

**ПАРОДОНТ АУРУЛАРЫ.
ТҮСІНІКТЕМЕ, АУРУЛАРДЫҢ
ЖҮЙЕСІ. ЭТИОЛОГИЯСЫ МЕН
ПАТОГЕНЕЗІ. ТЕРМИНОЛОГИЯСЫ.
ПАРОДОНТЫ СЫРҚАТ НАУҚАСТЫ
КЕШЕНДІ ТЕКСЕРУ. ПАРОДОНТ
АУРУЛАРЫНЫҢ АУЫРЛЫҒЫН
ИНДЕКСПЕН БАҒАЛАУ.**

Садуов.М.А

Дәрістің мақсаты:

- Пародонт аурулары стоматологиялық аурулардың ішінде күрделі аурулар қатарына жатады. Себебі этиологиясы мен патогенезі әлі толық анықталмаған және тұрғындар арасында жайылу көрсеткіштері өте жоғары.

- Кеңес өкіметі тұрғындарының арасында Т.И.Лемецкаяның ұйғаруынша (1989ж) әртүрлі жастағы топтар арасында пародонт ауруының таралуы 80-100% құрайды. Қазіргі уақытта ауру жасара бастады. ДДҰ-ның мәліметіне сүйенсек (1980ж) 35 елде жүргізілген зерттеулер пародонт ауруларының ең жоғары таралу деңгейі 35-44 жастар арасындағы адамдарда 65-98%, ал 15-19 жаста 55-89% құраған. Мұның өзі маңызды медициналық-әлеуметтік проблемалар туындатады.

- Пародонт генетикалық және функционалдық бір негіздес тіндер кешенінен тұрады. Олар: тіс цементі, альвеола өсіндісі, периодонт және қызылиек.
- Пародонттың құрылысын тәжірибелік сабақта қайталаймыз.
- Пародонттың құрылысымен танысуда жақсы игеруді қажет ететін қызылиек сайы (десневая борозда). Қызылиек сайы бір жағынан тіс сауытымен, екінші жағынан қызылиек сайы эпителийімен шектеледі, және қызылиек сайы эпителийі мен қызылиек-тіс бекімі эпителийінен тұрады. Қызылиек сайының тереңдігі 0,5-3,0 мм орташа тереңдігі – 1,8 мм. Егер қызылиек сайының тереңдігі 3 мм асса, оны патологиялық қалта немесе пародонтальдық қалта деп атайды.

- Тіс жарып, негізгі қызметін бастаған кезде қызылиек сайының табаны тіс сауытының ұрт жақ бөлігіне сәйкес келеді, тіс толық шыққан кезде сай табаны төмендеп немесе жоғарылап, кіреуке-цемент шекарасы деңгейіне ауысады. Қызылиек сайында күрделі құрамды сұйықтық (организмнің физиологиялық ортасы) бар. Құрамы қан сарысуының құрамына сәйкес келеді. Одан басқа лейкоциттер, түлеген эпителий жасушалары бар.

◎ Пародонт ауруларының жүйесі.

- ◎ Көптеген жүйелер ұсынылған. 20-шы ғасырдың басында берілген атаулар альвеолалық пиоррея (альвеолярная пиоррея – альвеоладан ірің ағу) алғаш Несмеянов ұсынған (1905). Одан кейін берілген атау «Амфодонтоз» Энтин Д.А. (1935) «пародонтопатия» терминін ұсынған және пародонтопатиялардың 3 түрін деструкциялаушы, қабынбалы және аралас (деструктивная, воспалительная и смешанная) ұсынған.

- 1955ж АРПА (ARPA) (пародонт ауруларын зерттеумен айналысатын халықаралық ұйым) ұсынған жүйе. Пародонтта дамитын барлық үрдістер «пародонтопатиялар» деп аталған және келесі түрлерін ажыратқан:
- Беткей қабынбалы пародонтопатиялар (поверхностные воспалительные пародонтопатии)
- Терең қабынбалы пародонтопатиялар (глубокие воспалительные пародонтопатии)
- Дистрофиялаушы пародонтопатиялар (дистрофические пародонтопатии)
- Аралас пародонтопатиялар (смешанные пародонтопатии)
- Ісікті пародонтопатиялар (неопластические пародонтопатии, пародонтомалар).
- 1958 жылы жаңа түрін қосқан:
- Балалар арасында жиі кездесетін пародонт тіндерінің жедел бұзылуымен сипатталады.
- Десмодонтоз немесе идиопатиялық пародонтопатиялар.

- Кеңес үкіметі кезінде көп уақыт Новик И. О. (1958ж) ұсынған жүйе қолданылып келді. Автор пародонт тіндеріндегі қабынбалы-деструкциялаушы аурулардың бәрін «Пародонтоз» деп атаған және төмендегі түрлерін ажыратқан:

- Пародонтоз
 - Дистрофиялаушы түрі
 - Алғашқы сатысы (бастапқы)

- Қабынбалы-дистрофиялы түрі
 - Дамығын сатысы
 - I сатысы

 - II сатысы

 - III сатысы

- Қазіргі кезде біздің модульде қолданылып жүрген жүйе 1983 жылы қараша (ноябрь) айында бүкілодақтық стоматологтар қоғамы Басқармасының XVI көшпелі Пленумында Ереван қаласында ұсынылған жүйе пародонт ауруларының 5 түрін ажыратады:

- ***Қызылиектің қабынуы – гингивит.*** Түрлері:

- а) катаральды немесе талаурап қабынуы (катаральный гингивит)
- б) қызылиектің өсе қабынуы (гипертрофический гингивит)
- в) қызылиектің жаралана қабынуы (язвенный гингивит)
- Ауырлығы: дәрежесі: жеңіл, орта, ауыр.
- Ағымы: жедел, созылмалы, өршуі, ремиссиялануы.

- ***Пародонттың қабынуы (пародонтит)***

- Ауырлығы: жеңіл, орта, ауыр.
- Ағымы: жедел, созылмалы, өршуі (абсцесстенуі) ремиссиялануы.
- Жайылмалылығы: жайылған, шектелген
-

- ◎ ***Пародонтоз.***
- ◎ Ауырлығы: жеңіл, орта, ауыр.
- ◎ Ағымы: созылмалы, ремиссиялануы.
- ◎ Жайылмалылығы: жайылған
- ◎
- ◎ ***Пародонт тіндерінің үдемелі ыдырауымен сипатталатын идиопатиялық аурулары***
- ◎ ***Пародонтомалар*** – пародонттағы ісіктер және ісікке ұқсас үрдістер

- Соңғы жылдары біраз авторлар (Lisqarten, 1986. Watanave, 1991, және б.,) пародонт қабынуының үдемелі ағымды түрлерін ұсынды:
- I. Пародонттың пубертаттық кезеңде қабынуы (7-11 жаста) – пубертатный пародонтит.
 - шектелген түрі
 - жайылған түрі
- II. Жасөспірімдер пародонтының қабынуы (11-21 жаста) – ювенильный пародонтит
 - шектелген түрі
 - жайылған түрі
- III. Ересектер пародонтының үдемелі ағымды қабынуы (быстро прогрессирующий пародонтит у взрослых)

- Пародонт ауруларының этиологиясы мен патогенезі
- Қызылиек қабынуы мен пародонт қабынуындағы басты себептер бактериялар болып саналады. Олар қызылиек жиегінен жоғары және төмен тіс пелликуласына жұмсақ тіс қағының немесе микробты қақтың құрамында бекиді. Жұмсақ микробты қақты микробты тоға (микробная бляшка) немесе биологиялық жарғақ (биологическая пленка деп атайды.

- Пародонт тіндерінде қабынбалы және бұзылыстық үрдістер туындататын бактериялардың зат алмасуынан пайда болған заттар: хемотоксиндер, антигендер және митогендер. Осылардың әсерінен қызылик сайына лейкоциттердің көшуі күшейеді. Домбығу нәтижесінде тіс-қызылик бекімі әлсіреді, өткізгіштігі жоғарылайды. Осының нәтижесінде грам оң бактериялар, олардан бөлінген заттар терең өте бастайды. Микроорганизмдер өміршеңдігінен туындайтын гидролиздеуші, протеолиздеуші ферменттер (коллагеназа, эластаза) қызылик жасушаларын, коллаген талшықтарын бұзады. Бұның өзі пародонтальдық қалталардың пайда болуына әкеп соғады. Пародонттағы қабыну үрдісінің қоздырғыштары граммтеріс анаэробты бактериялар, фузобактериялар, спирохеталар, актиномицеттер, анаэробты кокктар.

◎ Пародонт ауруы бар науқасты тексеру әдістері

◎ Тексеру әдістерінің түрлері:

◎ Клиникалық әдістер: сұрап тексеру – шағымын анықтау, ауру және өмір анмнезін жинау.

◎ Қарап тексеру: пародонттың жағдайын анықтау, ГИ, ПМА, ПИ анықтау, Шиллер-Писарев сынамасын жүргізу, қызылиектің қанағыштығын анықтау. Қызылиек пародонтальдық қалталардың тереңдігін, ондағы сұйықтықтың сипатын (сарысулы, іріңді жалқықтар) мөлшерін анықтау (Ненов сынамасы), тістердің қозғалғыштығын анықтау.

◎ Рентгендік зерттеу әдісі.

◎ Зертханалық зерттеу әдістері (цитологиялық, микробиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, қанның жалпы құрамын талдау).

◎ Функциональдық зерттеу әдістері (стоматоскопия, капилляроскопия, биомикроскопия, реография, полярография, эхоостеометрия).

◎ Әртүрлі сынамалар жүргізіледі, олар-Шиллер-Писарев сынамасы, Ненов сынамасы, қызылиек эпителийінің бүтіндігін анықтауға арналған сынама, қызылиек қанағыштығын нықтауға арналған сынама, тұлғаның витаминіне зәрулігін анықтайтын сынама

○ **Пародонтальдық индекс ПИ**

- Пародонт қабынау кезіндегі пародонт тіндерінің жағдайын Рассел (1956) ұсынған пародонтальдық индексті анықтау арқылы бағалайды. Әрбір тістің тұсындағы пародонт жағдайын 0-ден 8 баллға дейінгі көрсеткіштермен бағалайды.
- 0 – қабыну жоқ
- 1 – қызылиек жеңіл қабынған – тіс төңірегіндегі қызылиек толық қабынбаған
- 2 – қызылиек қабынған – қабыну үрдісі тіс төңірегіндегі қызылиекті түгел қамтыған, бірақ тіс-қызылиек бекімі бұзылмаған
- 4 – альвеола өсіндісінің қырымен тістер аралық қалқан сүйектердің ұшы сорыла бастаған.
- 6 - қызылиек қабынған. Пародонтальдық қалта бар, бірақ тіс қозғалмайды және шайнау қызметі бұзылмаған.
- 8 - қызылиек қабынған. Пародонтальдық қалта бар, бірақ тіс қозғалмалы, орнынан ауытқыған, шайнау қызметі бұзылған (пародонт тіндеріндегі жоғары дәрежелі деструкциялық өзгерістердің нәтижесі). Әрбір тіс төңірегіндегі анықталған бағаларды қосып, тексерілген тістер санына бөледі. Патологиялық үрдістің ауырлығын индекстің сандық мөлшерімен бағалайды: 0,1-1,0 аурудың бастапқы немесе I сатысы, 1,5-4,0 аурудың II сатысы, 4,0-8,0 аурудың III сатысы.

◎ **Қызылиектік индекс – гингивальный индекс (папилло-маргинольно-альвеолярный индекс – индекс РМА).**

- ◎ Бұл индекс қызылиектік қабынбалық үрдістің қарқындылығын және жайылмалылығын анықтауға мүмкіндік береді. Алғаш Schonr I, Massler M., (1947) ұсынған, Parma C., (1960) жетілдірген. Қызылиектің жағдайы төмендегідей бағаланады: қызыилек бүртігінің қабынуы Р-1, қызылиек жиегінің қабынуы М – 2, альвеолалық қызылиектің қабынауы А – 3.
- ◎ РМА - индексі =
$$\frac{\text{барлық көрсеткіштер қосындысы} \times 100}{3 \times \text{бар тістер саны}}$$
- ◎ РМА 30% - дейін – қызылиектің қабынуы жеңіл дәрежесі
- ◎ 30% - 60% - орта дәрежесі
- ◎ 60% жоғары – ауыр дәрежесі

- Альвела өсіндісінің сүйек тінінің жағдайы анықтау үшін **Фукс индексі** қолданылады және сүйектің рентген суреттегі өзегісі бойынша анықталады. Тіс түбірі 3 бөлікке бөлінеді, сүйек тініндегі деструкциялық өзгеріс осы бөліктерге қатысты 4 баллдық жүйемен бағаланады:
- 4- сүйек тіні жойылмаған немесе тіс асқынған тісжегі нәтижесінде жұлынған.
- 3- сүйек тіні түбір ұзындығының 1/3 не дейін сорылған
- 2- сүйек тіні түбір ұзындығының 1/3 нен 2/3 ұзындығына сорылған
- 1-сүйек тінінің түбір ұзындығының 2/3 ден артық бөлігіне артық сорылған.
- 0-тіс сүйек тінінен сыртта немесе пародонт ауруы нәтижесінде жұлынған.
- Барлық көрсеткіштердің қосындысын анықтап немесе зерттеген аймақтағы тістер көрсеткіштерінің қосындысын анықтап, пародонт өзгермеген жағдайда болатын тістер санының 4-ке көбейтіндісіне бөлінеді.
- Фукс индексінің формуласы
- -n
- $\frac{1 \times 4}{n}$
- n – сүйек тінінің деңгейі.
- Осыған байланысты Фукс көрсеткіші 0 – тең болса сүйек тіні түбір ұшы деңгейіне дейін сорылған; 0,25 – сүйек тіні түбірінің 2/3 бөлігіне дейін сорылған; 0,5 – сүйек тіні түбірінің 1/3 нен 2/3 ұзындығына сорылған; 0,75 – сүйек тіні түбірдің 1/3 ұзындығына сооорыллған; 1 – пародонт тіндері қалпында.
- Қызылиектің қанағыштығын Н.Р. Muhlemann, S. Son (1971) әдістерімен анықтау, 16, 12, 24, 44, 32, 36 тістердің тұсында анықталады.
- Бағалау критерийлері:
- 0 – қанағыштық жоқ;
- 1 – дәрежелі қанағыштық – қызылиек сайын сүңгілегенде нүктелі қан құйылу ошағы пайда болады;
- 2 – дәрежелі – қанды дақ пайда болады;
- 3 – дәрежелі – тістераралық кеңістік қанға толады;
- 4 – дәрежелі- қан қатты ағады, сүңгілеген соң бірден қызылиек сайын толтырады

- ◎ **Шиллер-Писарев сынаması** – қызылиектегі қабыну үрдісінің қарқындылығын гликогеннің жиналу деңгейін анықтау арқылы жүргізіледі. Ол үшін Люголь сұйықтығына суланған мақта анжымен қызылиекті сүртеді. Қалыпты жағдайда қызылиек боялмайды, ал қабыну кезінде гликогеннің жиналу деңгейіне байланысты:
 - ◎ 1 – сары түс – жеңіл
 - ◎ 2 – сары-қоңыр түс – орта
 - ◎ 3 – қара-қоңыр түс – ауыр
 - ◎ Бұл сынаманы қабынуға қарсы емдеу шараларының нәтижелілігін бағалау үшін де қолдануға болады.

- **Кулаженко сынамасы** – капиллярлардың өткізгіштігін анықтайды. Бұл әдіс қызылиекке әсер еткен теріс қысымның (вакуумның) әсерінен ұсақ тамырлар жарылып, гематоманың пайда болу уақытын анықтауға негізделген. Бұл аппарат электр жүйесіне қосылғаннан кейін арнаулы іші қуыс шыны түтікті ұштықпен қызылиекке 720-740 мм сынап бағанасына тең теріс қысыммен әсер етуге мүмкіндік туады. Қызылиек шыны түтіктің ішіне сорылып, ұсақ капиллярлар үзіліп, алдымен нүктелі қан құюылу ошақтары және олардың біріуі нннннәтижесінде гематома пайда болады, қалыпты жағдайда алдыңғы тістер аймағында гематома 50-60 секөндта, азу тістер аймағында 60-80 секөндта пайда болады. Қызылиек пен пародонт қабынулары кезінде бұл уақыт 3-4 есе жылдамдайды.