

---

## ԳԼՈՒԽ 9. ՊԵՐԻՕԴՈՆՏԻՏՆԵՐ

---

### 9.1. Պերիոդոնտիտների դասակարգումը

Ըստ Լուկոմսկու՝ պերիոդոնտիտները դասակարգվում են.

1. Սուր (էքսուդատիվ) պերիոդոնտիտներ (periodontitis acuta)
  - ա. շճային (սահմանափակ և տարածուն) (periodontitis acuta serosa),
  - բ. թարախային (սահմանափակ և տարածուն) (periodontitis acuta purulenta):

2. Քրոնիկական (պրոլիֆերատիվ) պերիոդոնտիտներ՝
  - ա. ֆիբրոզ (periodontitis chronica fibrosa),
  - բ. գրանուլացվող (periodontitis chronica granulans),
  - գ. գրանուլեմատոզ (periodontitis chronica granulomatoza):

3. Քրոնիկական պերիոդոնտիտի սրացում (periodontitis chronica exacerbata):

#### Ըստ ՀԱԿ-ի դասակարգման՝

- Կ 04.4 կակղանային ծագման, սուր գագաթային պերիոդոնտիտ
- Կ 04.5 քրոնիկական գագաթային պերիոդոնտիտ (գագաթային գրանուլեմա)
- Կ 04.6 հարգագաթային աբսցես խուղակով
- Կ 04.7 հարգագաթային աբսցես առանց խուղակի
- Կ 04.8 արմատային կիստա
- Կ 04.9 հարարմատային շրջանի չճշգրտված այլ ախտահարումներ

### 9.2. Պերիոդոնտիտների պատճառագիտությունը և ախտաձագումը

Պերիոդոնտիտը շուրջարմատային հյուսվածքի բորբոքումն է:

#### Պատճառագիտությունը

Պերիոդոնտիտները լինում են վարակական և ոչ վարակական: Ոչ վարակական պերիոդոնտիտը իր հերթին լինում է դեղորայքային (կարիեսի կամ պոլիպիտի բուժման հետևանքով) և վնասվածքային (հարված, սալջարդ և այլն): Առավել հաճախադեպ են վարակական բնույթի պերիոդոնտիտները:

Վարակի աղբյուրը սովորաբար ատամի մահացած կակղանն է: Արմատախողովակից մանրէները թափանցում են պերիցեմենտ (պերիօդոնտ) և առաջացնում գազաթային պերիօդոնտիտ: Դրան նպաստում է ծամելու ժամանակ առաջացած ճնշումը, ինչպես նաև բժշկի կողմից կատարած միջամտության ժամանակ կակղանի պարունակության ներհրումը պերիօդոնտ: Սա պերիօդոնտիտների զարգացման հիմնական ճանապարհն է:

Վարակի ներթափանցման երկրորդ ճանապարհը լնդի եզրը և ախտաբանական լնդագրպանիկն է:

Երրորդը հեմատոզեն և լիմֆոզեն (գրիպի, անգինայի, տիֆի և այլ վարակական հիվանդությունների դեպքում) ճանապարհն է:

Չորրորդ ուղին՝ ըստ պրոցեսի շարունակության, օրինակ՝ գինգիվո-ստոմատիտների, օստեոմիելիտների, հայմոռիտների, պերիկորոնարիտների դեպքում:

Պերիօդոնտիտների դեպքում բորբոքային օջախից ստացված քսուքում հաճախ հայտնաբերվում են անաերոբ և աերոբ ստրեպտոկոկեր, կարող են լինել նաև ստաֆիլակոկեր, իսկ հազվադեպ՝ «g-» մանրէները (ֆուզոբակտերիաները, սպիրոխետները և *Entamoeba gingivalis*):

**Դեղորայքային կամ քիմիական ծագման պերիօդոնտիտներն** առաջանում են, երբ պերիօդոնտ են անցնում քիմիական կամ դեղորայքային ուժեղ ազդող և գրգռող նյութեր՝ ֆորմալին, ֆենոլ, տրիկլորոլ, հականեխիչներ, մկնդեղային անհիդրիդ: Դեղորայքային պերիօդոնտիտներից են նաև ալերգիկ պերիօդոնտիտները: Դրանք առաջանում են այն դեղորայքներից, որոնք հանգեցնում են օրգանիզմի սենսիբիլիզացիայի՝ հակաբիոտիկներ, սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ և հականեխիչներ, որոնք սովորաբար օգտագործվում են պերիօդոնտի համար անվնաս կոնցենտրացիաներով:

**Վնասվածքային պերիօդոնտիտները** լինում են սուր (միանվագ կարճատև ուժեղ ազդեցությունից)՝ հարվածից, ընկույզ կամ կորիզ կծելուց, և քրոնիկական (երկարատև կրկնվող թույլ ազդեցություն)՝ մշտական գերժանրաբեռնվածություն անտագոնիստ ատամի կողմից, ատամի մակարդակից բարձր լցանյութից, ատամների արանքում մեխ կամ այլ իրեր պահելու սովորությունից: Սուր վնասվածքներից առաջանում են սուր պերիօդոնտիտներ, իսկ քրոնիկականներից՝ քրոնիկական:

Վնասվածքային պերիօդոնտիտի պատճառ կարող է լինել նաև բժշկի սխալը (յաթրոգեն պատճառ) էնդոդոնտիկ միջամտությունների դեպքում, երբ էնդոդոնտիկ գործիքը դուրս է բերվում գազաթային անցքից դեպի պերիօդոնտ, կամ երբ պերիօդոնտ է ներհրվում արմատալիցքը կամ գամբ: Յաթրոգեն պերիօդոնտիտ կարող է առաջանալ նաև սխալ օրթոդոնտիկ բուժումից, երբ ճիշտ չի հաշվարկվում ատամի տեղաշարժման համար նախատեսված ուժը (ատամների արագ տեղաշարժ):

### **Պերիօդոնտիտների ախտաձագումը**

Բորբոքումը օրգանիզմի անմիջական պատասխանն է բջիջների վնասմանը, որը կարող է լինել քիմիական, ինֆեկցիոն, դեղորայքային, ճառագայթային վնասվածքի պատճառով:

Բորբոքումը մակրոօրգանիզմի համար ունի հետևյալ նշանակությունը՝

- գրգռող ազենտի հեռացում և նրա հետագա տարածման կասեցում,
- բջջային մեղիատորների համակարգային ազդեցության սահմանափակում,
- հյուսվածքների ռեգեներացիայի խթանում:

Բորբոքային պրոցեսը միշտ ընթանում է նույն սխեմայով՝ անկախ պատճառից և ախտահարված օրգանից:

**Ինֆեկցիոն պերիօդոնտիտի** դեպքում միկրոօրգանիզմներն առաջացնում են բջիջների վնասում, ընդ որում, դրանցից մի մասը արտադրում է էնդոտոքսիններ, որոնք ցուցաբերում են ցիտոտոքսիկ ազդեցություն, մյուսները՝ պրոթեոլիտիկ ֆերմենտներ, թթվային և հիմնային ֆոսֆատազներ, որոնք հանգեցնում են բջիջների քայքայման, որպես նաև բոլոր միկրոօրգանիզմներն արտադրում են հակածիններ, որոնք հանգեցնում են իմունային պրոցեսների դրդման:

Բորբոքման առաջին փուլում՝ ավտերացիայի փուլում էնդոտոքսինը առաջացնում է լաբրոցիտների (պարարտ բջիջներ) դեգրանուլացիա (ապահատիկավորում), որի արդյունքում արտազատվում են կենսաբանական ակտիվ նյութեր՝ հիստամին, հեպարին և քեմոտաքսիսի գործոնը (նեյտրոֆիլների և էոզինոֆիլների տեղափոխման գործոն): Հիստամինը վազոակտիվ ամին է, առաջացնում է արյան հոսքի արագացում (քանի որ հանգեցնում է խոշոր անոթների պատերի մկանների կծկման), մազանոթների դիլատացիա և թափանցելիության մեծացում: Այս ամենի հետևանքով արյան պլազման արտահոսում է դեպի հյուսվածքներ, և սկսվում է էքսուդատիվ փուլը: Իսկ

քեմոտաքսիսի գործոնները լեյկոցիտներն ուղորդում են դեպի բորբոքային օջախ, որտեղ դրանք միանում են ֆագոցիտներին և մասնակցում են ֆագոցիտոզի պրոցեսին: Էնդոտոքսինն ակտիվացնում է նաև կոմպլեմենտի համակարգի բաղադրիչները, որոնք 10 ոչ ակտիվ սպիտակուց են, որոնց ակտիվացնում են լեյկոցիտների հեմոտաքսիսը և պարարտ բջիջների դեգրանուլացիան:

Մեծ դեր ունի նաև արյան մակարդման համակարգը. արյան մակարդուկը կանխում է ինֆեկցիոն գործոնի հետագա տարածումը օրգանիզմով:

Կինինային համակարգը նույնպես մեծ դեր ունի բորբոքման պրոցեսում, քանի որ բրադիկինինը մեծացնում է անոթների թափանցելիությունը, ակտիվացնում է լեյկոցիտների միգրացիան և առաջացնում է ցավի զգացողություն:

Այսպիսով, զարգանում է սուր պերիտոնոտիտ, որի ինտենսիվությունը պայմանավորված է մանրէների վիրուլենտականությամբ և օրգանիզմի իմունային վիճակով: Երբ իմունային համակարգը թույլ է, ապա բորբոքման օջախը դժվարությամբ է սահմանափակվում և տարածվում է ծնոտի մարմնում՝ առաջացնելով աբսցես և ֆլեզմոնա: Հակառակ դեպքում, երբ իմունային համակարգը կայուն է, սուր պերիտոնոտիտը վերածվում է քրոնիկականի:

Քրոնիկական բորբոքումը պերիտոնոտում ընթանում է պրոլիֆերատիվ փուլով գրանուլացիոն հյուսվածքի կամ գրանուլեմայի առաջացումով: Գրանուլացիոն հյուսվածքն ունի անընդհատ աճելու միտում, որը ոսկրային հյուսվածքում հանգեցնում է դեստրուկտիվ մեծ օջախների առաջացմանը:

Քրոնիկական բորբոքումը երկարատև պրոցես է (կարող է տևել շաբաթներ, ամիսներ, տարիներ), որն առաջանում է պատճառային գործոնների անընդհատ ազդեցությունից: Քրոնիկական բորբոքումը մշտական սթրես է օրգանիզմի իմունային համակարգի համար: Կենսաբանական ակտիվ նյութերի անընդհատ արտազատումը հանգեցնում է ոչ միայն տեղային հյուսվածքների, այլև բորբոքային օջախից բավականին հեռու հյուսվածքների վնասմանը: Բացի դրանից, երկարատև գոյատևող քրոնիկական բորբոքային օջախը կարող է հանգեցնել իմունային համակարգի խախտմանը, որն արտահայտվում է ալերգիկ և աուտո-իմուն հիվանդություններով:

**Վնասվածքային պերիտոնոտիտի** զարգացման մեխանիզմը պայմանավորված է նրանով, թե կատարվել է հյուսվածքների մեխանիկական քայքայում, թե՞ պարզապես դրանց գրգռում: Միանվագ վնասվածքը հանգեցնում է

կարճատև արագ անցնող բորբոքման, իսկ քրոնիկական բորբոքում առաջանում է այն դեպքում, երբ վնասված է լինում նյարդաանոթային խուրձը, որի հետևանքով առաջանում են արյունահոսություն, կակղանի նեկրոզ և զարգանում է քրոնիկական բորբոքում:

Պերիօդոնտալ հյուսվածքների միկրովնասումը, պայմանավորված անընդհատ կրկնվող ցածր ինտենսիվության քրոնիկական վնասմամբ, հանգեցնում է պերիօդոնտի ամորֆիզացիոն ունակության կորստի, խախտվում է բջիջների սնուցումը, որն էլ հանգեցնում է նրանց ոչնչացմանը:

Արմատախողովակի գերլցավորման պատճառով նույնպես կարող է առաջանալ պերիօդոնտիտ, քանի որ լցանյութը հանգեցնում է պերիօդոնտի մեխանիկական գրգռման և բորբոքման:

Դեղորայքային պերիօդոնտիտի դեպքում բջիջները քայքայվում են դեղանյութերի ազդեցությունից, հատկապես մկնդեղը վնասում է բջիջների պրոտոպլազման, բարձր խտության անէսթետիկները կոագուլյացիայի են ենթարկում պերիօդոնտի հյուսվածքները:

Այնուհետև, անկախ բջիջների կործանման պատճառից, բորբոքումը ինչպես վնասվածքային, այնպես էլ դեղորայքային պերիօդոնտիտների դեպքում զարգանում է միևնույն սխեմայով՝ կենսաբանական ակտիվ նյութերի արտազատում, անոթային փոփոխություններ և այլն:

### **9.3. Սուր գագաթային պերիօդոնտիտներ**

#### **Կլինիկական պատկերը**

Սուր պերիօդոնտիտին բնորոշ է մշտական բնույթի, կտրուկ, տեղակայված ցավը: Ցավի ինտենսիվությունը պայմանավորված է այտուցի և գերարյունության աստիճանով, ինչպես նաև էքսուդատի քանակով և բնույթով: Սուր գագաթային պերիօդոնտիտը կարող է տևել 2-3 օրից մինչև 2 շաբաթ: Սուր պերիօդոնտիտներն ընթանում են երկու փուլով՝ 1) ինտոքսիկացիայի փուլ և 2) էքսուդացիայի փուլ:

#### **Ինտոքսիկացիայի շրջան**

Սուրյեկտիվորեն հիվանդների կողմից ներկայացվող հիմնական գանգատը թույլ, տնքացող անընդհատ ցավն է: Ատամը գերզգայուն է ծամելու

պրոցեսի ժամանակ: Ցավը տեղայնացված է, հիվանդը կարողանում է նշել ցավոտ ատամը:

Օբյեկտիվորեն՝ դեմքի շրջանում փոփոխություններ չկան, բերանը բացելը սահմանափակ չէ, բերանի խոռոչում հայտնաբերվում է կարիեսային խոռոչով ատամ, որում առկա են սննդի և կակղած դենտինի մնացորդներ: Ատամն անշարժ է: Հարակից լորձաթաղանթում փոփոխություններ չեն նկատվում, սակայն անցման ծալքի շոշափումը կարող է ցավոտ լինել: Ուղղահայաց թակումը ցավոտ է: Ջոնդավորումը ցավոտ չէ: Ռենտգեն պատկերում հայտնաբերվում է խոր կարիեսային խոռոչ, հարգագաթային հյուսվածքներում փոփոխությունները նկատվում են հիվանդության սկզբից մեկ օր հետո և ռենտգեն նկարում բնութագրվում են ոսկրի սպունգանման նյութի հստակ սահմանների կորստով, որը պայմանավորված է ոսկրածուծի ինֆիլտրացիայով: Հարակից ավշային հանգույցները կարող են փոքր-ինչ մեծացած լինել և թեթև ցավոտ: Ջերմային գրգռիչների նկատմամբ ցավը բացակայում է: ԷՕԱ-ն 100մկԱ-ից բարձր է:

Մարմնի ջերմաստիճանը նորմայում է, ընդհանուր ինքնազգացողությունը չի տուժում:

Ախտաբանական անատոմիան. բորբոքման օջախում հայտնաբերվում է բորբոքային հիպերեմիա, լեյկոցիտային ներսփռանք, տեղ-տեղ երևում են հիստիոցիտների և լիմֆոցիտների կուտակումներ: Միջբջջային նյութում անոթների շուրջ հայտնաբերվում է շճային հեղուկի կուտակում, որի հետևանքով առաջանում է շուրջանոթային (պերիվասկուլյար) բորբոքային այտուց:

#### **Տարբերակիչ ախտորոշումը**

Սուր գագաթային պերիօդոնտիտը ինտոքսիկացիայի փուլում տարբերակում են՝

- սուր տարածուն պուլպիտից,
- սուր գագաթային պերիօդոնտիտից էքսուդացիայի փուլում,
- քրոնիկական պերիօդոնտիտների սրացումից:

#### **Տարբերակումը սուր տարածուն պուլպիտից**

Նման ախտանիշները՝

- 1) սուր ինքնածին երկարատև ցավ,
- 2) թույլ դրական թակում,
- 3) ռենտգենաբանական փոփոխությունների բացակայություն:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Պերիօդոնտիտների դեպքում ցավը մշտական է և տեղայնացված, չկան անցավ ժամանակահատվածներ, իսկ պուլպիտի դեպքում ցավի նոպային հաջորդում է անցավ ժամանակահատվածը, իսկ ցավը սովորաբար ճառագայթող է:

2) Չոնդավորումն անցավ է, իսկ պուլպիտի դեպքում ցավոտ է կարիէսային խոռոչի ամբողջ հատակով:

3) Պուլպիտի դեպքում ցավ առաջանում է բոլոր գրգռիչներից, իսկ պերիօդոնտիտի դեպքում՝ միայն մեխանիկականից (ատամին հավելիս):

4) Պերիօդոնտիտների դեպքում թակումն ավելի ցավոտ է, քան պուլպիտի:

5) ԷՕԱ-ն պերիօդոնտիտի դեպքում 100մկԱ-ից բարձր է, իսկ պուլպիտի դեպքում՝ 20-40մկԱ:

6) Անցման ծալքի շոշափումը սուր պերիօդոնտիտի դեպքում ցավոտ է, իսկ պուլպիտի դեպքում՝ ոչ:

**Տարբերակումը սուր գագաթային պերիօդոնտիտից էքսուդացիայի փուլում**

Նման ախտանիշները՝

1) սուր ինքնաձին մշտական երկարատև տեղայնացված ցավ,

2) դրական ուղղահայաց թակում,

3) զոնդավորումն անցավ է,

4) ԷՕԴ-ի տվյալները,

5) ջերմախտորոշման տվյալները,

6) ռենտգենաբանական փոփոխությունների բացակայություն:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Ինտոքսիկացիայի փուլում դրական է միայն ուղղահայաց թակումը, իսկ էքսուդացիայի դեպքում նաև հորիզոնականը:

2) Ատամն ինտոքսիկացիայի փուլում անշարժ է, իսկ էքսուդացիայի դեպքում շարժուն:

3) Ատամին հարակից լինող և լորձաթաղանթը ինտոքսիկացիայի փուլում անփոփոխ են, իսկ էքսուդացիայի դեպքում հիպերեմիկ և այտուցված:

4) Էքսուդացիայի փուլում նկատվում է հարատամնային հյուսվածքների կոլատերալ այտուց, որը բացակայում է ինտոքսիկացիայի դեպքում:

## **Տարբերակումը քրոնիկական պերիտոնիտի սրացումից**

Նման ախտանիշները՝

- 1) սուր ինքնաձին մշտական երկարատև տեղայնացված ցավ,
- 2) դրական ուղղահայաց թակում,
- 3) զոնդավորումն անցավ է,
- 4) ԷՕԴ-ի տվյալները,
- 5) ջերմախտորոշման տվյալները:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Ռենտգենաբանական տվյալների համաձայն՝ սրացած պերիտոնիտի տների դեպքում երևում է նախորդող քրոնիկական պերիտոնիտի պատկեր, իսկ սուրի դեպքում փոփոխություններ պերիտոնիտում չեն հայտնաբերվում:

2) Սրացման դեպքում հնարավոր է խուղակ առաջանալ

3) Սրացման ժամանակ հնարավոր է ատամի ախտաբանական շարժունակություն:

4) Սրացման ժամանակ նկատվում է փափուկ հյուսվածքների կոլատերալ այտուց:

### ***Էքսուդացիայի շրջան***

**Սուբլեկտիվորեն**՝ հիմնական գանգատներն են ատամի ուժեղ մշտական ինքնաձին պուլսացվող ցավը հատկապես ծամելու պրոցեսում, ինչպես նաև ատամին հպվելիս: Ցավը կարող է տարածվել դեմքի ամբողջ կեսի վրա: Բնորոշ է «ատամը երկարելու» սուբլեկտիվ զգացողությունը, որը բացատրվում է պերիտոնիտում էքսուդատի կուտակումներով և ծամողական ճնշման բաշխման խանգարմամբ: Հիվանդը նշում է նաև ատամի ախտաբանական շարժունակություն: Արտահայտված են նաև ընդհանուր նշանները՝ թուլությունը, գլխացավը, քնի խանգարումները, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը և այլն:

### **Օբլեկտիվորեն**

Արտաքին զննման ժամանակ կոլատերալ այտուցի պատճառով հայտնաբերվում է դեմքի ասիմետրիա, բերանը բացելը կարող է սահմանափակ լինել:

Չոնդավորումն անցավ է: Հնարավոր է հաղորդակցում կարիեսային և կակղանի խոռոչների միջև:

Թակուրը խիստ դրական է բոլոր ուղղություններով (ուղղահայաց և հորիզոնական):

Շոշափելիս ատամը շարժուն է, որը պայմանավորված է ներսփռանքով և կողագենային թելերի ապաթելավորմամբ ու մասնակի քայքայմամբ: Լինդը և անցման ծալքը հիվանդ ատամի շրջանում խիստ ցավոտ են, հիպերեմիկ են և այտուցված: Ավշային հանգույցները մեծացած են, ցավոտ են, բայց շարժուն:

Ջերմախտորոշումը. ատամը ջերմային գրգռիչներին չի արձագանքում:

ԷՕԴ. կակղանի էլեկտրագայունությունը նվազում է մինչև 100մկԱ և ցածր:

Ռենտգեն հետազոտությունը. ռենտգեն նկարում կարիեսային խոռոչի առկայություն, հարգագաթային հյուսվածքներում՝ սպունգանման նյութի պատկերի սղվածություն:

Ծանր դեպքերում տուժում է նաև օրգանիզմի ընդհանուր վիճակը: Մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 37-38°, արյան մեջ հայտնաբերվում է լեյկոցիտոզ և ԷՆԱ-ի բարձրացում:

Հիվանդի համար տանջալի այս պրոցեսը կարող է տևել մի քանի օր: Հիվանդի վիճակը որոշ չափով բարելավվում է, երբ էքսուդատը իր համար էլք է գտնում (հիմնական ճանապարհներն են ոսկրի միջով դեպի վերնոսկր և խուղակի միջոցով դեպի լինդ կամ դեմքի մաշկ): Այս դեպքում ցավի ուժգնությունը նվազում է, մարմնի ջերմաստիճանը իջնում է, և նույնիսկ, հիվանդ ատամի թակուրը կարող է բացասական լինել: Սակայն լնդի և անցման ծալքի շոշափումը միշտ ցավոտ է:

Օրգանիզմի նորմալ ռեակտիվականության դեպքում սուր պերիօդոնտիտը վերածվում է քրոնիկականի՝ ձևավորելով քրոնիկական ինֆեկցիայի օջախ: Օրգանիզմի ցածր ռեակտիվականության դեպքում սուր պերիօդոնտիտը կարող է վերածվել դիմաձնոտային շրջանի արսցեսների և ֆլեգմոնաների:

Սուր թարախային պերիօդոնտիտի դեպքում բորբոքային պրոցեսը տարածվում է շրջակա հյուսվածքներ: Տարբերում են 4 փուլ.

1. Պերիօդոնտալ փուլ. թարախային պրոցեսը տեղակայված է պերիօդոնտում: Բնորոշվում է տեղային բնույթի ցավերով, որոնք ուժգնանում են կծելիս:
2. Էնդոսալ փուլ. թարախը թափանցում է ավելոյար ոսկրի մեջ: Ցավը հետզհետե աճում է, եռվորյակ նյարդի ճյուղերով ի հայտ է գալիս ճառագայթող ցավ:

3. Ենթավերնուսկրային փուլ. թարախը կուտակվում է վերնուսկրի տակ: Ցավն ուժգնանում է և դառնում անտանելի:
4. Ենթալորձաթաղանթային փուլ. թարախը վերնուսկրից անցնում է փափուկ հյուսվածքներ: Ի հայտ է գալիս այտուց, որը տարածվում է դեպի ենթաակնակապճային շրջան (վերին ծնոտ) և ենթաճնոտային շրջան (ստորին ծնոտ): Վերնուսկրի թափածակման հետևանքով ցավը նվազում է (ճնշման անկում): Կարող է առաջանալ խուղակ:

Սուր պերիօդոնտիտները տևում են 2-3 օրից (շճային) մինչև 14 օր (թարախային) և չբուժվելու դեպքում վերածվում են քրոնիկականի:

#### **Ախտաբանական անատոմիան**

Բորբոքման օջախում հայտնաբերվում է բազմաձև-կորիզային լեյկոցիտներով ներսփռանք, կոլագենային թելերը փխրեցված են: Տարածուն ներսփռանքի զուգակցմամբ առաջանում են աբսցեսներ, որոնք միանալով ստեղծում են թարախային օջախներ: Վերնուսկրը հաստացած է, տեղ-տեղ թարախով շերտազատված: Պերիօդոնտին հարակից ոսկրային հյուսվածքում նկատվում են ռեզորբցիայի նշաններ: Տեղի է ունենում նաև աստամի արմատի ցեմենտի ներծծում: Ոսկրի ռեզորբցիայի հետևանքով էքսուդատը հավաքվում է վերնուսկրի տակ:

#### **Տարբերակիչ ախտորոշումը**

Սուր պերիօդոնտիտը էքսուդացիայի փուլում տարբերակում են՝

- սուր գագաթային պերիօդոնտիտից ինտոքսիկացիայի փուլում,
- քրոնիկական պորիօդոնտիտի սրացումից,
- սուր օդոնտոգեն օստեոմիելիտից,
- պարօդոնտալ աբսցեսից,
- թարախակալված կիստայից:

**Տարբերակումը սուր գագաթային պերիօդոնտիտից ինտոքսիկացիայի փուլում** (տես էջ 169)

**Տարբերակումը քրոնիկական պերիօդոնտիտի սրացումից**

Նման ախտանիշները՝

- 1) սուր ինքնաձին մշտական երկարատև տեղայնացված ցավ,
- 2) դրական թակում բոլոր ուղղություններով,
- 3) զոնդավորումն անցավ է,
- 4) ԷՕԴ-ի տվյալները,

5) ջերմախտորոշման տվյալները,

6) սրացման դեպքում հնարավոր է ատամի ախտաբանական շարժունակություն,

7) շրջանային ավշահանգույցների մեծացում և ցավոտություն:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Ռենտգենաբանական տվյալների համաձայն՝ սուր պերիօդոնտիտի էքսուդացիայի փուլում դիտվում է միայն ոսկրի սպունգանման նյութի պատկերի սղվածություն, իսկ քրոնիկական պերիօդոնտիտի սրացման դեպքում միջտառկա են տարբեր աստիճանի արտահայտված դեստրուկտիվ փոփոխություններ՝ պայմանավորված այն պերիօդոնտիտով, որը սրացում է սվել:

2) Սրացման ժամանակ հնարավոր է խուղակ առաջանա

3) Սրացման ժամանակ սուր փուլն ընթանում է համեմատաբար կարճ, քանի որ ոսկրն արդեն քայքայված է, և էքսուդատը արագ գտնում է ելքի ճանապարհը:

### **Տարբերակումը սուր օդոնտոգեն օստեոմիելիտից**

Նման նշաններ՝

1) օրգանիզմի ընդհանուր վիճակի վատացում,

2) փափուկ հյուսվածքներում այտուցի և հիպերեմիայի առաջացում,

3) դրական թակում:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Օստեոմիելիտի դեպքում ընդհանուր վիճակն ավելի վատ է, մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է 39-40°C:

2) Սուր պերիօդոնտիտի դեպքում այտուցը լինում է միայն վեստիբուլյար կողմից, իսկ օստեոմիելիտի դեպքում երկկողմանի:

3) Օստեոմիելիտի դեպքում շարժունակություն են ձեռք բերում և դրական թակում ունեն նաև հարևան ատամները, իսկ սուր պերիօդոնտիտի դեպքում միայն ախտահարված ատամը:

4) Օստեոմիելիտի դեպքում շարժվող ատամների մեջ կարող է պահպանված լինել կակղանը և էՕԴ-ն լինի 20-40մկԱ:

### **Տարբերակումը պարօդոնտալ արքցեսից**

Նման նշանները՝

1) ինքնաձին մշտական ցավ,

- 2) փափուկ հյուսվածքներում այտուցի և հիպերեմիայի առաջացում,
- 3) դրական թակում,
- 4) ատամի շարժունակություն:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Աբսցեսի դեպքում ավելի ցավոտ է հորիզոնական թակումը:

2) Կակղանի կենսունակությունը պարօդոնտալ արսցեսի դեպքում պահպանված է:

3) Ռենտգենաբանորեն արսցեսի դեպքում գազաթային հատվածում փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում, սակայն ոսկրային նկարի խամրածություն երևում է միջավեռյար խտրոցների շրջանում:

#### **Տարբերակումը թարախակալված կիստայից**

Նման նշանները`

- 1) այտուց ատամի գազաթային հատվածում,
- 2) ընդհանուր վիճակի վատացում,
- 3) դրական թակում,
- 4) ատամի շարժունակություն:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Կիստայի դեպքում թակումը դրական է նաև հարևան ատամների շրջանում:

2) Կիստայի դեպքում շարժուն են մի քանի ատամներ:

3) Ռենտգենաբանորեն կիստայի դեպքում հայտնաբերվում են ոսկրային հյուսվածքի ռեզորբցիայի մեծ օջախներ:

### **9.4. Քրոնիկական գազաթային պերիօդոնտիտներ**

#### **Քրոնիկական ֆիբրոզ պերիօդոնտիտի կլինիկական պատկերը**

Քրոնիկական ֆիբրոզ պերիօդոնտիտը զարգանում է որպես սուր պերիօդոնտիտի ելք կամ պուլպիտների և այլ քրոնիկական պերիօդոնտիտների բուժման հետևանք, որպես նաև գերծանրաբեռնվածության հետևանքով մեծ քանակությամբ ատամների կորստի կամ վնասվածքային օկլյուզիայի դեպքում:

**Սուբլեկտիվորեն`** ընթանում է առանց ախտանշանների: Երբեմն նկատվում է անհարմարություն ծամողական պրոցեսի ժամանակ: Ատամի

գույնը կարող է փոփոխված լինել: Անամնեզում նշվում են նախկինում ցավեր, կամ ատամի բուժում այլ պատճառներով:

**Օբյեկտիվորեն**՝ դեմքը փոփոխված չէ: Ատամի մեջ հայտնաբերվում է խոր կարիեսային խոռոչ՝ լցված փափկած դենտինով և սննդի մնացորդներով: Կարող է հայտնաբերվել հին լցանյութ: Թակումը ցավոտ չէ: Լնդի վրա չկան փոփոխություններ: Ատամի գույնը փոփոխված է: Ձոնդավորումը ցավոտ չէ: Ատամը չի պատասխանում ջերմային գրգռիչներին, ԷՕԴ-ն 100մկԱ-ից բարձր է:

Ախտորոշումը կատարվում է ռենտգեն նկարի հիման վրա: Նկարում՝ գագաթային մասում երևում է պերիօդոնտալ ճեղքի լայնացում՝ առանց ոսկրի ռեգորբցիայի: Արմատախողովակները կարող են լցավորված լինել:

#### **Ախտաբանական անատոմիան**

Ֆիբրոզ պերիօդոնտիտին բնորոշ է կոպիտ թելակազմ ֆիբրոզ հյուսվածքի ավելացումը և բջիջների քանակի նվազումը: Խախտվում է կոլագենային թելերին բնորոշ ուղղվածությունը: Անոթները սկլերոզացված են, իսկ պերիօդոնտի գագաթային հատվածը՝ դիֆուզ հաստացած:

Տարբերակիչ ախտորոշումը

- քրոնիկական պերիօդոնտիտների այլ տեսակներից,
- միջին կարիեսից,
- քրոնիկական գանգրենոզ պուլպիտից:

#### **Տարբերակումը այլ քրոնիկական պերիօդոնտիտներից**

Նման նշանները՝

- 1) անախտանիշ ընթացք,
- 2) զոնդավորման և թակման տվյալները,
- 3) ԷՕԱ-ի տվյալները,
- 4) ջերմախտորոշման տվյալները:

Տարբերակիչ նշանները.

Ռենտգենաբանորեն ֆիբրոզի դեպքում հայտնաբերվում է պերիօդոնտալ ճեղքի լայնացում՝ առանց ոսկրային հյուսվածքի ռեգորբցիայի, իսկ այլ պերիօդոնտիտների դեպքում առկա է ոսկրային հյուսվածքի քայքայում:

#### **Տարբերակումը միջին կարիեսից**

Նման նշանը անախտանիշ ընթացքն է

Տարբերակիչ նշանները՝

- 1) զոնդավորման տվյալները,

- 2) ԷՕԴ-ի և ջերմախտորոշման տվյալները,
- 3) ռենտգենաբանորեն կարիեսի դեպքում պերիօդոնտում փոփոխություններ չկան,
- 4) կարիեսի դեպքում ատամի գույնը փոփոխված չէ:

### **Տարբերակումը քրոնիկական գանգրենոզ պուլպիտից**

Նման նշանները՝

- 1) երբեմն անախտանիշ ընթացք,
- 2) կարիեսային խոռոչի հատակի անցավ զոնդավորում,
- 3) ռենտգենաբանական փոփոխություններ գազաթային հատվածում,
- 4) ատամի գույնի փոփոխություն:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Պերիօդոնտիտի դեպքում ջերմային գրգռիչների նկատմամբ ատամը զգայուն չէ, իսկ գանգրենոզ պուլպիտի դեպքում ջերմաստիճանի փոփոխությունը ցավ է առաջացնում:

2) ԷՕԴ-ի տվյալները:

3) Պերիօդոնտիտի դեպքում զոնդավորումը ցավոտ չէ արմատախողովակի ամբողջ երկայնքով, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ գրանուլացիաները պերիօդոնտից ներաճում են արմատախողովակ: Այս դեպքում բամբակե խծուծի վրա մնում է ալ կարմիր արյան հետքեր, որը բնորոշ չէ գանգրենոզ պուլպիտին: Բացի այդ, գրանուլացիաների զոնդավորումը ավելի քիչ ցավոտ է, քան գանգրենոզ պուլպիտի դեպքում խողովակում մնացած կակղանի զոնդավորումը:

### **Քրոնիկական գրանուլացվող պերիօդոնտիտ**

Հիմնականում զարգանում է սուր պերիօդոնտիտից կամ քրոնիկական բորբոքման փուլերից մեկն է:

**Սուբլեկտիվորեն** բնութագրվում է տհաճ, թույլ ցավային զգացողություններով (ծանրության, դիսկոմֆորտի զգացում): Կծելիս առաջանում է աննշան ցավ: Երբեմն ընթանում է լրիվ անախտանիշ: Հիվանդը անամնեզում նշում է պարբերաբար առաջացող ցավի զգացողություն, որը նախորդում է խուղակի առաջացմանը: Երբեմն խուղակից նկատվում են գրանուլացիոն հյուսվածքի գերաճ և թարախի արտահոսք:

**Օբլեկտիվորեն** դեմքի ասիմետրիա չի նկատվում, սակայն երբեմն մաշկի վրա կարող է հայտնաբերվել խուղակ կամ նրա սպին: Հետազոտման դեպքում

հայտնաբերվում է կարիեսային խոր խոռոչ փափկած դենտինով կամ հին լցանյութով: Ատամի գույնը փոփոխված է: Ջոնդավորումն անցավ է: Սակայն այն դեպքում, երբ գրանուլացիոն հյուսվածքը ներաճում է արմատախողովակ, խոր զոնդավորումը կարող է ցավոտ լինել և արյունահոսություն առաջացնել:

Թակումը թույլ դրական է:

Շոշափումը. ատամը շարժուն չէ, անցման ծալքը հիվանդ ատամի շրջանում այտուցված է և գերարյունային: Դիտվում է վազոպարեզի ախտանիշը (ըստ Լուկոմսկու). եթե որևէ գործիքի բուժ ծայրով սեղմեն հիվանդ ատամի հարակից լինդը, վերջինիս վրա առաջանում է փոսություն՝ շրջապատված անեմիայի օջախով: Թեև անեմիայի օջախը միանգամից ստանում է ալ կարմիր երանգ, սակայն առաջացած փոսությունը միանգամից չի վերականգնվում:

Լնդի վրա հայտնաբերվում է խուղակ կամ նրանից հետո մնացած նուրբ սպին: Խուղակի շուրջ կարող են լինել գրանուլացիոն հյուսվածքի գերաճումներ: Խուղակին հարակից լնդին սեղմելիս ի հայտ է գալիս շճային կամ թարախային արտադրություն:

Ավշային հանգույցները մեծացած են, ցավոտ, բայց շարժուն:

Ջերմախտորոշումը ցավոտ չէ:

ԷՕԴ-ի տվիալները 100մկԱ-ից բարձր են:

Ռենտգենաբանորեն հարգագաթային շրջանում դիտվում է դեստրուկցիայի օջախ՝ ոչ հստակ սահմաններով:

Քրոնիկական գրանուլացվող պերիօդոնտիտը քրոնիկական բոլոր պերիօդոնտիտներից ամենաակտիվն է և ամենաագրեսիվը: Այն շատ հաճախ սրացումներ է տալիս, սակայն ելքը բարենպաստ է՝ պայմանավորված խուղակով, որն ապահովում է էքսուդատի արտահոսքը: Ճիշտ բուժելու դեպքում այս տեսակը հաջողության հասնելու ավելի մեծ հավանականություն ունի, քան քրոնիկական գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտը:

#### **Ախտաբանական անատոմիան**

Այս դեպքում առաջանում է գրանուլացիոն հյուսվածք, որը հարուստ է մագանթոններով, ֆիբրոբլաստներով, կլոր պլազմատիկ բջիջներով և լեյկոցիտներով: Սրան զուգահեռ ընթանում է ոսկրային հյուսվածքի (նաև ցեմենտի) դեստրուկցիա, երբեմն նկատվում է նաև արմատի դենտինի դեստրուկցիա: Գրանուլացիան աճում է ոսկրածուծի մեջ՝ առաջացնելով թարախային արտադրությամբ խուղակներ: Գրանուլացիան, երբեմն աճելով, դուրս է գալիս

խուղակից: Բորբոքման տոքսինները, անցնելով արյան հուն, առաջացնում են ընդհանուր ինտոքսիկացիա: Մակայն այս տեսակը դարձելի է և բարենպաստ էլքի դեպքում վերածվում է քրոնիկական ֆիբրոզ պերիտոնալիտի:

Պրոցեսի տարբեր շրջաններում գրանուլացիոն հյուսվածքում փոփոխվում է լեյկոցիտների և շարակցահյուսվածքային բջիջների հարաբերությունը: Սրացումների դեպքում ավելանում է լեյկոցիտների քանակը: Սրացումների բացակայության դեպքում մեծանում է թելերի, ֆիբրոբլաստների և հիստիոցիտների քանակը:

#### **Տարբերակիչ ախտորոշումը՝**

- այլ քրոնիկական պերիտոնալիտներից
- քրոնիկական գանգրենոզ պուլպիտից

#### **Տարբերակումը այլ քրոնիկական պերիտոնալիտներից**

Նման նշանները՝

- 1) անախտանիշ ընթացք,
- 2) զոնդավորման, շոշափման և թակման տվյալները,
- 3) ԷՕԱ-ի տվյալները,
- 4) ջերմախտորոշման տվյալները:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում է գազաթային շրջանում ոչ հստակ սահմաններով ոսկրային դեստրուկցիա, իսկ ֆիբրոզի դեպքում՝ պերիտոնալ ճեղքի լայնացում, առանց ոսկրային ռեգորբցիայի, իսկ գրանուլեմատոզի դեպքում՝ ոսկրային հյուսվածքի ռեգորբցիա հստակ սահմաններով:

2) Խուղակի առկայությունը:

#### **Տարբերակումը քրոնիկական գանգրենոզ պուլպիտից**

Նման նշանները՝

- 1) երբեմն անախտանիշ ընթացք,
- 2) կարիեսային խոռոչի հատակի անցավ զոնդավորում,
- 3) խոր զոնդավորման դեպքում ցավ և արյունահոսություն արմատախողովակից,
- 4) ատամի գույնի փոփոխություն:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Պերիօդոնտիտի դեպքում ջերմային գրգռիչների նկատմամբ ատամը զգայուն չէ, իսկ գանգրենոզ պուլպիտի դեպքում ջերմաստիճանի փոփոխությունը առաջացնում է ցավ:

2) ԷՕԴ-ի տվյալները:

3) Պերիօդոնտիտի դեպքում զոնդավորումը ցավոտ չէ արմատախողովակի ամբողջ երկայնքով, սակայն եթե գրանուլացիաները ներաճեն արմատախողովակ, ապա զոնդավորումը նույնպես ցավոտ է լինում, բայց ավելի քիչ, և հայտնաբերվում է ալ կարմիր արյուն:

4) Ռենտգենաբանական տվյալները:

**Քրոնիկական գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտ**

**Սուբլեկտիվորեն.** կլինիկորեն չի արտահայտվում (միայն սրացումների դեպքում), սակայն կարող են լինել թույլ արտահայտված ցավեր ծամելիս: Երբեմն հիվանդները կարող են արմատի գագաթի շրջանում նկատել աննշան արտափքվածություն: Անամնեզում ատամը ցավել է, կամ պլոմբավորված է:

**Օբյեկտիվորեն.** դեմքի ասիմետրիա չի նկատվում, բերանը բացելը սահմանափակված չէ: Ատամի մեջ հայտնաբերվում է կարիեսային խոր խոռոչ, կամ ատամը նախկինում լցավորված է: Ատամի գույնը փոփոխված է:

Ջոնդավորումն անցավ է: Երբեմն արմատախողովակի պարունակությունը հեռացնելուց հետո ի հայտ է գալիս գարշահոտ դեղնամոխրագույն կամ թարախային էքսուդատ:

Թակուրը կարող է լինել թույլ դրական կամ բացասական: Թակելիս նկատվում է «արմատի դողի» ախտանիշը, որը զգացվում է արմատի գագաթի շրջանում մատով սեղմելիս: Ատամն անշարժ է, անցման ծայքը կարող է լինել հիպերեմիկ և քիչ այտուցված, երբեմն հայտնաբերվում է խուղակ:

Ավշային հանգույցները քիչ մեծացած են, ցավոտ, շարժուն:

ԷՕԴ-ն 100մկԱ-ից բարձր է: Ջերմախտորոշումը բացասական է:

Ռենտգեն նկարում տեսանելի է հստակ սահմաններով ոսկրային հյուսվածքի նոսրացած օջախ, որը լինում է կլոր կամ օվալաձև մինչև 0.5սմ տրամագծով:

Ժամանակ առ ժամանակ գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտը տալիս է սրացումներ: Վերին ծնոտի վրա ավելի հաճախ է լինում (63%), քան ստորին ծնոտի (37%):

### Ախտաբանական անատոմիան

Գերակշռում են պրոլիֆերատիվ երևույթները: Պերիտոդոնտի հյուսվածքը փոխարինվում է գրանուլացիոն հյուսվածքով, և ձևավորվում է գրանուլեմա: Գրանուլեման գրանուլացիոն հյուսվածքի օջախ է՝ շրջապատված շարակցահյուսվածքային պատյանով, որի թելերն անցնում են պերիտոդոնտի հյուսվածք: Գրանուլացիոն հյուսվածքը հարուստ է մազանոթներով, պլազմոցիտներով, հիստիոցիտներով, լեյկոցիտներով և լիմֆոցիտներով: Պատյանը խիտ շարակցական հյուսվածք է՝ համակենտրոն դասավորված թելերով: Գրանուլեմաների մեծամասնությունը պարունակում է նաև էպիթելային ձգաններ: Ըստ այդմ լինում են հասարակ (ոչ էպիթելային) և բարդ (էպիթելային) գրանուլեմաներ: Առավել հաճախ՝ 90% դեպքերում, հանդիպում են բարդ գրանուլեմաներ:

Հասուն գրանուլեման կազմված է հետևյալ գոտիներից (Fich)՝

- նեկրոզի գոտի (նեկրոզված հյուսվածք և բակտերիաներ). անմիջապես արմատի գագաթի մոտ է,
- կոնտամինացիայի գոտի. շրջապատում է նեկրոզի գոտին և պարունակում է լեյկոցիտներ, լիմֆոցիտներ, օստեոկլաստներ,
- գրգռման գոտի (գրանուլացիոն հյուսվածք). այս գոտում կենդանի միկրոօրգանիզմները բացակայում են,
- խթանման գոտի. ծայրամասային գոտին է, պարունակում է ակտիվ օստեոբլաստներ և ֆիբրոբլաստներ:

Հաճախակի սրացումները հանգեցնում են գրանուլեմաների մեծացման և նրանց մեջ խոռոչների առաջացման, որոնք պատվում են էպիթելով: Ներսից էպիթելով պատված գրանուլեմաները կոչվում են կիստոգրանուլեմաներ, այստեղ էպիթելը բազմաշերտ է /4-12 շերտ/, չեղջերացող: Կիստոգրանուլեմաները պարունակում են մահացած էպիթելային բջիջներ, էոզինոֆիլներ, լիմֆոցիտներ, սպիտակուցային և ճարպային դետրիտ, որոնց քայքայումից առաջանում են խուլեստերինի բյուրեղիկներ: Կիստոգրանուլեման միջանկյալ դիրք է գրավում գրանուլեմայի և հասուն կիստայի միջև: Ռենտգեն նկարում կիստոգրանուլեման երևում է որպես ոսկրի ռեգորբցիայի կլորավուն օջախ 0,5-0,8սմ տրամագծով: Միայն չափերով չի կարելի ստույգ տարբերակել գրանուլեման կիստոգրանուլեմայից, անհրաժեշտ է անցկացնել ախտաանատոմիական հետազոտություն (կիստոգրանուլեմայի խոռոչը ներսից պատված է էպիթելով): Սակայն ճշտգրիտ ախտորոշումը տվյալ դեպքում նշանակություն չունի, որովհետև բուժման սկզբունքները երկու դեպքում էլ միևնույնն են:

Գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտի բարենպաստ էլք է նրա անցումը ֆիբրոզ պերիօդոնտիտի (բուժումից հետո): Հակառակ դեպքում այն վերածվում է կիստոգրանուլեմայի (0.5-0.8սմ) կամ ռադիկուլյար կիստայի:

**Տարբերակիչ ախտորոշումը՝**

- այլ քրոնիկական պերիօդոնտիտներ,
- քրոնիկական գանգրենոզ պուլպիտ,
- ռադիկուլյար կիստա:

**Տարբերակումը այլ քրոնիկական պերիօդոնտիտներից**

Նման նշանները՝

- 1) անախտանիշ ընթացք,
- 2) զոնդավորման, շոշափման և թակման տվյալները,
- 3) ԷՕՍ-ի տվյալները,
- 4) ջերմախտորոշման տվյալները:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Ռենտգենաբանորեն գազաթային շրջանում հայտնաբերվում է ոսկրային դեստրուկցիա՝ հստակ սահմաններով, իսկ ֆիբրոզի դեպքում՝ պերիօդոնտալ ճեղքի լայնացում՝ առանց ոսկրային ռեգորբցիայի, իսկ գրանուլացվողի դեպքում՝ ոսկրային հյուսվածքի ռեգորբցիա՝ ոչ հստակ սահմաններով:

**Տարբերակումը քրոնիկական գանգրենոզ պուլպիտից**

Նման նշանները՝

- 1) երբեմն անախտանիշ ընթացք,
- 2) կարիեսային խոռոչի հատակի անցավ զոնդավորում,
- 3) ատամի գույնի փոփոխություն:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Պերիօդոնտիտի դեպքում ջերմային գրգռիչների նկատմամբ ատամը զգայուն չէ, իսկ գանգրենոզ պուլպիտի դեպքում ջերմաստիճանի փոփոխությունն առաջացնում է ցավ:

- 2) ԷՕԴ-ի տվյալները:
- 3) Պերիօդոնտիտի դեպքում զոնդավորումը ցավոտ չէ արմատախողովակի ամբողջ երկայնքով:
- 4) Ռենտգենաբանական տվյալները:

## Տարբերակումը ռադիկուլյար կիստայից

Նման նշանները՝

- 1) անախտանիշ ընթացք,
- 2) անցավ զոնդավորում,
- 3) ատամի գույնի փոփոխություն,
- 4) ԷՕԴ-ի և ջերմախտորոշման տվյալները:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Կիստայի դեպքում անցման ծայքը շոշափելիս առաջանում է «մագաղաթյա ճարճատյունի» ախտանիշը:

2) Ռենտգենաբանական տվյալները. կիստայի դեպքում օջախի չափերը 0,8սմ-ից մեծ են, իսկ խոռոչի մեջ դիտվում են հովհարաձև տեղակայված ատամների արմատները:

## 9.5. Քրոնիկական պերիօդոնտիտի սրացում

Ավելի հաճախ սրացում տալիս են գրանուլացվող և գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտները: Կլինիկական նշաններով նման է սուր պերիօդոնտիտին:

**Սուբլեկտիվորեն** ախտանշաններն են՝ մշտական, տնքացող, տեղայնացված ցավը, փափուկ հյուսվածքների այտուցը, խուղակից արտադրությունը /եթե այն գոյություն ունի/: Երբեմն հիվանդների շրջանում նկատվում են անհանգստություն, գլխացավ, քնի խանգարում, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում:

**Օբլեկտիվորեն** դեմքը ասիմետրիկ է, հայտնաբերվում է փափուկ հյուսվածքների կոլատերալ այտուց, բերանը բացելը սահմանափակված է, ատամի գույնը փոփոխված, զոնդավորումն անցավ է, պուլպար խոռոչը հաղորդակցվում է կարիեսային խոռոչի հետ, թակումը խիստ ցավոտ է ուղղահայաց և հորիզոնական ուղղություններով, ատամը ձեռք է բերում շարժունակություն, շոշափումը ցավոտ է անցման ծայքի շրջանում, ԷՕԴ-ն 100մկ-ից բարձր է, ջերմախտորոշումը բացասական: Ռենտգենաբանական պատկերը համապատասխանում է սրացած պերիօդոնտիտի քրոնիկական փուլի պատկերին: Սակայն սուր կլինիկական կարճ է տևում, քանի որ ոսկրային հյուսվածքում կատարված դեստրուկտիվ փոփոխությունները և խուղակի առկայությունը հեշտացնում են էքսուդատի արտահոսքը:

Ավշային հանգույցները մեծացած են և ցավոտ: Առկա է արյան պատկերի փոփոխություն՝ լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի մեծացում: 37% դեպքերում պերիտոնոտիտի այս տեսակը վերածվում է հարձնոտային աբսցեսների և ֆլեգմոնաների:

#### **Ախտաբանական անատոմիան**

Ախտաանատոմիական պատկերը նման է սրացում տված համապատասխան քրոնիկական պերիտոնոտիտի ախտաանատոմիային: Դիտվում է նաև էքսուդատի, նեյտրոֆիլների, լեյկոցիտների և այլ բջիջների քանակի աճ:

#### **Տարբերակիչ ախտորոշումը՝**

- սուր պերիտոնոտիտ,
- սուր դիֆուզ պուլպիտ,
- սրացած քրոնիկական պուլպիտներ:

#### **Տարբերակումը սուր պերիտոնոտիտից**

Նման ախտանիշները՝

- 1) սուր ինքնաձին մշտական երկարատև տեղայնացված ցավ,
- 2) դրական թակում բոլոր ուղղություններով,
- 3) զոնդավորումն անցավ է,
- 4) ԷՕԴ-ի տվյալները,
- 5) ջերմախտորոշման տվյալները,
- 6) ատամի ախտաբանական շարժունակությունը (սուրի էքսուդատիվ փուլում),
- 7) շրջանային ավշային հանգույցների մեծացումը և ցավոտությունը:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Ռենտգենաբանական տվյալների համաձայն՝ սրացած պերիտոնոտիտների դեպքում երևում է նախորդող քրոնիկական պերիտոնոտիտի պատկեր, իսկ սուրի դեպքում փոփոխությունները պերիտոնոտում սահմանափակվում են միայն սպունգանման ոսկրի պատկերի սղվածությամբ:

2) Սրացման դեպքում հնարավոր է խուղակի առաջացում անցման ծալքի շրջանում կամ դեմքի մաշկի վրա:

3) Սրացման դեպքում սուր փուլն ընթանում է համեմատաբար կարճ, քանի որ ոսկրն արդեն քայքայված է, և էքսուդատը արագ գտնում է ելքի ճանապարհը:

**Տարբերակումը սուր տարածուն և սրացած քրոնիկական պուլպիտներից՝  
Նման ախտանիշները՝**

- 1) սուր ինքնաձին երկարատև ցավ,
- 2) թույլ դրական թակում:

Տարբերակիչ նշանները.

1) Պերիօդոնտիտների դեպքում ցավը մշտական է և տեղայնացված, չկան անցավ ժամանակահատվածներ, իսկ պուլպիտի դեպքում ցավային նոպային հաջորդում է անցավ ժամանակահատված, իսկ ցավը սովորաբար ճառագայթող է:

2) Զոնդավորումն անցավ է, իսկ պուլպիտի դեպքում ցավոտ է կարիէսային խոռոչի ամբողջ հատակով:

3) Պուլպիտի դեպքում ցավ առաջանում է բոլոր գրգռիչներից, իսկ պերիօդոնտիտի դեպքում՝ միայն մեխանիկականից (ատամին հպվելիս):

4) Թակումը պերիօդոնտիտների դեպքում ավելի ցավոտ է, քան պուլպիտի:

5) ԷՕՍ-ն պերիօդոնտիտի դեպքում 100մկԱ բարձր է, իսկ պուլպիտի դեպքում՝ 20-40մկԱ:

6) Անցման ծայքի շոշափումը սրացած պերիօդոնտիտի դեպքում ցավոտ է, իսկ պուլպիտի դեպքում՝ ոչ:

7) Ռենտգենաբանորեն սրացած պերիօդոնտիտների դեպքում երևում են ոսկրային դեստրուկցիայի օջախներ, իսկ պուլպիտների դեպքում փոփոխություններ չեն հանդիպում:

## **9.6. Ռադիկուլյար (հարգագաթային) կիստաներ**

Կիստան ըստ էության ուռուցքանման գոյացություն է, թարգմանաբար նշանակում է բուշտ: Այն իր հատկանիշներով և՛ նման է, և՛ տարբերվում է ուռուցքից:

Կիստան ուռուցքին նմանվում է անգուսպ, օրգանիզմի կողմից չկարգավորվող աճման հատկանիշով, իսկ տարբերվում է բջջային տարրերի տարբերակմամբ: Ինչպես ուռուցքի, այնպես էլ կիստայի էթիոպաթոգենեզում կան չպարզաբանված հարցեր: Օդոնտոգեն կիստաների բջիջներն ունեն էպիթելային ծագում, և իրականում դեռևս հստակեցված չէ, թե այդ էպիթելը որտեղից հայտնվեց կիստայում: Կան կարծիքներ, որ սաղմի զարգացման ընթացքում

մնացած Մալասեյի կղզյակներն են: Որոշ հեղինակներ պնդում են, որ այդ էպիթելը թափանցել է մարգինալ ճանապարհով, կա կարծիք, որ խուղակների միջով և այլն: Այն, ինչը պարզաբանված է, հետևյալն է. ռադիկուլյար կիստաները կապված են ատամների արմատների գագաթների հետ և քրոնիկական պերիօդոնտիտի (գրանուլեմատոզ) հեռավոր հետևանքն են:

**Ախտաբանական անատոմիան.** կիստան բուշտ է, որն ունի թաղանթ և պարունակություն: Թաղանթը արտաքինից ունի ֆիբրոզ կառուցվածք: Ներսային շերտը տափակ, չեղջերացող, բազմաշերտ էպիթել է: Կիստայի պարունակությունն ունի դեղին երանգ՝ դրանում առկա խուլեստերինի բյուրեղների պատճառով, և օժտված է օպտիկական որոշ հատկությամբ, թափանցիկ է: Կիստայի թաղանթի էպիթելը արտադրում են կիստոզ հեղուկ: Կիստայի խոռոչում կա որոշակի ճնշում (10-80մմ սնդիկի սյուն), որը բաշխվում է հավասարաչափ: Կիստային հպված ոսկրային հատվածն ապաճում է, լուծվում է, և այս պրոցեսի վրա օրգանիզմը որևէ կարգավորող ներգործություն չունի:

**Կլինիկան.** կլինիկական պատկերը բավական աղքատ է: Ցավի ախտանիշ բնորոշ չէ: Ֆունկցիոնալ շեղումները կիստայի զարգացման նախնական փուլում բնորոշ չեն: Ֆունկցիոնալ շեղումներ կարող են դրսևորվել մեծ չափի կիստայի դեպքում: Կիստայի հիմնական հատկանիշը ծնոտի որևէ հատվածի հստակ սահմաններ ունեցող արտափքումն է, որը ռեզրես չի ունենում, այլ, ընդհակառակը, ունի անընդհատ աճելու միտում:

**Արտաքին գնում.** մաշկային ծածկույթի փոփոխություն չկա: Շոշափելիս զգացվում է ծնոտի սահմանափակ ուռածություն: Իր կոնսիստենցիայով նման է ծնոտի չախտահարված հատվածներին: Առանձին դեպքերում, եթե կիստան հասել է մեծ չափերի և արտաքինից նրան հարող ոսկրի հաստության մեջ բացակայում է սպունգանման շերտը, առկա է միայն կորտիկալ շերտը, ապա շոշափելիս զգացվում է մագաղաթյա ճարճատյունը (Դյուպուիտրենի ախտանիշ): Մալինում է 12 տարեկանը լրացած անհատների շրջանում, ավելի փոքրերի դեպքում կարող է բացակայել ծնոտների էլաստիկության պատճառով: Ախտանիշի դրսևորումը պայմանավորված է արտաքին ճնշման տակ կորտիկալ շերտում առաջացող միկրոկոտրվածքներով: Ավելի փոքր տարիքի հիվանդների դեպքում վերոհիշյալ ախտանիշի փոխարեն կարող է զգացվել այնպիսի երևույթ, որը նման է ռետինե խաղալիքի սեղմանը: Ավելի ուշացած դեպքերում շոշափելիս կարող է նկատվել ֆլուկտուացիա (ծփանք):

**Բերանի խոռոչի զննումը.** ռադիկուլյար կիստայի դեպքում սովորաբար ակներն է կա՛մ բարձիթոդի վիճակում աստամ, կա՛մ արմատ, բուժված աստամ: Կիստայի պատճառով իրեն հարող ատամները կարող են տեղաշարժված լինել երկայնական առանցքի նկատմամբ: Լինում են ատամնաշարերի դեֆորմացիաներ: Կիստան կարող է ճնշել նաև իրեն հարող ատամները, տեղաշարժել դրանք, արգելակել առանձին ատամների ծկթումը, նպաստել ռետենցիայի և կիսառետենցիայի առաջացմանը: Լորձաթաղանթը զննելիս էական փոփոխություն չկա: Երբեմն կարող է գրանցվել անոթային ցանց: Նշենք, որ ստորին ծնոտի ֆրոնտալ ատամների կիստաները հիմնականում աճում են վեստիբուլյար ուղղությամբ: Այսպիսով, ծնոտի ծամիչ ատամի կիստաները ծնոտի արտափքում են առաջացնում և՛ արտաքին, և՛ ներքին հատվածում՝ ծնոտին տալով իլիկաձև տեսք: Վերին ծնոտի կողմնային կտրիչներից մեծ մասամբ կիստան զարգանում է դեպի քիմք, կողմնային և կենտրոնական կտրիչներից՝ քթի խոռոչ և այդ դեպքում նկատվում է լորձաթաղանթի որոշ արտափքվածություն՝ չերբերի բարձիկը:

Ախտորոշումը. ուշադրություն պետք է դարձնել ատամներին, կիստայի պատճառ ատամի ախտահարվածության վաղեմությանը: Վճռական նշանակություն ունեցող մեթոդը ռենտգենաբանականն է, որով հայտնաբերվում է ոսկրի ռեզորբցիայի կլոր կամ օվալաձև, հստակ սահմաններով օջախ, որը կապված է որևէ ատամի կամ արմատի գագաթի հետ: Եթե կիստան ներաճում է հայմորյան խոռոչի մեջ, ապա տվյալ ուղղությամբ կիստայի սահմանը կորչում է: Այդ դեպքում կիստայի իրական չափերը, հայմորյան խոռոչում զբաղեցված ծավալը ճշգրտելու համար կատարում են կոնտրաստ ռենտգենոգրաֆիա. ցանկալի է այն անել երկու պրոյեկցիայով՝ դիմային և կողմնային: Այդ նպատակով կիստայի մեջ են ներարկում ռենտգենկոնտրաստ նյութ՝ յոդոլիպոլ: Ախտորոշիչ նշանակություն ունի նաև պունկցիան: Պունկտատում հայտնաբերվող դեղին հեղուկի առկայությունը վկայում է կիստայի մասին: Նշենք, որ կիստաները առաջացնում են բարդություններ՝ ինֆեկցում. այդ դեպքում դրանք ձեռք են բերում պերիօստիտին կամ օստեոմիելիտին բնորոշ կլինիկական պատկեր: Կիստայի հետևանքով կարող են առաջանալ սպոնտան ախտաբանական կոտրվածքներ: Կիստան գրեթե միշտ փոխում է ատամի գույնը:

**Բուժումը.** կոնսերվատիվ, վիրաբուժական (ցիստոտոմիա, ցիստեկտոմիա):

## 9.7. Ամփոփիչ թեստեր

<p><b>1. Նշվածներից ո՞րը բնորոշ չէ քրոնիկական գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտին.</b></p> <p>ա) արմատի դողի ախտանիշը բ) թույլ դրական թակուսներ գ) 100մկԱ-ից բարձր ԷԱԱ-ի տվյալները դ) ռենտգեն պատկերում ոչ հստակ սահմաններով դեստրուկցիայի օջախի առկայությունը</p> <p><b>Պատասխան՝ դ</b></p>	<p><b>2. Ո՞րը քրոնիկական գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտի և քրոնիկական գանգրենոզ պուլպիտի տարբերակիչ նշան չէ.</b></p> <p>ա) ջերմախտորոշման տվյալները բ) ռենտգենհետազոտման տվյալները գ) ատամի գույնի փոփոխությունը դ) ԷԱԱ-ի տվյալները</p> <p><b>Պատասխան՝ գ</b></p>
<p><b>3. Քրոնիկական ֆիբրոզ պերիօդոնտիտի սուբյեկտիվ նշաններից է՝</b></p> <p>ա) նոպայաձև ցավը բ) «ատամի երկարացման» սուբյեկտիվ զգացողությունը գ) ցավային գանգատների բացակայությունը դ) սուր անընդհատ ցավը</p> <p><b>Պատասխան՝ գ</b></p>	<p><b>4. Պերիօդոնտիտի զարգացման ուղիներն են՝</b></p> <p>1. օդոնտոգեն 2. լիմֆոգեն 3. հեմատոգեն 4. ըստ ընթացքի շարունակության</p> <p>ա) 2,3 բ) 1,4 գ) 1,2,3 դ) բոլորը</p> <p><b>Պատասխան՝ դ</b></p>
<p><b>5. Ինֆեկցիոն պերիօդոնտիտների առաջացման պատճառ կարող են լինել՝</b></p> <p>ա) ատամի սուր վնասվածքները բ) արմատախողովակը մշակելու համար նատրիումի հիպոքլորիդի 2%-անոց լուծույթի կիրառումը գ) կարիեսը դ) ատամի քրոնիկական վնասվածքները</p> <p><b>Պատասխան՝ գ</b></p>	<p><b>6. Քրոնիկական գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտի դեպքում գերակշռում է բորբոքման հետևյալ բաղադրիչը՝</b></p> <p>ա) ալտերացիան բ) էքսուդացիան գ) պրոլիֆերացիան դ) նյութափոխանակության խանգարումները</p> <p><b>Պատասխան՝ գ</b></p>
<p><b>7. Խիստ ցավոտ թակուսը բնորոշ է՝</b></p> <p>ա) սուր պերիօդոնտիտի ինտոքսիկացիայի շրջանին բ) սուր պերիօդոնտիտի էքսուդացիայի շրջանին գ) քրոնիկական ֆիբրոզ պերիօդոնտիտին դ) քրոնիկական գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտին</p> <p><b>Պատասխան՝ բ</b></p>	<p><b>8. Քրոնիկական պերիօդոնտիտները տարբերակում են՝</b></p> <p>ա) պիզմենտավորված բժի շրջանի կարիեսից բ) միջին կարիեսից գ) մակերեսային կարիեսից դ) սպիտակ բժի շրջանի կարիեսից</p> <p><b>Պատասխան՝ բ</b></p>
<p><b>9. Սուր պերիօդոնտիտի էքսուդացիայի փուլում չի դիտվում՝</b></p> <p>ա) ցավի ուժգնացում ատամնահպման</p>	<p><b>10. Ռադիկուլյար կիստայի սահմանները ճշգրտելու նպատակով կատարում են՝</b></p>

<p>ժամանակ բ) ցավի զգացողություն անցման ծալքը շոշափելու ժամանակ գ) ցավի զգացողություն ջերմային գրգռիչների ազդեցության դեպքում դ) շրջակա ավշային հանգույցների մեծացում <b>Պատասխան՝ գ</b></p>	<p>ա) շոշափում բ) կոնտրաստ ռենտգենոգրաֆիա գ) պունկցիա դ) բիոպսիա <b>Պատասխան՝ բ</b></p>
<p><b>11. Կիստայի վիրաբուժական հեռացումը կոչվում է՝</b> ա) ցիստեկտոմիա բ) արմատի ամպուտացիա գ) ցիստոտոմիա դ) ապեկեկտոմիա <b>Պատասխան՝ ա</b></p>	