
ԳԼՈՒԽ 10

ՊԵՐԻՕԴՈՆՏԻՏՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Պերիօդոնտիտների բուժման նպատակներն են՝

- նեկրոզված հյուսվածքների հեռացումը արմատախողովակներից,
- արմատախողովակների հականեխիչ մշակումը և պերիապիկալ հյուսվածքները վերականգնելու համար օպտիմալ պայմանների ստեղծումը,
- արմատախողովակի հերմետիկ օբտուրացիան և ատամի գեղագիտական և ֆունկցիոնալ վերականգնումը:

Բուժման եղանակներն են՝

1. կոնսերվատիվ,
2. կոնսերվատիվ-վիրաբուժական,
3. վիրաբուժական:

Պերիօդոնտիտների թերապևտիկ (կոնսերվատիվ) բուժում

Այն ընդգրկում է ընդհանուր և տեղային բուժում:

Ընդհանուր բուժման համար կիրառում են՝

1. հակաբիոտիկներ, սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ (Doxacyclin, Trichopol, Sulfadimetoxin),
2. հակաբորբոքային միջոցներ (Ibuprofen),
3. դեսենսիբիլիզացնող պրեպարատներ (Tavegil, Diazolin),
4. վիտամիններ (Vit. C, B₁, B₂, B₆, E):

Տեղային բուժումը ներառում է՝

1. արմատախողովակների մեխանիկական մշակում,
2. հականեխիչներ, հակաբիոտիկներ, սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ,
3. հակաբորբոքային միջոցներ (ստերոիդային /կորտիկոստերոիդներ. դանդաղացնում են գրանուլացիոն հյուսվածքի առաջացումը և երկարացնում են ռեզեներացիայի ժամկետը/ ոչ ստերոիդային),
4. օստեոգենեզը խթանող պրեպարատներ:

Թերապևտիկ բուժումն ունի մի շարք հակացուցումներ, որոնք պայմանավորված են օրգանիզմի իմունային վիճակով, ատամի պսակի քայքայման աստիճանով, բորբոքային օջախի տեղակայմամբ և չափերով:

Հակացուցումներն են՝

- օրգանիզմի գերզգայունությունը, սումատիկ հիվանդությունների առկայությունը (բրոնխիալ ասթմա, ռևմատիզմ, կարմիր գայլախտ, պոլիպերզիա), բազմաձև արտաքիրտային էրիթեմա, ինտոքսիկացիայի վառ երևույթներ, դեմքի այտուցվածություն, օրգանիզմի իմունիտետի ընկճմամբ պայմանավորված վիճակներ՝ հղիություն, հիպովիտամինոզ և ավիտամինոզ, լեյկոզ, ճառագայթային ախտահարում, շաքարախտ, թիրեոտոքսիկոզ, չարորակ նորագոյացություններ, ՄԻՎ – վարակ,

- միջին և ծանր աստիճանի պարօդոնտիտը, ատամի երկրորդ, երրորդ աստիճանի շարժունակությունը, պսակի զգալի քայքայումը, որը հնարավոր չէ վերականգնել,

- արմատախողովակի մշակման անհնարիությունը՝ 50°-ից ավելի թեքվածություն, արմատի գագաթային հատվածի ճյուղավորվածություն, ինչպես նաև այն դեպքում, երբ բորբոքման օջախը 0.5 սմ – ից մեծ է:

10.1. Սուր գագաթային պերիօդոնտիտի բուժումը

Սուր դեղորայքային պերիօդոնտիտի բուժումը ինտոքսիկացիայի փուլում

Առավել հաճախ դեղորայքային պերիօդոնտիտը զարգանում է ատամի խոռոչում մկնդեղային մածուկը երկար թողնելու պատճառով կամ նրա գերդոզավորման դեպքում:

Բուժումն անցկացվում է մի քանի բուժայցով:

I բուժայց

1. Ցավազրկում.

Հաշվի առնելով, որ սուր պերիօդոնտիտի հիմնական ախտանիշը սուր պերկուտոր ցավն է, ուստի բուժման մեջ առաջին քայլը պետք է լինի ցավազրկումը: Ներսփռանքային ցավազրկման անցկացումն այս դեպքում որոշ չափով խնդրահարույց է: Նախ և առաջ, տեղային անէսթետիկները բորբոքային օջախում կորցնում են իրենց արդյունավետությունը: Երկրորդ՝ ցավազրկող պրեպարատի ներարկումը պերիօդոնտի բորբոքման դեպքում շատ ցավոտ է և կարող է հանգեցնել ինֆեկցիայի տարածմանը: Երրորդ՝ անէսթետիկը շատ

արագ է ներծծվում բորբոքման օջախից (անոթների լայնացման և դրանց պատերի բարձր թափանցելիության պատճառով) և կարող է առաջացնել օրգանիզմի տոքսիկ ռեակցիա, ինչին նպաստում է նաև հիվանդի թուլացումը ուժգին ցավերից, անքնությունից և ախորժակի բացակայությունից:

Շատ հաճախ անցավ միջամտության համար բավական է ֆիքսել ատամը մատով և աշխատել տուրբինային ծայրակալով և սուր գջիրներով՝ առանց ատամի վրա ուժեղ ճնշում գործադրելու: Մակայն երբ ցավազրկումն անհրաժեշտ է, ինտոքսիկացիայի փուլում կարելի է կատարել ինֆիլտրացիոն անզգայացում, իսկ էքսուդացիայի փուլում, երբ առկա է փափուկ հյուսվածքների այտուց, գերադասելի է հաղորդչական անզգայացումը:

2. Պսակային և արմատային կակղանի հեռացում.

Մկնդեղային պերիօդոնտիտի դեպքում անհրաժեշտ է բացել ատամի խոռոչն ու հեռացնել և՛ պսակային, և՛ արմատային կակղանը:

Եթե պերիօդոնտիտի պատճառը մեկ ուրիշ նյութ է, ապա այն պետք է հեռացնել ատամի խոռոչից:

3. Արմատախողովակների մշակում.

