

**ՊԵՐԻՕՂՈՆՏԻՏՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ  
ԱՌԱՆՁՆԱՅԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ**

***Պերիօդոնտի կառուցվածքային առանձնահատկությունները***

Պերիօդոնտը բարդ անատոմիական շարակցահյուսվածքային գոյացություն է, որը տեղակայվում է արմատի ցեմենտի և ավելուլի կոմպակտ թիթեղի միջև: Առաջին անգամ պերիօդոնտը ռենտգեն պատկերում արտահայտվում է արմատի ձևավորման փուլում: Չձևավորված ատամներում այն տարածվում է ատամի վզիկից մինչև արմատի ձևավորված հատվածը, որտեղ միաձուլվում է աճման գոտու հետ և սերտորեն կպած է ատամի կակղանին: Պերիօդոնտալ ճեղքի լայնությունը ատամի երկայնքով տարբեր է և նման է ավազի ժամացույցին. նրա ամենալայն հատվածը գագաթային շրջանն է, նեղ հատվածը՝ վզիկային հատվածն է, իսկ առավել նեղ հատվածը՝ արմատի միջին երրորդի շրջանը:

*Պերիօդոնտի կազմի մեջ են՝*

- ▶ թելային կառույցները,
- ▶ բջջային տարրերը,
- ▶ հիմնական նյութը,
- ▶ արյունատար և ավշային անոթները,
- ▶ նյարդերը:

Պերիօդոնտի թելային կառույցներն են՝

- ▶ օքսիտալանայինը,
- ▶ կոլագենայինը,
- ▶ էլաստիկը:

Պերիօդոնտի կապանային ապարատը կազմված է կոլագենային թելերի 5-10մկմ տրամագիծ ունեցող խրձերից, որոնց մի ծայրը հյուսվում է ատամի արմատի ցեմենտի հետ, իսկ մյուսը՝ ավելուլի ոսկրային հյուսվածքին՝ ապահովելով պերիօդոնտի սերտ կապը շրջապատող հյուսվածքների հետ:

Պերիօդոնտի տարբեր հատվածներում թելերի ուղղությունը և հաստությունը տարբերվում են:

***Տրանստեպտալ խրձերն*** ամենահզորն են, նրանք ունեն հորիզոնական ուղղություն՝ միացնելով հարևան ատամները:

Նրանցից բարձր են լնդի ***Lamina propria*** առաջացնող կոլագենային ***ազատ թեք*** թելային կառույցները:

Ատամի վզիկային հատվածում, մասնակի խաչվելով տրանստեպտալ խմբի հետ, անցնում է ***շրջանաձև*** թելերի մի խումբ, որը կոչվում է ատամի ***կլոր*** կամ ***ցիրկուլյար կապան***:

Ավելուլյար գագաթից և մինչև արմատի երկայնք անցնում են ***կարճ, թեք*** ուղղությամբ թելերը:

Գագաթային հատվածում թելերի ուղղությունը ***ճառագայթաձև է***:

Այսպիսով, կոլագենային խրձերը դասակարգվում են՝

- ▶ տրանսսեպտալ,
- ▶ լնդի ազատ թելեր,
- ▶ շրջանաձև,
- ▶ թեք,
- ▶ գագաթային:

Այդպես դասավորված կոլագենային թելերի խրճերն ամուր ֆիքսում են ատամը ատամնաբնում և նպաստում ծամողական ճնշման համաչափ բախշմանը:

- ▶ Տարբեր խմբերի ատամների կապանային ապարատը տարբերվում է.
  - *Կենտրոնական խմբի* ատամներին բնորոշ են համեմատաբար բարակ, նոսր տեղակայված խրճերը:
  - *Փոքր աղորիքներում* նրանք հաստանում են, ավելի արտահայտված են թշա-լեզվային ուղղությամբ թելերի խումբը:
  - *Մեծ աղորիքներին* բնորոշ են տրանսսեպտալ և շրջանաձև հզոր թելերի առկայությունը, ինչպես նաև գագաթային հաստ խրճերը:

Պերիօդոնտի բջջային կազմի մեջ մտնում են՝

- ▶ ֆիբրոբլաստները,
- ▶ պլազմոցիտները,
- ▶ հիստոցիտները,
- ▶ օստեոբլաստները,
- ▶ ցեմենտոբլաստները:

Պերիօդոնտում հայտնաբերվում են էպիթելային բջիջների մնացորդներ՝ **Մալասսեի կղզակներ**, որոնք որոշակի պայմաններում կարող են սկիզբ տալ կիստոզ կամ ուռուցքանման գոյացությունների:

Պերիօդոնտի *հիմնական նյութը* թթուն և չեզոք գլիկոզամինո-գլիկաններն են: Թթու գլիկոզամինոգլիկաններից կարևոր նշանակություն ունի *հիալուրոնաթթուն*, որի քանակության մեծացումը հանգեցնում է հիմնական նյութի ապապոլիմերիզացիայի, որով և պայմանավորվում է շարակցական հյուսվածքի թափանցելիության բարձրացումը մանրէների նկատմամբ: Չեզոք գլիկոզամինոգլիկանները տեղակայվում են կոլագենային թելերի երկայնքով երկրորդային ցեմենտում և ունեն պահպանողական նշանակություն:

Պերիօդոնտի *արյունամատակարարումը*

- ▶ A. carotis externa–ի a. maxillaris–ը և ապա a. infraorbitalis–ը բաժանվում են a. alveolaris superiores posteriores և a. alv. superiores anteriores,
- ▶ ստորին ծնոտում r. dentales a. alv. inferior–ից:

Անոթները կազմում են 3 հյուսակ՝ արտաքին, միջին և ներքին:

*Նյարդավորումը* իրականացնում են **n. trigeminus** –ի II և III ճյուղերը. n. maxillaris–ը և n. mandibularis – ի միելինային թելերը: Այստեղ նրանք առաջացնում են *թփանման* (մեխանոռեցեպտորներ, որոնք ըմբռնում են կոլագենային թելերի լարվածության աստիճանը, դիրքի փոփոխությունը, նրանց օգնությամբ իրականացվում է ծամողական ուժի ճնշման կարգավորումը) և *կծիկաձև* նյարդային վերջավորություններ, որոնք ըմբռնում են տակտիլ գրգռիչները:

