

**КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАРАДОНТИТОВ У
ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.12737761>

Хамраева Раъно Рахматилоевна

Ш.Ш.Шадиева

т.ф.д., доцент

Аннотация. В данной статье представлен ряд научных результатов, полученных в ходе исследований по совершенствованию методов лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта у военных, а также парадонтитов, в том числе значение любого заболевания в современном обществе определяется распространенностью этого заболевания среди населения, степенью тяжести и тяжестью последствий, экономическими потерями больного и его семьи или общества в целом.

Ключевые слова: пародонт, коллагеназа, эластаза, фибринолизин, хондроитинсульфатаза, микроциркуляция, одонтогенный очаг.

В последние годы наблюдается рост заболеваемости парадонтитами среди населения, что вызывает медико-социальные, экономические проблемы. Особое место занимает развитие этой патологии у военных, что создает сложности в их диагностике и лечении. В ходе исследований по совершенствованию методов лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и парадонтитов у военных был получен ряд научных результатов, в том числе значение любого заболевания в современном обществе определяется распространенностью этого заболевания среди населения, степенью тяжести и тяжестью последствий, экономическими потерями больного и его семьи или общества в целом.

Уровень своевременной диагностики и лечения среди больных при поражении ротовой полости заболеваниями остается низким. Каждый из существующих методов системной диагностики направлен на определение показателя структуры или функции тканей организма. Следует иметь в виду, что в клинической практике обследование пациентов проводится относительно редко. Основную роль в альтерации тканей пародонта играют коллагеназа, эластаза, фибринолизин, хондроитинсульфатаза и другие подобные микробные ферменты. Нарушение микроциркуляции в области периапикальных тканей приводит к хроническому одонтогенному очагу, а также к развитию фиброзных изменений, что наряду с повышенной проницаемостью сосудистой ткани является важным патогенетическим состоянием при развитии заболеваний воспалительного характера.

Нарушения микроциркуляции не только играют ключевую роль в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта, но и связаны со степенью их тяжести. При воспалении отмечается снижение показателей сосудистого тонуса, показателей периферического сопротивления и эластичности сосудов в микроциркуляторном потоке пародонта. Для выявления нарушений микроциркуляционного потока пародонта используется метод доплерографии сосудов пародонта. В основе этого метода лежит эффект Доплера, который заключается в вычислении изменения частоты сигнала, возвращающегося от движущегося объекта, относительно значения, пропорционального скорости отраженного движения.

При стоматологическом осмотре выявляется активный фактор - белковый компонент, который, воздействуя на сосудистую проницаемость тканей пародонта, создает условия для формирования аутоиммунного компонента альтерации. Вследствие увеличения проницаемости сосудов пародонта, а также развития острого васкулита микробного генеза, который отмечается в период развития гингивита, миграция лейкоцитов значительно увеличивается, что может быть одной из причин повышенной активности лизоцима.

В последнее время особый интерес представляют исследования минерального состава в различных биологических средах при заболеваниях пародонта, так как данные о качественном и количественном составе микро - и макроэлементов в них приводят в полную форму представления о патогенезе изменений, происходящих в полости рта при заболеваниях пародонта. Ряд авторов считают, что изменение количества микроэлементов в слюне увеличивается с увеличением степени поражения пародонта. Структурные изменения пародонта связаны с дефицитом макро - и микроэлементов, отвечающих за многие процессы клеточного метаболизма. Недостаток макро-и микроэлементов в различных биологических средах приводит к повышению восприимчивости тканей пародонта к инфекциям, замедлению репаративной активности, метаболическим и структурным изменениям. Это происходит из-за того, что жизнедеятельность и активность иммунных клеток, их участие в иммунобиологических процессах тесно связаны с минеральным обменом в организме. Состояние трансмембранных эффектов в клетках зависит от активности кальций-магниевых и натрий-калиевых каналов, активность сложных ферментных систем определяется метаболизмом химических элементов.

Реализация многих иммунных функций в организме связана с магнием. Доказано участие магния в синтезе иммуноглобулинов, в роли кофактора в регуляции системы комплемента. При дефиците магния увеличивается образование антител, предрасположенность к аутоиммунным реакциям. Магний участвует в процессах минерализации костной ткани. Недостаток магния в организме усиливает нестабильность атеросклеротических высыпаний и приводит к кальцинозу в сосудах с атеросклеротическими изменениями. Непосредственным этиологическим фактором воспалительного поражения тканей пародонта является микроб. Микробные

выделения, то есть кислоты, ферменты и токсины, которые накапливаются в преддесневой области, нейтрализуются защитными клетками десневой жидкости и слюны, а также соединениями сыворотки крови в течение определенного периода времени. С увеличением количества микробных слоев на основе отложения неорганических солей в слюне над активным микробным слоем формируется защитное средство в виде зубных отложений типа «щита». В нем начинают интенсивно размножаться токсинообразующие микроорганизмы, считающиеся пародонтопатогенными, способные оказывать более токсичное воздействие на окружающие ткани. Когда их поражающая сила превосходит защитные механизмы тканей, клеток крови и соединений сыворотки, возникают клинически идентифицируемые воспалительные маркеры.