Կատարվում է խողովակների մեխանիկական և դեղորայքային մշակում: Մկնդեղային պերիօդոնտիտի դեպքում արմատախողովակները մշակելու նպատակով օգտագործվում են հականեխիչներ և ֆերմենտներ (3%-անոց ջրածնի պերօքսիդ, 1-2%-անոց քլորամին, 5%-անոց նատրիումի հիպոքլորիդ, տրիպսին, խիմոտրիպսին): Այնուհետև խողովակները չորացվում են և 1-2 օրով նրանց մեջ թողնում են բուժիչ վիրակապ մկնդեղի անտիդոտով (5% -անոց ունիթիոլի լուծույթ կամ 1%-անոց յոդինոլի լուծույթ): Ատամը հերմետիկ փակվում է ժամանակավոր լցանյութով:

Եթե դեղորայքային պերիօդոնտիտն առաջացել է մեկ այլ նյութից, ապա խողովակները մշակում են պրեպարատներով, որոնք ունեն հակաէքսուդատիվ հատկություններ (0,15%-անոց ֆուրազոլիդոն, ֆուրազին, հիդրոկորտիզոն): Այդ նույն պրեպարատներով արմատախողովակում թողնում են վիրակապեր: Ատամը հերմետիկ փակում են ժամանակավոր լցանյութով:

4. Խորհուրդներ հիվանդին և նշանակումներ

Հիվանդին նշանակվում է դոզավորված տաքություն՝ բերանի ողողումներով և ոչ նարկոտիկ անալգետիկներ (ամիդոպիրին, անալգին և այլն): Հիվանդի մյուս այցը նշանակվում է 1-2 օր հետո:

II բուժայց

1. **Ժամանակավոր լցանյութի հեռացում,**
2. **արմատախողովակի մշակում:**

Արմատախողովակները լվանում են նույն հակասեպտիկներով: Ցավեր չլինելու դեպքում չորացնում են և լցավորում մինչև ֆիզիոլոգիական գազաթը: Կարիեսային խոռոչը փակում են ժամանակավոր լցանյութով:

Եթե ատամը ցավել է, ապա նշանակում են ֆիզիոթերապևտիկ բուժում (էլեկտրաֆորեզ KI-ի հազեցած լուծույթով, անողզավլանիզացիա): Ցավերը վերանալուց հետո արմատախողովակները լցավորում են, իսկ կարիեսային խոռոչը փակում ժամանակավոր լցանյութով:

III բուժայց

1. **Ժամանակավոր լցանյութի հեռացում,**
2. **Կարիեսային խոռոչի վերջնական մշակում և լցավորում մշտական լցանյութով:**

Ղեղդրայքային պերիօդոնտիտի բուժումը էքսուդացիայի փուլում

Բուժումը նույնն է, ինչ սուր ինֆեկցիոն պերիօդոնտիտի բուժումը էքսուդացիայի փուլում (տե՛ս ստորև):

Սուր գազաթային վնասվածքային պերիօդոնտիտի բուժումը

Վնասվածքային պերիօդոնտիտը կարող է առաջանալ կծվածքից բարձր տեղադրված լցավորումից, արհեստական պսակից, էնդոդոնտիկ բուժումից հետո (գերլցավորման կամ էնդոդոնտիկ գործիքներով վնասելու դեպքում), նաև սուր վնասվածքի հետևանքով:

Եթե պերիօդոնտիտի պատճառը բարձր կծվածքն է, ապա անհրաժեշտ է հղկել լցանյութը կամ արհեստական պսակը: Հիվանդին նշանակում են ֆիզիոթերապևտիկ բուժում (տաքություն բերանի ողողումներով, էլեկտրաֆորեզ և այլն), իսկ անհրաժեշտության դեպքում նաև ցավազրկող միջոցներ: Նույն բուժումը անցկացնում են վնասվածքային պերիօդոնտիտի դեպքում, որն առաջացել է էնդոդոնտիկ միջամտությունների հետևանքով (բացառություն է գամերի դուրս բերումը պերիօդոնտ):

Սուր վնասվածքից առաջացած պերիօդոնտիտի դեպքում առաջին հերթին պետք է կատարել ռենտգեն հետազոտություն՝ արմատի կոտրվածքը բացառելու համար, և ԷՕԴ հետազոտում՝ նյարդանոթային խրճի ամբողջականությունը գնահատելու նպատակով: Եթե վերջինս վնասված է (ԷՕԴ-ը

բարձր է 100մկԱ-ից), կատարվում է ատամի դեպուլպացիա և արմատախողովակի լցավորում մինչև ֆիզիոլոգիական գագաթը:

Եթե կոտրվածք չկա, իսկ ԷՕԴ-ն 100մկԱ-ից ցածր է, ապա նշանակվում է դոզավորված տաքություն բերանի ողողումներով, ատամը դուրս է բերվում կծվածքից, իսկ 3-4 շաբաթ հետո նորից կատարվում է էլեկտրամետրիկ հետազոտություն: Եթե այդ ժամանակ ԷՕԴ-ի տվյալները բարձր են 2-12մկԱ-ից, ապա ատամի կակղանը հեռացվում է, իսկ խողովակները լցավորվում են մինչև ֆիզիոլոգիական գագաթ:

Սուր ինֆեկցիոն պերիոդոնտիտի բուժումը ինտոքսիկացիայի փուլում

I բուժայց

1. Ցավազրկում.

Ինյեկցիոն անզգայացումն այս փուլում հնարավոր է, բայց պետք չի գալիս: Բավական է աշխատել տուրբինային ծայրակալով սուր գչիրներով և ատամը մատով ֆիքսել:

2. Արմատախողովակների դեդորայքային և մեխանիկական մշակում.

Կարիեսային խոռոչից հեռացվում է ամբողջ ինֆեկցված փափկած դենտինը, բացվում է ատամի խոռոչը, կատարվում է արմատախողովակների մեխանիկական, քիմիական և դեդորայքային մշակում: Այնուհետև խողովակների մեջ է տեղադրվում որևէ հակասեպտիկ միջոց կամ բուժիչ մածուկ («Септомиксин форте», «Гринадоль» և այլն) և ատամը հերմետիկ փակվում է 1-2 օրով:

3. Խորհուրդներ հիվանդին և նշանակումներ.

Ուժեղ ցավերի դեպքում նշանակվում են ցավազրկողներ և ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային միջոցներ (իբուպրոֆեն, վոլտարեն, ացետիլսալիցիլաթթու):

II բուժայց

1. Ժամանակավոր լցանյութի հեռացում,

2. արմատախողովակների լցավորում:

Ցավեր չլինելու դեպքում կատարվում է խողովակների լվացում և չորացում: Եթե էքսուդացիա չկա (այսինքն՝ հնարավոր է լիարժեք չորացնել խողովակները), կատարում են խողովակների վերջնական լցավորում: Կարիեսային խոռոչը փակվում է ժամանակավոր լցանյութով:

Այն դեպքում, երբ ցավերը պահպանվում են կամ չի հաջողվում չորացնել էքսուդատը, արմատախողովակներում նորից թողնում են բուժիչ վիրակապ, ատամը ժամանակավոր փակում են, իսկ վերջնական լցավորումը թողնում են մյուս բուժայցին:

III բուժայց

1. Ժամանակավոր լցանյութի հեռացում,

2. կարիեսային խոռոչի վերջնական մշակում և լցավորում մշտական լցանյութով:

Սուր ինֆեկցիոն պերիօդոնտիտի բուժումը էքսուդացիայի փուլում

I բուժայց

1. Ցավազրկում,

2. դրենաժի ապահովում:

Որպեսզի թեթևանա ուժգին ցավը և կանխվի բորբոքային պրոցեսի տարածումը, անհրաժեշտ է հարգագաթային շրջանում կուտակված էքսուդատին ելք ապահովել: Թարախային օջախը հիմնականում դրենավորում են արմատախողովակների միջոցով: Այդ նպատակով բացում են ատամի խոռոչը, խողովակների պարունակությունը աստիճանաբար մաքրում՝ խուսափելով պերիօդոնտ նրա ներհրումից, այնուհետև լայնացնում են գագաթային բացվածքը, որպեսզի էքսուդատի արտահոսքը արդյունավետ լինի:

Ատամը թողնում են բաց մի քանի օրով:

Արտահայտված պերիօստիտի դեպքում ցուցված է անցման ծալքով կտրվածք: Կտրվածքը պետք է լինի 2սմ ոչ պակաս և անպայման ընդգրկի վերնուկրը (ցանկալի է մինչև թարախի արտահոսքը):

Վերջերս արտադրվում են բավականին մեծ քանակությամբ բուժիչ մածուկներ սուր պերիօդոնտիտները բուժելու համար: Դրանցից են հակաբիոտիկներ («Սեպտոմիկսին ֆորտե»), մետրոնիդազոլ («Գրինագոլ»), յոդոֆորմ («Տեմպոֆոր») պարունակող մածուկները: Այս մածուկները թողնում են արմատախողովակներում, նրանց մեխանիկական, քիմիական և դեղորայքային մշակումից հետո, ատամը փակում են ժամանակավոր լցանյութով: Դա հնարավորություն է տալիս խուսափելու բերանի խոռոչի մանրէներով խողովակների և պերիօդոնտի կրկնակի վարակումից, որը անշուշտ լինում է ատամը բաց թողնելու դեպքում: Բուժիչ մածուկներով

վիրակապերը պետք է փոխել ամեն օր, մինչև բորբոքային պրոցեսի վերջնական մարումը:

4. Խորհուրդներ հիվանդին և նշանակումներ.

Հիվանդին նշանակում են հաճախակի ողողումներ հիպերտոնիկ լուծույթներով և հակասեպտիկներով: Հիվանդը պետք է ուշադիր լինի, որ սննդի մնացորդները չընկնեն ատամի խոռոչի մեջ և չխցանեն էքսուդատի արտահոսքի ճանապարհը:

Հիվանդին նաև նշանակում են հակահիստամինային միջոցներ՝ ֆենկարոլ, տավեգիլ, սուպրաստին, դիմեդրոլ՝ ընդունված դեղաչափերով և անաերոբ միկրոֆլորայի վրա ազդող պրեպարատներ՝ բակտրիմ, բիսեպտոլ, մետրոնիդազոլ և այլն:

Օրգանիզմի ընդհանուր ինտոքսիկացիայի դեպքում (բարձր ջերմություն, գլխացավեր, թուլություն և այլն) նշանակվում են հակաբիոտիկներ ներքին ընդունման համար՝ էրիթրոմիցին, դոքսացիկլին, մետիցիլին և այլն: Եթե 24 ժամ հետո լավացում չի նկատվում, հակաբիոտիկը փոխում են: Հակաբիոտիկների հակացուցման դեպքում նշանակվում են սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ:

II բուժայց

1. Արմատախողովակների լցավորում.

Այն դեպքում, երբ ատամը բաց է թողնվել և բոլոր բորբոքային երևույթներն անցել են (ցավի, էքսուդատի բացակայություն, թակումը և շոշափումը անցավ են), կատարում են խողովակների մեխանիկական, քիմիական և դեղորայքային մշակում և լցավորում մինչև ֆիզիոլոգիական գազաթ:

Այն արմատախողովակները, որոնց մեջ տեղադրված էր բուժիչ վիրակապ, վերջնական լցավորում են ցավ և բորբոքային երևույթներ չլինելու դեպքում: Ատամը փակում են ժամանակավոր լցանյութով:

Եթե ցավերը չեն դադարել, իսկ խողովակում մնացել է էքսուդատ, ապա նորից տեղադրվում է բուժիչ վիրակապ, ատամը ժամանակավորապես փակվում է, իսկ վերջնական լցավորումը թողնում են մյուս այցին:

Արմատախողովակների լցավորումից հետո ցավերի առկայության դեպքում նշանակվում է ֆիզիոթերապիա (ֆյուլկտուրիզացիա), իսկ

անհրաժեշտության դեպքում (այտուց) կատարվում է լայն կտրվածք՝ անցման ծալքով:

Բարդությունները կանխարգելելու համար արմատախողովակները լցավորելուց անմիջապես հետո անցման ծալք են ներարկում 0,2-0,5մլ հիդրոկոորտիզոն:

III բուժայց

1. Ժամանակավոր լցանյութի հեռացում,

2. կարիեսային խոռոչի վերջնական մշակում և լցավորում մշտական լցանյութով:

Սուր պերիօդոնտիտի բուժման լավագույն ելքը կլինիկական առողջացումն է՝ առողջացումը, որովհետև պերիօդոնտը չի վերականգնվում, այլ վերածվում է կոպիտ սպիանման հյուսվածքի: Մակայն նույնիսկ այս վիճակում պերիօդոնտը լիարժեք կատարում է իր ֆունկցիաները:

Անհաջող բուժման դեպքում սուր պերիօդոնտիտը վերածվում է քրոնիկականի կամ ծնոտի պերիօստիտի և օստեոմիելիտի:

10.2. Քրոնիկական պերիօդոնտիտների բուժումը

Քրոնիկական պերիօդոնտիտների բուժման եղանակներն են՝

1. կոնսերվատիվ,

2. կոնսերվատիվ-վիրաբուժական,

3. վիրաբուժական:

Քրոնիկական գազաթային պերիօդոնտիտի կոնսերվատիվ բուժման փորձ պետք է կատարել ամեն դեպքում: Անհաջողության դեպքում (խողովակների անանցանելիություն, օրգանիզմի ցածր իմունաբանական ռեակտիվականություն) դիմում են կոնսերվատիվ-վիրաբուժական և վիրաբուժական մեթոդների:

Քրոնիկական ֆիբրոզ, գրանուլացվող և գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտների բուժումը

Քրոնիկական պերիօդոնտիտների բուժման դեպքում բժիշկը պետք է հաշվի առնի մանրէների մեծ քանակը ատամի մակրո- և միկրոխողովակներում, այսինքն՝ հնարավորին չափով դրանք հեռացնի, վերացնի բորբոքային երևույթները պերիօդոնտում և նպաստի ռեգեներատոր պրոցեսների:

Բուժումը կատարվում է մի քանի բուժայցով: Մեկ բուժայցով կարելի է վերջացնել միայն մեկարմատանի ատամների քրոնիկական գրանուլացվող պերիօդոնտիտի բուժումը խողակի առկայության դեպքում և խողովակը մանրակրկիտ մշակելուց հետո:

I բուժայց

1. Կարիեսային խոռոչի մշակումը.

Կատարվում է կարիեսային խոռոչի մշակում և ատամի խոռոչի բացում՝ ապահովելով ճիշտ և համապատասխան էնդոդոնտիկ մոտեցում: Հեռացվում է ամբողջ ինֆեկցված փափկած դենտինը: Կարիեսային խոռոչը լվանում են հակասեպտիկներով:

2. Արմատախողովակների մեխանիկական, քիմիական և դեղորայքային մշակումը.

Խողովակները մշակվում են «Crown down» եղանակով: Արմատախողովակների մեխանիկական և քիմիական մշակումն ապահովում է նեկրոզացված և վարակված հյուսվածքների հեռացումը խողովակից, նաև վարակված պրեդենտինի և «քսման շերտի» հեռացումը խողովակների պատերից՝ այդպիսով բացելով կողմնային միկրոխողովակների բացվածքները: Դեղորայքային մշակումը բարձրացնում է մեխանիկականի արդյունավետությունը՝ լվանալով նեկրոզացված հյուսվածքները, միկրոօրգանիզմները, արյան մակարդուկները, էքսուդատը, թարախը, մաքրելով ճաքերը և միկրոխողովակները, որոնց մեխանիկական մշակումը անհնար է: Համակցված դեղորայքային ազդեցություն ստանալու համար կարելի է համատեղել մի քանի իրիզացիոն լուծույթ (նատրիումի հիպոքլորիդ և ջրածնի պերօքսիդ և այլն): Արմատախողովակների մեխանիկական, քիմիական և դեղորայքային մշակումը պետք է ավարտել առաջին բուժայցով: Խողովակների թերի մշակումը հանգեցնում է խողովակի միկրոֆլորայի և կենսաբանական հավասարակշռության խախտմանը: Այդ փոփոխությունները կարող են հանգեցնել ախտաբանական մանրէների քանակի ավելացմանը և բորբոքային պրոցեսի սրացմանը:

3. Արմատախողովակների ախտահանումը.

Արմատախողովակների փութաջան քիմիական և մեխանիկական մշակումը հանգեցնում է մանրէների զգալի քանակի վերացմանը, սակայն երաշխավորված մաքրության համար խողովակի մեջ անհրաժեշտ է թողնել որևէ բուժիչ վիրակապ: Կալցիումի հիդրօքսիդի հիման վրա պատրաստված

պրեպարատները առավել արդյունավետ են: Դրանք թողնում են երկարատև հակաբորբոքային, հակամանրէային և օստեոզեն ազդեցություն: Սակայն չի բացառվում այլ նյութերի օգտագործումը: Բուժիչ վիրակապը տեղադրելուց հետո ասումը փակում են ժամանակավոր լցանյութով:

4. Խորհուրդներ հիվանդին և նշանակումներ.

Սովորաբար նշանակումներ չեն արվում, սակայն որոշ դեպքերում կանխարգելելու նպատակով նշանակվում են հակաբիոտիկներ: Այդպիսիք են՝ սրտի փականների արատներով, արհեստական փականներով և ռիթմի կրիչներով, սուր գլոմերուլոնեֆրիտով և դեկումպենսացիայի փուլում շաքարային դիաբետով հիվանդները: Կանխարգելիչ հակաբիոտիկոթերապիան առավել հաճախ կատարում են ամոքսացիլինի միջոցով:

II բուժայց

Առաջին և երկրորդ բուժայցի միջև ժամանակահատվածը պայմանավորված է այն դեղամիջոցով, որն օգտագործվել է բուժիչ վիրակապի մեջ:

1. Ժամանակավոր պլումբանյութի հեռացում,
2. արմատախողովակների լվացում և չորացում:

Արմատախողովակից հեռացնում են վիրակապի մնացորդները: Խողովակները կրկին լվանում են և չորացնում ներխողովակային թղթե ծծաններով (ադսորբերներով): Խողովակում էքսուդատ չլինելու դեպքում (ադսորբերները չոր են դուրս գալիս) կարելի է անցնել վերջնական օբտուրացիայի: Այն դեպքում, երբ չի հաջողվում խողովակները լիարժեք չորացնել էքսուդատից, նրանց մեջ կրկին թողնում են բուժիչ վիրակապ, իսկ վերջնական լցավորումը թողնում են մյուս բուժայցին:

3. Արմատախողովակների լցավորում.

Լվացած և չորացած խողովակները լցավորում են մշտական լցանյութով՝ 1մմ չհասնելով մինչև ռենտգենաբանական գագաթը: Կարիե-սային խոռոչը փակվում է ժամանակավոր լցանյութով:

III բուժայց

1. Ժամանակավոր լցանյութի հեռացում,
2. կարիեսային խոռոչի վերջնական մշակում և լցավորում:

Քրոնիկական սրացած պերիօդոնտիտի բուժումը

Կլինիկական պատկերով սրացած պերիօդոնտիտը շատ նման է սուր պերիօդոնտիտին էքսուդացիայի փուլում, այդ իսկ պատճառով դրանց բուժումը առաջին բուժայցի դեպքում նույնն է:

I բուժայց (տե՛ս «Սուր պերիտոնտիտի բուժումը էքսուդացիայի փուլում»)

1. *ցավազրկում,*
2. *դրենաժի ապահովում,*
3. *խորհուրդներ հիվանդին և նշանակումներ:*

Սուր ախտանիշները մարելուց հետո, բուժումը նույնն է, ինչ քրոնիկական պերիտոնտիտիսների դեպքում:

Հեռավոր արդյունքներն ու բուժման ելքի կանխատեսումը

Գազաթային քրոնիկական պերիտոնտիտի կոնսերվատիվ բուժման ելքի կանխատեսումը դրական է: Քրոնիկական ֆիբրոզ պերիտոնտիտի դեպքում բուժումն արդյունավետ է 90-95% դեպքերում, իսկ գրանուլեմատոզ և գրանուլացվող պերիտոնտիտիսների դեպքում՝ 80-85% դեպքերում:

Կոնսերվատիվ բուժման հեռակա արդյունքների կլինիկական և ռենտգենաբանական գնահատումը կատարվում է 3-6 ամիսը մեկ, իսկ հետագայում տարին մեկ անգամ՝ մինչև ամբողջական ռեզեներացիայի նշանների ի հայտ գալը: Բուժումը համարվում է ավարտված ռենտգենաբանական լուսարկման օջախն անհետանալու և պերիտոնտալ ճեղքի լայնությունը նորմալանալու դեպքում: Դրանից հետո, հետագա հսկողական զննում չի կատարվում:

Հարգագաթային հյուսվածքների ռեզեներատոր պրոցեսները կարող են ավարտվել 3-6 ամսվա ընթացքում, սակայն վերջնական լավացման համար հաճախ պահանջվում է 2-3 տարի:

Անհաջողության դեպքում կրկին կատարվում է էնդոդոնտիկ բուժում, կամ դիմում են վիրաբուժական միջամտությանը:

10.3. Պերիտոնտիտիսների բուժման կոնսերվատիվ-վիրաբուժական մեթոդները

- Դրանցից են՝
1. արմատի գազաթի հատումը կամ ապեկեկտոմիան,
 2. կորոնոռադիկուլյար սեպարացիան,
 3. արմատի հեմիսեկցիան և ամպուտացիան,
 4. ատամի ռեպլանտացիան:

Մինչև կոնսերվատիվ-վիրաբուժական մեթոդներին անցնելը, կատարվում է անցանելի խողովակների և խնդրահարույց խողովակի անցանելի մասի էնդոդոնտիկ բուժում:

Արմատի գազաթի հատում, ապեկեկտոմիա՝ արմատի գազաթի և նրա շրջակա ախտաբանական հյուսվածքի հատում:

Ապեկեկտոմիայի ցուցումներն են՝ հարգագաթային շրջանի ոսկրի դեստրուկտիվ փոփոխությունները և արմատախողովակի լցավորման անհնարինությունը անատոմիական (արմատի թեքություն, կտրուկ նեղացում) կամ մեխանիկական (գործիքի կոտրում, ցեմենտի մնացորդներ) արգելքների հետևանքով:

Ապեկեկտոմիայի հակացուցումներն են՝ սուր և սրացած պրոցեսները, արմատների տեղակայումը հայմոքյան ծոցի կամ մենտալ խողովակի մոտ, ատամնաբնի դեստրուկցիան և ատամի III աստիճանի շարժունակությունը, ծանր սոմատիկ հիվանդությունները:

Կորոնտոռադիկուլյար սեպարացիան՝ ատամի բաժանումն է երկու մասի երկատման շրջանում՝ այդ հատվածի կյուրետաժով և ձուլված պսակներով այդ երկու հատվածների հետագա միացումով: Կիրառվում է ստորին մեծ աղորիքների բուժման դեպքում, երկատման շրջանում պերֆորացիայի առկայության դեպքում:

Արմատի հեմիսեկցիա և ամպուտացիա. հեմիսեկցիա նշանակում է ատամի արմատի և նրան հարակից պսակային հատվածի հեռացումը: Կատարվում է ստորին մեծ և վերին փոքր աղորիքների վրա:

Արմատի ամպուտացիան ամբողջ արմատի հեռացումն է առանց ատամի պսակային հատվածի: Հիմնականում կատարվում է վերին մեծ աղորիքի մեղիալ թշային արմատի վրա:

Ատամի ռեպլանտացիա. հեռացված և բուժված ատամը կրկին տեղադրում են իր ատամնաբնի մեջ:

Վիրաբուժական մեթոդներ

Վիրաբուժական մեթոդը ատամի հեռացումն է, որին դիմում են կոնսերվատիվ և կոնսերվատիվ-վիրաբուժական մեթոդների անարդյունավետության դեպքում:

10.4. Պերիօդոնտիաների բուժման սխալները և բարդությունները

1. Անզգայացման ընթացքում թույլ տրված սխալները և դրանցից առաջացած բարդությունները կարող են լինել ընդհանուր և տեղային:

Ընդհանուր բարդություններից են՝ ուշագնացությունը, կոլապսը, դեղորայքային ալերգիկ ռեակցիաները (անաֆիլակտիկ շոկ, Կվինկեյի այտուց և այլն):

Հաճախ ուշագնացության պատճառ է դառնում վախը ստոմատոլոգիական միջամտության հանդեպ (դենտոֆոբիա): Այս դեպքում նշվում են գլխապտույտ, սրտխառնոց, մաշկի խոնավացում և գունատություն, բիբերի լայնացում, զարկերակային ճնշման նվազում, անոթազարկերի արագացում և թուլացում, գիտակցության կարճատև կորուստ:

Օգնելու նպատակով հիվանդին տալիս են հորիզոնական դիրք, ապահովում թարմ օդի ներհոսք, անուշադրի սպիրտի գոլորշիների ներշնչում, կատարում են դեմքի և պարանոցի մաշկի շփում խոնավ սրբիչով: Ծանր դեպքերում ներարկում են սրտանոթային պրեպարատներ /կորդիամին, կոֆեին, էֆեդրին/:

Կոլապսն արտահայտվում է գլխապտույտով, թուլությամբ, մաշկի գունատությամբ և խոնավացումով, հաճախակի և թելանման անոթազարկերով, զարկերակային ճնշման անկումով: Սակայն ի տարբերություն ուշագնացության՝ գիտակցության կորուստ չի լինում:

Օգնելու նպատակով հիվանդին տալիս են հորիզոնական դիրք, ներերակային ներարկում են 20-60մլ 40%-անոց գլյուկոզայի լուծույթ 2-5մլ 5%-անոց ասկորբինաթթվի հետ, 2-3մլ կորդիամին, 1-2մլ 10%-անոց կոֆեինի լուծույթ, 2-3մլ 3%-անոց պրեդնիզոլոն:

Անաֆիլակտիկ շոկը զարգանում է միանգամից (անզգայացնող նյութի ներարկման սկզբնական պահից) և շատ արագ, հաճախ ավարտվում է մահով (մահ ասեղի ծայրին), արտահայտվում է հետևյալ տեսակներով.

