

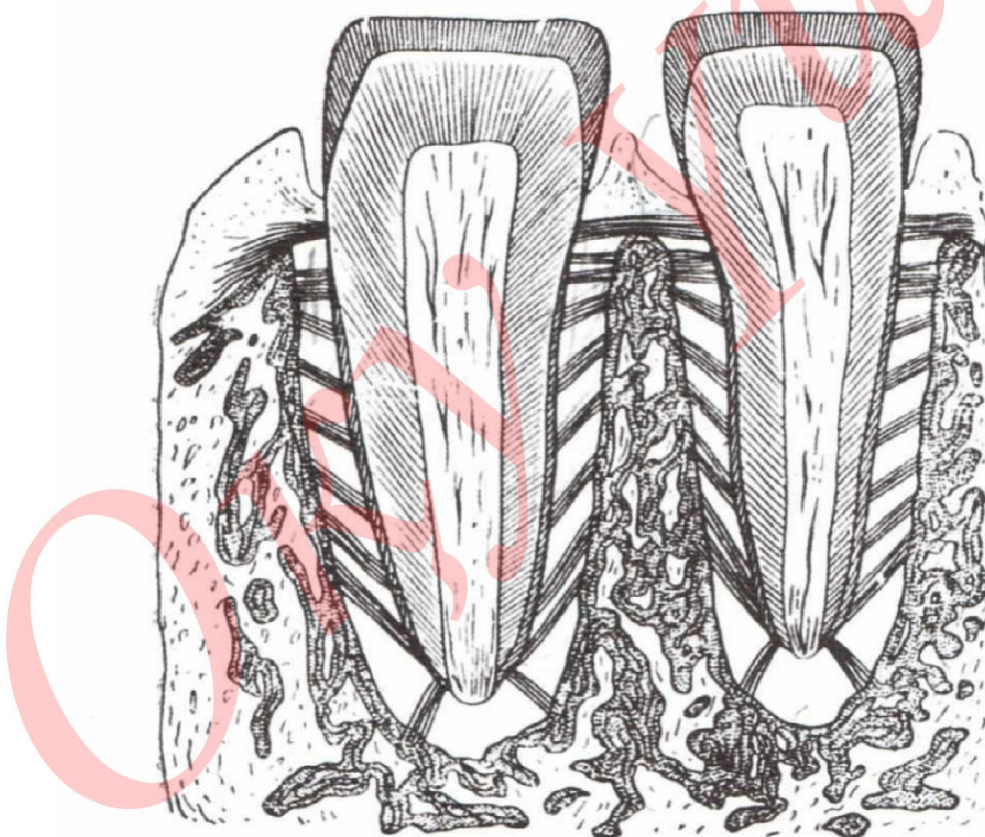
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

МЕДИЦИНА БІЛІМІ МЕН ҒЫЛЫМЫНЫҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ
ТЕХНОЛОГИЯЛАР РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

Қ.А.ЯСАУИАТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ
СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫ

ИСКЕНДИРОВ МУХТАР ӘМЗЕБЕКҰЛЫ

ПАРОДОНТОЛОГИЯ



Оқу құралы

Түркістан 2017

УДК: 616.3(075.8)

ББК: 56.6 273

И85

РЕЦЕНЗЕНТТЕР:

Жолдыбаев С.С. - С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университетінің емдеу стоматология кафедрасының меңгерушісі, м.ғ.д., профессор.

Орманов Н.Ж. - Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік фармацевтикалық академиясының фармакология, фармакотерапия және клиникалық фармакология кафедрасының меңгерушісі, м.ғ.д., профессор.

Искенди́ров М.Ә. – медицина ғылымдарының кандидаты, жоғарғы санатты дәрігер-стоматолог. ПАРОДОНТОЛОГИЯ (Пародонт тіндерінің физиологиялық, гистологиялық құрылысы. Пародонт ауруларының этиологиясы мен патогенезі, жүйесі, патоморфологиялық өзгерістері, тексеру ерекшеліктері, клиникалық көріністері, емдеу қағидалары және стоматология бағытында қолданылатын дәрі-дәрмектер). - Оқу құралы. – Түркістан 2018 84 бет.

ISBN978-601-243-918-2

Аталған оқу құралында пародонт тіндерінің физиологиялық, гистологиялық құрылысы және тексеру ерекшеліктері туралы толық мағлұмат берілген және пародонт ауруларының этиологиясы, патогенезі, клиникалық көріністері, емдеу қағидаларымен әсіресе антибиотиктердің құрамы мен қасиеттері, тағайындау барысындағы ерекшеліктері жіті көрсетілген.