Присутствие микроорганизмов необходимо для развития воспалительной реакции. Но его течению сопротивляются несколько факторов: - во-первых, антимикробные соединения в слюне: резорцин, V-Лизины; - во-вторых, элементы клеточной защиты ткани и межтканевой жидкости, а также форменные элементы сыворотки и крови; - в-третьих, это индивидуальное строение костной структуры и производных соединительной ткани пародонта, процесс обмена веществ в них. Методы обследования пациентов. Процесс обследования поступающих пациентов на предмет патологических изменений в ткани пародонта включает клинические, лабораторно - функциональные и рентгенологические методы. Различают их основные (клинические) и дополнительные методы исследования (параклинические). Методы клинического обследования – состоят из сбора анамнеза и осмотра пациента.

История болезни. В первую очередь выявляются жалобы: их характер (неприятный запах, кровоточивость десен, шевеление зубов и др.), течение процесса (быстрое, медленное, периодическое). После исключения наличия у больного сахарного диабета по типу протекающего с интенсивным развитием болезненного процесса (сильное шевеление зубов, выпадение) необходимо выявить другие общие и стоматологические признаки (изменение массы тела, быстрая жажда, сухость во рту).

Осмотр пациента. Это включает в себя осмотр внешнего вида и полости рта. Важно обращать внимание на общие признаки больного – его настроение, поведение (быстрая экспрессия, вялость, вялость), цвет кожных покровов, состояние регионарных лимфоузлов. Определяется пропорциональное (пропорциональное) положение лица на горизонтальной, вертикальной и сагиттальной поверхностях. В результате снижения соотношения зубов (при аномалии соотношения зубов, сильном трении жевательных зубов и дефектах зубного ряда) происходит уменьшение лицевой нижней 1/3. Определяется тонус жевательных и мимических мышц. Мышцы вокруг ротовой полости часто напрягаются из-за дефектов зубного ряда и вредных

привычек. Дефекты зубного ряда и поверхности склеивания возникают в результате удаления зубов – антагонистов (феномен Попова-гадона).

Определение локального статуса. Желательно посмотреть состояние слизистой оболочки полости рта при естественном освещении. Особое значение также придается состоянию слизистой оболочки десен. При этом область десен исследуется на 3 части: межзубные десневые присоски, край десны и часть, покрывающая альвеолярный отросток. При осмотре также следует обратить внимание на его цвет (ярко – красный цвет наблюдается при остром воспалении, а голубоватый-при хроническом). Грязно – серый вид-характерен для язвенных некротических процессов. Патологические изменения могут быть локализованными или генерализованными.

Пародонтозогенные состояния мягких тканей челюстного купола: к ним относятся отслоения верхней и нижней губ (укорочение, образование дефектов), складки и отслоения слизистой оболочки полости рта. Специальные методы обследования: рентгенологическое исследование зубов и челюстей, выявление различных потенциалов, неспецифических защитных сил организма, морфологические исследования.

Рентгенологический метод является необходимым методом обследования для пациентов с заболеваниями пародонта. Он позволяет определить степень и характер патологических изменений в костной ткани альвеолярных отростков челюсти. Для оценки состояния костной ткани в динамике необходимо использовать рентгеновские снимки одинакового размера. Пациентам, обращающимся с заболеваниями пародонта, часто рекомендуется сделать рентген полости рта (хотя этот метод имеет ряд недостатков). Чтобы получить более полную картину состояния пародонта, необходимо опустить на рентгеновский снимок соотношение всех зубов (рис.5, 6 о лобных, премоляры и коренных зубах в обеих челюстях).

К числу более оптимальных методов обследования относятся методы панорамной (полукруглой) рентгенографии и ортопантомографии. Определение застоя капилляров в Десне достигается с помощью измеренного вакуумного метода, и для этого требуется вакуумный аппарат, а также вакуумный аппарат, содержащий внутри стеклянные трубки различных размеров и форм. Определение застоя капилляров десен будет зависеть от времени образования гематомы. На лобных зубах гематома образуется в норме в течение 50-60 секунд. При различных изменениях пародонта время образования гематомы на десне также может быть уменьшено до 5-12 раз. Следует отметить, что застой капилляров имеет различный показатель в разных областях альвеолярного отростка, который в области зубов равен – 30-50 секунд, а в области моляров-60-80 секунд. Данный метод позволяет объективно оценить эффективность лечения.

Реопародонтография-этот метод дает информацию о степени кровоснабжения пародонтальной ткани. При этом результаты обследования регистрируются с

помощью реоплетизмографа РПТ - 200. Остеометрия-это метод обследования, который позволяет определить плотность костной ткани нижней челюсти на основе времени прохождения УЗИ. Физические характеристики распространения ультразвука зависят от скорости прохождения этой волны через плотную костную ткань, то есть чем больше плотность, тем меньше время прохождения ультразвука.

