

АНАЛИЗ СТЕПЕНИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ, СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Шарипова Гулнихол Идиевна

Бухарский государственный медицинский институт

sharipova.gulnihol@bsmi.uz

<https://orcid.org/0009-0009-0825-0534>

Айтбаев Уткирбек Бахрамжанович

Ташкентский государственный медицинский университет, стоматологическая поликлиника хирург стоматолог

utkiraytbaev@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0047729-3021>

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17225025>

Аннотация: В данной статье в качестве результатов исследования приводится цитоморфологическая эффективность, которая привела цитоморфологические показатели к норме, что обеспечило устранение цитопатологических признаков, в дополнение к антибактериальному, детоксикационному, регенераторному и противовоспалительному эффектам под влиянием улучшенного комплексного лечения у пациентов с постпротезным развивающимся острым периодонтитом.

Ключевые слова. Заболевания слизистой оболочки полости рта, диффузный пародонтит, острый пародонтит, протезы.

Заболевания пародонта являются основной причиной потери зубов у взрослых. Они касаются каждого второго пациента, который обращается в стоматологию для лечения или удаления зубов. Чтобы предотвратить их возникновение, важно соблюдать основные правила по уходу за зубами.

Чаще всего заболевания пародонта проявляются в виде воспаления — это бактериальные инфекции, которые разрушают окружающие зуб ткани (десну, альвеолярную кость, цемент и зубные связки), вызывают расшатывание и выпадение зубов[5].

Существует несколько типов заболеваний пародонта, наиболее известные это:

- гингивит, распространяющийся на область десны, приводит к покраснению, отеку и кровоточивости десен;

- периодонтит затрагивает более глубокие ткани пародонта, окружающие корень зуба (альвеолярную кость, цемент, зубные связки).

Основной причиной заболеваний пародонта является зубной налет.

Зубной налет — это мягкие отложения, которые оседают на зубах после приема пищи. На нем закрепляются бактерии, которые вызывают развитие инфекции. Под воздействием бактерий и слюны налет минерализуется и становится твердым. Поэтому для сохранения зубов и их защиты необходимо соблюдать гигиену. Ежедневное соблюдение процедур чистки поможет предотвратить накопление налета и отложения зубного камня[4].

На состоянии пародонта негативно отражаются следующие факторы, которые ускоряют развитие болезни:

- курение;
- употребление алкоголя;

- наследственность;
- снижение защитных сил организма, вызванных усталостью и стрессом;
- гормональный дисбаланс;

- прием некоторых медикаментов.

Для предотвращения возникновения заболеваний пародонта важно соблюдать правила гигиены и регулярно чистить зубы. Следуйте следующим советам по гигиене:

- чистите зубы после каждого приема пищи (как минимум 2 раза в день в течение 2 минут) с помощью зубной щетки с мягкой щетиной;
- при необходимости используйте зубную нить или зубные ершики, чтобы удалить налет между зубами и очистить боковые поверхности зубов;
- для устранения признаков воспаления используйте эликсиры или бальзам для полоскания рта (в среднем каждые 2 месяца);
- меняйте зубную щетку регулярно, каждые 3 месяца, а также после лечения кариеса или профессиональной гигиены, установки пломбы;
- при склонности к развитию воспалений пародонта чистка зубов с помощью ультразвука два раза в год снизит риск развития заболеваний [1,5].

Люди, страдающие пародонтитом, подвергаются большему риску развития диабета и наоборот. Связь между этими двумя заболеваниями существует. Диабет способствует распространению и прогрессированию пародонтита, а последний повышает уровень сахара в крови у диабетиков. К счастью, пародонтит легко диагностируется и контролируется при обращении к специалисту [6].

Пародонтит – это заболевание зубочелюстной системы, которое характеризуется воспалением мягких тканей дёсен и выраженными болевыми ощущениями при пальпации или механическом воздействии. Пародонтит является следствием запущенного гингивита. Если вовремя не обратиться в клинику область поражения будет разрастаться, деструктивный процесс охватит все ткани пародонта. Это приведёт к ранней потере зубов, атрофии челюстной кости и другим крайне неприятным последствиям [8].

Сейчас пародонтит широко распространён среди взрослого населения. По частоте диагностирования он занимает второе место среди заболеваний зубодесневого комплекса, на первом месте находится кариес. Болезни зубов и дёсен всегда вызывают много дискомфорта. Пародонтит - не исключение. По месту возникновения он делится на 2 типа:

Локализованный тип проявляется в виде воспаления мягких тканей на небольшом участке десны. В этом случае поражённая область охватывает не более 2-3 пародонтальных карманов. Однако, если не купировать очаг инфекции на ранних стадиях развития заболевания, оно может распространиться на близлежащие ткани и приобрести генерализованную форму [7].

Генерализованный пародонтит затрагивает практически все поддесневые углубления. При такой форме патологии мягкие ткани пародонта воспаляются и отекают. Клиническая картина требует срочного стоматологического вмешательства. Отсутствие своевременного лечения приведёт к частичной или полной адентии [8].

По характеру протекания различают 2 основных формы заболевания – острую и хроническую. Острая форма сопровождается выраженным болевым синдромом, кровоточивостью дёсен и быстрым развитием деструктивных процессов. Через 4-6 дней после появления первых признаков на мягких могут сформироваться гнойные полости. Такой тип пародонтита встречается редко, но представляет серьёзную опасность для здоровья зубочелюстной системы[7].

Хроническая форма наблюдается в большей части клинических случаев. Связки, которые фиксируют и поддерживают зуб в устойчивом положении, начинают постепенно разрушаться, приводя единицу в подвижное состояние. Патология развивается медленно, но это не значит, что можно откладывать посещение клиники на потом[4].

Воспаление мягких тканей возникает из-за воздействия болезнетворных бактерий. Обычно оно встречается у взрослых после 40 лет, но может появиться раньше. Способствует этому ряд причин:

Неадекватная гигиена полости рта. Врачи рекомендуют чистить зубы 2 раза в день, применять щётки и пасты высокого качества, использовать ирригатор или зубную нить для удаления налёта в труднодоступных местах. Пренебрежение этими правилами ведёт к активному размножению патогенных организмов, которые вызывают пародонтит[2,5].

Курение также влияет на быстрое образование липкой биоплёнки. Иммунная система курящих людей обычно хуже справляется с жизнедеятельностью вредных бактерий. Обновление клеток при наличии вредных привычек происходит медленнее. Всё это увеличивает риск воспаления тканей пародонта[6].

Наследственная предрасположенность – ещё один фактор, провоцирующий развитие заболевания. В таком случае оно возникает вне зависимости от других причин, однако курение или плохая гигиена ускорят его появление.

Пониженная секреция слюнных желёз способствует быстрому образованию налёта, который затем затвердевает и преобразуется в зубной камень. Нарушение функции самоочищения зубочелюстной системы провоцирует длительный приём медицинских препаратов: транквилизаторов, обезболивающих или жаропонижающих[6].

Рацион, состоящий только из мягкой пищи, не обеспечивает нужную жевательную нагрузку на зубные ряды, что также ведёт к развитию пародонтита. Неправильное распределение нагрузки вызывает такой же эффект.

Перестройка гормонального фона из-за беременности, лактации или других состояний влияет на работу иммунитета. В результате изменений он ослабевает, что повышает риск воспаления дёсен[6].

Недостаток кальция часто становится причиной нарушений работы опорно-двигательного аппарата. Он влияет и на зубочелюстной комплекс, вызывая развитие заболеваний пародонта. Обычно патология возникает на фоне несбалансированного питания или болезней ЖКТ.

Adabiyotlar, References, Литературы:

1. American Academy of Periodontology. American Academy of Periodontology statement

- on risk assessment. J Periodontol. 2008; 79(2): 202. doi: 10.1902/jop.2008.082001
2. Timmerman MF, van der Weijden GA. Risk factors for periodontitis. Int J Dent Hyg. 2006; 4(1): 2-7. doi: 10.1111/j.1601- 5037.2006.00168.x
 3. Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. Укрепление здоровья. М.: Профессионал; 2010.
 4. Колесникова Л.Р. Артериальная гипертензия и стоматологическое здоровье у детей и подростков (обзор литературы). Acta biomedica scientifica. 2015; (3): 94-99.
 5. Al-Taweel FB, Abdulkareem AA, Abdulbaqi HR. Association of modifiable and non-modifiable risk factors with periodontal Acta Biomedica Scientifica, 2022, Vol. 7, N 5-2 188 Dentistry Стоматология disease in Iraqi individuals: A retrospective study. J Stoma. 2019; 72(4): 222-227. doi: 10.5114/jos.2019.93298
 6. Kim YT, Choi JK, Kim DH, Jeong SN, Lee JH. Association between health status and tooth loss in Korean adults: Longitudinal results from the National Health Insurance Service-Health Examinee Cohort 2002-2015. J Periodontal Implant Sci. 2019; 49(3): 158-170. doi: 10.5051/jpis.2019.49.3.158
 7. Wellapuli N, Ekanayake L. Risk factors for chronic periodontitis in Sri Lankan adults: A population based case-control study. BMC Res Notes. 2017; 10(1): 460. doi: 10.1186/s13104-017-2778-3
 8. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018; 89(1): 74-84. doi: 10.1002/JPER.17-0719
 9. Cui X, Monacelli E, Killeen AC, Samson K, Reinhardt RA. Impact of modifiable risk factors on bone loss during periodontal maintenance. Oper Dent. 2019; 44(3): 254-261. doi: 10.2341/18- 041-C
 10. CDC. Periodontal disease. 2015. URL: https://www.cdc.gov/oralhealth/periodontal_disease [date of access: 26.01.2022].
 11. Albandar JM, Rams TE. Global epidemiology of periodontal diseases: An overview. Periodontol 2000. 2002; 29: 7-10. doi: 10.1034/j.1600-0757.2002.290101.x
 12. Stamm JW. Epidemiology of gingivitis. J Clin Periodontol. 1986; 13(5): 360-366. doi: 10.1111/j.1600-051x.1986.tb01473.x
 13. Lindhe J, Okamoto H, Yoneyama T, Haffajee A, Socransky SS. Longitudinal changes in periodontal disease in untreated subjects. J Clin Periodontol. 1989; 16(10): 662-670. doi: 10.1111/j.1600-051x.1989.tb01037.x
 14. Schätzle M, Loe H, Bueglin W, Anerud A, Boysen H, Lang NP. Clinical course of chronic periodontitis. I. Role of gingivitis. J Clin Periodontol. 2003; 30(10): 887-901. doi: 10.1034/j.1600- 051x.2003.00414.x