

Қазақстан Республикасы С.Ж. Асфендияров атындағы  
Қазақ Ұлттық Медицина университеті

**Пародонттың қабыну және қабыну-  
деструкциялық аурулары.Жылдам дамидын  
пародонт қабынуы.**



Орындаған:  
Тобы:  
Тексерген:

Алматы 2016

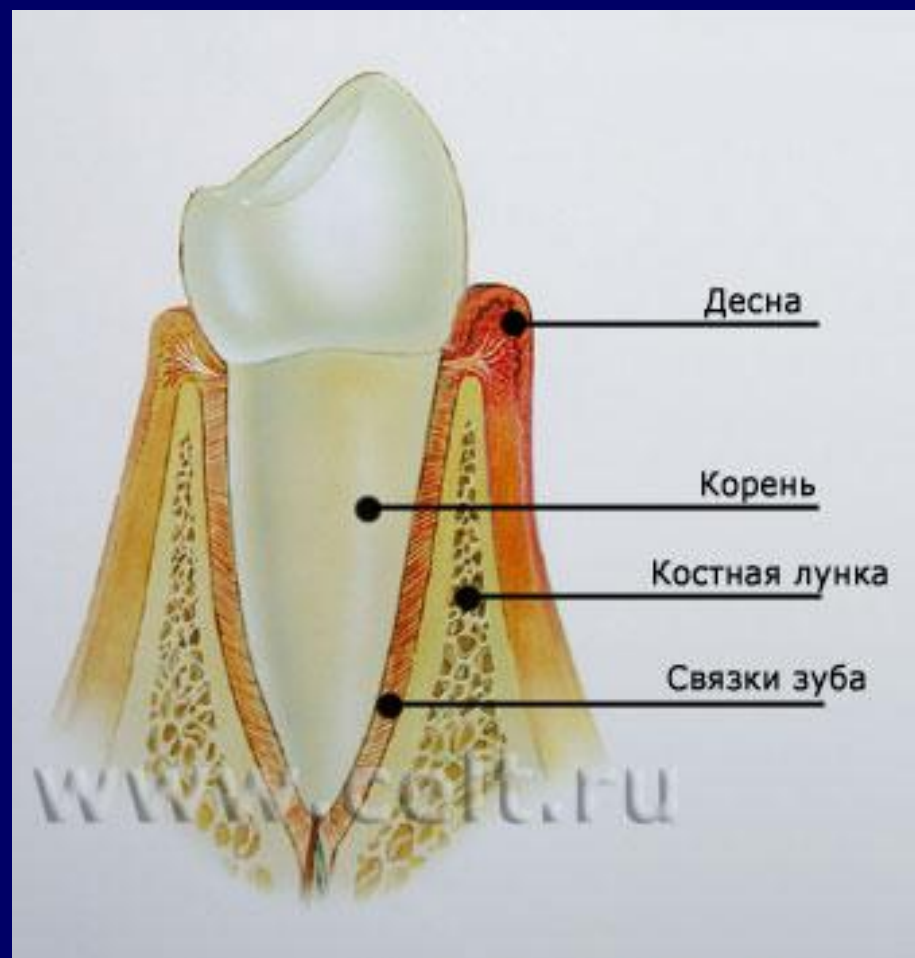


- 1.Кіріспе
- Пародонт қабынуы туралы түсінік
- 2.Негізгі бөлім                    а) Жылдам дамидын пародонт қабынуы
- б )Жылдам дамидын пародонт ауруының клиникасы , диагностикасы .
- 3. Қорытынды
- 4. Қолданылған әдебиеттер

# \* Пародонт құрылысы

## ПАРОДОНТ

Құрамына қызылиек ,  
периодонтальды байлам  
, цемент, альвеолярлы  
сүйектен құралған  
**ФУНКЦИОНАЛЬДЫ  
ЖҮЙЕ.**



**ПАРОДОНТИТ** –пародонт тіндерінің қабынуымен қатар , периодонттың ,альвеолярлы өсіндінің және альвеола сүйегінің деструкциялық дамуымен сипатталатын ауру болып табылады. Міндетті түрде деструкциямен қабыну және патологиялық қалталардың болуымен сипатталады .

\*Түрлері :

*Ауырлығына:*

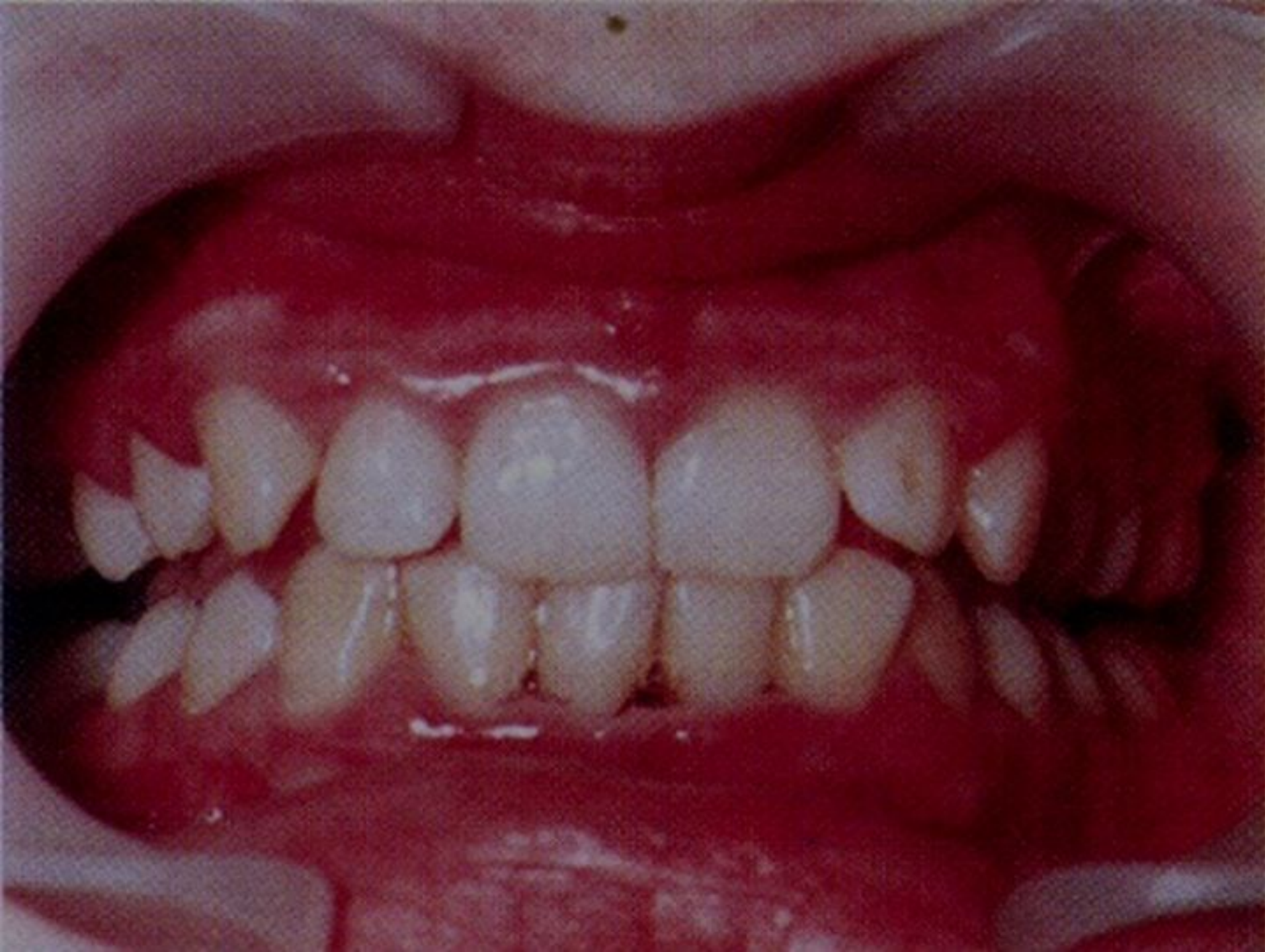
- Жеңіл
- орта
- ауыр

*Ағымына :*

- жедел
- Созылмалы
- Созылмалының өршуі
- АБСЦЕСС
- РЕМИССИЯ

*Орналасуына:*

- ошақты
- жайылмалы



# \* Пародонт ауруларының классификациясы

1989 жылы ДДҰ пародонтология секциясында пародонт қабынуының келесідей ауруларының жүйеленуін қабылдаған:

## ПАРОДОНТ қабынуы

1. Ересек адамдардың пародонтиті
2. Ерте пародонт қабынуы:
  - A. ПУБЕРТАТАЛДЫ ( 12 ЖАСҚА ДЕЙІН):
    - ОШАҚТЫ
    - ЖАЙЫЛҒАН
  - B. ЖАСӨСПІРІМДІК ПАРОДОНТ қабынуы(13 ТЕН 17 ЖАСҚА ДЕЙІН):
    - ОШАҚТЫ
    - ЖАЙЫЛҒАН
  - C. ЖЫЛДАМ ДАМИТЫН ПАРОДОНТ қабынуы
3. ЖҮЙЕЛІ АУРУЛАРМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПАРОДОНТ қабынуы
4. ЖАРАЛЫ-НЕКРОТИКАЛЫҚ ПАРОДОНТ қабынуы
5. РЕФРАКТЕРЛІ ПАРОДОНТ қабынуы

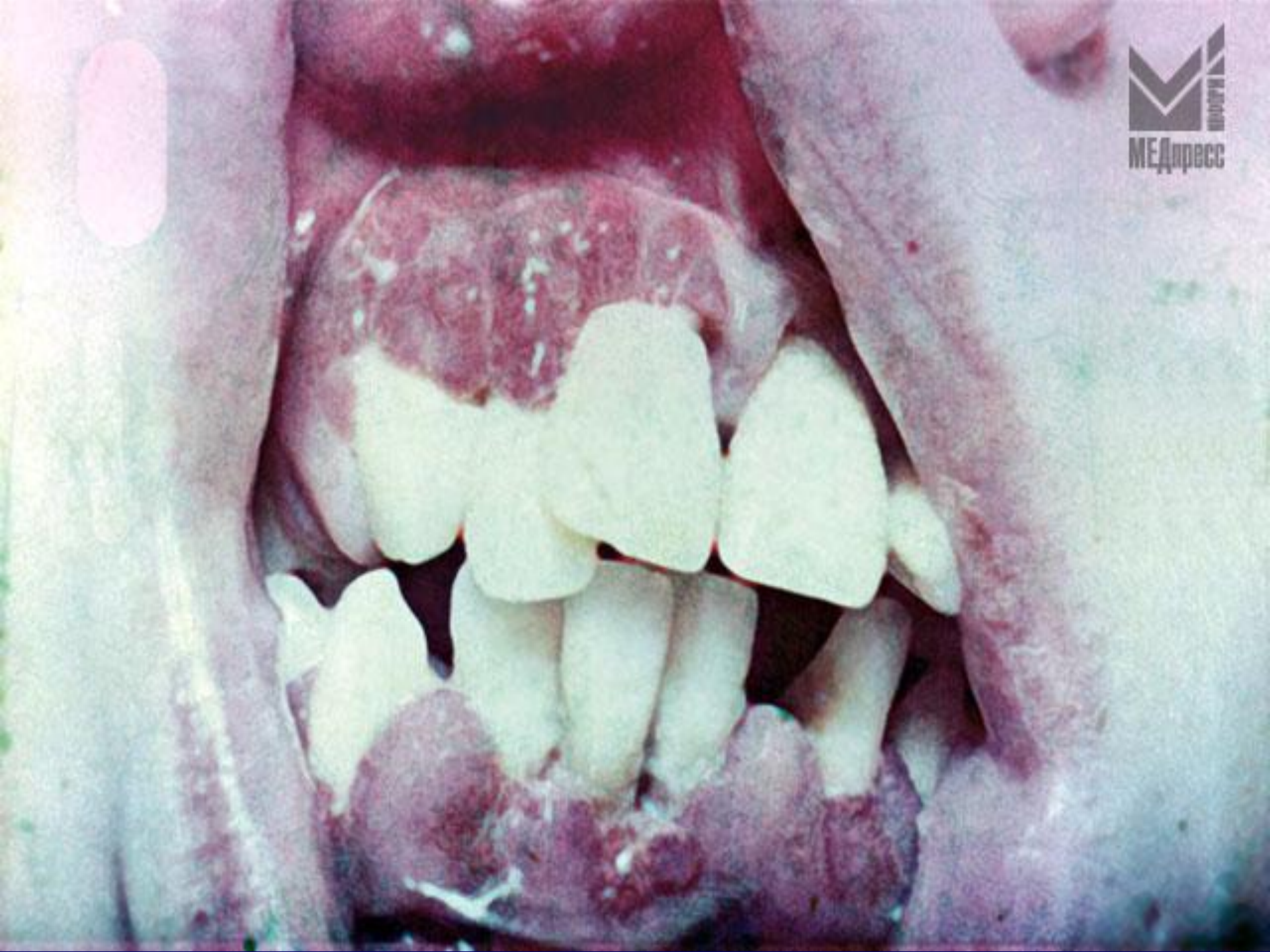
# \* ПАРОДОНТИТТИҢ АГРЕССИВТИ ФОРМАЛАРЫ

- \* ПУБЕРТАТАЛДЫ (12 ГЕ ДЕЙІН)
- \* ОШАҚТЫ ЖАСӨСПІРІМДІК  
(13-17 ЖАС)с
- \* ЖАЙЫЛМАЛЫ ЖАСӨСПІРІМДІК  
(13-17 ЖАС)
- \* ЖЫЛДАМ ДАМИТЫН ПАРОДОНТ  
ҚАБЫНУЫ (17-35 ЖАС)



- Жылдам дамидын пародонт қабынуы атипипиялық пародонт қабынуларына жатады. Пародонт қабынуының бұл түрі емге резистентті болып табылады. Тіптен емге бағынбайды деген ұғым бар. 17-35 жастағы науқастарда кездеседі



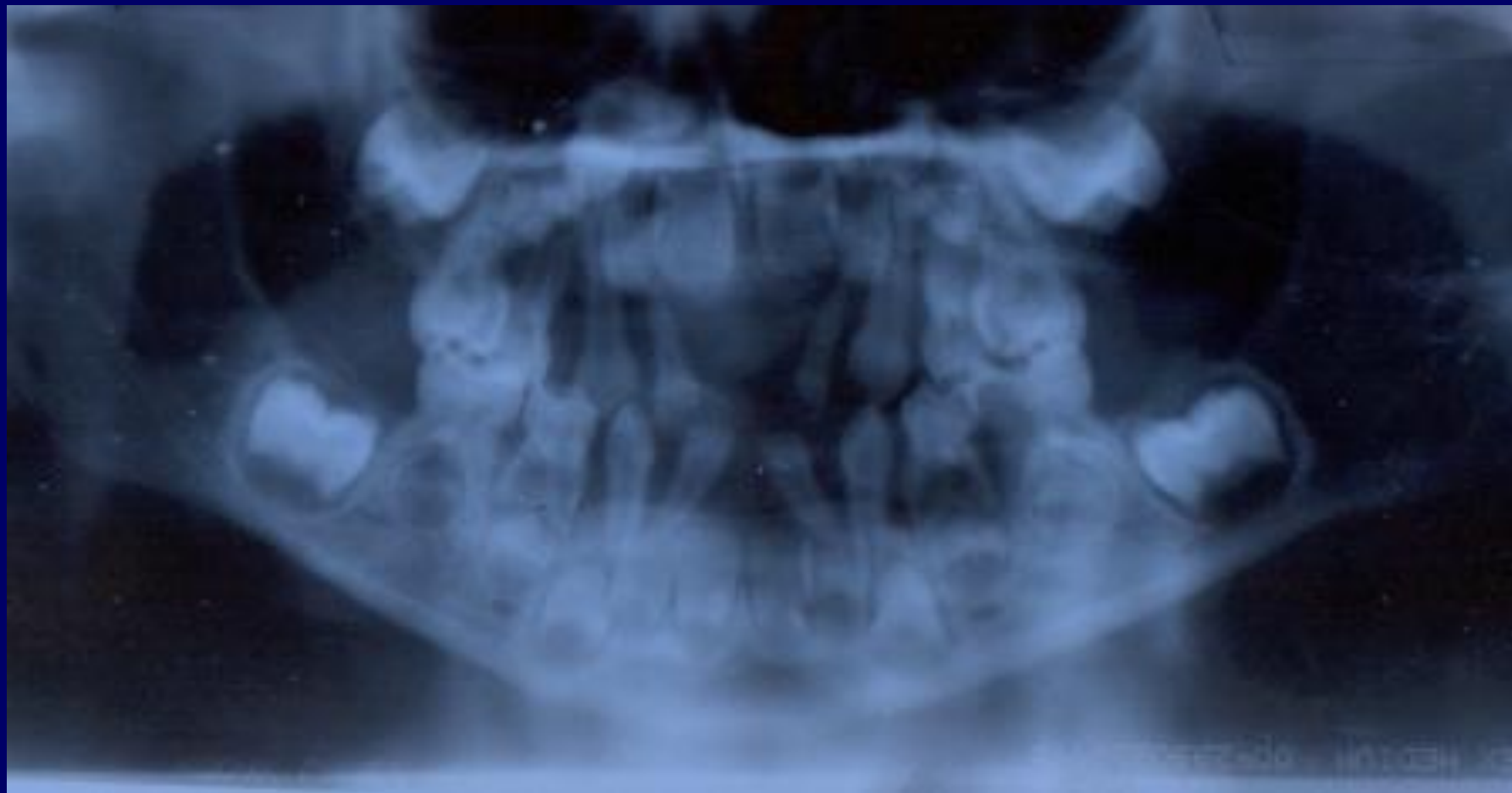








# Пародонт тіндерінің жылдам дамидын лизисі









# ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАР

## ЖЕРГІЛІКТІ:

- ГИГИЕНА ДӘРЕЖЕСІНІҢ ТӨМЕНДІГІ
- ҮЗЕҢГІЛЕРДІҢ БЕКУІНІҢ АНОМАЛИЯСЫ
- ПЛОМБЫЛАУ ДЕФЕКТІЛЕРІ
- ОРТОДОНТИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯ

## ЖАЛПЫ:

- ЖҮЙЕЛІ АУРУЛАР
- ГОРМОНАЛЬДЫ БҰЗЫЛЫСТАР
- ДӘРІЛІК ПРЕПАРАТТАРДЫ ҚАБЫЛДАУ

**ҚЫЗЫЛИЕКТИҢ ҚОРҒАНЫСТЫҚ  
БЕЙІМДЕЛУШІ МЕХАНИЗМІНІҢ БҰЗЫЛУЫ**

**ТІС ҚАҚТАРЫ МЕН ТАСТАРЫНДАҒЫ  
МИКРОФЛОРА ӘСЕРІНІҢ КҮШЕЮІ**

**ҚАБЫНУ**

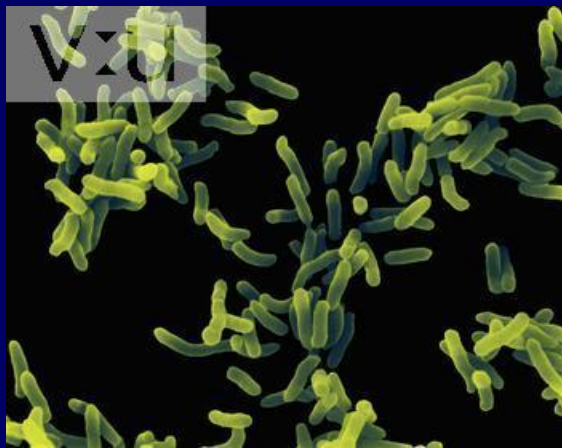
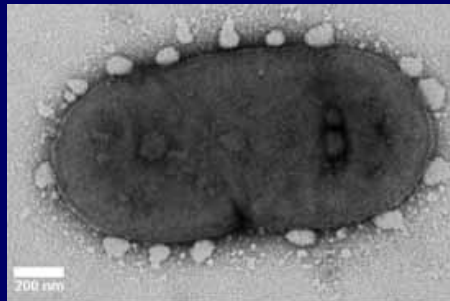
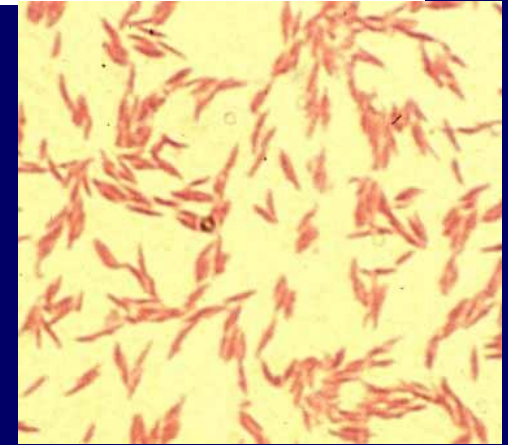
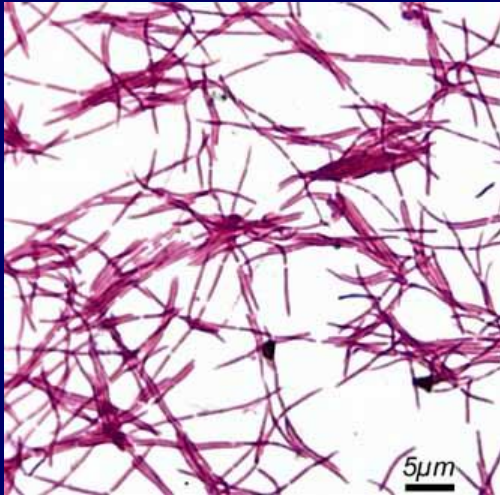
\* ПҚАФ бүгінгі күнде микробты және иммунды факторлардың маңызы зор болып отыр. Негізгі қоздырғыштары *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (A.a.), *Prevotella intermedia* (P.i.), *Porphyromonas gingivalis* (P.g.) және т.б. микроорганизмдермен бірігіп, өте жоғары агрессивтілікпен және пародонт тіндеріне енуінің жоғары болуымен сипатталады. Олардың қосыла отырып зақымдаушы әсер көрсетуі көрініс табады. Микроорганизмдердің жоғары агрессивтілік қасиеттерінің болуына тіптен ем жүргізу барысындағы және ремиссия кезеңіндегі пародонтальды қалталардағы микрофлораның өзгермеуі дәлел бола алады. Яғни, сәйкесінше, жергілікті жасушалық және спецификалық емес қорғаныстың төмендеуі, нейтрофилдердің *Actinobacillus actinomycetemcomitans*-қа қарсы белсенділігінің төмендеуі, оларда цитохром-С болмауы, сондықтан хематаксикалық молекулалардың хематаксикалық рецепторлармен байланысуы барысында «оттекті жарылыстың» болмауы және нәтижесінде *Actinobacillus actinomycetemcomitans*-ті жоятын синглентті оттегінің босап шықпауы себеп болады.



\* Сонымен қатар, пародонтогендер (А.а. туындататын) лейкоциттерге қарсы қорғаныстық қасиеттерге ие , олардың хемотоксикалық рецепторларына тосқауыл қоятын қасиеті бар. ПҚАФ науқастардың пародонтальды қалталарындағы микрофлорада антибиотиктерге деген сезімталдығының төмендігі анықталады. ПҚАФ ауыратын науқастарда қабыну үрдісінің төмендігімен, ал соған сәйкес сүйек тінінің айқын деструкциясымен сипатталады. Осы процесс жергілікті иммунды жүйенің бұзылысын, полиморфты лейкоциттердің қызметінің бұзылуын, аурудың жүйелілігін түсіндіреді.

# ПАРОДОНТИТТИҢ АГРЕССИВТІ ТҮРЛЕРІН ТУЫНДАТАТЫН МИКРООРГАНИЗМДЕР

*ACTINOBACILLUS*  
*ACTINOMYCETEMCOMITANS*  
*PORPHYROMONAS*  
*GINGIVALIS,*  
*PREVOTELLA*  
*INTERMEDIA*

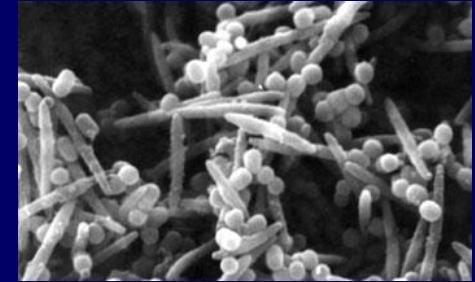


ҚАСИЕТТЕРІ:  
• ЖОҒАРЫ  
АГРЕССИВТІЛІК  
• ПАРОДОНТ ТІНІНЕ ЕНУ  
ҚАСИЕТТЕРІМЕН  
• КОЛЛАГЕН ТАЛШЫҚТАРЫН  
БЕЛСЕНДІ ТҮРДЕ БҰЗАТЫН  
ЗАТТАРДЫ БӨЛІП  
ШЫҒАРАДЫ.

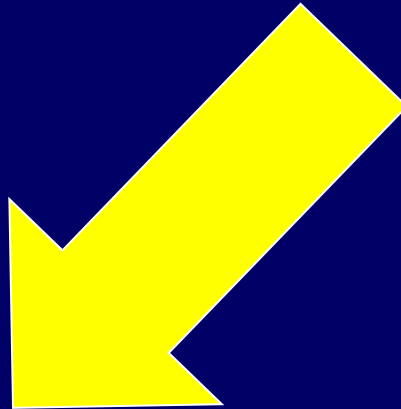


ХЕМОТАКСИСТІҢ  
БҰЗЫЛЫСЫ,  
ФАГОЦИТОЗДЫҢ  
ТӨМЕНДЕУІ

МИКРООРГАНИЗМДЕРДІҢ  
ПРОТЕОЛИТИКАЛЫҚ  
БЕЛСЕНДІЛІГІ



ПОЛИМОРФТЫ-ЯДРОЛЫ  
ЛЕЙКОЦИТТЕРДІҢ  
ФУНКЦИОНАЛДЫ  
ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ



ПАРОДОНТ ТІНДЕРІНІҢ  
АНАТОМО-  
ТОПОГРАФИЯЛЫҚ  
КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ  
БҰЗЫЛУЫ

ПАРОДОНТ ҚАБЫНУЫНЫҢ  
АГРЕССИВТІ ФОРМАЛАРЫ



- КІРЕБЕРІСТІҢ КІШІ БОЛУЫ
- ҮЗЕҢГІЛЕРДІҢ  
ОРНАЛАСУЫ БҰЗЫЛЫСЫ
- ӨТПЕЛІ ҚАТПАРДЫҢ ӨТЕ  
КҮШТІ ТАРТПАЛАРЫ
- ТІСТЕМ ПАТОЛОГИЯСЫ
- СУПРАКОНТАКТТАР ЖӘНЕ  
КІРЕУКЕ ТӨМПЕШІКТЕРІНІҢ  
ҚАЖАЛУЫНЫҢ БОЛМАУЫ

\* Жылдам дамидын пародонт қабынуының атипиялығы пародонт тіндерінің бұзылысқа ұшырауы жастық шақта басталады: 17-20 жастан, дәстүрлі емге берілмейді және нәтижесі нашар.

.

- ЖДПҚ клиникалық белгілері :
- Пародонт тіндеріндегі деструктивті өзгерістер балалық шақтан кейінгі немесе ерте жастық шақта басталады.
- Пародонттағы қабыну үрдісінің төмендігіне қарамастан, сүйек тінінің жайылған деструкциясының болуы
- Басқа науқастармен салыстырғандағы бірдей тіс қақтарында, пародонттың ауыр бұзылыстары
- Емнің нәтижесіздігі немесе нәтиженің қысқа мерзімділігі

- Пародонт қабынуының бірінші симптомы(тіс тазалау кезінде қызылиек қанауы) сүйек тіні деструкциясының пайда болуына дейін 5-6 жыл бұрын пайда болады . Көбіне науқастар емханаға аурудың ауыр кезеңдерінде, тіс қозғалғыштығын алғашқы симптом ретінде шағымданып келеді. Ауру ағымы толқынтәрізді ,қысқа ремиссия және жиі өршумен сиппатталады(1рет Зайда).

# \* ДИАГНОСТИКА

Жылдам дамидын пародонт қабынуының диагнозы тиянақты анамнез жинау және клиникалық зерттеулер , рентген зерттеулері , микробиологиялық және иммунологиялық зерттеулер нәтижесінде қойылады.

\* ЖДПҚ тән :

-ауру басы 18 ден 35 жасқа дейін;

-кейбір науқастар анамнезінде ерте балалық пародонт қабынуымен ауырған;

-пародонт тініндегі қабыну үрдісі мен сүйек тіндеріндегі деструкция арасындағы сәйкестіктің бұзылуы;

-Пародонт бұзылысы жайылмалы сипатқа ие

-кейде ауру жүйелі бұзылыстармен , салмақтың төмендеуі , депрессия жалпы әлсіздікпен қатар жүреді.



- -Фазалы-контрастты микроскопия кезінде нақастардың пародонтальды қалталарының микрофлорасының құрамында қозғалмалы және иректелген факультативті анаэробтардың көбеюі; тұрақты микрофлора мөлшері үш есеге азаяды; 80% науқастардың пародантальды қалталарындағы микрофлора антибиотиктерге тұрақты; -шеткі қантамырларындағы қанды иммунологиялық зерттеу барысында иммунды деңгейдің өзгеруі көрінеді:

- 1,5-2 есеге иммунорегуляторлы индекстің тұрақты төмендеуі (Т-лимфоциттердің хелперлік және супрессорлық популяцияларының арақатынастарының бұзылуы), нәтижесінде пародонт қабынуының бұл түрінде ем нәтижесіз болады.
- рентгенологиялық зерттеулерде (ортопантомография) қабынулы -деструктивті процесстің белсенділігін көрсететін альвеолярлы өсіндінің сүйек тінінің жайылмалы бұзылысы шекарасы анық емес остеопороздың ірі ошақтарын анықтайды.

# \* Дифференциальды диагностикасы

\* Ересектердегі жайылмалы пародонтит

\* Балалық шақтағы пародонтит

\* Препубертатты пардонит

\* ЖИТС кезіндегі жаралы пародонтит

\* Дауна

\* Папийона-Лефевра синдромы

\* Чедиака-Хигаси синдромы

\* Созылмалы гранулематозды ауру

\* «жалқау лейкоцит»,

\* Д. А.

\* Қорытынды.

\* Пародонт ауруларын стоматолог науқастардың жас, балалық шағынан байқай алады. Сондықтан профилактикалық ағарту, тәрбие жұмыстарын бала-бақшадан бастап, өсіп келе жатқан баланың пародонт жағдайын жиі қадағалап тұру қажет. Оған стоматолог ғана емес, баланың ата-анасы, бала-бақша тәрбиешілері де қатысу керек.

**НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА  
РАХМЕТ!!!**