

---

## **ԳԼՈՒԽ 2.**

### **ԱՏԱՄԻ ԿԱՐԾՐ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ**

### **ԱԽՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐ, ՈՐՈՆՔ ԱՌԱՋԱՆՈՒՄ ԵՆ**

### **ԱՏԱՄԻ ԾԿԹՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ**

---

#### **2.1. Ատամի գունափոխում (դիսկոլորիտներ)**

Ատամի պսակը սովորաբար սպիտակ է՝ երկնագույն (կաթնատամներ), սպիտակամոխրագույն կամ դեղնավուն (մշտական ատամներ) երանգով: Ատամի պսակի գունափոխման պատճառ կարող են լինել տարբեր գործոններ, որպես էկզոգեն, այնպես էլ էնդոգեն:

Էնդոգեն (ներծին) գործոններից են.

1. Ծանր ընթացող վիրուսային հեպատիտը կամ խոլերան (ատամի կակղանում արյունազեղումներ առաջանալու պատճառով ատամները ձեռք են բերում վարդագույն երանգ):
2. Մի շարք ընդհանուր հիվանդությունները (յարդի հիվանդությունների դեպքում կարծր հյուսվածքներում բիլիոբիոնի կամ բիլիվերդիոնի կուտակումները ատամին հաղորդում են դեղնավուն կամ շագանակագույն երանգ):

3. Կակղանի մեռուկը:

Էկզոգեն (արտածին) գործոններից են՝

1. Սննդային պիգմենտները, որոնք առկա են թեյի, սուրճի, որոշ հասապտուղների մեջ:
2. Դեղանյութերը, որոնք օգտագործվում են բերանի խոռոչի ողողումների համար (քլորհեքսիդին, կալիումի պերմանգանատ, էտակրիդինի լակտատ, յոդ պարունակող նյութեր):
3. Արմատալիցք կատարելու համար նախատեսված որոշ մածուկներ՝ ռեզորցին-ֆորմալինային, «Պարացին»: Վերջիններս ատամի պսակին հաղորդում են նարնջագույն երանգավորում:
4. Արմատախողովակում էնդոդոնտիկ գործիքների կտորները, արծաթե գամերը (կատարվում է դրանց օքսիդացում, որի հետևանքով ատամի պսակը մգանում է և կորցնում փայլը):
5. Ծխախոտը (ատամները կարող են ձեռք բերել ամենաբազմազան երանգավորում՝ սև, շագանակագույն և այլն):

**Բուժումը:** Այն կախված է ատամի գունավորման պատճառից: Բնականոն գույնը վերականգնելու համար կիրառվում են կենսունակ կամ անկենսունակ ատամների սպիտակեցում, վինիրների պատրաստում:

Օխտոնների կարծր փառի հեռացումը կատարում են արտաքերիչով կամ սկելերով, ռետինե գավաթիկներով, խոզանակներով և հղկիչ մածուկներով ատամների հետագա մշակմամբ:

## **2.2. Ատամների կարծր հյուսվածքների մաշվածությունը**

Ատամների մաշվածությունը ֆիզիոլոգիական պրոցես է, որը կատարվում է ամբողջ կյանքի ընթացքում: Մաշվածությունը լինում է ֆիզիոլոգիական (նորմալ) և ախտաբանական:

**Ֆիզիոլոգիական մաշվածությունն** առաջանում է դիմաձնոտային շրջանի ֆիզիոլոգիական գործունեության հետևանքով: Ընդ որում, մաշվածության աստիճանը ուղիղ համեմատական է անձի տարիքին: Նորմայում մոտ 40 տարեկանում դիտվում է թմբիկների էմալի մաշվածություն, իսկ 50-60 տարեկանում մաշվածությունը արտահայտվում է թմբիկների էմալի զգալի կորստով և կտրիչների պսակի կարճացումով:

**Ատամի կարծր հյուսվածքների ախտաբանական մաշվածություն** ասելով՝ հասկանում են նրանց վաղաժամ (երիտասարդ հասակում) և խիստ արտահայտված կորուստը, որը կարող է առաջանալ արտաքին և ներքին տարբեր գործոնների ազդեցության հետևանքով: Ախտաբանական մաշվածությունը կարող է դիտվել մեկ, մի խումբ կամ բոլոր ատամների շրջանում:

**Պատճառագիտությունը և ախտածնությունը:** Ախտաբանական մաշվածություն կարող են առաջացնել հետևյալ գործոնները՝ կծվածքի վիճակը (օր.՝ ուղիղ կծվածքի դեպքում մաշվում են կողմնային ատամների ծամիչ մակերեսները և առջևի ատամների կտրիչ եզրերը), որոշ ատամների գերձանրաբեռնվածությունը՝ ատամների կորստի հետևանքով, սխալ պատրաստված պրոթեզները, կենցաղային, մասնագիտական վնասակար գործոնների ազդեցությունը, ներգատիչ գեղձերի (վահանագեղձի, հարվահանագեղձի, հիպոֆիզի) ախտահարումները, հյուսվածքների կառուցվածքի ոչ լիարժեք ձևավորումը և այլն:

**Դասակարգումը:** Առավել հարմար է կլինիկաանատոմիական դասակարգումը (Մ. Գրոշիկով, 1985), ըստ որի տարբերում են ախտաբանական մաշվածության 3 աստիճաններ.

I աստիճան. դիտվում է ատամի թմբիկների կամ կտրող եզրի աննշան մաշվածություն:

II աստիճան. թմբիկների և կտրող եզրի մաշվածություն, ընդհուպ մինչև դենտինի մերկացումը:

III աստիճան. ատամի էմալի և դենտինի մաշվածություն մինչև ատամի խոռոչի մակարդակը:

**Կլինիկական պատկերը:** Պայմանավորված ախտաբանական մաշվածության աստիճանով, հիվանդները կարող են գանգատվել ջերմային, մեխանիկական և քիմիական ազդակների հանդեպ ատամի գերզգայունությունից: Սակայն ատամի կակղանի կերպավորող ֆունկցիայի շնորհիվ (փոխարինող դենտինի առաջացում) նշված գերզգայունությունը կարող է լինել թույլ կամ ընդհանրապես չլինել: Շատ հաճախ հիվանդները գանգատվում են բերանի խոռոչի փափուկ հյուսվածքների վնասումից՝ դենտինի ավելի արագ մաշվելու և էմալի սուր եզրեր առաջանալու պատճառով:

Տարիքին զուգընթաց ծամիչ ատամների թմբիկների մաշվելուց հետո կտրիչներն ավելի արագ են մաշվում: 35-40 տարեկանում կտրիչների պսակները կարճանում են 1/3-1/2-ի չափով: Ընդ որում, կտրիչների վրա կտրող եզրը վերածվում է հարթակի, իսկ փոքր և մեծ աղորիքների թմբիկները լրիվ մաշվում են: Չբուժվելու դեպքում կծվածքը իջնում է, դեմքի ստորին հատվածը կարճանում է, որը ՔՄՕՇ-ի բաղադրիչների հարաբերության խախտման պատճառ է դառնում: Վերջինս կարող է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի շրջանում ցավի և այրոցի, լսողության թուլացման, բերանի անկյուններում ծալքերի առաջացման պատճառ դառնալ: Հիվանդների մեծ մասի մոտ ԷՕԱ-ն 6-20 մկԱ է:

**Ախտաբանական անատոմիան:** Ախտաբանական փոփոխությունները պայմանավորված են մաշվածության աստիճանով:

I աստիճանի դեպքում կակղանում մաշված շրջանի համապատասխան տեղում դիտվում է փոխարինող դենտինի առաջացում:

II աստիճանի դեպքում դիտվում են փոխարինող դենտինի խիստ արտահայտված առաջացում, դենտինային խողովակների աճախցանում, փոփոխություններ կակղանում (օդոնտոբլաստների քանակի պակասում, նրանց վակուոլացում): Կակղանի կենտրոնական շերտում, հատկապես արմատային կակղանում առաջանում են պետրիֆիկատներ:

III աստիճանի դեպքում դիտվում է դենտինի սկլերոտիկ փոփոխություն, ատամի խոռոչի պսակային հատվածը համարյա ամբողջությամբ լցված է փոխարինող դենտինով, կակղանը ենթարկված է ապաճի, արմատախողովակները նեղացած են:

**Բուժումը:** Բուժումը կազմակերպելու համար պետք է հաշվի առնել տեղային կամ ընդհանուր պատճառագիտական գործոնը, ախտաբանական մաշվածության աստիճանը:

I և II աստիճանների դեպքում բուժման նպատակն է պրոցեսի կայունացումը: Այդ նպատակով անտագոնիստ ատամներին (հիմնականում մեծ աղորիքներին) պատրաստում են ներդիրներ կամ մետաղական պսակներ (ձուլովի): Ատամների մեծաքանակ կորստի դեպքում պատրաստում են պրոթեզներ (անշարժ և շարժական):

III աստիճանի դեպքում բուժման հիմնական նպատակը դեմքի ստորին հատվածի բարձրության վերականգնումն է: Բուժումը այս դեպքում կատարվում է օրթոպեդիկ միջամտությունների միջոցով: Սովորաբար բուժումը երկարատև է և ուղեկցվում է բուժիչ սարքերի միջանկյալ պատրաստումով, որը հնարավորություն է տալիս վերականգնելու հողի բաղադրիչների՝ հոդազվիկի և հոդափոսիկի ֆիզիոլոգիական դիրքը:

Եթե ախտաբանական մաշվածությունն ուղեկցվում է գերզգայնությամբ, կատարում են նաև համապատասխան բուժում (տե՛ս «Գերզգայնություն»):

### 2.3. Սեպաձև դեֆեկտ

Սեպաձև դեֆեկտն (արատ) ատամների կարծր հյուսվածքների ախտահարումն է, որը տեղակայվում է ատամների անդաստակային մակերեսների հարվզիկային շրջանում և ունի սեպի տեսք:

Սեպաձև դեֆեկտն առավել հաճախադեպ է միջին տարիքի և մեծահասակ մարդկանց շրջանում, հաճախ զուգակցվում է պարօդոնտոզով:

**Պատճառագիտությունը և ախտածնությունը:** Սեպաձև դեֆեկտի պատճառագիտության մեջ գերակշռում են հիվանդության պատճառները բացատրող մեխանիկական և քիմիական տեսությունները: Համաձայն առաջինի՝ սեպաձև դեֆեկտի առաջացման հիմքում ատամի կարծր հյուսվածքների կորուստն է ատամի խոզանակի մեխանիկական ազդեցության հետևանքով: Այս տեսությամբ է բացատրվում այն փաստը, որ նշված հիվանդությամբ առավել հաճախ

ախտահարվում են ժանիքներն ու փոքր աղորիքները, այսինքն՝ այն ատամները, որոնք ատամնաշարում ունեն առավել վեստիբյուլյար դիրք և, հետևաբար ավելի շատ են ենթակա մեխանիկական ազդեցության: Բացի այդ, կլինիկորեն հաստատված է, որ աջլիկների դեպքում ավելի հաճախ ախտահարվում են ձախ կողմի ատամները և հակառակը: Սակայն կան փաստեր, որոնք կասկածի տակ են առնում այս տեսությունը՝ քննության ենթարկելով մասնավորապես սեպաձև դեֆեկտի առկայությունը կենդանիների և ատամները չմաքրող անձանց դեպքում:

Պնդումները, թե սեպաձև դեֆեկտի առաջացման հիմքում ընկած է թթուների ազդեցությունը, քիչ են համոզիչ, քանի որ ատամների վզիկներից բացի, մյուս հատվածները չեն ախտահարվում: Սակայն բերանի խոռոչ ներթափանցող թթուները կամ դրանց գոլորշիները կարող են հանգեցնել հարվզիկային շրջանում արդեն առկա արատի արագ զարգացմանը:

**Կլինիկական պատկերը:** Սովորաբար հիվանդները որևէ գրգռիչից ցավի գանգատ չեն նկարագրում, քանի որ սեպաձև դեֆեկտի զարգացումը դանդաղ ու երկարատև պրոցես է և ուղեկցվում է փոխարինող դենտինի առաջացումով: Ջերմային, մեխանիկական և քիմիական գրգռիչներից ցավ առաջանում է այն դեպքում, երբ ախտահարումը զարգանում է շատ արագ և հասնում է զգալի խորության: Հաճախ հիվանդներն ունեն գեղագիտական գանգատներ: Առաջացման սկզբնական շրջանում սեպաձև դեֆեկտը նման է մակերեսային քերծվածքի: Հետագայում այն մեծանում է, և դեֆեկտն ընդունում է իրեն բնորոշ տեսքը. հարլնդային պատը թեք է, իսկ պսակայինը՝ հորիզոնական: Պատերը կարծր են, հարթ ու փայլուն, հաճախ կարծր հյուսվածքներից թափանցում է ատամի խոռոչը, որը, սակայն, երբեք չի մերկանում: Ջոնդավորումը սովորաբար անցավ է: Խոր սեպաձև դեֆեկտը կարող է ատամի պսակի կոտրվելու պատճառ դառնալ:

Սեպաձև դեֆեկտը հաճախ զուգակցվում է լնդի ռեցեսիայով:

**Ախտաբանական անատոմիան:** Հայտնաբերվում են էմալի միջպրիզմային տարածությունների նեղացում, դենտինային խողովակների խցանում, իսկ կակդանում՝ ապաճական երևույթներ:

**Տարբերակիչ ախտորոշումը:** Տարբերակում են ատամի կարծր հյուսվածքների երոզիայից, էմալի հարվզիկային մեռուկից, ատամների մակերեսային և միջին կարիեսից:

**Բուժումը:** Սկզբնական շրջանում կատարվում են պրոցեսը կայունացնող միջոցառումներ: Այդ նպատակով կիրառում են ատամների կարծր հյուսվածքների դիմադրողականությունը բարձրացնող պրեպարատներ (10%-անոց կալցիումի գլյուկոնատի, 2%-անոց նատրիումի ֆտորիդի լուծույթներ, 75%-անոց ֆտորային մածուկ): Ատամները մաքրելու համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել փափուկ խոզանակներ, ֆտոր պարունակող և հանքայնացնող ազդեցությամբ մածուկներ: Խոզանակի շարժումները պետք է լինեն ուղղահայաց և շրջանաձև:

Արտահայտված արատի դեպքում ցուցված է կատարել ատամի լցավորում: Որպես լցանյութ օգտագործվում են ԱԻՑ-ներ (առանց սեպաձև դեֆեկտի մեխանիկական մշակման), հնարավոր է նաև կոմպոզիտների օգտագործումը: Խոր արատների դեպքում անհրաժեշտ է պատրաստել արհեստական պսակներ:

## 2.4. Ատամի էմալի աբֆրակցիա

Աբֆրակցիան (abfraction - կոտրում, միկրոճաք, միկրոկոտրվածք) էմալի ոչ կարիեսային ախտահարումն է, որն առաջանում է կողմնային ծամողական ծանրաբեռնվածության բազմակի ազդեցությունից: Մասնագիտական գրականության մեջ կարող են հանդիպել այս ախտահարման այլ անվանումները՝ ոչ կարիեսային հարվզիկային ախտահարումներ, լարվածության կորոզիա և այլն:

Չնայած բազմազան վարկածների՝ աբֆրակցիոն ախտահարումների պատճառագիտությունը վերջնականապես պարզաբանված չէ: Եթե առաջ այս արատների առաջացումը բացատրվում էր ատամի խոզանակի կամ թթուների անբարենպաստ ազդեցությամբ, ապա այժմ հեղինակների մեծամասնությունը հակված է նրան, որ աբֆրակցիայի առաջացման պատճառ են օկլյուզիայի խանգարումները:

Աբֆրակցիոն արատի չափը պայմանավորված է օկլյուզիոն լարվածության աստիճանով, օկլյուզիոն գերուժերի ազդեցության տևողությամբ, այդ ուժերի ուղղությամբ, հաճախականությամբ և հպման տեղով: Ատիպիկ օկլյուզիոն ծանրաբեռնվածության հետևանքով ատամի վզիկի կորագծի հասվածում ստեղծվում է լարվածություն, որն առաջացնում է էլեկտրաստատիկ պրոցես՝ այեզոնէլեկտրիկ ազդեցություն, որն էլ հանգեցնում է ատամի կարծր հյուսվածքների քայքայմանը: Այս պրոցեսի հետևանքով էմալային պրիզմաների հիդրօքսիպատիտի մոլեկուլների բյուրեղային ցանցից դուրս են մղվում

կալցիումի իոնները: Ատամներն ավելի հեշտ են հարմարվում ուղղահայաց ուժերի ազդեցությանը, այդ իսկ պատճառով ատիպիկ օկլյուզիոն ծանրաբեռնվածությունը հիմնականում պայմանավորված է կողմնային ուժերի ազդեցությամբ և հանգեցնում է ատամի կարծր հյուսվածքների և պարօդոնտի հյուսվածքների գերլարվածությանը:

Աբֆրակցիայի առաջացման կարևոր գործոններից է նաև լեզվի պարաֆունկցիան: Բերանի խոռոչի ոչ բավարար ծավալի հետևանքով (նեղ ծնոտներ, ստորին ծնոտի դիստալ դիրքը, խոր կծվածքը) լեզուն ատամների վրա թողնում է խիստ լատերալ ազդեցություն, հատկապես կլման դեպքում և խոսելու ընթացքում:

Աբֆրակցիայի օկլյուզիոն տեսությամբ բացատրվում է նաև արատի ձևը: Գերձգումը առաջացնում է V-աձև արատ, իսկ գերսեղմումը՝ C-աձև:

Աբֆրակցիայի ախտանիշներն են՝

- ատամի հարվզիկային շրջանի էմալի ախտահարումն անկանոն ձևի արատով (դեֆեկտով),
- ախտահարված էմալի սահմանին միկրոճեղքերի առկայությունը,
- արատի շրջանում կարիեսային ախտահարման բացակայությունը,
- դենտինի գունափոխությունը,
- լնդերի ռեցեսիայի բացակայությունը,
- անտագոնիստ ատամների ախտահարումը,
- ատամի գերզգայունությունը:

Ստոմատոլոգի համար դժվար չէ արֆրակցիոն դեֆեկտը հայտնաբերել, հիմնական դժվարությունն այն սեպաձև դեֆեկտից տարբերելն է: Աբֆրակցիայի դեպքում մորֆոլոգիական փոփոխությունները դիտվում են էմալի մեջ, քանի որ էլաստիկ դենտինը ավելի քիչ չափով է ենթարկվում օկլյուզիոն ծանրաբեռնվածությանը: Եթե ատամներին առկա են V-աձև արատներ, հայտնաբերվում են սուպրակոնտակտներ և դիտվում է առանձին ատամների կամ ատամների խմբերի գերձանրաբեռնվածություն, ապա տվյալ դեպքում տրամաբանական է խոսել արֆրակցիայի մասին: Սեպաձև դեֆեկտներին բնորոշ է հարվզիկային շրջանում և արմատի մերկացած մակերեսին տեղակայումը: Սեպաձև դեֆեկտը տարածվում է դեպի խորք, քանի որ դենտինը ունի ցածր միկրոամրություն և ստանում է իրեն բնորոշ եռանկյան (սեպի) ձև: Առավել հաճախ հանդիպում է ժանիքների և նախաադորիքների վրա և ուղղեկցվում է լնդի ռեցեսիայով:

**Բուժումը:** Եթե հիվանդը դիմել է ստոմատոլոգին պրոցեսի վաղ շրջանում, ապա բուժումը սկսում են էմալի ռեմիներալիզացիայից: Այդ նպատակով ատամի մակերեսին քսում են հանքային նյութերով հագեցված հատուկ պատրաստուկներ: Ռեմիներալիզացիայի կուրսը կարող է իրականացնել ինչպես ստոմատոլոգը, այնպես էլ հիվանդը տան պայմաններում: Կլինիկական պայմաններում հիմնականում օգտագործում են «Ռեմոդենտ» և «Ֆտորլաք» ռեմիներալիզացնող միջոցները: Մեկ կուրսն ընդգրկում է մոտավորապես 12 միջամտություն: Տնային պայմաններում հիվանդը ինքնուրույն կարող է ատամներին քսել հատուկ գելեր՝ ConCool, GC Tooth Mousse կամ R.O.C.S. Medical:

Բացի այդ, հիվանդին խորհուրդ է տրվում փոխել ատամի մածուկը՝ ընտրելով էմալը վերականգնող միջոց, օրինակ՝ «SPLAT», «Биокальций». Ատամների գերզգայունությունը նվազեցնելու համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել դենտալ ստամի մածուկներ՝ «Лакалут Сенситив», «BioRepair», «Сенсодин Мгновенный эффект».

Մածուկների և գելերի օգտագործումը լիարժեքորեն չի վերացնում խնդիրը: Առաջին հերթին անհրաժեշտ է բացառել ատամների գերծանրաբեռնվածության պատճառային գործոնները. հիվանդին ուղարկում են օրթոդոնտի մոտ՝ բրեկետներ տեղադրելու նպատակով, օրթոպեդի մոտ՝ բացակա ատամների տեղերը արհեստական պսակներով լրացնելու համար, հոգեթերապևտի մոտ՝ բրուքսիզմի դեպքում և այլն: Ցանկացած դեպքում անհրաժեշտ է վերացնել օկլյուզիոն վնասվածքը, ստեղծել օպտիմալ օկլյուզիոն հպման կետեր, վերացնել վաղաժամ հպումները: Հաշվի առնելով, որ արֆրակցիաները հանդիպում են այն հիվանդների շրջանում, որոնք ունեն օկլյուզիայի խնդիրներ, ՔՄՕՀ-ի դիսֆունկցիաներ, կծվածքի խանգարումներ, ստորին ծնոտի սխալ դիրք, նրանց բուժումն առաջին հերթին պետք է սկսել ծնոտի ճիշտ դիրքի և օկլյուզիայի վերականգնումով: Ներդրմանային ստոմատոլոգիայի մեթոդները հնարավորություն են տալիս էլեկտրանեյրոխթանման միջոցով թուլացնելու գլխի և պարանոցի մկանները և գտնելու ստորին ծնոտի օպտիմալ դիրքը:

Գեղազիտական արատը վերացնելու համար օգտագործում են հետևյալ մեթոդները՝

- ատամների լցավորում կոմպոզիտներով,
- արատի փակում վինիրով կամ լյումինիրով,
- ախտահարված ատամի վրա արհեստական պսակի տեղադրում:



## 2.5. Ատամի հյուսվածքների էրոզիա

**Էրոզիան** ատամի կարծր հյուսվածքների արատ է, որն ախտահարում է ատամների անոդաստակային մակերեսը և ունի պնակի տեսք:

**Պատճառագիտությունը և ախտածնությունը** վերջնականապես պարզված չեն, սակայն կան կարծիքներ այն մասին, որ էրոզիան առաջանում է մեխանիկական գործոնների (խոզանակ) ազդեցության հետևանքով կամ մեծ քանակությամբ ցիտրուսային մրգերի և դրանց հյութերի օգտագործումից: Էրոզիայի ախտածնության մեջ մեծ դեր են կատարում ներզատիչ համակարգի խանգարումները, մասնավորապես վահանագեղձի հիպերֆունկցիան, քանի որ այս դեպքում շատանում է թթվ արտադրությունը և նվազում նրա մածուցիկությունը, որը չի կարող չազդել ատամների կարծր հյուսվածքների վիճակի վրա:

**Տեղակայումը:** Էրոզիաներն առավելապես առաջանում են վերին ծնոտի կենտրոնական և կողմնային կտրիչների, վերին և ստորին ծնոտների ժանիքների և փոքր աղորիքների անոդաստակային մակերեսների ամենաարտափքված շրջանում (հասարակած): Ախտահարումն ունի սիմետրիկ բնույթ: Մեծ աղորիքների և ստորին ծնոտի կտրիչների մակերեսներին էրոզիա չի առաջանում:

**Դասակարգումը:** Տարբերում են ատամի էրոզիայի ակտիվ և կայունացած փուլեր, չնայած էրոզիան իր ընթացքով քրոնիկական հիվանդություն է:

*Էրոզիայի ակտիվ փուլին* բնորոշ է ատամի կարծր հյուսվածքների արագընթաց կորուստը և բարձր գերզգայունությունը:

*Կայունացած փուլի* դեպքում հիվանդությունն ունի համեմատաբար դանդաղ ընթացք և գերզգայունությունը բացակայում է:

Ըստ խորության՝ տարբերում են ախտահարման 3 աստիճան.

**I** աստիճան (սկզբնական). ախտահարվում են էմալի մակերեսային շերտերը:

**II** աստիճան (միջին). ախտահարվում է ամբողջ էմալը մորև դենտին-էմալային սահմանը:

**III** աստիճան (խորանիստ). ախտահարվում են դենտինի մակերեսային շերտերը:

**Կլինիկական պատկերը:** Էրոզիան հարթ, ամուր և փայլուն հատակով, ձվաձև կամ կլոր արատ է: Երբեմն հնարավոր է լինի դեղնաշագանակագույն երանգավորումով: Էմալի էրոզիան բնորոշվում է տարբեր տեսակի գրգռիչներից (ջերմային, քիմիական) առաջացող ցավերով: Ընդ որում, ակտիվ փուլի դեպքում ցավերն ավելի արտահայտված են:

**Ախտաբանական անատոմիան:** Հայտնաբերվում են էմալի միջաբրիզմային տարածությունների լայնացում, դենտինային խողովակների աճախցանում (օբլիտերացիա):

**Տարբերակիչ ախտորոշումը:** Պետք է տարբերել մակերեսային կարիեսից, սեպաձև դեֆեկտից և մեռուկից: Կարիեսից տարբերվում է տեղակայումով, ախտահարման օջախի տեսքով և մակերեսով (երոզիայի դեպքում այն հարթ է, փայլուն և կարծր): Սեպաձև դեֆեկտից տարբերվում է օջախի տեսքով և տեղակայումով (սեպաձև դեֆեկտը տեղակայվում է հարվզիկային շրջանում, իսկ երոզիան՝ ատամի հասարակածի շրջանում): Մեռուկից տարբերվում է անամնեզի տվյալներով, տեղակայումով, ախտահարման օջախի տեսքով և մակերեսով:

**Բուժումը:** Ատամի կարծր հյուսվածքների երոզիայի բուժման ժամանակ պետք է հաշվի առնել պրոցեսի ակտիվությունը, ընդհանուր հիվանդության բնույթը և այլն:

Ընդհանուր բուժման նպատակն է օրգանիզմ ներմուծել կալցիումի և ֆտորի հիմքի վրա պատրաստված դեղամիջոցներ, վիտամիններ՝ առանձին կամ միկրոտարրերի հետ զուգակցված, սննդի մեջ պակասեցնել ցիտրուսային մրգերի օգտագործումը:

Ատամի լցավորումը երոզիայի դեպքում հաճախ քիչ արդյունավետ է լցանյութի եզրային հպման խախտման և դրա շուրջ արատի առաջացման պատճառով: Դրանից խուսափելու համար խորհուրդ է տրվում մինչև լցավորումը ատամի հյուսվածքները հարստացնել կալցիումով և ֆտորով (ռեմիներալիզացիա):

Լցավորման համար կիրառվում են ապակեիոնոմերային ցեմենտներ, կոմպոմերներ կամ կոմպոզիտներ: Գերադասելի է ֆտոր պարունակող լցանյութերի օգտագործումը:

Զգալի արատների դեպքում խորհուրդ է տրվում անցկացնել օրթոպեդիկ բուժում:

## 2.6. Ատամի կարծր հյուսվածքների մեռուկ

Ատամի կարծր հյուսվածքների մեռուկը ծանր հիվանդություն է, որը երբեմն հանգեցնում է ատամների լրիվ կորստի: Տարբերում են հարվզիկային և թթվային (քիմիական) մեռուկներ:

**Պատճառագիտությունը և ախտածնությունը:** Պատճառագիտական գործոնները լինում են արտաքին և ներքին:

Հարվզիկային մեռուկի պատճառ են հիմնականում ներքին գործոնները: Դրանցից են՝ ներգատիչ գեղձերի ախտահարումները (վահանաձև գեղձի հիպերֆունկցիան), քրոնիկական թունավորումները, ատամների զարգացման ժառանգական խախտումները:

Ատամների թթվային մեռուկի պատճառը տեղային գործոնների ազդեցությունն է, որը դիտվում է քիմիական արտադրություններում երկարատև աշխատող մարդկանց շրջանում: Այդ արտադրամասերում օդի մեջ կուտակվում են օրգանական և անօրգանական տարբեր թթուների գոլորշիներ (ֆտորջրածնային, քլորջրածնային, ծծմբական, ազոտական թթուներ, աղաթթու), որոնք անցնում են բերանի խոռոչ և լուծվում են թթի մեջ՝ վերջինիս հաղորդելով թթվային ռեակցիա, որը և հանգեցնում է ատամի կարծր հյուսվածքների ախտահարմանը (ապահանքայնացում):

**Կլինիկական պատկերը:** *Հարվզիկային մեռուկը* հիմնականում տեղակայվում է կենտրոնական ատամների անդաստակային մակերեսների հարվզիկային շրջանում, սակայն կարող է հանդիպել նաև ժանիքների, նախաադորիքների և շատ հազվադեպ՝ ադորիքների վրա: Հիվանդների հիմնական գանգատը գրգռիչների նկատմամբ (ջերմային, մեխանիկական, քիմիական) առաջացող ցավն է, որն արագ անցնում է գրգռիչը վերացնելուց հետո:

Սկզբնական շրջանում նկատվում է ոչ մեծ փայլուն կավճանման բիծ, որը հետագայում կորցնում է փայլը և դառնում է մուգ շագանակագույն: Ջնմման ժամանակ օջախի կենտրոնում հայտնաբերվում է փափկացում, էմալը շատ փխրուն է, կարող է արտաքերիչով շերտազատվել: Հատկանշական է մեռուկացման հատվածի ընդարձակումը լայնությամբ և ավելի սակավ չափով խորությամբ: Այս հանգամանքն ունի մեծ նշանակություն մեռուկի և կարիեսի տարբերակիչ ախտորոշման համար (կարիեսի դեպքում օջախի տարածումը հիմնականում ընթանում է դեպի խորանիստ շերտեր):

*Թթվային մեռուկի* առաջին կլինիկական նշաններից են ատամնառության (чувство оскомины) զգացողությունը, ջերմային և մեխանիկական գրգռիչների նկատմամբ գերզգայնությունը: Երբեմն ատամների հպման դեպքում առաջանում է կպչունության (прилипание) զգացողություն:

Ջնմման ժամանակ էմալը (մեծ մասամբ կենտրոնական ատամների) կավճանման է, անհարթ, երբեմն նաև գունափոխված, խիստ արտահայտված է

ատամների մաշվածությունը: Ատամների նշված փոփոխությունները սկզբնական շրջանում առաջանում են նրանց անդաստակային մակերեսներին, իսկ ավելի ուշ դրանք տարածվում են նաև բերանային մակերեսի վրա: Պսակները կարճանում են՝ ընդունելով սեպի տեսք:

**Ախտաբանական անատոմիան:** Հարվզիկային մեռուկին բնորոշ է ենթամակերեսային ապահանքայնացման օջախների առաջացումը: Կարծիք կա, որ ատամների մեռուկը արագ զարգացող կարիես է:

**Supրերակիչ ախտորոշումը:** Մեռուկը տարբերակում են՝

1) սեպատեսակ դեֆեկտից, 2) էրոզիայից, 3) կարիեսից:

**Բուժումը:** Մեռուկի բուժման ժամանակ իրականացվող միջոցառումների նպատակն է վերացնել ատամի գերզգայնությունը, ամրացնել ատամների կարծր հյուսվածքները և կատարել ատամնալցում: Ատամների կարծր հյուսվածքների զգալի կորստի դեպքում ցուցված է օրթոպեդիկ բուժում:

## 2.7. Ռադիացիոն մեռուկ (հետճառագայթային)

Ատամի կարծր հյուսվածքների հետճառագայթային մեռուկն առաջանում է իոնային ճառագայթման ազդեցությունից՝ պայմանավորված չարորակ նորագոյացությունների, արյան, կմախքի և այլ օրգան-համակարգերի հիվանդությունների բուժմամբ, ինչպես նաև մասնագիտական գործոնների ազդեցությամբ:

Մինչ օրս մասնագետները համակարծիք չեն՝ ճառագայթման հետևանքով ատամի հյուսվածքների և բերանի խոռոչի փոփոխությունների մեխանիզմի և բնույթի վերաբերյալ:

Հետազոտողների մի մասը հակված է ատամի հյուսվածքների ճառագայթային խանգարումները դիտել որպես ոչ կարիեսային ախտահարումներ: Մյուսները կարծում են, որ ռադիացիոն ճառագայթումից հետո ակտիվորեն զարգանում է ատամների կարիես ոչ կարիեսային ախտահարումների հետ մեկտեղ:

Ատամների ճառագայթային ախտահարումների ախտաձագումը մինչ օրս վերջնականապես պարզաբանված չէ: Քննարկվում են տվյալներ այն մասին, որ կակղանում առաջանում են անոթային, մորֆոլոգիական և կազմափոխական խանգարումներ: Ենթադրվում է, որ ճառագայթումն առաջացնում է քսերոստոմիա: Չի բացառվում իոնիզացնող ճառագայթման իմունոդեպրեսիվ ազդեցությունը: Որոշ ուսումնասիրողներ ենթադրում են, որ օրգանիզմի ճառագայթման

Ժամանակ կատարվում է մետաղ պարունակող ֆերմենտների համակարգերի յուրօրինակ ճնշում (առաջին հերթին երկաթ պարունակող), որոնք աերոբ փուլում մասնակցում են հյուսվածքային շնչառության գործընթացին: Աերոբ փուլի խանգարման դեպքում հյուսվածքային շնչառությունն օրգանների հյուսվածքներում և ատամի կակղանում առաջացնում է ոչ օքսիդացված նյութափոխանակության արգասիքների կուտակում, ինչպես նաև դրանց հետագա թթվեցման կայուն խանգարում:

Այսպիսով, իոնիզացնող ճառագայթների հետևանքով կակղանում կատարվող հենց այս երևույթներն են նպաստում սնուցման և ֆիզիոլոգիական գործընթացների խանգարմանը (էմալի և դենտինի ապահանքայնացում): Հատկապես դա արտահայտվում է թքագեղձերի ֆունկցիայի խանգարմամբ, որն առաջանում է ճառագայթման հետևանքով, որին հետևում է հանքայնացման մեխանիզմների հաշվեկշռի խախտումն էմալ-թուք միջավայրում:

**Կլինիկան:** Ատամների և բերանի խոռոչի հյուսվածքների հետճառագայթային ախտահարումների արտահայտվածությունը շատ բնորոշ է: Նախ և առաջ համարյա բոլոր հիվանդների շրջանում հայտնաբերվում են շրթունքի, այտի, լեզվի լորձաթաղանթների ռադիոնուկոզիտ, համային զգացողությունների կորուստ կամ արտահայտված խանգարում և քերոստոմիա:

Սովորաբար ճառագայթային ազդեցությունից 3-6 ամիս անց ատամների էմալը կորցնում է բնորոշ փայլը, դառնում է խամրած և մոխրագույն: Դիտվում են ատամների անդաստակային և ծամիչ մակերեսների կոտրտվածություն և մաշվածություն: Դրանց ֆոնի վրա առաջանում են մեռուկի հատվածներ, սկզբում՝ տեղային, ապա՝ ատամների շրջանաձև ախտահարմամբ: Սովորաբար դրանք մուգ գույնի են՝ լցված փուխր մեռուկացած զանգվածով, և անցավ են: Ցավային զգացողությունների բացակայությունը ատամի ճառագայթային ախտահարումների բնորոշ առանձնահատկությունն է: Աստիճանաբար մեռուկի մասերը լայնանում են և ընդգրկում են ատամի զգալի մասը: Ախտահարման օջախից մեռուկացած զանգվածը հեռացնելը, սովորաբար, անցավ է, այդ պատճառով դա պետք է կատարել զգուշորեն:

Առանց արմատական բուժիչ միջոցառումների 1-2 տարի հետո ատամների 96%-ն ախտահարվում է:

Ատամների ճառագայթային ախտահարման ուժգնությունը պայմանավորված է ճառագայթման գոտիներով և դեղաչափով: Այս ախտահարումները,

որոնք հիշեցնում են կարիես, անցավ են նույնիսկ զոնդավորման ժամանակ: ԷՕԴ-ը նվազած է մինչև 15-25 մկԱ:

Ատամներում առաջացած խոռոչներն ունեն անհավասար քայքայված եզրեր, որոնք էմալի սահմաններում թափանցիկ են և փուխր: Խոռոչները տեղակայված են կարիեսին ոչ բնորոշ մակերեսներին: Կարիեսային խոռոչը հաճախ լցված է մոխրագույն զանգվածով, որի հեռացումը կա՛մ քիչ ցավոտ է կա՛մ անցավ: Նախկինում և կրկին դրված ատամնալիցքերն ընկնում են:

Անամնեզը հնարավորություն է տալիս տարբերակելու նշված ախտահարումները, նախաձեռնելու բուժման և կանխարգելման միջոցներ:

**Կանխարգելումը:** Ատամի վրա ճառագայթման ուղիղ ազդեցությունը թուլացնելու նպատակով պատրաստվում է անհատական արձճային կապա, որը հիվանդը դնում է յուրաքանչյուր ճառագայթային բուժումից առաջ: Անհրաժեշտ է նաև նվազեցնել ճառագայթի ազդեցությունը՝ նախապես անցկացնելով ընդհանուր և տեղային ռեմթերապիայի 1 ամիս տևողությամբ կուրս՝ հակաօքսիդանտների հետ համատեղ:

Եթե կանխարգելիչ միջոցները չեն կատարվել ճառագայթումից առաջ, ապա ճառագայթային բուժումից հետո ստոմատոլոգիական միջամտությունների հետ մեկտեղ պետք է անցկացնել համալիր բուժման կուրս՝ 5-6 ամիս տևողությամբ:

Սովորաբար 3-4 շաբաթ համալիր ռեմթերապիայից և հակաօքսիդանտային բուժումից հետո առաջանում է դենտինի գերզգայունություն: Դա լավ նշան է և վկայում է կակղանի կենսագործունեության վերականգնման մասին:

**Բուժումը:** Ատամի կարծր հյուսվածքների ախտահարումների դեպքում բուժումն անցկացվում է մի քանի փուլով: Սկզբում արտաքերիչով ատամի արատից զգույշ հեռացվում են մեռուկացած զանգվածները, որպեսզի ատամի խոռոչը չբացվի, իսկ հետո դրվում է կալցիֆիկացված մածուկ, որը բաղկացած է կալցիումի գլիցերոֆոսֆատի, ցինկի օքսիդի և գլիցերինի հավասարաչափ քանակություններից: Մածուկը բարակ շերտով տեղադրվում է առաջացած խոռոչի հատակին և պատերին, որոնք փակվում են ժամանակավոր լցանյութով: Հաջորդ փուլն ատամների հետաձգված բուժումն է 1-1,5 ամիս հետո: Ոչ կենսունակ, մեռուկացած ատամի հյուսվածքները հեռացվում են, որը կատարվում է գչիրի միջոցով մինչև դենտինի և էմալի հանքայնացված հատվածներ,

որից հետո կրկին դրվում է կալցիֆիկացված մածուկ և լիցքավորվում ապակեիոնոմերային ցեմենտով:

Ավելի խոր ախտահարումների դեպքում մեռուկացած արատը լցնում են ապակեիոնոմերային ցեմենտով և 3-4 ամիս անց (ֆրոնտալ ատամների համար, եթե կա գեղագիտական պահանջ) ապակեիոնոմերային ցեմենտի մի մասը հեռացնում են՝ վրան տեղադրելով կոմպոզիցիոն լցանյութ:

## **2.8. Ատամների կարծր հյուսվածքների դեղորայքային և տոքսիկ խանգարումներ**

Ոչ կարիեսային ախտահարումների նոգոլոզիական այս տեսակը առաջին անգամ նշվել է պրոֆեսոր Ֆյոդորովի և համահեղինակների կողմից (1997): Հեղինակների տվյալներով նման խանգարումներով հիվանդները կազմում են ատամների ոչ կարիեսային ախտահարումներով հիվանդների առնվազն 5%-ը:

Հաստատված է, որ որոշ դեղամիջոցներ (օրինակ՝ հորմոնային հակաբեղմնավորիչները, սալիցիլատները), որոնք օգտագործվում են պարբերաբար և երկարատև, ունակ են առաջացնելու հանքային փոխանակության խանգարումներ և ատամների ոչ կարիեսային ախտահարումներ: Ատամների կարծր հյուսվածքների վրա ազդեցություն են թողնում աշխատանքային միջավայրի թունավոր գործոնները, ինչպես նաև թունավոր նյութերի հետ հաճախակի շփումները:

Ատամների էրոզիան և մաշվածությունը առաջանում են սալիցիլատների, հորմոնային պատրաստուկների երկարատև կիրառման և վիտամին C-ի թթու ծծողական հաբերի օգտագործման դեպքում: Այդ դեպքում առաջանում են տարբեր տեսակի էրոզիաներ՝ ատամի վիա տեղակայման անսովոր հատվածներում (թմբիկներ, կտրող եզրեր): Այսպիսի էրոզիաներն ունեն բաց գույն, թափանցիկ տպավորություն են թողնում, հարթ են և փայլուն: Գերզգայնությունը կարող է լինել թույլ արտահայտված:

Բենզինի, ացետոնի, «Момент» սոսնձի և այլ նման նյութերի գոլորշիների տոքսիկ ազդեցությունը կարող է հանգեցնել կլինիկական այլ պատկերի: Այս տեսակի ախտահարումները հիմնականում դրսևորվում են երեխաների և դեռահասների շրջանում և արտահայտվում են տոքսիկ մեռուկի կլինիկական պատկերով: Թունավոր նյութերի գոլորշիների ներշնչումը՝ տոքսիկոմանիան (թունամոլություն), հանգեցրել է նրան, որ այդ կործանիչ կրքի հայտնվելուն պես

ստոմատոլոգները սկսեցին այդ երևույթի հետևանքներին ավելի հաճախ առնչվել, քան մյուս մասնագետները:

Թունավոր նյութերի գոլորշիները ներշնչելիս լուծվում են թքում և սկզբնական շրջանում նպաստում են ատամների գունավորմանը՝ բաց դեղնավունից մինչև մուգ շագանակագույն, ինչպես նաև հանդեցնում են էմալի փայլի կորստին, ապահանքայնացմանը և մեռուկացմանը:

Ավելի ուշ շրջաններում առաջանում են մեռուկի լայն հատվածներ՝ մեռուկային փափուկ զանգվածներով: Հետագուստով երեխաների ռեֆլեքսները սովորաբար դանդաղացած են, իսկ հազվադեպ դիտվում է անբացատրելի գրգռվածություն: Հիգիենիկ ցուցանիշները բարձր են (3,5 բալլից ավելի):

**Բուժումը:** Անհրաժեշտ է դադարեցնել տոքսիկ նյութերի ազդեցությունը ատամների և բերանի խոռոչի հյուսվածքների վրա և բուժման պրոցեսի մեջ պարտադիր ներառել նարկոլոգներին: Բժշկի բոլոր գործողությունները պետք է լինեն պատշաճ, բայց համառ՝ պահպանելով բժշկական էթիկայի և հոգեբանության բոլոր կանոնները: Հակառակ դեպքում հաջողության հասնելը դառնում է շատ դժվար կամ անհնարին:

Էմալի և դենտինի դեղորայքային ախտահարումների դեպքում Ֆյոդորովը խորհուրդ է տալիս անցկացնել ռեմիներալիզացնող թերապիայի կուրս՝

- 1) 0,5 գ կալցիումի գլիցերոֆոսֆատ՝ օրական 3 անգամ,
- 2) պոլիվիտամիններ «Կվադնիտ» կամ «Կոմպլևիտ» օրը 4-5 հար,
- 3) ֆոսֆատ պարունակող մածուկով ապլիկացիաներ,
- 4) 2,5% կալցիումի գլիցերոֆոսֆատի էլեկտրաֆորեզ՝ օրը մեջ 10 անգամ:

Կուրսը նախատեսված է 1 ամսվա համար: Ռեմիներալիզացիայի կուրսը կրկնում են տարին 2-3 անգամ: Տեղային բուժումն անցկացվում է առանց ընդմիջումների: Ատամների լցավորման անհրաժեշտության դեպքում առավել ճիշտ տարբերակը ապակեիոնոմերային ցեմենտներ օգտագործելն է կամ նրանց համատեղումը կոմպոզիտային լցանյութերով: Էմալի և դենտինի թունավոր ախտահարումներ ունեցող հիվանդների ատամների տեղային ու ընդհանուր բուժումը տարբերվում է նախ և առաջ նրանով, որ ռեմիներալիզացիայի հետ լրացուցիչ անցկացվում է ակտիվ հակաօքսիդանտային թերապիա՝ վիտամիններ A, C, E: Ռեմիներալիզացիայից հետո ատամների լցավորումը պետք է կատարել միայն ապակեիոնոմերային ցեմենտներով:



## 2.9. Գերզգայունություն

**Գերզգայունություն** ատամի հյուսվածքների զգայնության բարձրացումն է ջերմային, մեխանիկական և քիմիական գրգռիչների նկատմամբ:

Այս երևույթը կարող է առաջանալ կարիեսի, ոչ կարիեսային ախտահարումների, պարոդոնտի հիվանդությունների, նյարդային, ներզատիչ, մարսողական համակարգերի, դաշտանադադարի, նյութափոխանակության խանգարումների և այլ հիվանդությունների դեպքում:

**Դասակարգումը:** (Յու. Ֆյոդորով)

*ա) Ըստ տարածվածության՝*

1. սահմանափակ գերզգայունություն (առանձին ատամների գերզգայունություն),
2. տարածուն գերզգայունություն (ատամների մեծ մասի զգայնության բարձրացում պարոդոնտի հիվանդությունների, ախտաբանական մաշվածության դեպքում և այլն):

*բ) ըստ ծագման՝*

1. ատամի կարծր հյուսվածքների կորստով պայմանավորված գերզգայունություն (կարիես և ոչ կարիեսային ախտահարումներ, ատամների տաշվածքի հետևանքով),
2. գերզգայունություն առանց ատամների կարծր հյուսվածքների կորստի (պարոդոնտի և մի շարք ընդհանուր հիվանդությունների դեպքում):

*գ) ըստ կլինիկական ընթացքի՝*

- 1-ին աստիճանի գերզգայունություն՝ զգայնության բարձրացում ջերմային գրգռիչների նկատմամբ,
- 2-րդ աստիճան՝ զգայնության բարձրացում ջերմային և քիմիական գրգռիչների նկատմամբ,
- 3-րդ աստիճան՝ զգայնության բարձրացում բոլոր տեսակի գրգռիչների նկատմամբ:

**Կլինիկական պատկերը:** Հիվանդները հիմնականում գանգատվում են ինտենսիվ, բայց արագ անցնող ցավերից, որոնք կարող են առաջանալ ջերմային, քիմիական և մեխանիկական գրգռիչներից: Երբեմն հնարավոր են ճառագայթող ցավեր: Չննման ժամանակ հայտնաբերվում են ատամների կարծր հյուսվածքների կառուցվածքային փոփոխություններ և պարոդոնտի ախտահարումներ:

Ատամի զգայունությունը որոշելու համար օգտագործում են զոնդ (մեխանիկական գրգռիչ) և տարբեր հեղուկներով թրջված բամբակե գնդիկներ (սառը ջուր՝ որպես ջերմային գրգռիչ, և 4%-անոց գլյուկոզայի լուծույթ՝ որպես քիմիական գրգռիչ):

**Տարբերակիչ ախտորոշումը:** Գերզգայունությունն անհրաժեշտ է տարբերակել սուր տարածուն պուլպիտից, քանի որ երկուսի դեպքում էլ հիվանդները նշում են սուր ցավ և դժվարանում են մատնանշել հիվանդ ատամը: Պուլպիտի դեպքում ցավը երկարատև է, ուժգնանում է գիշերը, ԷՕՍ-ն 20մկԱ է և ավելի: Գերզգայունության դեպքում ԷՕՍ-ն նորմալի սահմաններում է՝ 2 - 6 մկԱ:

**Բուժումը:** Բուժման համար կիրառում են ռեմիներալիզացիոն թերապիա: Եթե գերզգայունության պատճառն ատամի վզիկի կամ արմատի ցեմենտի մերկացումն է, ապա բացի ռեմիներալիզացիոն թերապիայից կիրառվում են հերմետիզացնող միջոցներ՝ արմատային հերմետիկներ:

## 2.10. Ատամների վնասվածքներ

Տարբերում են ատամի սուր և քրոնիկական վնասվածքներ: Ատամի սուր վնասվածքները սովորաբար առաջանում են նրա վրա համեմատաբար մեծ ուժի միանվագ մեխանիկական ազդեցության հետևանքով (հարված), իսկ քրոնիկական վնասվածքները՝ փոքր մեխանիկական ուժի երկարատև ազդեցության հետևանքով (անորակ ատամնալիցքեր, պրոթեզներ և այլն):

### Սուր վնասվածքներ

#### Դասակարգումը

Ատամների սուր վնասվածքների դասակարգումը (Մ. Գրոշիկով, 1985)՝

1. ատամի սալջարդ (contusion dentis)՝ նյարդանոթային խրձի վնասումով կամ առանց վնասման,
2. ատամի հոդախախտ (luxatio, delocatio dentis)՝
  - ա) ոչ լրիվ հոդախախտ՝ նյարդանոթային խրձի վնասումով կամ առանց վնասման՝
    - պսակի տեղաշարժումով դեպի օկլյուզիոն մակերես,
    - պսակի անդաստակային տեղաշարժումով,
    - պսակի տեղաշարժումով դեպի հարևան ատամը,
    - պսակի քմային տեղաշարժով,
    - ատամի առանցքի շուրջը պտույտով,
    - զուգակցված,

բ) լրիվ հողախախտ,

գ) ներհրված հողախախտ,

3. ատամի կոտրվածք ( fractura dentis )`

ա) ատամի պսակի կոտրվածք` էմալի սահմաններում, էմալի և դենտինի սահմաններում` առանց ատամի խոռոչի բացման և նրա բացումով,

բ) ատամի վզիկի կոտրվածք` ատամնալնդային ակոսի հատակից վերև, ատամնալնդային ակոսի հատակից ներքև,

գ) ատամի արմատի կոտրվածք` առանց կակղանը պատռվելու կամ նրա պատռումով, առանց բեկորների տեղաշարժի կամ նրանց տեղաշարժով, արմատի հարվզիկային, գագաթային կամ միջին հատվածներում`

- լայնական,

- թեք,

- երկայնական,

- բազմաբեկոր,

4. գուգակցված վնասվածքներ,

5. ատամի սաղմի վնասվածքներ:

**Ատամի սալջարդ**

Այս վնասվածքի դեպքում առաջին մի քանի ժամերի ընթացքում հիվանդները գանգատվում են հանգիստ պայմաններում տնքացող ցավից, որն ուժգնանում է կծելու ժամանակ: Երբեմն հարգագաթային պերիօդոնտի մեխանիկական ճնշման հետևանքով կարող է ատամի նյարդանոթային խուրձը պատռվել և կակղանը մեռուկանալ: Վերջինիս դեպքում ատամը որոշ ժամանակ անց գունափոխվում է (մոխրագույն), և ի հայտ են գալիս քրոնիկական պերիօդոնտիտների բնորոշ երևույթներ (ոսկրային հյուսվածքի նուսրացում, խուղակների առաջացում և այլն): Եթե որոշվել է պահպանել ատամի կակղանի կենսունակությունը, կատարվում է ԷՕԱ: Վերջինս կատարվում է վնասվածքից 2-3 օր հետո:

**Տարբերակիչ ախտորոշումը** կատարվում է ատամի արմատի կոտրվածքից տարբերակելու համար: Վերջինս ստույգ երևում է ռենտգենաբանական պատկերում:

**Բուժումը:** Ատամի սալջարդի դեպքում բավական է նրա համար ստեղծել հանգստի պայմաններ` բացառել կոշտ սննդի ընդունումը, հանել ատամը օկլյուզիայից: Նյարդանոթային խուրձը պատռվելու դեպքում կակղանը

հեռացնում են և կատարում արմատալիցք: Եթե ատամը գունափոխվում է, ապա ատամնալիցք կատարելուց առաջ ատամը սպիտակեցնում են:

### **Ատամի հողախախտ**

*Ատամի հողախախտն* ատամի տեղաշարժն է ատամնաբնում, որը կատարվում է վնասվածքային գործոնի (ուժի) կողմնային կամ ուղղահայաց ազդեցության հետևանքով: Առողջ պարօդոնտի դեպքում մեծ ջանք է պահանջվում ատամը տեղաշարժելու համար, սակայն պարօդոնտի հիվանդությունների դեպքում, երբ առկա է ոսկրային հյուսվածքի ռեգորբցիա, ատամի հողախախտ կարող է լինել նույնիսկ կոշտ սնունդ ծամելու ընթացքում: Հողախախտը կարող է լինել մեկուսացված (*изолированный*) կամ գուգորդվել ավելոյար ելունի կամ ծնոտի մարմնի կոտրվածքով:

*Լրիվ (ամբողջական) հողախախտը* բնորոշվում է ատամնաբնից ատամի արտանկումով:

*Ոչ լրիվ (մասնակի) հողախախտը* բնորոշվում է ատամնաբնում արմատի տեղաշարժով և ուղեկցվում է պերիօդոնտալ թելերի որոշ հատվածի պատռումով: Ատամը կարող է տեղաշարժվել տարբեր հարթություններով: Դեպի հարևան ատամ տեղաշարժի դեպքում ռենտգենագրում դիտվում է պսակի տեղաշարժման կողմի պերիօդոնտալ ճեղքի նեղացում կամ լրիվ բացակայություն, իսկ հակառակ կողմում՝ լայնացում: Ատամի անդաստակաբերանային տեղաշարժերի դեպքում ատամի պսակը և արմատի գագաթը տեղաշարժվում են փոխադարձ հակառակ ուղղություններով, իսկ ռենտգենագրում նման ատամի արմատը երևում է կարճացած:

Օկլյուզիոն տեղաշարժի դեպքում (արտահրված հողախախտ) ատամի պսակը թվում է երկարացած, իսկ ռենտգենագրում երևում է պերիօդոնտի գագաթային հատվածի դատարկում:

Ներհրված հողախախտը բնորոշվում է ատամի՝ դեպի ծնոտի մարմին մասնակի կամ լրիվ տեղաշարժումով: Մասնակի ներհրման դեպքում ատամը երևում է կարճացած, իսկ ռենտգենագրում դիտվում է պերիօդոնտալ ճեղքի նեղացում կամ նրա բացակայություն:

Հողախախտի դեպքում հիվանդները գանգատվում են մեկ կամ մի քանի ատամների շրջանում ցավի զգացողությունից, շարժունության առկայությունից: Հիվանդը ստույգ նշում է այդ նշանների առաջացման ժամկետը և պատճառը:

**Բուժումը:** Առաջին հերթին որոշվում է ատամը պահպանելու նպատակահարմարության հարցը: Հիմնական չափանիշն է ատամի արմատի շրջանում ոսկրային հյուսվածքի վիճակը: Ատամը նպատակահարմար է պահպանել, եթե ոսկրային հյուսվածքը պահպանված է ատամի արմատի երկարության կեսից ոչ պակաս:

Սկզբում (անզգայացմամբ) մեծ զգուշությամբ, որպեսզի բացառվի նյարդանոթային խրձի վնասումը, կատարում են ատամի վերատեղադրում (ռեպոզիցիա): Վերատեղադրումից հետո ատամը պետք է անշարժացնել տարբեր բեկակալներով (շինաներ): Դրանից հետո կատարում են ԷՕՍ: Եթե ատամի կակղանը մեռուկացած է, այն անհրաժեշտ է հեռացնել, իսկ արմատախողովակը՝ լցավորել: Եթե ԷՕՍ-ի տվյալները 2-6 մկԱ սահմաններում են, ապա դա վկայում է այն մասին, որ նյարդանոթային խուրձը պատռված չէ: Սակայն հարկ է հիշել, որ առաջին 3-5 օրվա ընթացքում ԷՕՍ-ի տվյալների նվազեցումը կարող է լինել վնասվածքի նկատմամբ պատասխան ռեակցիա: Հետևաբար պետք է ստուգել կակղանի վիճակը նաև հետագայում:

Ներհրված հողախախտը միշտ ուղեկցվում է նյարդանոթային խրձի վնասումով: Այս դեպքում ատամը վերատեղադրելուց հետո միանգամից հեռացվում է կակղանը, որով և կանխվում են նրա քայքայումը և ատամի գունափոխումը:

Լրիվ հողախախտի դեպքում կատարվում է ատամի ռեպլանտացիա: Այս միջամտությունը հաջող է լինում առողջ պարօդոնտի դեպքում: Ռեպլանտացիան կատարվում է հետևյալ հաջորդականությամբ՝

- 1) ատամի էնդոդոնտիկ բուժում,
- 2) ատամի արմատի և ատամնաբնի մշակում հականեխիչ լուծույթներով,
- 3) ատամի տեղադրում ատամաբնի մեջ և ֆիքսում շինավորման միջոցով (որոշ դեպքերում շինավորումը պարտադիր չէ):

Հիվանդները վերցվում են դիսպանսեր հսկողության տակ:

Վնասվածքից հետո որքան արագ կատարվի ռեպլանտացիան, այնքան այն արդյունավետ կլինի: Վնասվածքից հետո 15-30 րոպեների ընթացքում ռեպլանտացիայի ենթարկված ատամի արմատը քայքայվում է աննշան, և ատամը պահպանվում է երկար տարիներ: Ուշացած դեպքերում արմատի քայքայումը ռենտգենաբանորեն նկատվում է միջամտությունից հետո առաջին

ամսվա ընթացքում, զարգանում է արագ և մեկ տարվա ընթացքում քայքայվում է արմատի զգալի մասը:

### **Ատամի կոտրվածք**

Ատամը կարող է կոտրվել տարբեր հատվածներում (պսակ, վզիկ, արմատ): Պսակի կոտրվածքներն ախտորոշման տեսակետից դժվար չեն:

**Բուժումը** պայմանավորված է կոտրվածքի տեղակայմամբ: Եթե կոտրվածքը էմալի ու դենտինի սահմաններում է, և կակղանը մերկացած չէ, կատարում են լցավորում կոմպոզիտներով: Անհրաժեշտության դեպքում օգտագործվում են հարկակղանային գամեր:

Կակղանի մերկացման դեպքում ցուցված է կակղանի էքստիրպացիա (կամ ամպուտացիա, եթե արմատը լրիվ ձևավորված չէ)՝ հետագա արմատալցումով և ատամնալցումով: Անհրաժեշտության դեպքում օգտագործվում են ներարմատային գամեր, պսակը վերականգնում են կոմպոզիտներով: Հնարավոր է նաև ներդիր կամ արհեստական պսակ պատրաստել:

Ամբողջ պսակի կոտրվածքի դեպքում (եթե արմատը հնարավոր է պահպանել) կակղանը հեռացնելուց և արմատալիցքից հետո պատրաստում են տարբեր կառուցվածքի գամային ատամներ:

### **Ատամի արմատի կոտրվածք**

Ատամի արմատի կոտրվածքը կարող է լինել լայնական, երկայնական, բազմաբեկոր, թեք: Բուժումը պայմանավորված է կոտրվածքի բնույթով, որը բացահայտվում է ռենտգենաբանական հետազոտությամբ:

Ատամի արմատի կոտրվածքի կլինիկական պատկերը նման է ատամի սալջարդի կամ հոդախախտի պատկերին:

Բուժման տեսակետից առավել անբարենպաստ են երկայնական, բազմաբեկոր և թեք կոտրվածքները, որոնց դեպքում անհնար է դառնում արմատի օգտագործումը որպես հենակետ:

Արմատի լայնական կոտրվածքի բուժումը պայմանավորված է նրա մակարդակով: Եթե կոտրվածքի գիծն անցնում է արմատի 1/4-1/3 կամ կեսի մակարդակի սահմաններում, ապա կակղանը հեռացվում է, արմատախողովակը լցավորվում, իսկ 2 բեկորները ամրացվում են միմյանց գամերով: Գազաթի հատվածի կոտրվածքի դեպքում մշակում և լցավորվում է մեծ բեկորը, իսկ փոքրը կարելի է թողնել առանց միջամտության:

Արմատները լցավորելուց հետո կարևոր է վերականգնել ատամի ճիշտ դիրքը և հանել այն կծվածքից:

### **Քրոնիկական վնասվածք**

Քրոնիկական վնասվածքը կարող է պայմանավորված լինել մասնագիտական գործոնների ազդեցությամբ կամ վնասակար սովորություններով (նկարագրված է կենտրոնական կտրիչների կտրող եզրի վրա գոգավորության առաջացմամբ՝ ատամներով թելը կտրող դերձակների, ատամներով մեխերը պահող կոշկակարների, ապակեգործների, փողային գործիքներ նվագող երաժիշտների շրջանում): Հիմնականում հիվանդները ցավային գանգատներ չեն ներկայացնում:

**Բուժումը:** Կատարվում է արատի վերացում՝ կա՛մ հղկումով, կա՛մ ատամնալցումով: Կարևոր նշանակություն ունի վնասվածքային գործոնի վերացումը:

### **Ատամի սաղմի վնասվածքներ**

Ատամի սաղմի վնասվածքներն առավել հաճախ դիտվում են մշտական ատամներում:

Դա պայմանավորված է կաթնատամների մեխանիկական վնասվածքներով (սալջարդ, հողախախտ) կամ ծնոտների ոսկրերի վնասումով: Մշտական ատամի սաղմի վնասումն արտահայտվում է նրա ծկթումից հետո ատամի գույնի փոփոխությամբ, կակղանի մեռուկացումով, կարծր հյուսվածքների ռեգորբցիայով և այլն:

## 2.11. Ամփոփիչ թեստեր

<p><b>1. Թմբիկների և կտրող եզրի մաշումն ընդհուպ դենտին դիտվում է ախտաբանական մաշվածության՝</b></p> <p>ա) IV աստիճանի դեպքում բ) III աստիճանի դեպքում գ) II աստիճանի դեպքում դ) I աստիճանի դեպքում</p> <p><b>Պատասխան՝ գ</b></p>	<p><b>2. Սեպաձև դեֆեկտին բնորոշ չէ՝</b></p> <p>ա) պրոցեսի տեղակայումը պսակի հարվզիկային շրջանում բ) պատերի կարծրությունը, հարթությունը և փայլունությունը գ) էմալի ենթամակերեսային շերտի ապահանքայնացումը դ) ներկիչների հանդեպ թափանցելիության բացակայությունը</p> <p><b>Պատասխան՝ գ</b></p>
<p><b>3. Մեռուկը չեն տարբերակում՝</b></p> <p>ա) հիպոպլազիայից բ) սեպաձև դեֆեկտից գ) էրոզիայից դ) կարիեսից</p> <p><b>Պատասխան՝ ա</b></p>	<p><b>4. Ֆրոնտալ ատամի վեստիբուլոքալ հոդախախտի դեպքում ռենտգենաբանորեն դիտվում է ատամի արմատի՝</b></p> <p>ա) կարճացում բ) թեքում գ) երկարում դ) փոփոխության բացակայություն</p> <p><b>Պատասխան՝ ա</b></p>
<p><b>5. Ատամների գերզգայունությունն անհրաժեշտ է տարբերակել</b></p> <p>ա) սուր պուլպիտներից բ) սուր պերիօդոնտիտներից գ) օստեոմիելիտից դ) պերիօստիտից</p> <p><b>Պատասխան՝ ա</b></p>	<p><b>6. Ո՞ր ոչ կարիեսային ախտահարումն է առավել հաճախ զուգորդում պարօդոնտոզին՝</b></p> <p>ա) բուլբը բ) հիպոպլազիան գ) ֆլյուորոզը դ) սեպաձր դեֆեկտը</p> <p><b>Պատասխան՝ դ</b></p>
<p><b>7. Հարվզիկային մեռուկին բնորոշ չէ՝</b></p> <p>ա) կարճատև ցավը ջերմային և քիմիական գրգռիչներից բ) պրոցեսի տարածումը ատամի պսակի լայնությամբ գ) պրոցեսի տեղակայումը ատամի անդաստակային մակերեսի հարվզիկային շրջանում դ) ներկիչների հանդեպ թափանցելիության բացակայությունը</p> <p><b>Պատասխան՝ դ</b></p>	