Морфологическое исследование продукта биопсии (биоптаты десен, содержимое пародонтального кармана) позволяет получить необходимую информацию для более точной диагностики. При таких заболеваниях, как эозинофильная гранулема, коллагеноз, идиопатические поражения пародонта, морфологическое исследование является одним из основных методов диагностики. При правильной оценке тяжести процесса и его распространенности выявляются отдельные патогенетические звенья заболевания, а после окончательного диагноза анализируются показания и противопоказания к хирургическому лечению будет сделано. Хирургические методы лечения, в свою очередь, подразделяются на различные направления в зависимости от анатомо-топографических особенностей ткани пародонта.

При легкой степени пародонтита может применяться выскабливание и его модификации, при средней и тяжелой степени – операции на сгустках и его модификации. Все методы, применяемые с целью устранения пародонтального кармана в ткани пародонта и нормализации обменных процессов в нем, относятся к категории реконструктивных операций. Гингивотомия и гингивэктомия являются одним из этапов операций по удалению сгустков с целью устранения признаков заболевания (вскрытие пародонтальных абсцессов при переходе острого процесса в хронический тип заболевания, при отсутствии видимых пародонтальных карманов – рассечение гипертрофированных десневых присосок).

При очаговых (локализованных) поражениях тканей пародонта с учетом специфических анатомо-морфологических особенностей зубочелюстной системы: проводятся такие операции, как дноуглубительные работы, аллопластика, компактостеотомия с удалением язычков (тяги), коротких полостей и перераспределение мягких тканей в коридорной части полости рта. Показания к хирургическому лечению при пародонтозе определяются степенью изменений в ткани пародонта. При пародонтозе легкой степени и при отсутствии пародонтальных карманов, а также при незаметном обнажении шейки зубов - основное показание к проведению гингивопластики. При средней и тяжелой степени изменений показанием к гингивопластике могут служить реконструктивные операции, выполняемые путем пересадки слизисто – периостальных сгустков.

При смешанных формах изменений проводят коррекционные операции. Биологические материалы, используемые при пародонтозе, в свою очередь, служат для ускорения метаболических процессов в ткани пародонта. Инструкция по удалению зубов всегда будет связана с некоторыми трудностями. Для решения этой

проблемы необходимо будет учитывать не только степень деструкции, но и возможность или невозможность патологического смещения и сохранения зуба для протезирования, его место в зубном ряду, полноту зубного ряда, а также форму дефекта альвеолярного отростка. Эрозия альвеолярного отростка до кончика корня считается показанием к удалению зуба, но при одностороннем разрушении создаются благоприятные условия для сохранения альвеолярного отростка после остеопластики или гемисекции. Основным показанием к удалению зуба будет разрушение костной ткани более чем на 2/3 длины корня и колебания III и IV степени в зубах.

Противопоказания к хирургическому лечению альвеолярной опухоли делятся на общие и местные, абсолютные и относительные показания. Общие противопоказания включают общие изменения в организме, такие как заболевания крови, системный остеопороз, активная форма туберкулеза, декомпенсированный сахарный диабет и онкологические заболевания. Относительные противопоказания включают: острые инфекционные заболевания (грипп, ангина), местные факторы – соблюдение правил личной гигиены, соотношение неизменяемых патологических зубов, разрушение костной ткани более чем на 2/3 длины корня, смещение зубов III-IV степени.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А., Миликевич В.Ю. Заболевания пародонта / Атлас. — М.: Медицина, 2010. — 320 с.
2. Барер Г.М., Лемецкая Т.И. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение / Учебное пособие. — М.: ВУМНЦ, 2015.
3. Иванов В.С. Заболевания пародонта / Изд. 2-е. — М.: Медицина, 2017. — 272 с.
4. Логинова Н.К., Воложин А.И. Патопфизиология пародонта / Методическое пособие. — М.: Медицина, 2016. — 80 с.
5. Цепов Л.М., Каманин Е.И., Морозов В.Г. Пародонтит: межклеточные, межтканевые, межсистемные взаимодействия и клинические взаимосвязи. — Смоленск, 2018. — 37 с.
6. Цепов Л.М., Каманин Е.И., Морозов В.Г. Пародонтит: проблемы комплексной терапии. — Смоленск, 2019. — 31 с.
7. Иванов В.С., Урбанович Л.И. и др. Воспаление пульпы зуба. — М.: Медицина, 2023. — 208 с.
8. Кодукова А., Величкова П., Дачев Б. Периодонтиты / Пер. с болг.. — М.: Медицина, 2021. — 256 с.
9. Чупрынина Н.М., Воложин А.И. и др. Пародонтит. — М.: Медицина, 2022. — 160 с.