-Հեմոդինամիկ. առաջանում են ցավեր սրտի շրջանում, միանգամից նվազում է զարկերակային ճնշումը, նշմարվում է ծայրամասային անոթների նեղացում և մաշկային ծածկույթների գունատություն:

-Ասֆիքսիկ. արտահայտվում է սուր շնչառական անբավարարությամբ, որը պայմանավորված է կոկորդի լորձաթաղանթի այտուցով, բրոնխասպազմով և թոքերի այտուցով:

-Ցերեքրալ. արտահայտվում է հոգեշարժական գրգռվածությամբ, վախով, գիտակցության խանգարումներով, ջղաձգումներով, շնչառական առիթմիայով:

-Աբդոմինալ. սուր ցավեր էպիգաստրալ շրջանում, երբեմն սրտի շրջանում:

Կվինկեի այտուցը նույնպես զարգանում է շատ արագ: Այս դեպքում լորձաթաղանթները այտուցվում են, հատկապես վտանգավոր է կոկորդի այտուցը, որը կարող է հանգեցնել շնչահեղձության:

Օգնելու նպատակով առաջին հերթին պետք է դադարեցնել անզգայացնող նյութի ներարկումը, ապահովել շնչառական ուղիների անցանելիությունը (հիվանդի գլուխը թեքել կողքի, լեզուն ֆիքսել, բերանի խոռոչը ազատել փսխման զանգվածից), կատարել արհեստական շնչառություն: Անզգայացնող նյութի ներարկման շրջանում ներարկել 0,5մլ 0,1%-անոց ադրենալին, դեղանյութի ներծծումը դանդաղացնելու նպատակով նշանակել գլյուկոկորտիկոիդներ՝ 1-2մլ 3%-անոց պրեդնիզոլոնի լուծույթ ներերակային կամ ենթամաշկային, հակահիստամինային պրեպարատներ՝ 2-4մլ 1%-անոց դիմեդոլ, 2-3մլ 2,5%-անոց սուպրաստին՝ օրգանիզմի սենսիբիլիզացիան նվազեցնելու նպատակով: Բրոնխասպազմի դեպքում ներերակային ներարկում են 10մլ 2,4%-անոց էուֆիլին:

Անզգայացման դեպքում տեղային բարդություններն են արյունահոսությունը, հեմատոման, իշեմիան, հյուսվածքների նեկրոզը, ծնոտների վնասվածքային կոնտրակտուրան, հետներարկային աբսցեսը կամ ֆլեգմոնան, ներիտը, ասեղի կոտրվելը և այլն:

Արյունահոսությունն հնարավոր է լինի ներարկման տեղից՝ անոթը վնասելու պատճառով: Դադարեցնելու համար պետք է ներարկման շրջանը ամուր սեղմել բամբակե խծուծով: Հատկապես վտանգավոր են հաղորդչական անզգայացման ժամանակ առաջացող արյունահոսությունները (տուբերալ, մանդիբուլյար, տորուսալ):

Հեմատոման նույնպես առաջանում է անոթների վնասման հետևանքով: Այս դեպքերում հեմատոմայի շրջանում 15 րոպեով պետք է դնել սառը սեղմող թրջոց:

Իշեմիան արտահայտվում է մաշկի կտրուկ գունատությամբ անզգայացնող նյութի մեջ առկա անոթասեղմիչների (ադրենալին) և անզգայացնող նյութով

անոթների մեխանիկական ճնշման պատճառով: Այս դեպքում իշեմիայի ենթարկված օջախը պետք է մերսել:

Հյուսվածքների նեկրոզն առաջանում է սխալմամբ ուրիշ նյութ (կալցիումի քլորիդ, անուշադրի սպիրտ և այլն) ներարկելու պատճառով: Հիվանդը միանգամից զգում է կտրուկ ցավ: Այս դեպքում անհրաժեշտ է անմիջապես դադարեցնել նյութի ներարկումը, բացահատել ներարկման օջախը և շուրջը պաշարել 0,5%-անոց նովոկաինի լուծույթով՝ հյուսվածքների մեջ թողնելով դրենաժ: Կարելի է նշանակել հակաբիոտիկներ՝ թարախային պրոցեսի առաջացումը կանխելու նպատակով:

Ծնոտների վնասվածքային կոնտրակտուրան առաջանում է մեղիալ թևանման մկանի վնասման պատճառով մանդիբուլյար կամ տորուսալ անոգայացման դեպքում: Կոնտրակտուրան սովորաբար անցնում է 3-4 օրվա ընթացքում:

Հետներարկային աբսցեսը և ֆլեգմոնան առաջանում են հակասեպտիկայի և ասեպտիկայի կանոնները խախտելու դեպքում կամ հեմատոմայի թարախակալման դեպքում: Բուժման նպատակով պետք է բացահատել առաջացած օջախը, դրենավորել և նշանակել հակաբորբոքային թերապիա:

Ներիտն առաջանում է նյարդային ցողունը ասեղով վնասելու դեպքում, հատկապես մանդիբուլյար, մենտալ, ստորակնակապճային անոգայացումների դեպքում: Առաջանում են պարեսթեզիա, զգայունության նվազում, տարբեր աստիճանի ցավային զգացումներ: Ներիտը կարող է տևել մի քանի օրից մինչև մի քանի ամիս: Բուժման նպատակով նշանակվում են ֆիզիոթերապիա, մերսում, վիտամինաթերապիա:

Ասեղի կոտրվածք. եթե կոտրված ասեղի ծայրը երևում է, ապա այն պետք է հեռացնել, իսկ եթե խորանիստ շերտերում է, ապա այն պետք է հեռացնել ստացիոնար պայմաններում: Երբեմն, երբ ասեղի բեկորը նյարդանոթային ցողունի մոտ է, այն չեն հեռացնում:

2. Սխալներ, որոնք հնարավոր են ատամի խոռոչը բացելու ժամանակ, այսինքն՝ էնդոդոնտիկ մուտք ստեղծելու ընթացքում.

ա) Ատամի խոռոչը ոչ բավարար բացելը, որը կարող է լինել ատամի տեղագրական անատոմիան լավ չիմանալու պատճառով:

Բարդությունները՝

-բժիշկը կարող է չգտնել արմատախողովակների ելանցքերը,

-արմատախողովակի մշակման և լցավորման ժամանակ էնդոդոնտիկ գործիքների մուտքը դեպի խողովակ դժվարացած է,

-ատամի խոռոչում կարող են պահպանվել փափուկ հյուսվածքների մնացորդներ, որը կհանգեցնի ատամի գույնի փոփոխմանը,

-էնդոդոնտիկ գործիքի կոտրվելը արմատախողովակում:

Շտկման եղանակները. ատամի խոռոչի թաղը լիարժեք հեռացվում է և մուտքը լիարժեք բացվում դեպի արմատախողովակներ:

բ) Ատամի խոռոչի չափազանց լայն բացում.

Բարդությունը. ատամի պատերը թուլանում են, և դրանք հնարավոր է կոտրվեն, որի պատճառով դժվարանում է արմատախողովակների ելանցքերի հայտնաբերումը, քանի որ խախտվում է ատամի անատոմիական տեսքը:

Շտկման եղանակները. ատամի պատերը ժամանակավորապես վերականգնվում են, էնդոդոնտիկ բուժումը շարունակվում է, այնուհետև ատամը վերականգնվում է ներխողովակային գամերով կամ արհեստական պսակներով:

գ) Ատամի խոռոչի հատակի և պատերի թափածակումը (պերֆորացիա) կարող է լինել ատամի տեղագրական անատոմիայի չիմացության հետևանք, նաև ատամի ոչ տիպիկ թեքվածության դեպքում: Այս դեպքերում արյունահոսություն է առաջանում բիֆուրկացիայի շրջանից, պերֆորացիոն անցքի գոնդավորումը լինում է ցավոտ (եթե առանց անզգայացման է):

Բարդությունը. պերիօդոնտում առաջանում են քրոնիկական բորբոքման օջախներ:

Շտկման եղանակները. թափածակումները փակվում են ԱԻՑ-ով կամ ամալգամով: Հնարավոր է նաև կատարել պսակաարմատային սեպարացիա (տարանջատում) կամ արմատի ամպուտացիա:

3. Արմատի աշխատանքային երկարությունը սխալ որոշելը.

Բարդությունները՝

-ոչ բավարար մեխանիկական մշակում և արմատախողովակի թերի լցավորում,

-գազաթային անցքի լայնացում և գերլցավորում,

-հարգազաթային հյուսվածքների պարբերական վնասում խողովակի մեխանիկական մշակման ժամանակ:

Շտկման եղանակները. ճշտում են արմատի երկարությունը և անցկացնում կրկնակի էնդոդոնտիկ բուժում:

4. Միսալներ, որոնք հնարավոր են արմատախողովակի մեխանիկական մշակման ժամանակ.

ա) Արմատախողովակների մուտքի անբավարար լայնացում.

Բարդությունները. արմատախողովակների դժվարացած մեխանիկական մշակում և լցավորում, գործիքների կոտրում:

Շտկման եղանակները. լայնացնում են արմատախողովակի մուտքը:

բ) Արմատախողովակի թափածակումը առաջանում է՝

- թեք խողովակներում ոչ ճկուն և սուր ծայրով գործիքներ օգտագործելու դեպքում,

- անտեսվում է խողովակի կորությունը, որի հետևանքով խողովակի պատը «փոքր կորության» մասում կա՛մ չափից ավելի է բարակում («stripping»), կա՛մ թափածակվում է:

Բարդությունները՝ պերիօդոնտում պահպանվում են բորբոքային երևույթները:

Շտկման եղանակները. պետք է փորձել անցնել խողովակը և լցավորել այն պերֆորացիոն անցքի հետ միասին: Անհաջողության դեպքում դիմում են վիրաբուժական եղանակի:

գ) Արմատախողովակում աստիճանների առաջացումը.

Պատճառը թեք խողովակների մշակումն է ոչ ճկուն սրածայր գործիքներով, նաև երբ չի պահպանվում գործիքների չափերի հաջորդականությունը (օրինակ՝ 30 համարի գործիքի օգտագործումը 20-րդ համարից հետո):

Բարդությունը. արմատախողովակի լիարժեք անցումը և լցավորումը դառնում է անհնար կամ շատ դժվարացած:

Շտկման եղանակները. պետք է փորձել կրկին անցնել արմատախողովակը բարակ գործիքներով՝ աստիճանաբար մեծացնելով նրանց չափը:

դ) Գործիքի կոտրվելը արմատախողովակի մեջ. առաջանում է, երբ՝

- օգտագործվող գործիքները որակյալ չեն, ծուր են կամ հետ պտտված,

- երբ մեխանիկական մշակման դեպքում գործադրվում է մեծ ուժ,

- երբ արմատախողովակը մշակելիս պտտում են այն գործիքները, որոնք պտտել չի թույլատրվում /H-file/, կամ չի պահպանվում ճիշտ պտտման աստիճանը (K-fail-90, K-rimer-180),

- մեխանիկական մշակում առանց լյուբրիկանտներ օգտագործելու

-ատամի խոռոչի անբավարար բացում և խողովակների ելանցքերի ոչ

լիարժեք լայնացում:

Բարդությունները. առաջանում են հարգագաթային բորբոքային օջախներ, անհնարին է դառնում խողովակի գործիքային մշակումը և լցավորումը:

Շտկման եղանակները. արմատախողովակից գործիքի կոտրված հատվածը հեռացնում են կամ այն շրջանցելու փորձ են կատարում (այսինքն՝ անցնել կողքով): Անհաջողության դեպքում կարելի է կիրառել դեպոֆորեզ կամ վիրաբուժական եղանակներ (հեռացնել կոտրված հատվածը և կատարել ռետրոգրադ լիցք):

ե) Արմատախողովակի խցանում դենտինային խարտուկներով կամ փափուկ հյուսվածքներով. առաջանում է, երբ ոչ ժամանակին են օգտագործում մեծ չափսերի գործիքներ և խողովակի անբավարար լվացման դեպքում:

Բարդությունները. դժվարանում է կամ անհնարին է դառնում արմատախողովակի անցումը:

Շտկման եղանակները. խողովակը առատ լվացվում է և պետք է անցում կատարել ամբողջ երկայնքով փոքր համարի գործիքներով:

զ) Արմատախողովակում գագաթային լայնացման ստեղծում («zipping»)- առաջանում է, երբ նեղ արմատախողովակում աշխատում են մեծ համարի ոչ ճկուն գործիքով, որի հետևանքով խողովակը ստանում է ավազե ժամացույցի տեսք:

Բարդությունները. արմատախողովակի գագաթային հատվածի հերմետիկ լցավորումը անհնարին է դառնում:

Շտկման եղանակները. խողովակը լցավորվում է ուղղահայած կոնդենսացիայի եղանակով:

5. Բարդություններ, որոնք առաջանում են արմատախողովակի լցավորման ժամանակ.

ա) Թերի լցավորում.

Բարդությունները. հարգագաթային բորբոքումը պահպանվում է, և ոսկրային դեստրուկցիայի օջախը՝ մեծանում:

Շտկման եղանակները. անցկացվում է կրկնակի էնդոդոնտիկ բուժում և կատարվում է խողովակի լցավորում մինչև ֆիզիոլոգիական գագաթ:

բ) Խողովակի գերլցավորում.

Բարդությունները. հարգագաթային բորբոքումը սրվում է բուժումից անմիջապես հետո:

Շտկման եղանակները. եթե հարգագաթային հյուսվածքներ դուրս է եկել սիլերը, ապա բորբոքումը ինքնուրույն անցնում է մի քանի օրից: Լավացման պրոցեսն արագացնելու նպատակով կարելի է նշանակել ֆիզիոթերապևտիկ բուժում և հիդրոկորտիզոնի ներարկումներ անցման ծալքի շրջանում: Այտուցի առկայության դեպքում ցուցված է նրա հատումը:

Հարգագաթային հյուսվածքներ գուտապերչե կամ մետաղական գամի դուրս գալու դեպքում պետք է այն դուրս բերել և անցկացնել կրկնակի էնդոդոնտիկ բուժում:

զ) Արմատախողովակի ոչ հերմետիկ լցավորում.

Բարդությունները. հարգագաթային բորբոքումը սրվում է բուժման տարբեր ժամկետներում:

Շտկման եղանակները. կատարվում է արմատախողովակի կրկնակի լցավորում:

10.5. Ամփոփիչ թեստեր

<p>1. Ռեպլանտացիան՝ ա) հեռացված և բուժված ատամի տեղադրումն է իր ատամնաբնի մեջ բ) ատամի բաժանումն է 2 մասի երկատման շրջանում՝ այդ շրջանի կյուրետաժով և ձուլված պսակներով այդ 2 հատվածների հետագա միացումով գ) ատամի արմատի և դրա հարակից պսակային հատվածի հեռացումն է դ) ամբողջ մեկ արմատի հեռացումն է՝ առանց ատամի պսակային հատվածի Պատասխան՝ ա</p>	<p>2. Սուր պերիօդոնտիտի էքսուդացիայի փուլում նախընտրելի է կիրառել անզգայացման հետևյալ տեսակը՝ ա) հաղորդչական բ) ներկապանային գ) ենթավերնոսկրային դ) ներոսկրային Պատասխան՝ ա</p>
<p>3. Պերիօդոնտիտի մկնդեղային ինտոքսիկացիան բուժվում է ա) մկնդեղային մածուկի կրկնակի տեղադրումով բ) կակղանի ամպուտացիայով և ժամանակավոր լցանյութի տեղադրումով գ) կակղանի էքստիրպացիայով և անմիջապես ատամնալիցքով դ) կակղանի էքստիրպացիայով, արմատախողովակի դեղորայքային մշակումով, յոդով վիրախճուծի տեղադրումով Պատասխան՝ դ</p>	<p>4. Ո՞ր նյութն է կիրառվում արմատախողովակների վերջնական լցավորման համար. ա) ցինկ-էվգենոլային մածուկը բ) հակաբիոտիկներով մածուկը գ) կամֆորա-ֆենոլային մածուկը դ) յոդոֆորմային մածուկը Պատասխան՝ ա</p>
<p>5. Ամենից հաճախ ի՞նչ բարդություններ են առաջանում քրոնիկական գագաթային պերիօդոնտիտի բուժումից անմիջապես հետո. ա) ցավ, որն ուժգնանում է քիմիական և ջերմային գրգռիչներից բ) պերիօդոնտում բորբոքային պրոցեսի սրացում, որն արտահայտվում է անընդհատ ցավերով, որոնք ուժգնանում են ատամին հպվելիս, նաև կարող է դիտվել այտուց գ) ինքնածին նոպայաձև ցավեր՝ կարճ ցավային նոպայով դ) ցավ ջերմային գրգռիչներից Պատասխան՝ բ</p>	<p>6. Պերիօդոնտիտների բուժման կոնսերվատիվ-վիրաբուժական եղանակներից չէ՛ ա) ատամի հեռացումը բ) ռեպլանտացիան գ) հեմիսեկցիան դ) արմատի ամպուտացիան Պատասխան՝ ա</p>
<p>7. Սուր վարակային պերիօդոնտիտի էքսուդացիայի փուլի բուժման ընթացքում առաջին այցելության դեպքում հիվանդներին նշանակվում են՝</p>	<p>8. Հեմիսեկցիան՝ ա) արմատի գագաթի և դրա շրջակա ախտաբանական հյուսվածքի հատումն է</p>

<p>1. հակասեպտիկների լուծույթներով ողողումներ 2. հիպերտոնիկ լուծույթով ողողումներ 3. հակահիստամինային պրեպարատներ 4. հակաբիոտիկներ կամ սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ ա) 1.3. բ) 1.2.3. գ) 2.4. դ) բոլորը Պատասխան՝ դ</p>	<p>բ) ատամի բաժանումն է 2 մասի երկատման շրջանում՝ այդ շրջանի կյուրետաժով և ձուլված պսակներով այդ 2 հատվածների հետագա միացումով գ) բազմարմատ ատամի արմատի և դրա հարակից պսակային հատվածի հեռացումն է դ) ամբողջ մեկ արմատի հեռացումն է՝ առանց ատամի պսակային հատվածի Պատասխան՝ գ</p>
--	--