*Ավշային համակարգում* առկա են կծիկանման անոթային հյուսակներ, որոնցով և ավիշը հավաքվում է ենթալեզվային, ենթաձնոտային և հարականջային ավշահանգույցներում:

Պերիօդոնտի ֆունկցիաներն են՝

- ▶ հենարանային (հիմնականն է, ընդունում և վերաբաշխում է ծամողական ճնշումը),
- ▶ ռեֆլեքսոգեն,
- ▶ վերականգնողական (կատարվում է բջիջների վնասվածքից հետո),
- ▶ սնուցող,
- ▶ պատնեշային (հիստիոցիտների հաշվին),
- ▶ սենսորային:

Ձևավորման փուլում պերիօդոնտի առանձնահատկությունը նրա անկայուն վիճակն է, անընդհատ վերակառուցումը ֆունկցիոնալ ծանրաբեռնվածության ներքո, պրոգրեսիվ և ռեգրեսիվ պրոցեսների առկայությունը: Պերիօդոնտի վերջնական ձևավորումն ավարտվում է արմատի ձևավորումից 1-1.5 տարի անց: Մանկական տարիքում այն կազմված է ավելի փուխր շարակցական հյուսվածքից, որը հարուստ է բջջային տարրերով:

### ՊԵՐԻՕՂՈՆԻՏԻՏՆԵՐ

Պերիօդոնտիտը պերիօդոնտալ հյուսվածքների բորբոքումն է: Առաջացման պատճառները՝

- ▶ ինֆեկցիոն,
- ▶ տրավմատիկ,
- ▶ դեղորայքային:

Առավել հաճախ բորբոքումը պերիօդոնտում պայմանավորված է գազաթային անցքից արմատախողովակի ինֆեկցիոն-տոքսիկ պարունակության ներթափանցմամբ: Բորբոքման առաջացման մեջ մանրէների վիրուլենտականությանը տրվում է ավելի փոքր նշանակություն, քան էնդոտոքսինների ազդեցությանը, որոնց ներթափանցումը պերիօդոնտ հանգեցնում է անոթների թափանցելիությունը բարձրացնող կենսաբանական ակտիվ նյութերի առաջացմանը, որի հետևանքով կտրուկ մեծանում է մոնոնուկլեար լիմֆոցիտների և մակրոֆագերի քանակը՝ ակտիվացնելով օստեոկլաստների գործունեությունը, և հանգեցնում է պերիօդոնտի ու ոսկրային հյուսվածքի դեստրուկցիայի:

#### ***Պերիօդոնտիտների դասակարգումները***

Պերիօդոնտիտներն ըստ տեղակայման լինում են՝

- գազաթային կամ ապիկալ,
- մարգինալ:

Ըստ **Կոլեսովի՝ գազաթային** պերիօդոնտիտը լինում է՝

1. սուր պերիօդոնտիտ (Periodontitis acuta apicalis)՝ ինֆեկցիոն, տոքսիկ, տրավմատիկ,

2. քրոնիկական պերիօդոնտիտ՝ գրանուլացվող (Pt. chronica granulans), գրանուլեմատոզ (Pt. chronica granulematosa), ֆիբրոզ (Pt. chronica fibrosa),
3. քրոնիկական պերիօդոնտիտի սրացում (Pt. chronica exacerbata):

Ըստ **ՀՄԴ-10**-ի՝

- K04.0՝ շուրջգագաթային հյուսվածքների հիվանդություններ,  
 K04.4՝ կակղանի ախտահարման հետևանքով առաջացած սուր գագաթային պերիօդոնտիտ,  
 K04.5՝ քրոնիկական գագաթային պերիօդոնտիտ,  
 K04.6՝ շուրջգագաթային թարախակույտ խուղակով (խուղակները բաժանվում են տեսակների՝ պայմանավորված նրանով, թե որ անատոմիական հատվածի հետ ունեն հաղորդակցություն),  
 դենտալ,  
 դենտոալվեոլյար,  
 պերիօդոնտալ թարախակույտ պուլպար ծագման,  
 K04.7՝ շուրջգագաթային թարախակույտ առանց խուղակի,  
 K04.8՝ արմատային կիստա:

### **Սուր պերիօդոնտիտներ**

Սուր պերիօդոնտիտները դասակարգվում են նաև սուր շճային և սուր թարախային տեսակների:

Սուր *շճային* պերիօդոնտիտն ընթանում է ինտոքսիկացիայի և էքսուդացիայի փուլերով:

*Սուր շճային պերիօդոնտիտի ինտոքսիկացիայի փուլ.*

- ▶ Գանգատները՝ մշտական տեղակայված ցավ, որն ուժգնանում է ատամի հպումից:
- ▶ Օբեկտիվ՝ դեմքը սիմետրիկ է, բերանը բացելը՝ ազատ, լորձաթաղանթը՝ առանց փոփոխությունների, թակումը թույլ դրական:
- ▶ Ախտաբանական անատոմիան՝ բորբոքային հիպերեմիա, հիստիոցիտների և լիմֆոցիտների կուտակումներ, ոսկրածուծային տարածքներում՝ անոթների լայնացում:

*Սուր շճային պերիօդոնտիտի էքսուդացիայի փուլ.*

- ▶ Հիվանդը նշում է «գերաճած ատամի զգացողություն», թակումը խիստ ցավոտ է, ատամը շարժուն:
- ▶ Ատամի խոռչի զոնդավորումը ցավոտ չէ, կակղանը՝ մեռուկացած, լորձաթաղանթը՝ հիպերեմիկ, այտուցված, շոշափումը՝ ցավոտ:
- ▶ Ավշային հանգույցները մեծացած չեն, անցավ են, շարժուն, ջերմաստիճանը՝ նորմալ:

Սուր *թարախային* պերիօդոնտիտի դեպքում.

- ▶ Ցավն ուժգնանում է, դառնում անընդմեջ, տրոփող, ճառագայթում է n.trigeminus-ի ճյուղերով:

- ▶ Հիվանդի բերանը կիսաբաց է, լորձաթաղանթը՝ հիպերեմիկ, այտուցված, անցման ծալքը հարթված է, ավշային հանգույցները մեծացած են, ցավոտ, շարժուն:
- ▶ Ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 39.0°C, առկա են ընդհանուր ինտոքսիկացիայի նշաններ:
- ▶ Ախտաբանական անատոմիան՝ թարախային արտազատուկի առաջացում, շուրջանոթային (պերիվասկուլյար) կուտակումների առաջացում, ոսկրային հյուսվածքում՝ ներծծման նշաններ, ոսկրածուծային տարածություններում՝ հիպերեմիա և ինֆիլտրացիա:

Ռենտգեն հետազոտությունը սուր պերիօդոնտիտների դեպքում *ինֆորմատիվ չէ*:

**Տարբերակվում է** սուր տարածուն պուլպիտից, քրոնիկական գանգրենոզ պուլպիտի սրացումից, սուր օստեոմիելիտներից, պերիօստիտներից, պարօդոնտիտների տեղայնացված տեսակներից:

**Սուր դեղորայքային պերիօդոնտիտ**

Չարգանում է տարբեր դեղեր սխալ կիրառելու հետևանքով: Ցավեր կծելիս, շրջակա հյուսվածքներում փոփոխությունները բացակայում են, ատամի թակումը ցավոտ է: Անհրաժեշտ է կատարել տվյալ նյութի չեզոքացում (ունիտիոլի կամ յոդ պարունակող նյութերով): Արմատախողովակը պետք է լիցքավորել ցավերը դադարելուց հետո:

**Սուր տրավմատիկ պերիօդոնտիտ**

Արմատալցման նյութի գերլիցքավորման դեպքում կիրառվում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ: Մնացած դեպքերում նպատակահարմար է սպասել ԷՕՍ-ի տվյալներին:

Սուր պերիօդոնտիտներն ավելի քիչ են հանդիպում, քան քրոնիկականները և դրանց սրացումները: *Periodontitis acuta* ախտորոշումը կարելի է գրանցել պուլպիտի արտահայտությունից կամ բուժումից հետո մոտակա օրերի ընթացքում (մինչև 2 շաբաթ) կամ մասնակի հոդախախտի առաջին ժամերի ընթացքում:

*Սուր պերիօդոնտիտների ելքը պայմանավորված է էքսուդատի տարածման ճանապարհով՝*

1. դեպի արմատախողովակ հանդիպում է առավելապես արմատի ձևավորման փուլերի խախտման հետևանքով, երբ բորբոքման ժամանակ աճման գոտին մահանում է, և առաջանում է չձևավորված լայն արմատախողովակ, որն էլ վերոհիշյալ ճանապարհով պայմաններ է ստեղծում էքսուդատի ելքի համար,
2. պերիօդոնտալ ճանապարհ՝ շնորհիվ կապանային համակարգի քայքայման,
3. ոսկրախորշային ուղի՝ դեպի ոսկրի մակերես (ենթավերնոսկրային և ենթալնդային աբսցես, պերիօստիտ),
4. էքսուդատի տարածում դեպի ծնոտի մարմին (օստեոմիելիտ, սեպսիս):

### ***Քրոնիկական ֆիբրոզ պերիօդոնտիտ***

Հիվանդը գանգատներ չունի:

- ▶ Օրեկտիվ գննման ժամանակ դիտվում են ատամի գույնի թեթևակի փոփոխություն, կարիեսային խոռոչ, գանդավորումն անցավ է, թակու-մը նույնպես, լորձաթաղանթը՝ առանց փոփոխության: ԷՕԱ –ն 100մկԱ է:
- ▶ Ռենտգենաբանորեն՝ պերիօդոնտալ ճեղքի համաչափ լայնացում, շեղում, ներքին կորտիկալ թիթեղը պահպանած է:
- ▶ Ախտաբանական անատոմիան՝ կոպիտ թելային հյուսվածքների գերաճ, խախտվում է նրանց նորմալ ուղղվածությունը և տեղակայումը:
- ▶ Կաթնատամներում հազվադեպ է միայն ձևավորված արմատներով ատամներում:

Հարկ է նշել, որ ֆիբրոզ տեսակը կարող է լինել սուր փուլի հետևանք, ինչպես նաև գանգրենոզի, քրոնիկական պուլպիտների, սխալ բուժված ատամի (պուլպիտի կապակցությամբ), ինչպես նաև ատամի քրոնիկական մեխանի-կական տրավմայի առաջնային քրոնիկական պրոցեսի պատասխան:

### ***Քրոնիկական գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտ***

Երեխաների շրջանում կաթնատամներում և չձևավորված մնայուն ատամներում չի դրսևորվում: Ձևավորված ատամներում գանգատներ չկան:



**Նկար 57. Քրոնիկական գրանուլեմատոզ պերիօդոնտիտ**

- ▶ Օրեկտիվ հետազոտությունը՝ գնդավորումը, թակումը՝ բացասական, տիմպանիկ ձայն: Շոշափելիս կարող է արտահայտվել ոսկրային հյուսվածքի արտափքում ըստ գրանուլոմայի տեղակայման:
- ▶ Ռենտգենաբանորեն՝ հստակ սահմաններով ոսկրային դեստրուկցիայի օջախ (նկ.57):
- ▶ Ախտանատոմիան՝ հասունության տարբեր աստիճանի պինդ պատիճով սահմանափակված գրանուլացիոն հյուսվածքի օջախի առաջացում:
- ▶ Ըստ կառուցվածքի՝ տարբերում են հասարակ, էպիթելային բարդ, կիստոզ գրանուլոմաներ:

### ***Քրոնիկական գրանուլացվող պերիօդոնտիտ***

Շատ հաճախ զարգանում է սուր թարախային պրոցեսի հանդարտվելու ժամանակ, երբ էքսուդացիային հաջորդող պրոլիֆերացիան ուղեկցվում է գրանուլացիոն հյուսվածքի աճով: Պերիօդոնտիտների ամենաազդեցիվ և հաճախ հանդիպող տեսակն է մանկական տարիքում, պայմանավորված չէ արմատի ձևավորման աստիճանով: Առավել հաճախ հանդիպում է

երեխաների մոտ (նկ. 58): Գանգատներ չկան, հնարավոր է՝ նշվի խուղակի առաջացում:

- ▶ Օբեկտիվ՝ կարիոզ խորը խոռոչ, պուլպայի քայքայված զանգված, զոնդավորումը՝ առանց ցավի, ավշահանգույցները մեծացած են, թարախային գարշահոտ: Մնայուն ատամներում էՕԱ-ն 160մկԱ է:
- ▶ Ռենտգենաբանորեն՝ ոսկրային հյուսվածքի նոսրացում ոչ հստակ կրականման ուրվագծերով:
- ▶ Ախտաբանական անատոմիան՝ գրանուլացիոն հյուսվածքի աճ, գերակշռում են բջջային տարրերը, ատամնաբնի կոմպակտ թիթեղի արտահայտված դեստրուկցիա, ինչպես նաև ցեմենտի ռեգորբցիա:



Նկար 58. Periodontitis chronica granulans



Նկար 59. Periodontitis chronica exacerbata ( granulans)

#### ***Քրոնիկական պերիոդոնտիտների սրացում***

Գանգատները նման են սուր պերիոդոնտիտներին: Տարբերում են անամենեզի և ռենտգեն հետազոտության միջոցով (նկ. 59, 60):

#### ***Քրոնիկական պերիոդոնտիտները կարող են հանգեցնել.***

- ▶ արմատի ներծման արագացմանը (եթե այն շրջափակված է գրանուլացիոն հյուսվածքով),
- ▶ ներծման դանդաղեցմանը (եթե առկա է թարախային արտազատուկ),
- ▶ ներծման դադարեցմանը (եթե արմատը կիստայի կամ գրանուլոմայի մեջ է):

#### ***Քրոնիկական պերիոդոնտիտների ընթացքի առանձնահատկությունները.***

- Կաթնատամներում և չձևավորված մնայուն ատամներում քրոնիկական պերիոդոնտիտն ընթանում է փակ ատամի խոռոչով և կամ կարիոզ փոքր խոռոչով:
- Կաթնատամներում գերակշռում է պերիոդոնտիտի գրանուլացվող տեսակը:
- Հաճախ նկատվում է արմատների ախտաբանական ներծծում:

- Պերիօդոնտիտների գրանուլացվող տեսակը երեխաների մոտ առավելապես զուգորդվում է խուղակի առաջացումով, քան մեծահասակների մոտ:



**Նկար 60. Periodontitis chronica granulans exacerbata:**

- Պերիօդոնտիտների բոլոր տեսակների դեպքում հնարավոր է բիֆուրկացիայի շրջանի ոսկրային հյուսվածքը քայքայվի, որն ավելի է արտահայտված, քան գազաթների շրջաններում:

- Կակղանի նեկրոզը և աճման գոտու անկումը չձևավորված արմատներում հանգեցնում են նրանց ձևավորման խախտման:

- Կաթնատամի քրոնիկական պերիօդոնտիտը, տարածվելով մնայուն ատամի սաղմի վրա, կարող է առաջացնել նրա զարգացման ընթացքի խանգարում:

- Բազմարմատ ատամների տարբեր արմատներում հնարավոր է դրսևորվեն պերիօդոնտիտների տարբեր

տեսակներ:

- Գրանուլացվող տեսակն ավելի հաճախ է զուգորդվում լիմֆադենիտներով կամ պերիօստալ ռեակցիայով:

*Պայմանավորված բորբոքման տեսակով և ինտենսիվությամբ, ինչպես նաև ֆոլիկուլի զարգացման աստիճանով՝ հնարավոր են հետևյալ բարդությունները՝*

- ֆոլիկուլի անկում, եթե բորբոքումը տարածվում է մինչև կրակալման սկիզբը,
- տեղային հիպոպլազիա էնամելոբլաստների ֆունկցիայի խանգարման հետևանքով (Տուրների ատամներ),
- պսակի ձևավորման խանգարում՝ նրա հետագա սեկվեստրացիայով,
- մնայուն ատամների ֆոլիկուլների և կաթնատամների արմատների միջև ոսկրային միջնապատի վաղաժամ քայքայում,
- մնայուն ատամների սաղմերի դիրքի փոփոխություն կաթնատամի հարգազաթային հյուսվածքներում՝ բորբոքային արտազատուկ կուտակվելու հետևանքով,
- ռետենցիա,
- կիստայի առաջացում:

**Կաթնատամների արմատների ռեգորբցիայի տեսակները՝ ըստ Վինոգրադովայի**

**1. Տիզիոլոգիական** (դիագրամ 8)

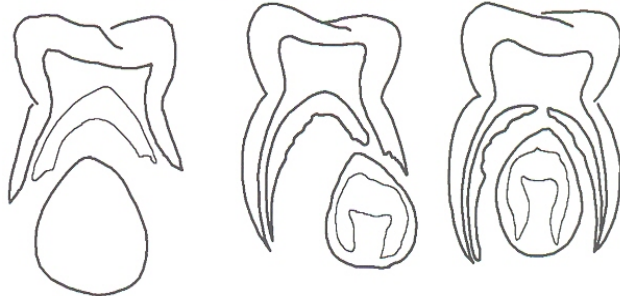
I - բոլոր արմատների համաչափ ներծծում գազաթների շրջանից,



II – մնայուն ատամի ֆոլիկուլին մոտ գտնվող արմատի առավել ներծծում, միաժամանակ մյուս արմատների և բիֆուրկացիայի ներծծումով,

III - արմատների բիֆուրկացիայի առավել ներծծում:

*Ֆիզիոլոգիական ներծծման նշաններն են՝*



**Դիագրամ 8. Կաթնատամների արմատների ֆիզիոլոգիական ներծծման տարբերակները:**

- ▶ մնայուն ատամի սաղմի մոտ լինելը կաթնատամի ներծծվող արմատին,
- ▶ ոսկրի բացակայությունը մնայուն ատամի սաղմի և կաթնատամների արմատների միջև,
- ▶ երեխայի մորֆոլոգիական

տարիքի և ներծծման ժամկետների համապատասխանումը:

Ֆիզիոլոգիական ռեգորբցիան իրականացվում է օստեոկլաստների միջոցով:  
**2.Ախտաբանական ռեգորբցիա** դիտվում է քրոնիկական բորբոքային պրոցեսների և նորագոյացությունների դեպքում: *Նշաններն են՝*

- ▶ երեխայի մորֆոլոգիական տարիքի և ներծծման ժամկետների անհամապատասխանությունը,
- ▶ մնայուն ատամի սաղմի հեռու լինելը կաթնատամի արմատից,
- ▶ ոսկրային հյուսվածքի դեստրուկցիայի նշանները:

**ՊԵՐԻՕԴՈՆՏԻՏՆԵՐԻ ՉԱՐԳԱՅՈՒՄԸ ՄՇՏԱԿԱՆ  
ԱՏԱՄՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ԸՆԹԱՑՔԻ  
ԱՌԱՆՁՆԱԳՐԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՀԱՍԱԿՈՒՄ**

Տվյալ բաժնում մեզ հետաքրքրող ժամանակահատվածը համապատասխանում է մշտական ատամների ծկթման շրջանից մինչ նրանց արմատային համակարգի վերջնական ձևավորումը և կայունացումը: Այս շրջանում ատամը, ունենալով հյուսվածքաբանական ոչ լիարժեք կառուցվածք, պայմաններ է ստեղծում կլինիկական ընթացքի որոշակի, բայց շատ կարևոր առանձնահատկությունների առաջացման համար: Անհրաժեշտ է հիշել՝

- տվյալ շրջանում ատամն ունի լայն արմատախողովակ, որը սերտորեն կապված է շուրջագաթային հյուսվածքների հետ,
- բարակ դենտինային շերտ, լայն և կարճ դենտինային խողովակներ,
- պերիօդոնտում առկա են մեծ քանակությամբ մազանոթներ և շարակցահյուսվածքային բջջային տարրեր,
- մեկ այլ առանձնահատկություն է նաև ոսկրի մեծ խորշիկները և նրա ոչ լիարժեք հանքայնացված լինելը և կորտիկալ շերտի բարձր ծակոտկենությունը:

Կլինիկական աշխատանքում մանկական ստոմատոլոգն առավելապես առնչվում է պերիօդոնտիտների քրոնիկական տեսակներին: Քրոնիկական տեսակը շատ հաճախ առաջանում է որպես առաջնային պրոցես և կարող է ուղեկցվել առանց նախորդող պուլպիտին բնորոշ ցավերի: Կլինիկական նշանների քիչ քանակը, այնուամենայնիվ, չի խանգարում ճշգրիտ ախտորոշմանը: Որպես հավելյալ միջոց կիրառվում են թերմիկ թեստը (կակղանի պատասխանի բացակայություն) և ԷՕՄ-ը (100-200մկԱ): Ախտորոշման մեջ ուրույն տեղ է զբաղեցնում ռենտգեն հետազոտությունը:

Մանկական շրջանում գերակշռում է քրոնիկական գրանուլացվող պերիօդոնտիտը, որը ռենտգենաբանորեն զարգանում է երեք փուլով: Դրանք են.

1. Պերիօդոնտալ ճեղքի լայնացումը՝ առանց ոսկրային փոփոխությունների. այս շրջանում գրանուլացիոն հյուսվածքը փոխարինում է պերիօդոնտալ շարակցական հյուսվածքին և սկիզբ է դրվում ատամնաբնիներքին կոմպակտ թիթեղի ռեգորբեցիային: Պետք չէ այս փոփոխությունը շփոթել ֆիբրոզ տեսակի հետ, քանի որ վերջինիս դեպքում դիտվում է դեֆորմացիա, ոչ թե ռեգորբեցիա:
2. Երբ գրանուլացիաները սկսում են աճել, խախտվում է ոսկրի կառուցվածքը և ռենտգենաբանորեն շուրջպերիօդոնտալ ոսկրը առողջ ոսկրի համեմատ նոսրանում է:
3. Բնորոշվում է ոսկրային մեծ արատի առաջացմամբ՝ ոչ հստակ սահմանով. օջախի կենտրոնում բացակայում է ոսկրային հյուսվածքը,

Պերիօդոնտիտների դեպքում շատ կարևոր նշանակություն ունի աճման գոտու վիճակի գնահատումը: Այդ գոտու կենսունակության պահպան-

վածության մասին վկայում է նրան հարող ոսկրային կոմպակտ թիթեղի ամբողջականության առկայությունը:

### **Պերիօդոնտիտների բուժումը մանկական տարիքում**

Գագաթային պերիօդոնտիտների բուժման եղանակները լինում են՝

- կոնսերվատիվ,
- կոնսերվատիվ - վիրաբուժական,
- վիրաբուժական:

*Պահպանողական միջոցառումներն* ուղղված են արմատախողովակների մանրէնային բաղադրությանը, բորբոքման սահմանափակմանը, օրգանիզմի դեսենսիբիլիզացմանը: Դրա հետ մեկտեղ կատարվում է արմատախողովակներից պուլպայի քայքայված զանգվածի հեռացում, էնդոդոնտիկ մշակում, արմատախողովակների և շրջակա հյուսվածքների մշակում բուժիչ դեղամիջոցներով (նկ. 61), արմատների լիցքավորում:



**Նկար 61. 62 ատամի արմատախողովակի դեղորայքային մշակումը:**

*Պահպանողական - վիրաբուժական* միջոցառումները կիրառվում են, երբ պահպանողական մեթոդներն անարդյունավետ են և հնարավորություն են տալիս պահպանելու ատամը ամբողջությամբ կամ մասնակի՝ պահպանանելով նրա ֆունկցիան:

Երեխաների այս այս մանիպուլյացիաները պետք է կատարվեն անզգայացմամբ: Ասեղի ծակման տեղում օգտագործում են ալլիկացիոն անզգայացում՝ քսիլիստեզին,

պիրոմեկային, հուռիկային կամ այլ քսուքներ և աերոզոլներ: Առավելագույն անզգայացմամբ նույն այցի ժամանակ պետք է անել հնարավոր ամեն բան բուժումը առավել լիարժեք անցկացնելու համար:

Երեխաների շրջանում *սուր և սրացած պերիօդոնտիտների* բուժումը ենթադրում է՝

- 1) պատճառի վերացում, այսինքն՝ ախտահարված կակղանի հեռացում,
- 2) արմատախողովակից քայքայված հյուսվածքի հեռացում կամ
- 3) ատամի հեռացում:

Ըստ ցուցումների՝ այս ամենը կատարվում է առաջին այցի ժամանակ:

Պետք է ապահովել էքսուդատի արտահոսք առավել ռացիոնալ ճանապարհով: Եթե էքսուդատը պերիօդոնտալ տարածությունում է, ապա այն դուրս է բերվում արմատախողովակից, իսկ եթե այն հավաքվել է ենթավերնոսկրի և լնդի տակ, ապա կատարվում է կտրվածք: Անցկացվում են նաև ռացիոնալ ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ՝ երեխայի օրգանիզմի դիմադրողակա-

նության բարձրացում, հակամիկրոբային բուժում, հիպոսենսիբիլիզացիա և հակահիստամինային թերապիա, իմունիտետը խթանող միջոցներ:

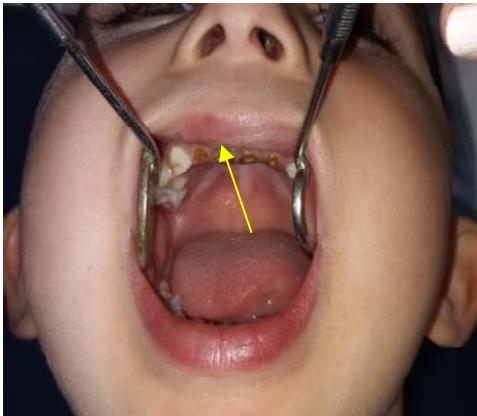
Սուր պերիօդոնտիտների դեպքում, որոշելով պատճառային ատամի պահպանման ցուցումները, բժիշկը կարող է բուժումը սկսել արմատա-խողովակից էքսուդատի հեռացումով կամ ստեղծել պայմաններ պրոցեսի` սուրից քրոնիկականին վերածվելուն:

Կաթնատամների քրոնիկական պերիօդոնտիտների բուժումը. կաթնատամների սուր կամ սրացված քրոնիկական պերիօդոնտիտների առաջին այցի ժամանակ պետք է որոշել կաթնատամի պահպանման հնարավորության և դրա նպատակահարմարության հարցը:

*Գլխավորը ոչ թե երեխայի տարիքն է և մշտական ատամների ծկթման ժամկետները, այլ բորբոքման բնույթը, աստիճանը, արմատների ռեզորբցիայի աստիճանը, մշտական ատամի սաղմի վրա ախտաբանական պրոցեսի տարածվածությունը և պերիօդոնտում դեստրուկտիվ փոփոխությունների բնույթը:*

*Կաթնատամները չեն բուժվում, եթե`*

1. ախտաբանական պրոցեսը տարածվում է ատամի սաղմի վրա. այդ դեպքում կաթնատամը հեռացվում է,
2. եթե ախտաբանական ռեզորբցիան ընդգրկել է արմատի 2/3-ը (թեև չի համապատասխանում երեխայի տարիքին),
3. բուժման ընթացքում և հետո առաջացած բարդությունների դեպքում,
4. բուժման ընթացքում սրացումների դեպքում,
5. եթե մինչև ֆիզիոլոգիական փոխումը մնացել է 1,5-2 տարի,
6. ատամի հատակի պերֆորացիայի և ներծծման դեպքում,
7. կաթնատամի արմատի շրջանում բորբոքային կիստայի առկայության դեպքում,



**Նկար 62. 51 ատամը բուժված է մեկ այցով. լիցքավորվել է էնդոմետազոնով և դրվել ապակեիոնոմերային ցեմենտ:**

8. երեխայի ընդհանուր վիճակի վատթարացման դեպքում,
9. քրոնիկական ինֆեկցիոն հիվանդությունների առկայության դեպքում:

Միարմատ և բազմարմատ կաթնատամների անցանելի արմատա-խողովակներով պերիօդոնտիտների բուժումը կատարվում է 1 այցով (նկ. 62):

Եթե կան գրանուլացիաներ, կարելի է չհեռացնել: Դրանց անզգայացման համար օգտագործվում է կամֆորաֆենոլով ներծծված տուրունդա (ճնշման տակ) կամ անզգայացնող հեղուկներ:

Այս մեթոդն օգտագործում են նաև միարմատ, բազմարմատ լավ անցանելի արմատախողովակներով ատամներում, հատկապես լնդի վրա խուղակի

առկայության դեպքում, ինչպես նաև առանց խուղակի, լավ անցանելի արմատախողովակներով արմատները բուժելիս, որոնք լցված են գրանուլացիաներով:

Լիցքավորվում են միայն կարծրացող լցանյութերով:

Բազմարմատ կաթնատամներում, եթե կան գերաճած գրանուլացիաներ, կամ անանցանալի արմատախողովակներով աստամներում կարելի է բուժել մումիֆիկացիայի մեթոդով.

1-ին այցի ժամանակ բացում են կարիեսային և կակղանային խոռոչները, ելանցքերին թողնում են ֆենոլֆորմալինային թրջոց (1 կաթիլ 40%-անոց ֆորմալին + 2 կաթիլ ֆենոլ + ժամանակավոր կապ):

2-րդ այցի ժամանակ արմատախողովակներից հեռացնում են քայքայված հյուսվածքը, դնում ռեզորցին - ֆորմալինային թրջոց + ժամանակավոր լցանյութ:

3-րդ այցին դրվում է ռեզորցին ֆորմալինային մածուկ + մշտական լցանյութ:

*Քրոնիկական սրացած պերիօդոնտիտների դեպքում՝*

- 1) բացել ատամի խոռոչը,
- 2) հեռացնել քայքայված հյուսվածքները,
- 3) նշանակել հակաբորբոքիչներ, ֆիզիոթերապիա,
- 4) կտրվածք անցման ծալքի կամ ենթալնդային շրջանում,
- 5) երևույթներն անցնելուց հետո կատարում են 1 այցով լցավորում

կամ մումիֆիկացիա:

*Ընդհանուր բուժումը՝*

- 1) հակամիկրոբային թերապիա,
- 2) հակահիստամինային դեղամիջոցներ,
- 3) իմունիտետը խթանող դեղամիջոցներ,
- 4) ֆիզիոթերապիա:

Մշտական ատամների քրոնիկական պերիօդոնտիտների բուժումը կատարվում է այնպես, ինչպես մեծահասակների դեպքում:

Կիրառվում են՝

- 1) վիրաբուժական (ատամների հեռացում, ապեկոտումիա, հեմիսեկցիա, ռեպլանտացիա),
- 2) պահպանողական՝ անտիբիոտիկներ, ֆերմենտներ, կորտիկոստերոիդներ, իմպրեզնացիոն մեթոդ, ֆիզիոթերապիա:

*Մնայուն ատամների հեռացման ցուցումներն են՝*

- 1) ատամի պսակի և հատակի պերֆորացիան,
- 2) բուժման ժամանակ առաջացած սրացումները:

Մշտական ատամների բուժման ցուցումներն ավելի շատ են:

Մնայուն ատամները բուժում են՝

- 1) 1 այցով,

2) Էնդոդոնտիկ և հականեխիչ մշակում, ֆերմենտներ, կորտիկոստերոիդներ,

3) համակցված:

Միարմատ ձևավորված ատամները բուժում են 1 այցով

1) բացել ատամի խոռոչը և արմատախողովակները,

2) հեռացնել քայքայված զանգվածը,

3) Էնդոդոնտիկ մշակում,

4) դեդոդոնտիկ մշակում՝ ֆերմենտներ, բուսական ծագման դեղամիջոցներ, 4%-անոց պրոպոլիս,

5) մինչև զագաթը լիցքավորել կարծրացող լցանյութերով:

Եթե կան գրանուլացիաներ՝ հեռացնել ֆենոլանեստեզիայի ճնշման ազդեցությամբ կամ ներարկման անզգայացմամբ (առանց գրանուլացիաները հեռացնելու, քանի որ գրանուլացիաները փխրուն են և նուրբ):

Քրոնիկական գրանուլացվող պերիոդոնտիտների դեպքում զագաթային հատվածից հաճախակի արյուն է գալիս, որը հակացուցում չէ նույն այցին պլումբավորելու համար: Այն առաջանում է գրանուլացիոն հյուսվածքի վնասումից: Արյունահոսությունը հականեխիչներով կամ այրող նյութերով դադարեցնելու փորձը հանգեցնում է պրոցեսի սրացմանը: Կարծրացող մածուկներով արմատախողովակի անմիջապես օբտուրացիան ապահովում է լիարժեք բուժում: Հնարավոր է նաև կատարել դիաթերմոկոագուլյացիա և պլումբավորում նույն այցի ժամանակ (քանի որ գրանուլացիոն հյուսվածքի աճը մինչև մյուս այց կարագանա, և պրոցեսը ավելի կսրվի):

Լիցքավորում են կարծրացող լցանյութերով:

Բազմարմատ ատամներում յուրաքանչյուր արմատի (պայմանավորված արմատի զարգացման աստիճանով) բուժումը յուրահատուկ է, որը բարդացնում է բուժումը:

*Չձևավորված արմատներով ատամներում բուժման առանձնահատկությունները՝*

1) մեկ այցով չեն բուժվում,

2) պարտադիր կատարվում է մանրակրկիտ մեխանիկական մշակում,

3) կիրառվում են դանդաղ կարծրացող հականեխիչ լցանյութեր (ցինկ օքսիդ + էվգենոլ, Էնդոդենտ և այլն):

*Միարմատանի չձևավորված արմատներով ատամներում բուժումը՝*

1) լայն ձագարի առկայությունը նպաստում է գրանուլացիոն հյուսվածք ավելի հաճախ զարգացմանը,

2) կակղանի քայքայված հյուսվածքը հեռացնելիս առաջանում է արյունահոսություն և ցավ,

3) արմատային ասեղը, ծածկված բամբակով, տեղադրում են արմատախողովակի մեջ և ուղարկում ռենտգեն նկարահանման՝ որոշելու արմատի ձևավորման աստիճանը, գրանուլացիոն հյուսվածքի սերտաճը և համոզվում, որ արմատաբունը պարփակող ոսկրային թիթեղը չի քայքայվել:

Այն նաև պետք է տարբերակել արմատի պատի պերֆորացիայից և քրոնիկական գանգրենոզ պուլպիտից:

Կռագուլյացիա չի կատարվում, արյունահոսությունը դադարեցվում է կենսաբանական դեղամիջոցներով (պուլպիտների բուժման ժամանակ օգտագործվող): Արմատախողովակը լիցքավորում են էվգենոլի և ցինկ օքսիդի խառնուրդով, ամիպաստայով: Առաջին բաժինն ավելի նոսր խառնուրդով է, չորացվում է տուրունդայով՝ օգտագործելով ցինկ օքսիդի փոշի, մածուկը պնդացնում են արմատախողովակում:

Եթե ատամի պսակը պահպանված է, ամբողջ արմատախողովակը լիցքավորում են, իսկ ատամի խոռոչը վերականգնում են համապատասխան լցանյութերով:

Եթե ատամի պսակը պահպանված չէ, ապա միայն գագաթային մասն է լիցքավորվում լցանյութով, մնացած մասն ազատ է թողնվում, որպեսզի դրվեն գամիկը և լցանյութը:

Արմատախողովակների ժամանակավոր լցավորման համար կիրառվում են հետևյալ նյութերը.

1) *Հակաբիոտիկների և կորտիկոստերոիդների* հիման վրա՝

ա) Սեպտոմիքսին ֆորտե (Սեպտոդոնոտ). արմատալեցիչով մղվում է արմատախողովակ, դեստրուկտիվ պերիօդոնտիտների ժամանակ պետք է անցնել գագաթից, թողնել 2 - 10 օր, 2-րդ այցի ժամանակ պետք է փոխել և դնել նորը:

Օրինակ՝ էնդոկալը փոխում են 6 շաբաթից, հետո 2 ամիսը մեկ անգամ ռենտգեն նկարով որոշում են ներծծման աստիճանը, այնուհետև դրվում է նորից: Բուժման վերջում փոխարինվում է մշտական լցանյութով:

Բուրիսպադ-ը պարունակում է կամֆորա, դիյոդթիմոլ, պարաքլորֆենոլ:

Յոդեքսը պարունակում է դեքսամետազոն, թիմոլ, կրեոզոտ, յոդֆորմ, կամֆորա:

2) *Կալցիումի հիդրօքսիդի* հիմքի վրա՝ պերիօդոնտիտների դեստրուկտիվ տեսակների, կիստոգրանուլոմայի, ռադիկուլյար կիստաների դեպքում (չկարծրացող): Պերիօդոնտիտների դեստրուկտիվ տեսակների դեպքում կարելի է անցնել գագաթից: 6 ամսից փոխում են, հետո՝ ամիսը մեկ մինչև արդյունքի հասնելը: Օրինակ՝ Biocalax (Spad) պարունակում է մաքուր կալցիումի օքսիդ, Vitapex-ը՝ յոդֆորմ, կալցիումի հիդրօքսիդ:

3) *Մետրոնիդազոլի* հիմքի վրա (Գրինազոլ պարունակում է 10% մետրոնիդազոլ):

4) Երկարատև ազդեցության *հականեխիչներ*, օրինակ՝ *Տեմպոֆոր* (պարունակում է թիմոլ, յոդֆորմ, կամֆորա, մենթոլ). չի կարծրանում, դանդաղ ներծծվում է արմատախողովակում, ռենտգենկոնտրաստ է, չի խանգարում մշտական ատամի սաղմի զարգացմանը: Դրական դինամիկայում արմատախողովակները մաքրվում են և լցավորվում կարծրացող նյութերով, օր.՝ էնդոմետազոնով:

Այդպիսին է նաև ռազմավարությունն արմատի գազաթի փակման փուլում:

Ավելի դժվար է, երբ ատամը ձևավորված չէ և կատարվել է աճման գոտու անկում: Դա լինում է քրոնիկական բորբոքումների ժամանակ, երբ կա թարախային արտադրություն և խուղակ:

Այսպիսով, *քրոնիկական պերոդոնտիտների բուժումը չձևավորված արմատներով ատամներում* ենթադրում է՝

1. լիարժեք գործիքային մշակում,
2. հականեխիչներով և ֆերմենտներով մշակում,
3. հականեխիչ ազդեցությամբ լցանյութերով լիցքավորում՝ դիակետ, էպոքսիդային հիմքի վրա՝ էնդոդենտ, էվգենոլային մածուկ և այլն:

Արմատախողովակների դեղորայքային մշակման համար նյութերը պետք է՝

- ունենան բակտերիասպան հատկություն,
- չվնասեն շուրջգազաթային հյուսվածքները,
- օրգանիզմի սենսիբիլիզացիա չառաջացնեն,
- չառաջացնեն միկրոօրգանիզմների կայուն տեսակները,
- արագ ազդեն և խոր ներթափանցեն դենտինային խողովակներ,
- չկորցնեն իրենց արդյունավետությունը (օրգանական նյութերից),
- չունենան վատ համ և հոտ,
- մաքրելով արմատախողովակը օրգանական նյութերից՝ նպաստեն դրանց հեռացմանը,
- քիմիապես կայուն լինեն և պահպանեն ակտիվությունը երկարատև օգտագործելու դեպքում:

#### ***Քլոր պարունակող նյութեր***

- Ազդեցության մեխանիզմը. հյուսվածքների հետ շփման դեպքում առաջանում է գազանման քլոր, որն ազդում է և՛ արմատախողովակում, և՛ դենտինային խողովակներում՝ վարակազերծելով և քայքայելով դրանց պարունակությունը, օրգանական մնացորդները:

*Քլոր պարունակող* նյութերն ունեն բակտերիասպան, դեզադորացնող և թույլ սպիտակեցնող հատկություն:

Ամենատարածվածներից են՝

- նատրիումի հիպոքլորիդը 1-5%-անոց,
- պարկանը 3%-անոց,
- 2%-անոց քլորամինը:

Էնդոդենտիայում արմատախողովակների դեղորայքային մշակման և լվացման համար օգտագործում են 3%-անոց ջրածնի պերօքսիդի ջրային լուծույթը:

*Յոդ պարունակող դեղամիջոցներ*՝

յոդինոլ, յոդոնատ:

*Նիտրոֆուրանի շարքի դեղամիջոցներ*՝

0,5%-անոց ֆուրացիլին,



0,1- 0,15%-անոց ֆուրադոնին, ֆուրազին, ֆուրազոլիդոն:

*Ամոնային միացություններ՝*

0,1%-անոց դեկամին,

0,15%-անոց դեկամետոքսին,

1%-անոց բեզալկոնիայի քլորիդ,

1%-անոց բիոսեպտ:

*Կարբամիդային՝*

30%-անոց կարբամիդ,

10%-անոց կարբամիդի պերեկիս գլիցերինի մեջ:

*Հականեխիչ տակդիրներ, որոնք տեղադրվում են ատամի խոռոչում, հերմետիկ փակում են ժամանակավոր որևէ լցանյութով:*

*Դրանց բաղադրության մեջ կան՝*

- 1-3 անտիսեպտիկներ,

- 1-2 կորտկոստերոիդներ,

- տեղային անէսթետիկներ:

*Արմատախողովակների քիմիական լայնացման համար կիրառվում են՝*

1) լուծույթներ՝ ՅՃՏԱ, Largal ultra, Root canal enlarger, Verifix (Spad),

2) ՅՃՏԱ –ի հիմքի վրա դոնորներ՝ Canal +, HPU 15, Glide, Канал Глайд:

*Հականեխիչներն են՝*

1) մեխակի յուղը և նրա ածանցյալները՝ էվգենոլ,

2) ֆենոլի ածանցյալները՝ ֆորմոկրեզոլ, կամֆորային պարաքլորֆենոլ, կրեզատինը, տիմոլ, կամֆորոֆենոլ, էնդոտին, կրեզոֆեն, Rocol 8 և այլն:

*Արյունահոսության դադարեցման համար կիրառվում են՝*

1) անոթասեղմիչ դեղամիջոցներ՝ ադրենալին և նույնանման դեղանյութեր,

2) ուժեղ ազդեցության 10%-անոց ջրածնի պերօքսիդ, ֆոսֆատ ցեմենտի լուծույթը, ֆենոլ – ֆորմալին,

3) 3%-անոց ջրածնի պերօքսիդ,

4) դիաթերմոկոագուլյացիա:

*Արմատախողովակների չորացումը կատարվում է՝*

1) Սպիրտով,

2) եթերով,

3) Հիդրոլով և Հիդրոլ սփրեյով (Սեպտոդոնտ), որոնք նաև ճարպազերծում են:

*Արմատախողովակների վերալիցքավորման դեպքում նախորդ լիցքանյութերը հեռացնելու համար կիրառվում են՝*

1) ֆենոլալաստային նյութերի դեպքում (օրինակ՝ ռեզորցին-ֆորմալինային)՝ Endosolv R, Resosolv, Сольвадент-гель, Фенопласт (Омега),

2) էվգենատների փափկեցման դեպքում՝ Endosolv E, DPC 10 (Spad), Root canal Resin Remover, Эвгенат: