

ԱՏԱՄՆԵՐԻ ՀԵՌԱՑՈՒՄԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ

ԱՏԱՄՆԵՐԻ ՀԵՌԱՑՄԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ՀԱԿԱՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ

Մանկական տարիքում ատամները հեռացնելու համար կան մի շարք ցուցումներ՝ ընդհանուր և տեղային:

Ընդհանուր ցուցումներն են օդոնտոզեն քրոնիոսեպսիսը և քրոնիկական ինտոքսիկացիան: Մրանք ուղեկցվում են ընդհանուր թուլությամբ, մտավոր և ֆիզիկական աշխատունակության նվազումով, ախորժակի նվազումով, ենթատենդային ջերմությամբ, արյան պատկերի փոփոխությամբ (լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի բարձրացում): Այս վիճակը կարող է հանգեցնել այլ օրգանների կամ օրգան-համակարգերի (էնդոկարդ, սրտամկան, երիկամներ, հոդեր, նյարդային համակարգ) ախտահարմանը:

Տեղային ցուցումները բազմազան են և կարող են ունենալ սանացիոն, էսթետիկ կամ էլ պրոթետիկ նպատակներ:

1. Գանգրենոզ քրոնիկական պուլպիտ: Հեռացման ենթակա են ախտահարված կաթնատամները:

2. Սուր պերիօդոնտիտ: Հեռացվում են կաթնատամները և անատոմիական ու ֆունկցիոնալ արժանիքները կորցրած մշտական ատամները: Միարմատանի մշտական ատամները, որոնք հնարավոր է բուժել պահպանողական եղանակներով, աշխատում են պահպանել:

3. Քրոնիկական պերիօդոնտիտ: Ատամը հեռացվում է անարդյունավետ պահպանողական բուժման, միջարմատային տարածությունում և մշտական ատամի սաղմի ուղղությամբ բորբոքումը տարածված լինելու դեպքում:

4. Օդոնտոզեն պերիօստիտ: Հիվանդության հարուցիչ կաթնատամները պարտադիր հեռացվում են: Մշտական բազմարմատանի ատամների հեռացման ցուցումը հարաբերական է: Դրանք ենթակա են հեռացման, եթե կորցրել են անատոմիական ու ֆունկցիոնալ արժանիքները կամ չի երաշխավորվում դրանց պահպանողական լիարժեք բուժումը: Միարմատանի մշտական ատամները ձգտում են պահպանել:

5. Օդոնտոզեն օստեոմիելիտ: Պատճառային ատամները ենթակա են հեռացման: Հեռացվում են նաև մահացած սաղմերը:

6. Օդոնտոզեն աբսցեսներ և ֆլեզմոնաներ: Պատճառային ատամները հեռացվում են:

7. Ատամի լրիվ հոդախախտի, պսակի և արմատի կոտրվածքի դեպքում կաթնատամները հեռացվում են: Մշտական ատամը հեռացնում են, եթե այն կոտրված է արմատի միջին մասից, կամ կոտրվածքի գիծն անցնում է ատամի երկայնական առանցքով:

8. Ծնտոների կոտրվածքի դեպքում հեռացվում են կոտրվածքի գծում առկա կաթնատամները և մանրէներով վարակված (պուլպիտ, պերիօդոնտիտ)

մշտական ատամները: Ինտակտ մշտական ատամը, որը կոտրվածքի գծում է և խանգարում է ռեպոզիցիային, ևս հեռացվում է:

9. Կաթնատամների արմատների ֆիզիոլոգիական ներծծման գործընթացի կասեցման դեպքում դրանք հեռացվում են, որպեսզի մշտական ատամների ծկթման ժամկետները չխախտվեն:

10. Հեռացվում են գերհամալիրային և դիստոպիկ ատամները, մանավանդ եթե դրանք ունեն վեստիբուլար կամ օրալ թեքվածություն և վնասում են շրթունքի կամ լեզվի լորձաթաղանթը, խանգարում են արտասանության կամ սննդառության ֆունկցիաները, աղավաղում են դեմքի տեսքը և հատկապես՝ ժպիտը:

11. Հեռացումներ օրթոդոնտիկ ցուցումներով, հատկապես առաջին նախաադորիքների:

12. Ռետենցված ատամը, որն սկսել է ցավ պատճառել, հեռացվում է:

13. Եթե երեխան ծնվել է ատամներով (նեոնատալ ատամներ), և դրանք հնարավոր չէ ծածկել, մեկուսացնել պաշտպանիչ թիթեղով, ապա դրանք ենթակա են հեռացման, քանի որ կրծքով կերակրվելու ժամանակ կվնասեն մոր պտուկը, որը կարող է հանգեցնել մաստիտի:

14. Հեռացման ենթակա են 3-րդ աստիճանի ախտաբանական շարժունություն ունեցող ատամները:

Ատամները հեռացնելու համար կան նաև ընդհանուր և տեղային հակացուցումներ: Էքստրակցիա կատարելու *ընդհանուր հակացուցումներ* են սիրտ-անոթային (սրտի արատ, հիպերտոնիա), նյարդային (էպիլեպսիա, պսիխոզ, հիստերիա), էնդոկրին, արյան (սուր լեյկեմիա, անեմիա, հեմոֆիլիա) համակարգերի, երիկամների (գլոմերուլոնեֆրիտ և այլն) հիվանդությունները: Սակայն այս հակացուցումները բացարձակ չեն: Ատամը կարող է հեռացվել ստացիոնար պայմաններում հիվանդին հատուկ նախապատրաստելուց հետո: Եվս մեկ հանգամանք՝ արբունքի հասած աղջիկների դաշտանային արյունահոսության ժամանակաշրջանում հնարավորինս պետք է խուսափել ատամ հեռացնելուց:

Ատամների հեռացման տեղային հակացուցումները բաժանվում են երկու խմբի՝ հարաբերական և բացարձակ:

Դիտարկենք ատամների հեռացման *հարաբերական տեղային* հակացուցումները:

1. Ցանկալի է խուսափել ատամները հեռացնելուց բերանի խոռոչի և բկանցքի բորբոքումների (ստոմատիտ, անգինա, դիֆթերիա) առկայության դեպքում:

2. Հեռացման ենթակա չեն իրենց ժամկետը լրացրած այն կաթնատամները, որոնց փոխարինումը մշտական ատամներով, դատելով ռենտգենյան նկարներից, չի նախատեսվում:

3. Խնայողական վերաբերմունք պետք է ցուցաբերել ժամանակավոր երկրորդ ադորիքների և վերին ժանիքների նկատմամբ, որոնց վաղաժամկետ

հեռացումը հնարավոր է անդրադառնա կծվածքի և դիմային գանգի ձևավորմանը:

Ատամների հեռացման տեղային բնույթի բացարձակ հակացուցումները երկուսն են.

1. Արգելվում է հեռացնել չարորակ ուռուցքի գոտում տեղակայված ատամը:

2. Չի կարելի հեռացնել ծնոտի ոսկրը ախտահարած հեմանգիոմայի գոտում եղող ատամը:

Առաջին դեպքում ատամի հեռացումը կարող է հանգեցնել ուռուցքի բուռն աճին և մետաստազների տարածմանը, իսկ երկրորդ դեպքում այնպիսի արյունահոսության, որը դժվար է դադարեցնելը:

ԱՏԱՄԻ ՀԵՌԱՅՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ

Բերանի խոռոչը հարկավոր է նախապատրաստել առաջիկա էքստրակցիային՝ հեռացնելով ախտահարված ատամի (ցանկալի է նաև հարևան ատամների) կարծր և փափուկ նստվածքները (ատամնաքար, փառ) ու ողողելով թույլ հականեխիչ լուծույթներով (\$\text{Ֆուրացիլինի 1:5000}\$, կալիումի պերմանգանատի 1:1000 նոսրացված լուծույթներ):

Ատամները հեռացնելու համար օգտագործվում են աքցաններ և ամբարձիչներ (էլեվատորներ): Հեռացումը ձեռնարկելուց առաջ պետք է հստակ պատկերացում կազմել անատոմիական տեղագրության մասին՝ ատամնաբնի պատերի հաստությունը, ատամի արմատների մեծությունը և ուղղվածությունը, միջարմատային խտրոցների վիճակը, սաղմերի առկայությունը:

Ատամի հեռացումը կատարվում է հաջորդական գործողություններով՝ աքցանադրում, աքցանի շուրթերի ներմղում, ատամի հողախախտում և դուրսբերում ատամնաբնից, ատամնաբնի մշակում և եզրերի մոտեցում:

Կաթնատամը հեռացնելիս աքցանը խոր ներմղել խորհուրդ չի տրվում, քանի որ հնարավոր է մշտական ատամի սաղմի վնասում: Նույն պատճառով ատամնաբունը մշակելիս կյուրետաժը պետք է կատարել զգուշորեն:

Փոքրահասակ երեխաների ատամնաբունը վիրախճուծով փակել խորհուրդ չի տրվում, քանի որ լաց լինելիս առաջանում է ասպիրացիայի վտանգ: Որոշ հեղինակներ նշում են, որ վիրախճուծը, ներծծելով արյան մակարդուկը, ոսկրը զրկում է կենսաբանական հուսալի պատնեշից:

Երեխայի ատամի հեռացման միջամտությունը պետք է իրագործվի միայն խնամքով կատարված և գործողությանը համապատասխան անզգայացումից հետո:

ԱՏԱՄԻ ՀԵՌԱՅՄԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ատամը հեռացնելիս կարող են առաջանալ տեղային և ընդհանուր բարդություններ:

Ատամբ հեռացնելու ժամանակ առաջացող բարդությունները

1. Մշտական ատամի սաղմի վնասում: Պատճառը արքանի շուրթերի խոր ներմդումն է կամ ատամնաբնի խոր կյուրետածը: Կարելի է խուսափել նման բարդությունից, եթե ատամը տեխնիկապես ճիշտ հեռացվի: Հնարավոր է նաև սաղմի հողախախտ: Այդ դեպքում անհրաժեշտ է սաղմը վերապատվաստել ատամնաբնում, որի եզրերը կարում են: Հարկ կլինի կատարել հակաբորբոքային բուժում և պարբերաբար հետևել սաղմի հետագա զարգացմանը:

2. Կաթնատամի արմատի ծայրի կոտրվածք: Մրան նպաստում է արմատների անհամաչափ ռեգորբցիան: Կոտրված բեկորը հեռացնելիս պետք է նկատի առնել մոտակա ատամնասաղմերի և չձևավորված արմատների վնասման հավանականությունը:

3. Հեռացվող ատամի կամ նրա արմատի կոտրվածք: Առաջանում է արքանը սխալ ընտրելու, հեռացման սխալ տեխնիկայի, թեք արմատների, զգալի կարիոզ քայքայման հետևանքով: Կոտրված ատամն անհրաժեշտ է հեռացնել նույն օրը:

4. Շրջակա փափուկ հյուսվածքների վնասում: Առաջանում է բժշկի կոպիտ և անզգույշ աշխատանքի պատճառով: Դրան հանգեցնում է թերի կատարված սեպարացիան: Կարող են առաջանալ լորձաթաղանթային և լորձաթաղանթավերնոսկրային պատռված լաթային վերքեր: Անհրաժեշտ է այդ վերքերը հնարավորինս տեղադրել իրենց տեղը և կարել լուծվող վիրաբուժական թելով (կետգուտ, վիկրիլ):

Լինում են նաև ավելի հազվադեպ բարդություններ՝ հակադիր ատամի կոտրվածք, հարևան ատամի հողախախտ, ստորին ծնոտի հողախախտ և կոտրվածք, վերին ծնոտի թմբի կոտրվածք, որոնք բժշկի կոպիտ աշխատանքի կամ անատոմիական առանձնահատկությունների հետևանքն են:

Ատամբ հեռացնելուց հետո առաջացող բարդությունները

1. Արյունահոսություն ատամնաբնից: Կարող է լինել տեղային և ընդհանուր պատճառներից:

Տեղային պատճառներն են փափուկ հյուսվածքների վնասումը, ատամնաբնի պատի կոտրվածքը, արյունատար անոթի պատի վնասումը, բորբոքային պրոցեսի առկայությունը, անէսթետիկում պարունակվող ադրենալինի ազդեցության վերացումը, արյան մակարդուկի լուծումը ավելուիտի զարգացման հետևանքով առաջացող թարախի կողմից, ներոսկրային անոթային ուռուցքի առկայությունը:

Ընդհանուր պատճառներն են արյան մակարդման խանգարումը՝ մակարդման համակարգի այս կամ այն բաղադրիչի անբավարարության պատճառով, թրոմբոցիտոպենիան:

Արյունահոսությունը պետք է դադարացնել ատամնաբունը խծուծելով (տամպոնադա), հեմոստատիկ սպունգ կիրառելով կամ ատամնաբունը կարելով: Նշված միջոցառումների անարդյունավետության դեպքում հիվանդը հոսպիտալացվում է:

2. Ալվեոլիտ: Սովորաբար զարգանում է ատամը հեռացնելուց 24-48 ժամ անց: Պատճառը հյուսվածքների չափից ավելի վնասումը և վարակումն է: Բնորոշվում է երկարատև, ուժեղ, ճառագայթող ցավերով: Ատամնաբնում բացակայում է արյան մակարդուկը: Վերքից զգացվում է զարշահոտություն, նկատվում է գորշավուն փառ: Լնդի փափուկ հյուսվածքներն այտուցված են, խիստ ցավոտ: Շրջանային ավշահանգույցները մեծացած են և ցավոտ: Լինում են ընդհանուր թուլություն, ջերմության բարձրացում:

Ալվեոլիտը բուժելու համար կատարվում է ատամնաբնի կյուրետաժ, մշակում հականեխիչ նյութերով, ատամնաբնի եզրերի կարում կամ հակաբիոտիկով հագեցած թանգիվե վիրախձուծի տեղադրում, հակաբիոտիկով նովոկայինային բլոկադա շրջակա փափուկ հյուսվածքներում, հակաբիոտիկային թերապիա և ֆիզիոթերապիա:

Ատամի հեռացման ընդհանուր բարդությունները

1. Ուշագնացություն (syncope): Գլխուղեղի սակավարյունության կարճատև դրսևորումն է, որն արտահայտվում է գիտակցության կորստով: Դեմքը գունատ է, պատված սառը քրտինքով, բիբերը լայնանում են և թեքվում վերև: Շնչառությունը մակերեսային է, անոթազարկը՝ հաճախացած և թույլ:

Ուշագնացության դեպքում հիվանդին անհրաժեշտ է պառկեցնել, արձակել շնչառությանը խանգարող հագուստը, գլուխը հետ գցել, ստորին վերջույթները բարձրացնել: Շնչառական և անոթաշարժ կենտրոնները պետք է զրգռել անուշադրի սպիրտի գոլորշիներով: Սովորաբար 1-2 րոպեից հիվանդի գիտակցությունը վերադառնում է: Եթե վիճակը չի բարելավվում, կարելի է միջմկանային կամ ենթամաշկային ներարկել նատրիումի կոֆեին-բենզոատի 10%-անոց լուծույթ, կորդիամին (0,1մլ կյանքի ամեն տարվան):

Ստոմատոլոգիական միջամտությունը կարելի է շարունակել հիվանդի գիտակցության վերականգնումից հետո, սակայն եթե այն շտապ չէ, ապա հետաձգվում է հաջորդ օրը:

Ուշագնացությունը կանխարգելելու համար պետք է կատարել հիվանդի հոգեբանական և դեղորայքային նախապատրաստում, խնամքով անզգայացում, բացառել բացասական հույզերը:

2. Սրտանոթային կոլապս: Զարգանում է սրտային սուր անբավարարության և արյունատար անոթների պատերի տոնուսի թուլացման հետևանքով: Գիտակցությունը պահպանվում է, բայց կարող է լինել մթազնած: Նկատվում է հանկարծակի գունատություն և ցիանոզ, ընդհանուր թուլություն, դող, սարսուռ, ցրտի և ծարավի զգացում: Բիբերը լայնացած են, շնչառությունը մակերեսային, անոթազարկը՝ հաճախացած և թելանման, դեմքին՝ սառը, կպչուն քրտինք: Զարկերակային ճնշումն ընկնում է, մարմնի ջերմաստիճանը՝ նվազում (35-34°C): Հիվանդը թույլ է, աղինամիկ, անտարբեր (ապաթիա): Եթե սրտի գործունեությունը ժամանակին չխթանվի, ապա կոլապսը կարող է հանգեցնել մահվան ելքի:

Նման իրավիճակում անհրաժեշտ է դադարեցնել վիրահատական միջամտությունը, հիվանդին պառկեցնել հորիզոնական դիրքով, ներարկել արագ ներգործող կարդիոտոնիկ դեղամիջոցներ՝ կորագոլ, կոֆեին, կորդիամին: Ուտքերին դնում են ջեռակ, տալիս են շնչելու անուշադրի սպիրտի գոլորշիներ:

3. Շոկ: Հազվադեպ բարդություն է: Կարող է առաջանալ այն դեպքում, երբ միջամտությունը եղել է երկարատև, տրավմատիկ և ուղեկցվել է խիստ ցավով ու զգալի արյունահոսությամբ: Սկզբում կարող է դիտվել հիվանդի որոշ դրդվածություն (շոկի էրեկտիլ փուլ), որը շատ արագ փոխարինվում է արգելակմամբ (տորպիդ փուլ): Վերջինիս ժամանակ հիվանդի գիտակցությունը թեպետ պահպանված է, սակայն նա միանգամայն անտարբեր և անհաղորդ է շրջակա միջավայրի նկատմամբ: Դեմքը խիստ գունատվում է և ձեռք է բերում գորշավուն, մոխրագույն երանգ: Աչքերը անշարժ են, բիբերը՝ լայնացած: Սրտի աշխատանքը աստիճանաբար թուլանում է, զարկերակային ճնշումը՝ ընկնում, մարմնի ջերմաստիճանը՝ նվազում:

Այսպիսի բարդության դեպքում հիվանդին պետք է անհապաղ հոսպիտալացնել:

4. Բակտերեմիա և տոքսեմիա: Պերիտոնոտիտով ախտահարված ատամների տրավմատիկ հեռացման հետևանք են: Ուղեկցվում է ջերմության բարձրացումով մինչև 39°C, որը կարող է տևել 3-4 օր: Առանձին հիվանդների դեպքում պրոցեսը կարող է բարդանալ պերիտոնոտիտով կամ օստեոֆլեգմոնայով, որոնց դեպքում հիվանդի ընդհանուր վիճակը զգալի վատանում է 10-14 օր տևողությամբ:

Բուժումն իրականացվում է համընդհանուր ընդունված մեթոդներով: