբարձիչի աշխատող մասը դեպի ատամնաբուն՝ հեռացվում է արմատը: Հիվանդի և բժշկի դիրքը նույնն է, ինչ վերին ատամները աքցանով հեռացնելու ժամանակ:

Ուղիղ ամբարձիչը ավելի հարմար է բռնել ամբողջ ձեռքով, ընդ որում, 2-րդ մատը տեղադրում են թշկկին ավելի մոտիկ: Ուղիղ ամբարձիչների թերությունն այն է, որ հզոր թշկկը չի մտնում խոր տեղամասեր: Այդ նպատակով երբեմն կատարվում է այդ տեղամասերի տաշվածք ֆիսուրային գչիրների օգնությամբ: Ամբարձիչի առանցքը պետք է 45° անկյան տակ լինի ատամի առանցքի նկատմամբ, որպեսզի կանխարգելվի արմատի ներմղումը հայմոռյան ծոց: Նախկինում լայն տարածում ունեին այն ամբարձիչները, որոնք թեքվածություն ունեն հարթ մասում կամ, այսպես կոչված, <<այծի ոտքը>>, որի օգնությամբ կարելի է հեռացնել բավականին շարժունակություն ունեցող արմատները և կաթնատամները:

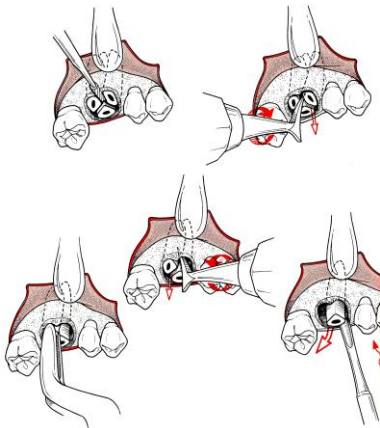
Ամբարձիչներ, որոնք թեքվածություն ունեն անկյան տակ (անկյունային), օգտագործվում են ստորին աղորիքների արմատները հեռացնելու համար: Այս ամբարձիչների թշկկները 60-80° անկյան տակ թեքված են դեպի կողք գործիքի առանցքի նկատմամբ: Պայմանավորված ուժ գործադրելու կետով տարբերում են երկու տեսակի անկյունային ամբարձիչներ՝ դեպի ներս և դեպի դուրս: Ստորին արմատները հեռացնելու ժամանակ հիվանդի և բժշկի դիրքը նույնն է, ինչ աքցանով տվյալ ատամները հեռացնելու ժամանակ: Ամբարձիչը պետք է բռնել ամբողջ ձեռքով, ընդ որում, 2-րդ մատը պետք է տեղադրվի թշկկին մոտիկ: Ամբարձիչի աշխատող մասը տեղադրում են արմատի և ատամնաբնի կամ երկու արմատների միջև այնպես, որ թեքված մասը ուղղված լինի դեպի հեռացվող արմատը:

Լեկլյուզի սվինաձև ամբարձիչը օգտագործվում է հիմնականում ստորին երրորդ մեծ աղորիքը հեռացնելու նպատակով:

Գործիքը կազմված է հզոր բռնակից, որը միացած է սվինաձև միջանկյալ հատվածին: Գործիքի ծայրը սուր է: Թշիկի սուր ծայրը տեղադրում են այնպես, որ հաստացած մասը ուղղված լինի դեպի հեռացվող ատամը, իսկ կլորացած մասը՝ դեպի երկրորդ աղորիքը: Ձախ ձեռքի մատների օգնությամբ կատարում են մշտական հսկում, որպեսզի երրորդ աղորիքի հոդախախտի ժամանակ կանխարգելվեն հնարավոր բարդությունները:



Նկ. 54. Ուղիղ և անկյունավոր ամբարձիչներ և դրանց աշխատող մասերը:



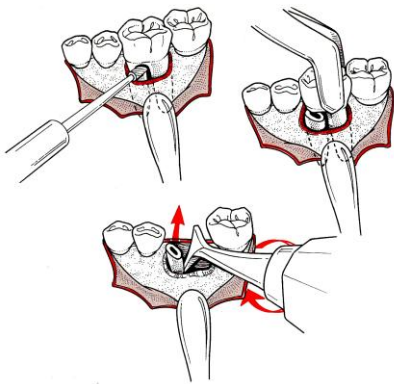
Նկ. 55. Վերին ծնոտի ատամների արմատների տարանջատումը բոռ մեքենայի օգնությամբ և հեռացում արմատային աքցանով, ուղիղ և անկյունային ամբարձիչների միջոցով:

Ատամների և դրանց արմատների հեռացումը բոռ մեքենայի, դուրի և մուրճիկի

օգնությամբ: Այն դեպքերում, երբ ատամը կամ արմատը հնարավոր չէ հեռացնել աքցանների կամ ամբարձիչների օգնությամբ, այդ գործողությունը անհրաժեշտ է կատարել բոռ մեքենայի, դուրի և մուրճիկի օգնությամբ: Այս տիպի վիրահա-

տության ցուցում կարող է լինել ռետենցված և կիսառետենցված ատամների հեռացումը, ինչպես նաև արտահայտված հիպերցեմենտոզը: Հիմնականում նման մեթոդով հեռացնում են ստորին իմաստության ատամները:

Այս վիրահատությունը կատարվում է տեղային կամ ընդհանուր անզգայացմամբ խիստ պահպանելով ասեպտիկայի կանոնները: Հիվանդը գտնվում է վիրահատական սեղանին կամ նստած է ստոմատոլոգիական բազկաթոռին, որի մեջքային հատվածը մի փոքր ետ է: Վիրահատական մուտքը և կտրվածքի գիծը պայմանավորված են ատամի կամ արմատի դիրքով: Կտրվածքը կարող է լինել տրապեցաձև, աղեղնաձև կամ անկյունաձև: Անջատելով լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթը՝ կատարում են ավելոյար ելունի արտաքին պատի հեռացում: Սկզբից շրջանաձև գչիրի միջոցով ձևավորում են անցքեր, այնուհետև ֆիսուրային գչիրի օգնությամբ այդ անցքերը միացնում են իրար:

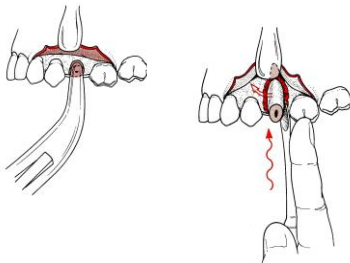
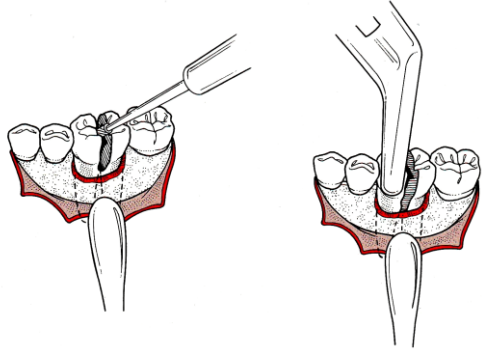


Նկ. 56. Ստորին ծնոտի ատամի մասնահատում և մաս-մաս հեռացում արմատների խիստ արտահայտված թեքության դեպքում:

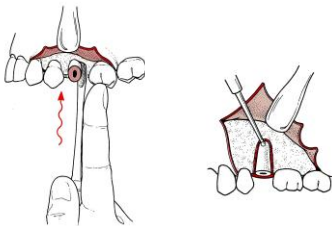
Մերկացված ատամները կամ արմատները հեռացվում են արքանների կամ ամբարձիչների միջոցով, ոսկրի սուր տեղամասերը հարթեցվում են գչիրի կամ ոսկրային գդալիկների միջոցով և հեռացնում են գրանուլյացիոն հյուսվածքը: Վերին կամ ստորին աղորիքները հեռացնելու ժամանակ սկզբից անհրաժեշտ է անջատել արմատները և հեռացնել դրանք առանձին-առանձին: Վերին ծնոտի ատամները հեռացնելու ժամանակ անհրաժեշտ է զգուշանալ վերինծնոտային ծոցի հատակի կամ առաջային պատի թափաժակումից: Իսկ ստորին ծնոտի ատամները հեռացնելու

Ժամանակ անհրաժեշտ է զգուշանալ նյարդա-անոթային խրճի վնասումից: Վիրահատությունը վերջացնում են՝ կարելով վերքի եզրերը: Վերքում թողնում են ռեզինե դրենաժ և վիրահատության տեղամասում տեղակայում ճնշող վիրակապ: Նշանակվում է սառը առաջին 1-2 ժամվա ընթացքում: Անալգետիկներ և հակաբիոտիկներ նշանակվում են ըստ ցուցումների:

Նկ. 57. «Պատուհանային» կտրվածքի կիրառումը՝ հարվզիկային ոսկրային հյուսվածքները հեռացնելու և ատամի «կլինիկական» պսակը մեծացնելու նպատակով:



Նկ. 58. Վերին ծնոտի խորանիստ տեղակայված արմատի հեռացումը բոռ մեքենայի և ամբարձիչի օգնությամբ:



Եթե վիրահատության ընթացքում հարևան ատամի արմատի գազաթը մերկանում է, ապա կատարվում է այդ արմատի գազաթի ռեզեկցիա հետագա ռետրոգրադ լիցքով: Հայտնության ծոցը վնասվելու դեպքում անհրաժեշտ է այդ վերքը մանրակրկիտ վերականգնել կարանյուրի միջոցով: Այն դեպքերում, երբ վերքային խոռոչը ինֆեկցված է լինում, կատարվում է վերքի լվացում անտիսեպտիկ լուծույթներով և վերքի տամպոնադա յոդոֆորմի վիրախճուծով:

Երբեմն նման վիրահատություններ կատարվում են օրթոդոնտիկ նպատակներով, երբ ռետենցված ատամին ելք է տրվում, այնուհետև տվյալ ատամը օրթոդոնտիկ սարքերի միջոցով վերադարձնում են իրենց նորմալ անատոմիական դիրքին:

Վերքի մշակումը ատամը հեռացնելուց հետո: Ատամը հեռացնելուց հետո անհրաժեշտ է մանրամասն զննել ատամը և ատամնաբունը: Սուր եզրերի առկայությունը արմատի շրջանում և արմատի խողովակի անցքի առկայությունը վկայում են ատամի արմատի գազաթը կոտրվելու մասին: Կոտրված արմատը անհրաժեշտ է անպայման հեռացնել, մանավանդ այն դեպքում, երբ հեռացումը կատարվել է սուր թարախային պերիօդոնտիտի պատճառով:

Համոզվելով, որ ատամը ամբողջապես հեռացված է՝ սուր ոսկրային գոլախկով կատարում են ատամնաբնի սուր եզրերի հարթեցում, գրանուլյացիաների, կիստոզ խոռոչների հեռացում: Լնդի եզրերը սեղմում են ասեպտիկ բինտե տամպոնի միջոցով: Վերքը փակվում է ասեպտիկ տամպոնի միջոցով և հիվանդին խորհուրդ է տրվում ուժեղ սեղմել ատամները: 10-15 րոպե հետո, համոզվելով, որ արյան մակարդուկը լիարժեք է, հեռացնում են խծուծը: Արյունահոսություն չլինելու դեպքում հիվանդը հեռանում է բժշկական հաստատությունից: Հիվանդին խորհուրդ է տրվում հաց չուտել 1-2 ժամ, որից հետո սնունդ ընդունել սառը վիճակում: Առաջին օրը խորհուրդ չի տրվում անտիսեպտիկ լուծույթներով ողողումներ կատարել: Հաջորդ 2-3 օրը բերանի խոռոչի ողողումներ կատարվում են ֆուրացիլինի թույլ լուծույթով, քլորհեքսիդինով, նատրիումի հիդրոկարբոնատով կամ կալիումի պերմանգանատով:

Ատամը հեռացնելուց հետո վերքի լավացումը կատարվում է երկրորդային ձգումով, որին նպաստում է առաջացած արյան մակարդուկը: Յոդոֆորմի լուծույթով ներծծված խծուծը տեղադրում են ատամնաբնում այն դեպքում, երբ արյան մակարդուկը ինֆեկցված է: Ատամը հեռացնելուց հետո ատամնաբնի և միջարմատային արտացցվածքները հարթեցվում են ոսկրակրծիչների և ոսկրային գոլախկների օգնությամբ: Նման դեպքերում վերքի

եզրերին տեղադրվում են կարեր և հիվանդին նշանակվում են անալգետիկներ ու անտիսեպտիկներ:

Եթե ատամը հեռացվում է թարախին ելք տալու նպատակով, ապա խորհուրդ է տրվում 1-2 օր դրենավորել ատամնաբույժ յոդոֆորմի լուծույթով ներծծված տամպոնով, որը նպաստավոր պայմաններ է ստեղծում էքսուդատի ելքի համար: Ատամնաբույժ ոսկրային հյուսվածք առաջանում է ատամնաբնի եզրերը լուծվելուն զուգահեռ:

6.3. Բարդություններ ատամը հեռացնելու ընթացքում և ատամը հեռացնելուց հետո

Ատամը հեռացնելուց հետո վերքի նորմալ լավացման պայմաններում արյան մակարդուկը սովորաբար վեր ածվում է սպիական հյուսվածքի, վերքի եզրերը մոտենում են և երրորդ շաբաթվա վերջում նկատվում է լրիվ էպիթելիզացիա և սպիացում:

Վերքի լավացումն ընթանում է երկրորդային ձգումով՝ արյան մակարդուկի առաջացման միջոցով: 3-4-րդ շաբաթում սկսվում է գրանուլյացիոն հյուսվածքի զարգացումը, իսկ հետագա ժամանակահատվածում (1-4 ամիս) առկա է լինում օստեոիդ, այնուհետև ոսկրային հյուսվածքի զարգացումը:

Ատամը հեռացնելու ժամանակ կարող են լինել տարբեր տեսակի տեղային բարդություններ: Դրանցից են՝

- ատամի արմատի կոտրվածքը,
- ատամի կամ արմատի ներհրում դեպի ծնոտը շրջապատող հյուսվածքներ կամ ստործնոտային խողովակ,
- վերինծնոտային ծոցի պերֆորացիա (թափածակում) կամ ատամի ներհրում դեպի ծոց,
- ատամի կամ արմատի ասպիրացիա,
- ծնոտի հոդախախտ կամ ծնոտի մարմնի կոտրվածք,
- ավվելիտ,
- ատամնաբնային արյունահոսություն:

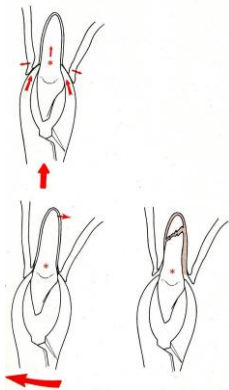
Ատամի արմատի կոտրվածք

Ատամի արմատի շրջանում կոտրվածքը ամենահաճախ հանդիպող բարդություններից է, որի պատճառ կարող է լինել՝ ատամը հեռացնելու կանոնների խախտումը, ատամի պսակի քայքայումը, ատամի արմատի և այն շրջապատող ոսկրային հյուսվածքի անատոմիական կառուցվածքի առանձնահատկությունները: Ատամը հեռացնելու կանոնների խախտումը է այն, որ աքցանների թշիկները մակերեսային են տեղադրվում կամ դրանց երկայնական առանցքը չի համապատասխանում ատամի արմատին, մեծ նշանակություն ունի նաև աքցանների սխալ ընտրությունը և ատամի հոդախախտի ժամանակ կատարվող կտրուկ շաժումները: Արմատի կոտրվածք կարող է առաջանալ նաև հիվանդի անհանգիստ վարքի պատճառով, որը բացատրվում է անբավարար անէսթեզիայով:

Անբարենպաստ անատոմիական առանձնահատկություններից են.

- Արմատների արտահայտված թեքվածությունը դեպի դիստալ կողմ, նրանց ճյուղավորումը, որի դեպքում առկա է լայն միջարմատային ոսկրային պատ,
- բավականին բարակ և երկար արմատներ, որոնք շրջապատված են բավականին հաստ ավելոյար ելունի պատերով,
- արմատի գագաթի հիպերցեմենտոզ:

Ատամի արմատի կոտրվածքի վերջնական ախտորոշում կատարվում է ներբերանային ռենգտեն նկարի միջոցով: Ախտորոշումը կարող է դժվարացնել ոսկրային հյուսվածքի շերտադրումով կոտրված արմատի վրա (հաճախ նկատվում է այտաավելեոլային կատարի և ստորին ծնոտի արտաքին կոմպակտ հաստ թիթեղի շերտադրումը): Այդ պատճառով ռենտգեն պատկերը պետք է լրացվի ատամնաբնի կլինիկական հետազոտություններով՝ կատարելով ատամնաբնի զգույշ զոնդավորում և էքստրաավելոյար հյուսվածքների պալպացիա (շոշափում):



Ատամի արմատի կոտրվածքի դեպքում անհրաժեշտ է շարունակել հեռացումը և անպայման հեռացնել այն, որովհետև այն կարող է բորբոքային պրոցեսի զարգացման պատճառ դառնալ:

Նկ. 59. Ատամի արմատի կոտրվածք ատամը հեռացնելու ժամանակ:

Առողջ կակղանով (պուլպայով) կոտրված արմատը նույնպես կարող է վարակի պատճառ լինել, քանի որ կակղանը վնասվածքից կարճ ժամանակ անց մահանում է: Կոտրված արմատը ծածկվում է ոսկրային հյուսվածքով և լորձաթաղանթով ու երկար ժամանակ չի անհանգստացնում հիվանդին, մինչև այդ շրջանը պրոթեզավորվի:

Կոտրված արմատի հեռացումը կատարվում է տեղային հաղորդչական անզգայացմամբ: Ներմուծվող անէսթետիկի քանակը պայմանավորված է միջամտության բարդությամբ: Միջամտությունը բարդացնող գործոններից են բերանի բացման սահմանափակումը, արտահայտված արյունահոսությունը և հիպերսալիվացիան: Ամեն դեպքում միջամտությունը պետք է տևի հնարավորինս կարճ և ուղեկցվի փափուկ ու կարծր հյուսվածքների քիչ վնասումով, որն իր հերթին կապահովի վերքի՝ առանց բարդությունների լավացումը:

Վերին ծնոտի թմբի կոտրվածք: Վերին ծնոտի թմբի կոտրվածք ավելի հաճախ նկատվում է վերին երկրորդ և երրորդ աղորիքները հեռացնելու ժամանակ:

Ալվեոլյար ելունի կոտրվածքի հիմնական պատճառներն են՝

- աքցանների թշիկների խոր տեղադրումը (թույլատրվում է աքցանը տեղադրել ալվեոլյար ելունի եզրին),
- ձախ ձեռքի հսկողության բացակայությունը և նրանով ալվեոլյար ելունի ֆիքսացիայի բացակայությունը,
- վերինծնոտային ծոցի բարձր օդակրությունը:

Կլինիկորեն այն արտահայտվում է կոտրված բեկորի կախվածությամբ կամ տեղաշարժով, ինչպես նաև շրջակա փափուկ հյուսվածքների պատռումով և ատամնաբնից զգալի արյունահոսությամբ: Հաճախ նման դեպքերում բացվում է վերին-ծնոտային ծոցը, որի դեպքում քթային փորձը դրական է, և առկա է արյունահոսություն քթի խոռոչից:

Կոտրված թումբը անհրաժեշտ է հեռացնել, իսկ վերքի կարման անհնարինության դեպքում անհրաժեշտ է կատարել վերքի տամպոնադա և ուղղորդել հիվանդին մասնագիտացված համապատասխան հաստատություն, որտեղ դեֆեկտը (արատը) կվերացվի: Վերքը բաց թողնելու դեպքում կարող է առաջանալ հայմոռիտ:

Ատամի կամ արմատի ներթափանցում փափուկ հյուսվածքներ: Ատամը կամ արմատը ներթափանցում է դեպի փափուկ հյուսվածքներ կոպիտ վիրաբուժական միջամտության ժամանակ, որը ուղեկցվում է փափուկ հյուսվածքների վնասումով: Հաճախ հանդիպում է ստորին երրորդ աղորիքները հեռացնելու ժամանակ, երբ ատամը հողախախտվում է ամբարձիչով: Ստորին երրորդ աղորիքի շրջանում լեզվային մասի ոսկրային պատը բավականին հաստ է, սակայն արմատի գագաթների շրջանում այն այնքան բարակ է, որ կարող է թափանցել: Նման անատոմիական առանձնահատկությունից ելնելով՝ ալվեոլային ելունի բարակած հատվածը կոպիտ միջամտության ժամանակ կոտրվում է և առաջանում է դեֆեկտ (արատ), որի միջոցով ատամի արմատը կարող է ներթափանցել ծնոտալեզվային մկանի մեջ: Ենթածնոտային շրջան ատամի կամ արմատի ներթափանցման դեպքում անհրաժեշտ է կատարել ներբերանային և արտաբերանային ռենտգեն հետազոտություն՝ դրա տեղակայումը հայտնաբերելու նպատակով:

Վերին ծնոտի արմատները սովորաբար տեղաշարժվում են դեպի թշային շրջան և ռենտգեն պատկերի վրա պրոյեկցվում են ատամնաբնի հատակի տակ, որը տպավորություն է ստեղծում, թե արմատը գտնվում է հայմոռյան ծոցում: Ախտորոշիչ կարևոր նշաններից է այն, որ քթային փորձը բացասական է և ատամ-

նաբնից վերև անցման ծալքի պալպացիայի (շոշափման) ժամանակ հայտնաբերվում է ոսկրային հաստություն: Ռենտգեն պատկերի հետազոտման ժամանակ անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել այն հանգամանքին, որ էքստրաալվեոլային դիրքում արմատի երկայնական առանցքը դատարկ ատամնաբնի երկայնական առանցքի հետ կազմում է սուր կամ ուղիղ անկյուն:

Ստորին երրորդ աղորիքը, որը մասամբ փակված է լնդի լորձաթաղանթով, հոդախախտի ժամանակ կարող է ներթափանցել ռետրոմոլյար եռանկյան ենթալորձաթաղանթային շերտ կամ թևակերպային միջին մկանի մեջ: Այս բարդությունից խուսափելու համար անհրաժեշտ է նախօրոք հատել լնդի լորձաթաղանթը, որով և պատված է ատամը:

Եթե հոդախախտված ատամը մակերեսային շերտերում է և պալպատոր (շոշափելով) հայտնաբերվում է, ապա այն կարելի է հեռացնել պոլիկլինիկայի պայմաններում: Եթե ատամը գտնվում է խորանիստ հյուսվածքներում և պալպատոր չի հայտնաբերվում, ապա անհրաժեշտ է կատարել ռենտգեն հետազոտություն առաջային և հետին պրոյեկցիաներով՝ ատամի կամ արմատի տեղակայումը պարզելու նպատակով: Նման դեպքերում ատամը անհրաժեշտ է հեռացնել ստացիոնար պայմաններում: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ ատամի կամ արմատի երկարատև տեղակայումը փափուկ հյուսվածքներում կարող է հանգեցնել բորբոքային պրոցեսի առաջացման:

Ստորին ծնոտային խողովակի վնասում

Ստորին ծնոտի ատամները հեռացնելու ժամանակ հաճախ վնասում են ստորինոտային խողովակը և նյարդա-անոթային ցողունը, որն անցնում է խողովակի միջով: Ստորինոտային խողովակը ստորին ծնոտի միջով անցնում է աղեղի տեսքով: Այդ աղեղի ամենացածր կետը առաջին մեծ աղորիքի մակարդակում է, իսկ ամենամոտիկը երրորդ մեծ աղորիքի մակարդակում է: Փոքր աղորիքների շրջանում այն նորից մոտենում է ատամնաբնի հատակին:

Այս անատոմիական առանձնահատկություններից հետևում է, որ հիմնականում երրորդ մեծ աղորիքները հեռացնելու

Ժամանակ կարող է լինել ստործնոտային խողովակի և անոթանյարդային ցողունի վնասում: Ատամնաբնի հատակը կազմող և ստործնոտային խողովակի վերին պատը կազմող բարակ ոսկրային թիթեղի վնասման հետևանքով այնտեղ կարող է թափանցել ատամի արմատի գագաթը կամ ոսկրային բեկոր: Այս բարդությունը հաճախ նկատվում է այն դեպքերում, երբ ամբարձիչի միջոցով հեռացվում են կոտրված արմատները, հատկապես այն դեպքերում երբ խողովակի վերին պատը տվյալ հատվածում խիտ թելակազմ հյուսվածք է:

Ստործնոտային խողովակի վնասմանը նպաստում են նաև ախտաբանական պրոցեսները, որոնցից է քրոնիկական պերիօդոնտիտը (շուրջատամնաբորբը):

Խողովակի վնասման կլինիկական նշաններից են հանկարծակի սկսվող և ուժեղ երակային արյունահոսությունը, ինչպես նաև ստորին ալվեոլային նյարդի ուղղությամբ ուժեղ ցավ, նույնիսկ անզգայացման պայմաններում: Ջարկերակը վնասվում է ավելի հազվադեպ, քանի որ նրա պատը ավելի հաստ է և ամուր:

Ուժեղ երակային արյունահոսության դեպքում ցուցված է կատարել ատամնաբնի խուլ տամպոնադա 4 – 5 օր տևողությամբ: Ատամի մնացած արմատը կարելի է հեռացնել մի քանի շաբաթ հետո, որը ցանկալի է կատարել ստացիոնար պայմաններում և լրացուցիչ ռենտգեն հետազոտությունից հետո: Երբորդ մեծ աղորիքի արմատի գագաթը կոտրվելու ժամանակ ստործնոտային խողովակի վնասումը կանխելու նպատակով անհրաժեշտ է ճշտել ատամնաբնի հատակի և ստործնոտային խողովակի վերին պատի հարաբերությունը ռենտգեն պատկերի վրա: Ստործնոտային զարկերակի վնասումը ավելի վտանգավոր բարդություն է, որի դեպքում արտաքին քնային զարկերակը պետք է կապել:

Ստորին ալվեոլային նյարդի վնասումը տվյալ կողմի ստորին շրթունքի, կզակի և ատամների շրջանում արտահայտվում է զգացողության խանգարումով, որն արտահայտվում է պարէսթեզիայով կամ հիպեսթեզիայով, երբեմն նաև փոփոխական հիպերէսթեզիայով: Ձգացողությունը սովորաբար վերականգնվում է մեկ ամսվա ընթացքում առանց որևէ բուժական միջամտության:

Վերականգնման ժամկետները արագացնելու նպատակով նշանակվում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ (ԳԲՀ թերապիա, գալվանիզացիա): Այս բարդությունը կարող է առաջանալ նաև անզգայացման ժամանակ, երբ ասեղով վնասվում է ստործնոտային նյարդը:

Ստորին ծնոտի հոդախախտ

Ստորին ծնոտի հոդախախտ հաճախ լինում է այն դեպքում, երբ հիվանդը բերանը չափից դուրս լայն է բացում ստորին մեծ աղորիքները հեռացնելու ժամանակ: Հոդախախտը սովորաբար առաջային է և հիմնականում միակողմանի: Ստորին ծնոտի հոդախախտի հավանականությունը մեծանում է այն դեպքում, երբ կապանային ապարատը թուլացած է կամ հոդային թումբը հարթ է: Հոդի շրջանում պալպատոր (շոշափումով) հայտնաբերվում է փոսություն, իսկ հոդից առաջ եղած շրջանում նկատվում է հոդագլխիկը, որը հոդային թմբիկի շրջակայքից դուրս է: Բերանը բաց վիճակում է, ստորին ծնոտը ֆիքսված չէ, անշարժ վիճակում է և տեղաշարժված է դեպի առողջ կողմ:

Ստորին ծնոտի ֆիքսացիան ձախ ձեռքի միջոցով ապահովում է այս բարդության կանխարգելումը: Եթե այնուամենայնիվ ատամը հեռացնելու ժամանակ առաջացել է հոդախախտ, ապա անհրաժեշտ է անհապաղ հեռացնել ատամը այնուհետև հոդախախտն ուղղել: Հոդախախտն ուղղելու նպատակով ձեռքերի բութ մատները տեղադրվում են մեծ աղորիքների ծամիչ մակերեսներին (դրանց բացակայության դեպքում այդ շրջանի ավելոլային ելունին), իսկ մյուս մատների օգնությամբ, ստորին ծնոտի մարմինը բռնելով, տեղաշարժում են այն դեպի առաջ, ներքև և հետ: Ծամիչ մկանների գերլարվածության պայմաններում կատարվում է անզգայացում: Հոդախախտը ուղղելուց հետո դրվում է ֆիքսող վիրակապ 1-2 օր տևողությամբ: Վիրակապը հեռացնելուց հետո հիվանդին խորհուրդ է տրվում 3-4 շաբաթվա ընթացքում բերանը շատ լայն չբացել: Երբ հիվանդի անամնեզում առկա է սովորության հոդախախտ, ապա անհրաժեշտ է

հեռացումը կատարել բերանի կիսաբաց պայմաններում և հետևողական ֆիքսել ծնոտը:

Ստորին ծնոտի մարմնի կոտրվածք ատամները հեռացնելու ժամանակ հազվադեպ է պատահում և հիմնականում հանդիպում է ախտաբանական պրոցեսի պատճառով (մեծ կիստաներ, նորագոյացություններ, օտեոմիելիտ) ոսկրային պատի բարակելուց: Այդ պրոցեսների դեպքում երբեմն հնարավոր է ծնոտի ինքնաբերաբար կոտրվածք: Ստորին ծնոտի կոտրվածք հնարավոր է նաև ստորին մեծ աղորիքները հեռացնելու ժամանակ մեծ ուժի գործադրման դեպքում: Այս բարդությունը կանխարգելելու նպատակով ատամը հեռացնելուց առաջ այսպիսի հիվանդներին ենթարկում են մանրակրկիտ ռենտգեն հետազոտության և շինավորում են ստորին ծնոտը ամրացնելու նպատակով:

Վերծնոտային ծոցի պերֆորացիա (թափածակում)

Այս բարդությունը համեմատաբար հաճախ է հանդիպում: Այն պատահում է հիմնականում վերին մեծ և փոքր աղորիքները հեռացնելիս: Դա բացատրվում է այդ ատամների և վերծնոտային ծոցի հարաբերության անատոմիական առանձնահատկություններով: Վերինծնոտային ծոցի պնևմատիկ կառուցվածքի դեպքում մեծ և փոքր աղորիքները վերծնոտային ծոցից բաժանված են ոսկրային փոքր պատով: Վերծնոտային ծոցի բացահատումը կարող է լինել նաև կոպիտ աշխատանքի արդյունք (ատամների տրավմատիկ հեռացում արքանների կամ ամբարձիչի միջոցով, միջարմատային տարածությունների անջատում դուրի միջոցով, ատամնաբնի մաքրում ոսկրային գդալիկների օգնությամբ):

Վերին մեծ և փոքր աղորիքների քրոնիկական գազաթային պերիօդոնտիտները (շուրջատամնաբորբերը) կարող են քայքայել վերինծնոտային ծոցը կազմող ոսկրային պատը: Այս ատամները հեռացնելու ժամանակ տվյալ հատվածում առաջանում է հաղորդակցություն բերանի խոռոչի և հայմորյան ծոցի միջև:

Վերծնոտային ծոցի պերֆորացիայի (թափածակման) հիմնական կլինիկական նշաններն են՝

1. հեռացված ատամի ատամնաբնից փրփուրանման արյան արտադրություն,

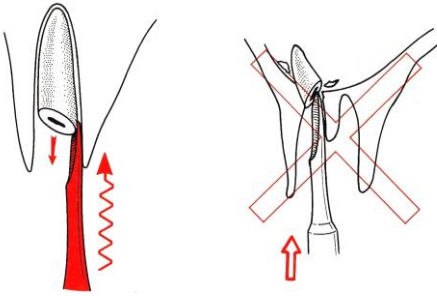
2. արյունահոսություն քթի խոռոչից,
3. ատամնաբնի գործիքային հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում է ատամնաբնի հատակի բացակայություն:

Կլինիկական նշաններից է նաև օդի թափանցումը բերանի խոռոչից քթի խոռոչ:

Քթային փորձը կատարում են հետևյալ կերպ. Հիվանդը, փակելով քթանցքերը, ճնշման տակ արտաշնչում է քթի միջոցով: Պերֆորացիայի (թափածակման) առկայության դեպքում օդը կամ արյունը պղպջակների տեսքով անցնում է ատամնաբնի միջոցով դեպի բերան, հաճախ լսվում է սուլոց կամ աղմուկ: Ատամնաբնի գոնդավորումը կամ կյուրետաժը անհրաժեշտ է կատարել զգուշությամբ, քանի որ հեռացնելիս կարող է վնասվել ոսկրային պատը, սակայն լորձաթաղանթը պահպանվում է: Նաև պետք է հաշվի առնել, որ գործիքը կարող է ներհրվել ատամնաբնում առկա կիստոզ խոռոչ կամ փափուկ հյուսվածքներ:

Եթե ատամը հեռացնելուց անմիջապես հետո ծոցի սուր թարախաբորբոքային պրոցեսի երևույթները բացակայում են, անհրաժեշտ է կատարել հաղորդակցության փակում: Այն կատարում են վերքի եզրերի մոտեցման և կարեր դնելու միջոցով: Կարևոր է, որ կարելու ընթացքում կարերի անցքերը լինեն ոսկրին մոտ, և ոչ թե ծոցի բացվածքին մոտ: Ատամները հեռացնելու ժամանակ արտադրության արտահոսք նկատվում է նաև ռադիկուլյար կիստաների ժամանակ: Այդ դեպքում ատամնաբնի տամպոնադան ցանկալի չէ, քանի որ տամպոնը (խծուծը) խանգարում է արյան մակարդուկի առաջացմանը և նպաստում է հաղորդակցության առաջացմանը:

Ատամի դեպի հայմորայան ծոց ներթափանցելու դեպքում այն հեռացվում է ստացիոնար պայմաններում՝ կատարելով միաժամանակյա հայմորոտոմիա (հայմորահատում): Մինչև վիրահատության պլանավորումը անհրաժեշտ է առաջացած պերֆորացիային (թափածակումը) փակել:



Նկ. 60. Ատամի ներքրում
հայմոռյան ծոց՝ ատամը
հեռացնելու ժամանակ:

Ալվեոլիտ (ատամնաբնային ցավեր, հետէկստրակցինո ցավեր, չոր ատամնաբուռ, ալվեոլային օստիտ (ոսկրաբորբ)):

Այն զարգանում է մակարդուկի քայքայման և ինֆեկցման հետևանքով, որը ոսկրային պատերի անպաշտպան հատվածներում նպաստում է բորբոքային պրոցեսի զարգացման: Էթիոլոգիական գործոններից են ատամի կոպիտ հեռացումը, ատամը հեռացնելու ընթացքում ատամնային մնացորդների և ոսկրային բեկորների ներհրումը դեպի ատամնաբուռ, գրանուլեմայի, արմատի և ոսկրային արտացցվածքների ոչ լրիվ հեռացումը ատամնաբնից, հիվանդի անբավարար հիգիենան:

Ալվեոլիտի կլինիկական նշանը ուժեղ ցավեր են, որոնք ճառագայթում են դեպի ականջ և քունքային շրջան (առաջացման մեխանիզմը հետևյալն է. չոր ատամնաբուռն նյարդային ճյուղերը մերկանում են և ենթարկվում են միկրոօրգանիզմների տոքսիկ (թունավոր) ազդեցության): Ցավերն առաջանում են հիմնականում 3-րդ օրը: Հնարավոր է ջերմաստիճանի բարձրացում մինչև 37,5 - 38°C, ենթաձնոտային լիմֆատիկ հանգույցների մեծացում և շարժունակություն:

Բերանի խոռոչը զննելիս հայտնաբերվում է ինֆեկցված արյան մակարդուկ՝ տհաճ հոտով, կամ ընդհանրապես դատարկ ատամնաբուռ: Հարևան երկու ատամների պերիուսիան (մատնաբախումը) դրական է, քանի որ դրանց պերիօդոնտը (շուրջարմատահյուսվածքը) բորբոքային գոտում է: Անցման ծալքի գոտում հյուսվածքների ինֆիլտրացիան բացակայում է: Ալվեոլյար եզրի լորձաթաղանթի հիպերեմիան և այտուցը արտահայտված չեն,

որով էլ ավելոյիտը տարբերվում է սկսվող օստեոմիելիտից (ոսկրածուծաբորբ):

Եթե ցավը ատամնաբնում անցնում է 5-6 օր հետո և նկատվում է հյուսվածքների քայքայում, ապա դա վկայում է այն բանի մասին, որ բորբոքային պրոցեսը տեղակայվել է ավելոյար ոսկրի ավելի խոր տեղամասերում, ու առկա է ատամնաբնի սահմանափակ օստեոմիելիտն (ոսկրածուծաբորբ): Ատամնաբնի օստեոմիելիտի դեպքում ռենտգեն պատկերի վրա հայտնաբերվում են մանր սեկվեստորներ:

Քրոբոքային երևույթները սովորաբար անցնում են 10-12-րդ օրը, առաջանում են գրանուլյացիաներ, ցավերը հանդարտվում են, և հնարավոր է ատամնաբնի ինքնաբերաբար փակում կամ պրոցեսի քրոնիկացում: Քրոնիկական փուլում, որը սկսվում է 3-4 շաբաթից, հիմնական ախտանիշը ախտաբանական գրանուլյացիաների առաջացումն է, որին սեղմելիս արտադրվում է թարախային էքսուդատ:

Ատամը հեռացնելուց հետո ներուլոգիական բնույթի ուժեղ ցավեր կարող են առաջանալ ատամնաբնի սուր եզրերից, որոնք գրգռում են լնդային եզրերը: Այս դեպքերում ցավերն ուժեղանում են 4-5-րդ օրը, երբ լնդային եզրերը ձգվում են դեպի ոսկրային սուր եզրերը: Ավելոյային սուր եզրերը հայտնաբերվում են լնդի պալպացիայի (շոշափման) միջոցով, որի ժամանակ առաջանում է սուր ցավ: Հիվանդները զանգատվում են սնունդ ընդունելու կամ լեզվով այդ մասին հպվելու ժամանակ առաջացող սուր ցավերից:

Ի տարբերություն ավելոյիտի ժամանակ դիտվող ցավերի՝ ատամնաբնի սուր եզրերից առաջացող ցավերն ընթանում են առանց բորբոքային երևույթների և շրջակա լիմֆատիկ հանգույցների մեծացման: Ավելոյար սուր եզրերը ժամանակի ընթացքում ներծծվում են, և ցավը վերանում է: Սակայն երբեմն ներծծման պրոցեսը կարող է դանդաղած լինել: Այդ ժամանակ կատարվում է կտրվածք՝ լորձաթաղանթ վերնոսկրային լաթի ձևավորմամբ և սուր եզրերի հարթեցում: Ընդհանրապես ոսկրային արտացցվածքների և սուր եզրերի հարթեցումն անհրաժեշտ է իրականացնել ատամը հեռացնելու ընթացքում:

Բուժման տակտիկան ընտրելու համար անհրաժեշտ է ճիշտ դիֆերենցել ալվեոլյար ներհիտը (սյարդաբորբը) ալվեոլիտից: Ներհիտի առանձնահատուկ կլինիկական նշաններից է հարատամնաբնային հյուսվածքների բորբոքային երևույթների և բերանի խոռոչից տհաճ հոտի, ինչպես նաև ատամնաբնում առկա սուր ցավերի բացակայությունը, որոնք ուժեղանում են գիշերային ժամերին: Ներհիտի բուժման ժամանակ կատարվում է ալվեոլոտոմիա, եթե առկա են ատամնաբնի սուր եզրեր, դրվում է տամպոն (խծուծ) որը պետք է ներծծված լինի անեսթեզիանով, ֆենոլ-կամֆորայով, 10-20 %-անոց արծաթի նիտրատի լուծույթով 1-2 թուպե տևողությամբ: Կատարվում են նաև 3-5 նովոկայինային բլոկադաներ և ԳԲՀ-թերապիա 8-10 թուպե տևողությամբ: Նշանակվում են անալգետիկներ:

Ալվեոլիտի ժամանակ բոլոր միջոցառումները պետք է ուղղված լինեն արյան ամուր մակարդուկ ստանալուն: Այդ նպատակով ադեկվատ անզգայացումից հետո զգուշությամբ կատարվում է ատամնաբնի մանրակրկիտ կյուրետաժ, հեռացվում են քայքայված և փափուկ ոսկրային հյուսվածքները, այնուհետև դրվում է սեղմող տամպոն (խծուծ) : Մակարդուկ առաջանալուց հետո ցավերը սովորաբար հանգստանում են: Սակայն առաջացող բորբոքային պրոցեսի հետևանքով մակարդուկը նորից կարող է քայքայվել: Այդ դեպքում 3-5 օրվա ընթացքում ատամնաբնը լվանում են անտիսեպտիկ լուծույթներով (3%-անոց ջրածնի գերօքսիդի լուծույթ, 1:5000 հարաբերությամբ ֆուրացիլինի, քլորհեքսիդին, յոդինոլի լուծույթներ), հակաբիոտիկներով և պրոտեոլիտիկի ֆերմենտներով (տրիպսին, քիմոտրիպսին, քիմոպսին): Այդ նպատակով օգտագործվում է 5-10 մլ տարողությամբ ներարկիչ, որի ասեղը թեքվածություն ունի և բութ ծայր: Ատամնաբնի լվացումից հետո վիրաբուժական գդալիկների օգնությամբ հեռացվում են օտարածին մարմինները, ոսկրային բեկորները և ատամի մնացորդները, որից հետո նորից կատարվում է ատամնաբնի լվացում: Այնուհետև ատամնաբնի մանրակրկիտ չորացումից հետո դրվում է հակաբիոտիկով և յոդոֆորմով ներծծված տամպոն (խծուծ): Հաջորդող մի քանի

օրերին նույն պրոցեսը կրկնվում է մինչև բորբոքային երևույթները և ցավը անհետանան: Ցուցված է կատարել նաև ատամնաբույժական շրջապատող փափուկ հյուսվածքների ինֆիլտրացիա (15-20 մլ 0,5 %-անոց նոսրացված լուծույթ 100000 ՄԱ պենիցիլինով):

Ատամնաբնային արյունահոսություն առաջանում է ցանկացած ատամ հեռացնելուց հետո, քանի որ պատռվում են ատամնաբնի և լորձաթաղանթի անոթները: Նորմայում ատամի հեռացումից մի քանի րոպե հետո արյունահոսությունը ինքնաբերաբար դադարում է և ատամնաբնում առաջանում է արյան մակարդուկ: Եթե արյունահոսությունը տևում է 5-10 րոպեից ավելի, ապա անհրաժեշտ է հայտնաբերել դրա առաջացման պատճառը: Այդ նպատակով ունեղի, վիրաբուժական գդալի օգնությամբ հեռացվում է արյան մակարդուկը, այնուհետև ստերիլ բինտի միջոցով չորացվում է ատամնաբույժը, և հայտնաբերվում է արյունահոսության տեղակայումը:

Ատամը հեռացնելու ժամանակ արյունահոսության պատճառ կարող է լինել փափուկ հյուսվածքների վնասումը: Հնարավոր է նաև, որ կարծր քիմքի վնասումից առաջանա երակային տիպի արյունահոսություն:

Ատամնաբնից ներոսկրային արյունահոսության աղբյուր կարող է լինել դրա հատակից արյունահոսող ստորձնոտային զարկերակի ատամնային ճյուղը կամ ատամնաբների ոսկրային պատերը և միջատամնային խտրոցները (միջատամնաբնային զարկերակներ): Այստեղ եկող զարկերակները շրջապատված են ոսկրային հյուսվածքով, որի պատճառով չեն կծկվում ինչպես փափուկ հյուսվածքներում և առատ արյունահոսում են:

Երկրորդային արյունահոսության պատճառ (ատամը հեռացնելուց 1.5-2 ժ հետո) կարող է լինել անոթասեղմիչ դեղամիջոցի՝ ադրենալինի ազդեցության դադարելը (մեխանիզմը. հետիջեմիկ հիպերեմիայի հետևանքով անոթները լայնանում են և այստեղ ավելի շուտ առաջացած թրոմբները (մակարդուկները) չեն կարողանում հակազդել արյան հոսքին): Ավելի հաճախ երկրորդային արյունահոսություններն առաջանում են ներսփռական անոթայացման ժամանակ:

Հեռացված ատամի շուրջ առկա բորբոքումը, որն առաջանում է անոթի լուսանցքի լայնացման և պատի փոփոխությունների հետևանքով, նույնպես կարող է հեռացումից հետո առաջացող արյունահոսությունների պատճառ դառնալ:

Ուշացած արյունահոսությունը (3-5 օր հետո) հաճախ ատամնաբնում թրմբի (մակարդուկի) սեպտիկ (նեխավարակային) քայքայման հետևանք է: Պետք է հաշվի առնել, որ պարօդոնտիտների ժամանակ այս բարդությունը հաճախ է զարգանում:

Ատամնաբնային արյունահոսությունը կարող է առաջանալ նաև ընդհանուր պատճառների հետևանքով՝

1. հեմոռագիկ դիաթեզ,
2. Շ ալիտամինոզ,
3. սուր լեյկոզ,
4. ինֆեկցիոն հեպատիտ,
5. լյարդի ցիրոզ,
6. հիպերտոնիկ հիվանդություն:

Թվարկվածներից ուշագրավ է հատկապես հեմոռագիկ դիաթեզը, որի ժամանակ օրգանիզմը հակված է կրկնակի արյունահոսությունների, որոնք կարող են առաջանալ ինչպես ինքնուրույն, այնպես էլ վնասվածքների հետևանքով:

Ատամը հեռացնելուց հետո առկա արյունահոսությունը կանգնեցնելու համար, անկախ առաջացրած պատճառից, գործում է կոնկրետ պլան: Առաջին հերթին անհրաժեշտ է հիվանդին հանգստացնել, քանի որ նման դեպքերում հիվանդը խիստ հուզված է: Ապա անհրաժեշտ է ճշտել արյունահոսության աղբյուրը՝ ատամնաբուն, լնդեզր կամ լնդերի խորանիստ շերտեր: Արյունահոսող տեղամասը զննելու համար ասեպտիկ բինտի միջոցով հեռացվում են արյան մակարդուկները ատամը հեռացնելուց հետո առաջացած վերքի շրջանում և վերքը լվանում են ներարկիչի միջոցով ջրի շիթով: Միայն պարզելով արյունահոսության աղբյուրը՝ կարելի է ձեռնարկել համապատասխան միջոցներ:

Եթե հիվանդին զննելու ընթացքում պարզվում է, որ արյունահոսության պատճառը պատռված լինդն է, ապա արյունա-

հոսությունը կանգնեցնելու համար կատարվում է ատամնաբնի ոսկրային եզրերի հարթեցում, լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթի ձևավորում, նրա եզրերի թարմացում (եզրերի հատում) և մետաքսե կարերի տեղադրում: Կարելու ընթացքում արյունահոսող լնդային եզրերի անոթները սեղմվում են: Կարերի պատռումից խուսափելու համար ասեղը անց կացնում են վերքի եզրից 1 սմ հեռավորության վրա: Աղորիքների և վերին ճակատային ատամների ատամնաբները կարելիս դրվում է երկու կար: Փափուկ հյուսվածքները վնասվելու դեպքում լավ արդյունք է տալիս նաև արյունահոսող տեղամասի վրա կալիումի պերմանգանատի բյուրեղներով ներծծված ոչ մեծ վիրախծուծի տեղադրումը:

Ատամնաբնի հատակից արյունահոսության դեպքում (ստորձնոտային զարկերակի ատամնային ճյուղ) կիրառվում է տամպոնադա: Որպես տամպոն (խծուծ) օգտագործվում է նեղ բինտային վիրակապ (0,7-1 սմ)՝ ներծծված յոդոֆորմով: Տամպոնադան սկսում են ատամնաբնի հատակից՝ մանր ծալքերով դասավորելով վիրակապը և խուլ փակելով ատամնաբունը, որի միջոցով կատարվում է տամպոնի (խծուծ) մակերեսը առավելագույն հպվում է արյունահոսող մակերեսին: Բազմարմատանի ատամները հեռացնելու դեպքում տամպոնադան կատարվում է յուրաքանչյուր արմատի բնում առանձին: Վիրախծուծից վեր, որը լցրել էր ամբողջ ատամնաբունը, դրվում է փոքր բինտային գնդիկ 30-40 բուլետով և հիվանդին խորհուրդ է տրվում ատամներն ամուր հպել իրար: Բինտային գնդիկը ճնշում է վիրախծուծին, որի հետևանքով վերքը հայտնվում է վիրախծուծի ճնշման ազդեցության տակ: Որոշ դեպքերում կարելի է ստորին ծնոտը մի քանի ժամ ֆիքսել բինտի միջոցով, որպեսզի ապահովվի վերքի լրիվ հանգիստ վիճակը: Շարունակվող արյունահոսության դեպքում անհրաժեշտ է հեռացնել դրված վիրախծուծը և նույն պրոցեսը կատարել կրկին: Վիրախծուծը պետք է ատամնաբնում մնա 5-6 օր, մինչև վերքի պատերը պատվեն գրանուլյացիոն հյուսվածքով: Առաջին օրերի ընթացքում արգելվում է ողողել բերանը: Քանի որ տամպոնը (խծուծը) հեռացնելուց հետո ատամնաբունը մնում է դատարկ, կարող է զարգանալ ալվեոլիտ, և այդ ընթացքում առա-

ջացած բարակ շարակցահյուսվածքային շերտը միշտ չէ, որ պաշտպանում է ատամնաբնի ոսկրային պատերը ինֆեկցումից: Դրա պատճառով խորհուրդ է տրվում ատամնաբնի տամպոնադան կատարել ինքնաներծծվող հեմոստատիկ նյութերով (հեմոստատիկ սպունգ, կենսաբանական հակասեպտիկ տամպոն և այլն):

Եթե արյունահոսության աղբյուրը ատամնաբնի պատերը կամ միջարմատային ոսկրային միջնապատերն են, ապա անատոմիական ունեւիի աշխատող մասով ֆիքսվում է արյունահոսության աղբյուրը, մուրճիկով թույլ հարվածներ են կատարվում ունեւիին անոթի լուսանցքը փակելու համար կամ միջնապատը սեղմում են աքցաններով, ապա արյունահոսող տեղամասը փակում են յոդոֆորմի տամպոնով կամ կարում են լնդի եզրերը:

Ավելի ուշ արյունահոսությունները դադարեցնում են ատամնաբուներ ենթարկելով ռեիզիայի՝ վիրաբուժական գդալով քերում են ինֆեկցված թրումբը (մակարդուկը), ապա լվանում հակասեպտիկ լուծույթով և տեղադրում հեմոստատիկ նյութ հակաբիոտիկի հետ միասին (այնպես, ինչպես ավելուիտի ժամանակ): Հակացուցումներ չլինելու դեպքում խորհուրդ է տրվում կատարել լորձաթաղանթի անցումային ծալքի մեջ ներարկել հակաբիոտիկ երկրորդային արյունահոսությունը կանխարգելելու նպատակով:

Պետք է հաշվի առնել այն, որ եթե հիվանդը տառապում է հեմոռագիկ դիաթեզով, ապա նրա ատամը պետք է հեռացնել ստացիոնարի պայմաններում հատուկ նախապատրաստումից հետո: Պետք է նկատի ունենալ, որ նման հիվանդների շրջանում արյունահոսությունը դադարեցնելու ավանդական մեթոդները արդյունավետ չեն, քանի որ հյուսվածքների փխրունության հետևանքով կարող է առաջանալ կարերի անբավարարություն, իսկ հենց կարելու պրոցեսը ասեղի ծակելու տեղերում հանգեցնում է նոր մանր արյունահոսության օջախների առաջացման: Հեմոռագիկ դիաթեզով հիվանդների արյունահոսությունը դադարեցնելու համար անհրաժեշտ է կիրառել ընդհանուր միջոցառումներ արյան մակարդեւիությունը բարձրացնելու

համար՝ արյան ուղղակի փոխներարկում (ավելի էֆեկտիվ է), պահեստային արյան, թրոմբոցիտար զանգվածի, հակահեմոֆիլիային շիճուկի, կալցիումի քլորիդի և վիկաստի ներարկում:

Ցուցված է նաև ընդհանուր ազդեցության դեղամիջոցների ներարկում. 1-2 մլ 5 % ասկորբինաթթու կամ 5-10մլ 10 %-անոց կալցիումի քլորիդ: Եթե այնուամենայնիվ որոշվում է հեմոռագիկ դիաթեզով հիվանդի ատամը հեռացնել, ապա ատամը հեռացնելուց հետո, չսպասելով բարդություններ առաջանալուն հաջորդ 4-5 օրերի ընթացքում կատարվում է ատամնաբնի տամպոնադա և զուգահեռ ընդհանուր սպեցիֆիկ բուժում:

1.Ատամի հեռացման բացարձակ ցուցում է՝

ա)ծնոտների օստեոմիելիտը

բ)գերկոմպլեկտ ատամները

գ)էսթետիկ նկատառումներով ատամի հեռացումը

դ)ստորին իմաստության ատամի դժվարացած ծկթում

ա

2.Ո՞րը ատամների հեռացման ընդհանուր հակացուցում չէ

ա)հեմոֆիլիա

բ)ատամի տեղակայումը չարորակ ուռուցքի շրջանում

գ)լելկեմիա

դ)ալիմենտար դիստրոֆիա

բ

3.Ատամի հեռացման հիմնական գործիք է՝

ա)մուրճիկը

բ)դուրը

գ)աքցանը

դ)բոր մեքենան

գ

4.Լեկլյուզի ամբարձիչը օգտագործվում է՝

ա)վերին կտրիչները հեռացնելու համար

բ)վերին ադորիքները հեռացնելու համար

գ)ստորին փոքր ադորիքները հեռացնելու համար

դ)ստորին իմաստության ատամը հեռացնելու համար

դ

5.Ատամի հեռացման տեղային բարդություններն են՝

1)արմատի կոտրվածք

2)ալվեոլիտ

3)կոմա

4)անաֆիլակտիկ շոկ

ա)1,4

բ)1,2

գ)2,3

դ)2,4

բ

7. Ատամների ծկթման հիվանդություններ

Ատամների ծկթման հիվանդությունների շարքին են դասվում՝

1. ատամի դժվարացած ծկթումը,
2. ատամի սխալ դիրքը, որն առաջանում է ծկթման պրոցեսի ընթացքում (ատամի դիստոպիա),
3. ատամի ոչ լրիվ ծկթում ոսկրային հյուսվածքի կամ լորձաթաղանթի միջով (կիսառետենցված ատամ),
4. լրիվ ձևավորված ատամի ուշացած ծկթում 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): Գոյություն ունեն տարբեր ենթադրություններ՝ կապված ստորին իմաստության ատամի դժվարացած ծկթման հետ: Համարվում է որ ֆիլո և օնտոգենեզի պրոցեսի ընթացքում կատարվում է ստորին ծնոտի ռեդուկցիա և ավելոյար հատվածի դիստալ մասի փոքրացում: Դրա հետ կապված՝ ստորին իմաստության ատամին, որը ծկթում է վերջում, լրիվ ռետենցիայի համար բավարար տեղամաս չի մնում: Գոյություն ունեն նաև այլ պատճառներ: Դրանցից են ատամի սաղմի սխալ դիրքը, ծնոտի աճի զարգացման պաթոլոգիան: Այս ամենի արդյունքում ատամի դիրքը թեքված է լինում դեպի երկրորդ աղորիքը, ավելի հազվադեպ այն ուղղված է լինում վեստիբուլյար, լեզվային կամ դիստալ ուղղություններով:

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

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

Ստորին իմաստության ատամի դժվարացած ծկթման 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 տեղամասում ավելոյլար ելունի ոչ բավարար տեղի առկայությունը, որի հետևանքով ատամը երբեմն տեղակայվում է մասամբ ստորին ծնոտի ճյուղի հաստության մեջ:

4. Տվյալ տեղամասում լորձաթաղանթի հաստ շերտը, որը պարունակում է թշամկանի մկանաթելերը և ըմպանի վերին փականը, որն էլ ստեղծում է փափուկ հյուսվածքային պատնեշ ատամի ծկթման համար:

Ստորին իմաստության ատամի ծկթումը երբեմն երկարաձգվում է մի քանի ամիս, երբեմն տարիներ: Ծամելու ընթացքում տվյալ տեղամասի լորձաթաղանթին ենթարկվող 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 լինում երկրորդ աղորիքի մակարդակից ցածր, որի հետևանքով ծկթում են պսակի մեղիալ մեկ կամ երկու թմբիկները:

Էթիոլոգիա (ախտածագումը): Պերիկորոնիտը զարգանում է բերանի խոռոչի նորմալ միկրոֆլորայի ակտիվացման հետևանքով:

Դրանում պարունակվում են անաերոբ և ֆակուլտատիվ-անաերոբ բակտերիաների տեսակներ:

Պաթոգենեզ (ախտաբանություն): Ստորին իմաստության ատամի ծկթելու ժամանակ ատամը ծածկող գլխանոցը մեղիալ թմբիկների շրջանում ատրոֆիայի 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 գտնվող 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 մարգինալ 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:

Պերիկորոնիտը 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):

Կլիմիկական պատկերը: Սուր պերիկորոնիտը ընթանում է այնպես, ինչպես մարզինալ պերիօդոնտիտը և եզրային գինգիվիտը: Այն կարող է լինել կատարալ և թարախային: Կատարալը զարգանում է հիվանդության սկզբնական փուլում: Հիվանդները գանգատվում են ծկթող ատամի շրջանում առկա ցավերից: Ընդհանուր վիճակը բավարար է, մարմնի ջերմաստիճանը՝ նորմայի 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 տիպը ավելի բարենպաստ է և ժամանակին բուժելու դեպքում արագ վերանում են բոլոր սիմպտոմները (ախտանիշները):

Թարախային պերիկորոնիտ (շուրջպսակաբորբ): Այս տիպը 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 37,2-37,5 C°: Առկա է բերանի բացման սահմանափակում և ցավ բերանը բացելու ժամանակ (1-ին աստիճանի բորբոքային կոնտրակտուրա): Բորբոքային պրոցեսի աճի դեպքում նկատվում է բերանը բացելու սահմանափակման մեծացում (2-րդ աստիճանի բորբոքային կոնտրակտուրա): Ենթաստործնոտային լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են և պալպատոր ցավոտ:

Թարախի առկայությունը և գրանուլյացիոն հյուսվածքի աճը հանգեցնում են ոսկրի ռեգորբցիային: Ոսկրի ռեգորբցիայի բնույթը և տեղակայումը կախված է ինչպես ատամի անատոմո-

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

Գրանուլյացիոն հյուսվածքում կատարվող նեկրոբիոտիկ պրոցեսները նպաստում են թարախի կուտակման, որն էլ իր հերթին հանգեցնում է ռեգորբցիայի գոտու մեծացմանը և գրանուլյացիաների հետագա աճին: Պրոցեսն ընթանում է քրոնիկական մարզինալ գրանուլյացիոն պերիօդոնտիտի տեսքով: Մեկ այլ դեպքում գրանուլյացիոն հյուսվածքի աճը սահմանափակ է: Հետագայում ստորին երրորդ ատամի շրջանում զարգանում է սահմանափակ գրանուլեմատոզ մարզինալ պերիօդոնտիտ: Ատամի շուրջ գտնվող լորձաթաղանթը, ինֆիլտրացիայի ենթարկված և բարձրացած գլխանոցը, թևակերպածնոտային ծալքը ու երրորդ ադորիքի 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:

Կլինիկական պատկերը: Քրոնիկական պերիկորոնիտի կլինիկական պատկերը բազմազան է: Որոշ դեպքերում հիվանդները զանգատվում 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 աստամբ 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: Ալվեոյար ելունի 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 աստամի դիրքով, աստամբ լրիվ կամ մասնակի ծածկող լորձաթաղանթով և հիվանդության երկարատևությամբ, քրոնիկական պերիկորոնիտը կարող է ուղեկցվել ոսկրի՝ հորիզոնական և ուղղահայաց ուղղություններով դեստրուկցիայով, որն էլ իր հերթին հանգեցնում է մարզինալ գրանուլյացիոն կամ գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտի:

Քրոնիկական պերիկորոնիտի դեպքում, երբ այն ընթանում է գրանուլյացիոն պրոցեսի ձևով, ռենտգեն պատկերի վրա՝ աստամի 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 ռետրոմոլյար պերիօստիտի կամ շրջակա փափուկ հյուսվածքների ֆլեգմոնայի (թարախաբորբի):

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

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

Հիվանդը գունատ 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 տեղամասերը: Ռետրոմոյար հատվածում նկատվում է ինֆիլտրատ, որը տեղափոխվում է դեպի ավետոյար ելունի արտաքին, ավելի հազվադեպ ներքին մակերեսներին:

Ախտորոշումը: Պերիկորոնիտը և ռետրոմոյարը պերիօստիտը ախտորոշում են կլինիկական պատկերի և ռենտգեն հետազոտությունների հիման վրա: Ստորին ծնոտի կողմնային պրոյեկցիայով ռենտգեն պատկերի վրա 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 ավելի արտահայտված սահմանափակումով:

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

Բուժումը: Պերիկորոնիտը և ռետրոմոյար պերիօստիտը բուժում են հիմնականում պոլիկլինիկայի պայմաններում: Թերապևտիկ միջոցառումների կոմպլեքսը 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 վնասումները անտիսեպտիկ լուծույթներով: Թարախային պերիկորոնիտի դեպքում կատարվում է պերիկորոնոտոմիա, այսինքն՝ գլխանոցի հատում, հատելուց հետո տեղադրվում է յոդոֆորմի տամպոն (խծուծ):

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 ադորիքների մակարդակով: Վերքը դրենավորում են ռեզինե դրենաժով: Անհրաժեշտ է վերքը ամեն օր սխտեմատիկ 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 անտիսեպտիկ լուծույթներով: Հարականջային շրջանի փափուկ հյուսվածքների բորբոքային այտուցվածության, լիմֆադենիտի (ավշագեղձաբորբի) դեպքում նշանակվում են ճառագայթային բուժում սոլյուկս լամպի միջոցով:

Բորբոքային պրոցեսը վերացնելուց հետո ռենտգեն հետազոտության միջոցով անհրաժեշտ է պարզել ատամի հարցը՝ այն հեռացնելու կամ պահպանելու նպատակով:

Եթե ատամը տեղակայված է ճիշտ դիրքում ավելոյար ելունի մասում այն ունի բավական տեղ, ապա բորբոքման պատճառ է հաստացած լորձաթաղանթը, որը ծածկում էր 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 երբ ծնոտի ալվեոլյար հատվածում բավարար տեղամաս չկա ատամի համար, առկա է ոսկրային դեստրուկցիա, ուրեմն կատարում են ատամի հեռացում: Երբ ատամի պսակը բավականին ծկթած է, ատամի հեռացումը կատարվում է թեքված աքցանների կամ սվինաձև ամֆարձիչների միջոցով: Կիսառետենցիայի և դիստոպիայի դեպքում կատարվում է վիրահատություն:

Այս վիրահատության ժամանակ ատամն ազատում են այն շրջապատող ոսկրային հյուսվածքից: Պրեմեդիկլացիայից հետո կատարվում է հաղորդչական և ինֆիլտրացիոն անզգայացում: Կատարվում է անկյունաձև կտրվածք վեստիբուլյար հատվածից, և շերտազատվում է լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթը: Ֆիսուրային և գնդաձև գչիրների օգնությամբ հեռացվում է վեստիբուլյար և դիստալ մասի ոսկրային գլխանոցը: Աքցանների և էլևատորների միջոցով կատարվում է ատամի հողախախտ և հեռացում: Ատամնաբնից հեռացվում են նաև ախտաբանական գրանուլյացիոն հյուսվածքը և ոսկրային մանր կտորները ու վերքը ենթարկում անտիսեպտիկ մշակման: Շերտազատված լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթը տեղադրվում է իր տեղում և ֆիքսվում կարերի միջոցով: Երբեմն ատամնաբնում տեղադրվում են յոդոֆորմի տամպոն, հեմոստատիկ տամպոն, ցավազրկող անտիսպետիկ միջոց “Alvogyl”:

Քրոնիկական պերիկորոնիտի դեպքում մանրամասն հեռացվում է ախտաբանական գրանուլյացիոն հյուսվածքը և վերքը վերականգնվում է խուլ կարերի միջոցով: Լավ ազդեցություն ունի գենտամիցինի ներմուծումը ատամնաբուն՝ տամպոնի օգնությամբ: Մեծ ոսկրային դեֆեկտի դեպքում ատամնաբուն ներմուծում են հիդրօքսիլապատիտի, հիդրօքսիլապոլի, կոլապանի, կոլապոլի գրանուլաներ, նախօրոք դրանք ներծծվում են արյան մեջ: Այնուհետև վերքը վերականգնվում է խուլ կարերի

միջոցով: Պրոֆիլակտիկայի համար նշանակվում է 0,12%-անոց քլորհեքսիդինի լուծույթով ողողումներ, ինչպես նաև լազերային թերապիայի 10 սեսիա, որից հետո խորհուրդ է տրվում զբաղվել բուժական ֆիզկուլտուրայով:

Վերքը լավացնելուց հետո երբեմն նկատվում է ավելոյիտ: Նման վիրահատությունների ժամանակ հազվադեպ լինում է նաև ծնոտների օստեոմիելիտ: Այս բարդություններից խուսափելու համար կարևոր է ատամնաբնի հատվածում վերքին խուլ կարեր դնելը: Հյուսվածքները մոբիլիզացնելու նպատակով կատարվում է երկու կտրվածք: Առաջինը՝ թևակերպածնոտային ծալքի հիմքի արտաքինից ծնոտի ավելոյար 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 կարերի օգնությամբ:

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:

Բարդությունները: 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, հարըմպանային և հարնշիկային տարածություններ, դեպի արտաքին և առաջային մասեր թափանցելիս՝ հարականջ-ծամոդական տարածություն, դեպի ներքին և առաջային մասեր թափանցելիս՝ ենթալեզվային և ենթաստործնոտային շրջաններ: Բջջանքային տարածություններ տարածվելիս զարգանում են համապատասխան շրջանների աբսցես (թարախակույտ) և

ֆլեգմոնա (թարախաբորբ): Պրոցեսը կարող է տարածվել ոսկրային հյուսվածք: Նման դեպքերում զարգանում է ծնոտի օստեոմիելիտ:

Պերիկորոնիտը և ռետրոմոլյար պերիօստիտը ենթաստոր-ծնոտային շրջանի թարախային լիմֆադենիտի (ավշագեղ-ձաբորբի), ակտինոմիկոզի, խոցային ստոմատիտի (բերանաբորբի) պատճառ կարող են հանդիսանալ: Ռետրոմոլյար 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 աղորիքի պարադենտալ կիստայի, կարիեսի (ատամնափուտի), պուլպիտի (կակղանաբորբի) և պերիօդոնտիտի (հարատամնա-բորբի) առաջացմանը:

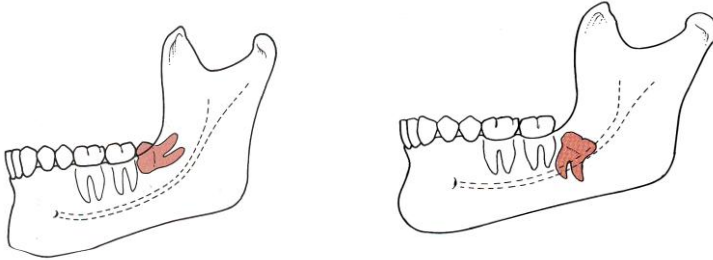
Ատամի սխալ դիրքը (դիստոպիա): Ատամի տեղաշարժը ատամնաշարում կամ նրա տեղակայումը ատամնաշարից դուրս հիմնականում լինում է ատամների ձկթման ժամկետների և հերթականության խախտման ժամանակ: Ավելի հաճախ սխալ դիրքում է ձկթում ստորին իմաստության ատամը, հազվադեպ՝ վերին իմաստության ատամը, վերին ժանիքը, վերին ու ստորին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

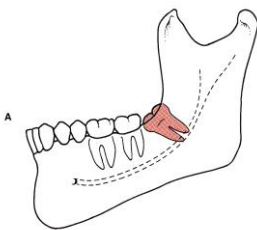
Բուժումը: Սովորաբար ատամները փոխելու ժամանակ բոլոր տեսակի տեղաշարժերը ինքնաբերաբար ուղղվում են: Բոլոր տեսակի տեղաշարժերի ուղղումը սովորաբար կատարվում է 14-15

տարեկան հասակում տարբեր օրթոդոնտիկ սարքերի միջոցով: Այդ մեթոդները կիրառում են նաև 15 տարեկանից բարձր հասակում, սակայն նման դեպքերում օրթոդոնտիկ բուժումը կայուն չի լինում: Երբ օրթոդոնտիկ բուժումը օգտակար չի լինում կամ ցուցված չէ, տվյալ ատամը հեռացնում են:



Նկ. 61. Դիստոպիայի ենթարկված ռետենցված ստորին իմաստության ատամ:

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



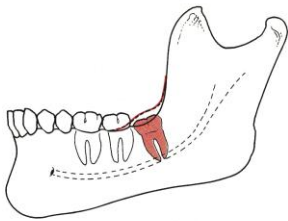
Նկ. 62. Դիստոպիայի ենթարկված կիսառետենցված ստորին իմաստության ատամ:

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

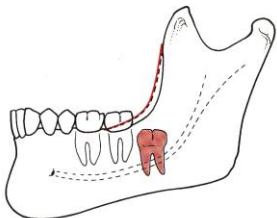
Ախտորոշումը: Ախտորոշումը հիմնված է կլինիկական պատկերի և ռենտգեն հետազոտության տվյալների վրա: Ռենտգեն պատկերի վրա երևում է ատամը, որը տեղակայված է ծնոտի ավելոյար ելունի մեջ և դրա պսակի որոշ հատված ծածկված է ոսկրային կամ լորձաթաղանթային գլխանոցով:

Բուժումը: Կիսառետենցված ատամի բուժումը վիրաբուժական է՝ հեռացում: Փոքր տարիքում հնարավոր է այդ ատամների ուղղում և դրանց դուրս բերում, բացառությամբ վերին և ստորին իմաստության ատամների: Կիսառետենցված ատամները հեռացնելուց հետո ցուցված է ավելոյար ելունի պլաստիկ ոսկրախթանիչ կենսաբանական նյութերի միջոցով:

Ատամների ծկթման երկարաձգում (ռետենցված ատամ): Երբեմն ամբողջությամբ հասուն ատամը մնում է ծնոտի հաստության մեջ: Դա վերաբերում է ատամների ծկթման խանգարումներին: Երբեմն ռետենցիայի պատճառ կարող են լինել ատամնաձևոտային համակարգի հիվանդությունները և վնասվածքները:



Ատամների ռետենցիան հաճախ նկատվում է մշտական ատամների ծկթման ժամանակ՝ վերին ժանիքներ, ստորին փոքր աղորիքներ և ստորին իմաստության ատամ:



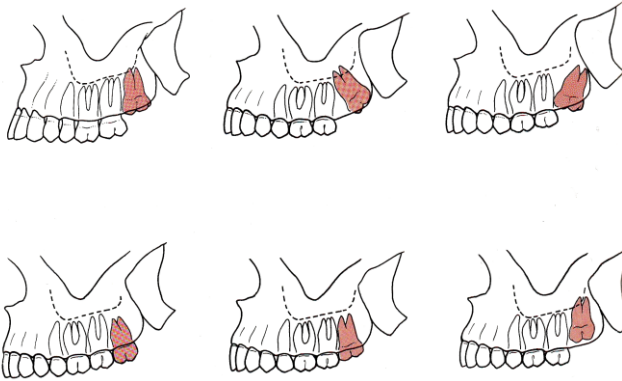
Նկ. 63. Ռետենցված ստորին իմաստության ատամի հարաբերական դիրքը ստործնոտային խողովակի նկատմամբ:

Կլինիկական պատկերը:

Ռետենցված ատամի կլինիկական պատկերը բնորոշվում է առանց սիմպտոմների (ախտանիշների):

Նման ատամները հայտնաբերվում են պատահաբար ռենտգեն հետազոտության ժամանակ:

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



Նկ. 64. Վերին և ստորին շրջանի ռետենցված ատամի դեպքեր:

Նման դեպքում կարելի է շոշափել ատամի եզրերը կամ նրա որոշ մասերը: Ռետենցված ատամները կարող են նպաստել հարևան ատամների դիրքի խախտմանը: Այս դեպքերում հիվանդները դիմում են բժշկին՝ 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, պարէսթեզիա: Ռետենցված ատամը երբեմն լինում է բորբոքային պրոցեսի զարգացման պատճառ:

Ախտորոշումը: Ախտորոշումը հիմնված է կլինիկական և ռենտգենաֆանական հետազոտությունների վրա: Ռենտգեն պատկերի վրա երևում է ատամ, որը ամբողջությամբ գտնվում է ծնոտի հաստության մեջ:

Բուժումը: Առանց նշանների արտահայտվելու դեպքում վիրաբույժի գործելակերպը տարբեր է լինում: Վիրաբուժական բուժման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել հիվանդի ընդհանուր վիճակը, նրա տարիքը, ռետենցված ատամի դիրքը, վիրահա-

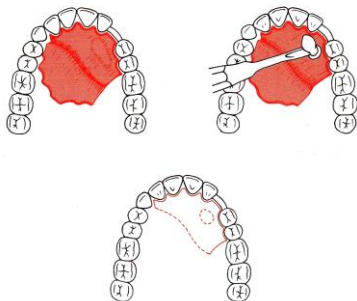
տության սպասվելիք տրավմատիկությունը, ինչպես նաև տվյալ վիրահատության բարդությունները:

Ռեռենցված ատամներն անհրաժեշտ է հեռացնել ցավերի, բորբոքային երևույթների, ինչպես նաև ֆոլիկուլյար կիստայի առաջացման ժամանակ:

Ռեռենցված և կիսառեռենցված ատամների հեռացումը որոշակի բարդություններ ունի: Վիրահատությունից առաջ անհրաժեշտ է պարզել ատամի դիրքը և նրա հարաբերությունը անատոմիական տարբեր գոյացություններին՝ ստորին ծնոտի հիմքին և խողովակին, վերձնոտային 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 ռեռենցված կամ կիսառեռենցված ատամին համապատասխանող ավելոյար ելունի հատվածը: Ձևավորվում է լաթը, բոր մեքենայի միջոցով

հեռացվում է ոսկրային գլխանոցը, որը շրջապատում է ատամը:



Նկ. 65. Վիրահատական մուտքը վերին ռեռենցված ժանիքը հեռացնելու ժամանակ:

Ատամը հեռացնում են ամբարձիչների և արքանների միջոցով: Հեռացման ընթացքում

հարևան ատամների արմատները մերկացնելու դեպքում կատարվում է այդ ատամների արմատների գագաթների 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 ավելի դժվար է լինում այն դեպքերում, 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 լինում վերին ծնոտի քմային ելունին մոտիկ, հեռացվում են կարծր քիմքի լորձաթաղանթի կողմից: Կատարվում է տրապեցաձև (սեղանադաձև), կիսաձվաձև կտրվածք, ատամը շրջապատող ոսկրային հյուսվածքը հեռացնում են բոր մեքենայի օգնությամբ: Ատամը հեռացնում են ամբարձիչների կամ արքանների 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 որ կտրիչների և ժանիքների դեպքում: Ոսկրային գլխանոցը հեռացնում են բոր մեքենայի օգնությամբ, այնուհետև հեռացնում են ատամը ամբարձիչի կամ արքանի օգնությամբ:

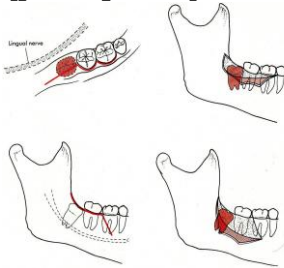
Հեռացնելու ընթացքում հնարավոր է հայմորյան ծոցի թափածակում: Այս դեպքում վերքը չեն լվանում անտիսեպտիկ լուծույթներով, այլ վերքի վրա դնում են խուլ կարեր:

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

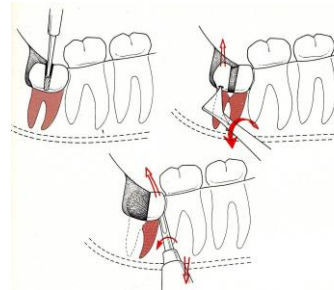
Ատամի տեղակայման դեպքում ստորին ծնոտի ավելոյար ելունի հատվածում բերանի նախադռան հատվածից կատարվում է

տրապեցաձ, ինչպես նաև կիսաձվաձև կամ անկյունաձև կտրվածք: Շերտագատելով լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթը՝ պետք է հիշել կզակային նյարդի և համանուն երակի ու զարկերակի մասին, որոնք դուրս են գալիս կզակային անցքից: Բորի միջոցով հեռացնում են ոսկրային գլխանոցը, ամբարձիչի և աքցանների միջոցով հեռացնում են ատամը:

Ստորին իմաստության ռետենցված ատամի՝ 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 բոր մեքենայի օգնությամբ վեստիբուլյար և դիստալ մասերում:



Նկ. 66. Ռետրոմոլյար տիպիկ կտրվածքը լեզվային նյարդի վնասումից խուսափելու համար և եռանկյունաձև լորձաթաղանթա-վերնոսկրային լաթի ձևավորումը:



Նկ. 67. Ստորին ռետենցված իմաստության ատամի ոսկրային «գլխանոցը» և ատամը հեռացնելու տեխնիկան:

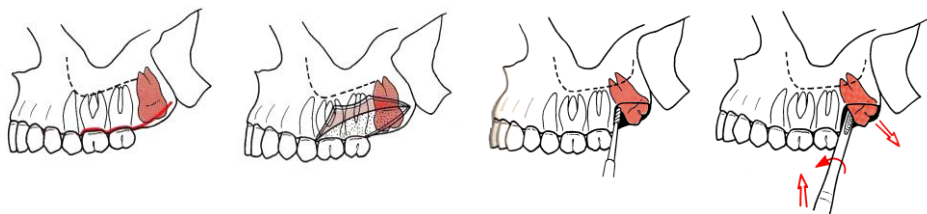
Ատամը հեռացնում են ամբարձիչների և աքցանների օգնությամբ: Երբեմն հարկ է լինում այն հեռացնել մաս-մաս: Վերքը վերականգնում են խուլ կարերի միջոցով: Եթե առկա է լորձա-

թաղանթի դեֆիցիտ, և ատամնաբույժները բաց է մնում, ապա ներմուծվում է յոդոֆորմի տամպոն (խծուծ) կամ տամպոն ներծծված “ElvogyI” քսուքով:

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

Ռետենցված կամ կիսառետենցված ստորին իմաստության ատամը, որը տեղակայված է լինում ստորին ծնոտի ճյուղում լատերալ դիրքում, հեռացվում է արտաքին եղանակով: Կատարվում է կտրվածք ենթաստործնոտային հատվածում, հատվում են թշամկանը և փափուկ հյուսվածքները: Ոսկրային հատվածը հեռացնում են բոր մեքենայի օգնությամբ, ատամը հեռացվում է ամբարձիչի կամ աքցանների միջոցով: Վերքը շերտ առ շերտ վերականգնվում է կարերի օգնությամբ: Բոլոր ռետենցված և կիսառետենցված ատամները հեռացնելու դեպքում բոր 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:

Հետվիրահատական շրջանում նշանակվում են անալգին, ամիդոպիրին, սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ, բուժման ֆիզիկական մեթոդներ, արտաքին վիրակապություններ տարբեր տեսակի քսուքների օգնությամբ: Կանխարգելիչ նշանակվում են հակաբիոտիկներ 6-8 օր տևողությամբ: Հետվիրահատական բարդությունները համապատասխանում են ատամի հեռացման բարդություններին:



Նկ.68. Վերին ռետենցված ութերորդ ատամի հեռացման տեխնիկան բոր մեքենայով և ուղիղ ամփարձիչով:

Բարդությունները: Ատամների ծկթման հիվանդությունների ժամանակ կարող են առաջանալ հետևյալ բարդությունները՝ ծնոտի սուր թարախային պերիօստիտ (շուրջ-ոսկրաբորբ), թարախակույտ, ֆլեգմոնա (թարախաբորբ), լիմֆադենիտ (ավշագեղձաբորբ), ստորին ծնոտի ճյուղի օստեոմիելիտ (ոսկրածուծաբորբ), վերինծնոտային ծոցի օդոնտոգեն (ատամ-նածին) սինուսիտ (ծոցաբորբ):

Ատամների ծկթման հիվանդությունների ժամանակ ելքը բարենպաստ է:

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

ԼԱՏԻՆԵՐԵՆ-ՀԱՅԵՐԵՆ ՏԵՐՄԻՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԲԱՌԱՐԱՆ

A

Abscessus-թարախակույտ, թարախուռուցք, աբսցես
Adaptatio-հարմարում, ադապտացիա
Anamnesis-հուշաքննություն, անամնեզ
Asphyxia-շնչահեղձություն, շնչարգելություն, ասֆիքսիա
Adentia-անատամություն, ադենտիա
Atrophia-ապաճում, ատրոֆիա
Anaesthetica-անզգայացնող նյութ, անէսթետիկ
Arterialis-զարկերակային
Apodactyl-առանց շոշափման, ապոդակտիլ

B

Bradycardia-դանդաղասրտություն, հազվասրտություն, բրադիկարդիա

C

Caries-ատամնափուտ, կարիես
Cytologia-բջջաբանություն, ցիտոլոգիա
Cochlear-վիրաբուժական գդալիկ, կյուրետ
Cysta(kystis պարկ)-բուշտ, կիստա

D

Defectus-արատներ, դեֆեկտ
Deformatio-կողմնաձուլմաներ, ձևախախտում, դեֆորմացիա
Dentinum-ատամնանյութ, ատամնուկ, դենտին
Depressio(depressus սեղմել, ընկճել)-ընկճախտ, դեպրեսիա
Dactyl-շոշափման միջոցով, դակտիլ

E

Extraoral-արտաբերանային, էքստրաօրալ
Effectivus-արդյունավետ, էֆեկտիվ
Endocarditis(endocardium ներսրտենի + -itis բորբոքում)- ներսրտաբորբ, էնդոկարդիտ

Electromiographia-էլեկտրամկանագրություն, էլեկտրամիոգրաֆիա
Electrocardiographia-էլեկտրասրտագրություն,
էլեկտրակարդիոգրաֆիա
Epidemiologia-համաճարակաբանություն, էպիդեմիոլոգիա
Exsudatum-բորբոքահեղուկ, էքսուդատ

F

Fixation(fixus ամրացնել)- ամրացում, ֆիքսացիա
Furunculus-մկնոռ, չիբան, ֆուրունկուլ

H

Haematoma(haema արյուն, + oma ուռուցք)- արյունաուռուցք,
հեմատոմա
Hepatitis-յարդաբորբ, հեպատիտ

I

Intraoral-ներբերանային, ինտրաօրալ
Intriligamentum-ներկապանային, ինտրալիգամենտար
Idiosyncrasia-բարձր զգայնություն, իդիոսինկրազիա
Injectio-ներարկիչ, ինյեկցիոն
Instructio-բաղադրակազմը, ինստրուկցիա
Infiltratus-ներսփռանք, ինֆիլտրացիա

L

Lymphaticus-ավշային, լիմֆատիկ
Lymphadenitis-ավշագեղձաբորբ, լիմֆադենիտ
Lymphopenia-սակավավիշություն, լիմֆոպենիա

M

Membrana-թաղանթ, մեմբրանա
Myocarditis(myocardium սրտամկան + -itis բորբոքում)-
սրտամկանաբորբ, միոկարդիտ

N

Narcosis-ընդհանուր անզգայացում, նարկոզ
Non injectio-ոչ ներարկիչ, ոչ ինյեկցիոն

Neuralgia-նյարդացավ, ներալգիա
Neuritis-նյարդաբորբ, ներիտ
Necroticus-մեռուկ, նեկրոզ

O

Odontogenes, odontogenic(odus,-ontos ատամ + -genes առաջացնող)-
ատամնածին, ատամներից առաջացած կամ ատամի
զարգացումով պայմանավորված, օդոնտոգեն
Osteomyelitis(osteon ոսկր, + myelos ողնուղեղ, + -itis բորբոքում)-
ոսկրածոծաբորբ, օստեոմիելիտ
Occlusio-կծվածք, օկլյուզիա
Otitis(otos ականջ, -itis բորբոքում)-ականջաբորբ, օտիտ

P

Pericoronitis-շուրջպսակաբորբ, պերիկորոնիտ
Praeparatum-պատրաստուկ, պրեպարատ
Paralyticus-կաթված, պարալիչ
Pulsus-անոթազարկ, պուլս
Pulpa-կակղան, պուլպա
Pericarditis(pericardium սրտապարկ + -itis բորբոքում)-
շուրջսրտաբորբ, սրտապարկի բորբոքում, պերիկարդիտ
Palpatio-շոշափում, պալպացիա
Percussio-մատնաբախում, պերկուսիա
Pathogenesis-ախտածագում, ախտածնություն, պաթոգենեզ
Parodontium, paradentium(para մոտ, odus odontos ատամ)-
հարատամնահյուսվածքի, պարօդոնտ
Periodontitis(periodontium պերիօդոնտ + -itis բորբոքում)-
շուրջատամնաբորբ, պերիօդոնտիտ
Periostitis(periosteum վերնոսկր + -itis բորբոքում)-շուրջոսկրաբորբ,
պերիօստիտ
Phlegmone-թարախաբորբ, ֆլեգմոնա

R

Rubor(rubere կարմրած)-գերարյունություն, հիպերեմիա
Remissio(remissus նվազեցնել, թուլացնել)-ախտադադար, ռեմիսիա

S

Spathula- ծեփաթիակ, շպատել

Sterilis-մանրէագերծ, ստերիլ

Symptoma-ախտանիշ, ախտանշան, սիմպտոմ

Syndromum, syndroma-համախտանիշ, ախտանշանահամալիր, սինդրոմ

Segmentum-հատված, սեգմենտ

Sialographia-թքագեղձագրություն, սիալոգրաֆիա

Sensorius-զգայական, սենսոր

Specillum-զննաձողի, զոնդ

Stomatitis-բերանաբորբ, ստոմատիտ

Spasmus-կծկանք, ջղաձգություն, ջղակծկում, սպազմ

T

Tracheotomia(trachea շնչափող, tomia հատում)-շնչափողահատում, տրախեոտոմիա

Tainia-վիրափաթեթ, բինտ

Trismus-ծնոտակարկամություն, տրիզմ

Tachycardia(tachys արագ + kardia սիրտ)-հաճախասրտություն, տախիկարդիա

Thermometria(therme ջերմություն, + metron չափ)-ջերմաչափում, թերմոմետրիա

Tomographia(tomos հատված, + grapho նկարել)-շերտագրություն, տոմոգրաֆիա

Trauma-վնասվածք, տրավմա

Truncus-ցողունային, բազալ

Tampon-խծուծ, տամպոն

V

Vasoconstrictor-անոթասեղմիչ, վազոկոնստրիկտոր

Vasculitis(vasculum անոթ + -itis բորբոքում)-անոթաբորբ, վասկուլիտ

Vestibularis-անդաստակային, վեստիբուլյար