Оқу құралы стоматология факультетінің студенттеріне, клиникалық ординаторларға, дәрігер-интерндерге және тәжірибелік жұмыспен айналысатын дәрігер-стоматологтарға арналған.

Оқу құралында автордың жеке бақылауы және м.ғ.д., проф. Г.М.Барердің иллюстративті жадығаттары қолданылды.

УДК 617.632

ББК 56.6

Қосымша оқу-әдебиеті ретінде Медицина білімі мен ғылымының инновациялық технологиялар республикалық орталығы және ҚР денсаулық сақтау Министрлігімен бекітіліп, баспаға ұсынылады.

Протокол № «9» 12.04.2017ж.

1. Пародонт аурулары

1.1 Жалпы мағлұмат

Тісті қоршап тұрған тіндердің ауруы ежелден бергі белгілі аурулардың санатына жатады. Өркениеттің барынша дамуына байланысты пародонт ауруларының да жайылымдылығы кеңінен, тез етек ала бастады. Жалпы медициналық және арнайы мәселеге арналған пародонт ауруларының мәні олардың дүние жүзі бойынша кеңінен таралып ауру әсерінен тіс қатарларының көптеп түсуімен және де пародонт қалталарының пайда болуы арқылы сол қалталардың ішінде инфекция ошағының ағзаға беретін кері әсерімен айқындалады.

Қазіргі таңда эпидемиологиялық зерттеулердің нәтижесіне сүйенсек, жасөспірімдер мен ересектер арасында пародонт ауруларының жиі кездесетіндігі анықталып, аурудың туындауына себепші факторлар анықталды. Оларға: тіс қақтарының әсері, ауыз қуысының гигиенасы, сапасыз салынған протездер мен пломбалар, тіс-жақ ауытқулары, тістесу жарақаты, ауыз қуысы кіреберісі тіндерінің құрылыс бұзылымдары, ауызбен демалу ерекшеліктері, дәрі-дәрмектерді қолдану, науқастың ауырып өткен және ауырып жүрген сырқат түрлері, осының бәрі табиғи иммунитетті қалпына келтіру механизмдерін әлсірететін экстремальды факторларға жатады.

А.И.Грудянов пен Г.М.Барердің (1994) зерттеу нәтижелері бойынша жалпы адамдардың 12%-ы ғана пародонты сау, 53%-да аурудың алғашқы көріністері, 23%-да алғашқы деструктивті өзгерістер, ал 12%-да орта және ауыр дәрежелі қабынулар үрдісі байқалады екен.

35 пен 44 жас, 45 пен 54 жас арасында және 55-тен жоғары жастар арасында пародонт ауруларының орта және ауыр дәрежелі түрлері 75%-ға көбейіп, алғашқы белгілері бар пародонт аурулары 26%-дан 15%-ға дейін азайатыны байқалды.

Отандық және шетел ғалымдарының эпидемиялық зерттеу жұмыстарына жүгінсек пародонт аурулары жас кезде гингивит түрінде, ал жас ұлғайған сайын пародонтит ауруларына айналып, олардың асқынуларының жиі кездесетіндігі анықталды.

53 елді зерттеген БДДСҰ-ның (бүкіл дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы) ғылыми тобының мәліметіне жүгінсек, зерттеу қорытындылары көрсеткендей 15 пен 19 жас арасындағы топтарда пародонт ауруларының деңгейі 55-99%-ға, ал 35 пен 44 жас арасында 65-98%-ға жететіндігі белгілі болды.

Пародонт ауруларының пайда болуына: әлеуметтік факторлар (науқастың жасы, жынысы, нәсілі, әлеуметтік-экономикалық жағдайы) жыныс мүшелерінің даму кезеңіндегі гормондық өзгерістері, жүктілік, менопауза, жүктілікке қарсы ішілген дәрілер, иммунодепрессанттар және ауыр металдардың тұздары да әсерін тигізеді.

Пародонт аурулары жақ-бет сүйегі аймағының көп таралған және күрделі аурулардың қатарын құрайды. БДДҰ-ның мәліметі бойынша, пародонт

аурулары нәтижесінде тістерді жоғалтудан туындайтын бет-жақ сүйек жүйесіндегі функционалдық ауытқулар асқынған тісжегіге байланысты жұлынған тістер әсерінен дамиды функционалдық ауытқулардан 5 есе көбірек орын алады екен.

Осыған байланысты болашақ дәрігер-стоматологтар пародонт ауруларының клиникалық ерекшеліктерін, диагнозын нақтылау, емдеу әдістері және олардың алдын алу шаралары туралы жақсы мәлімет алулары қажет.

2. Пародонт ауруларының жіктелуі

Қазіргі таңда Қожа Ахмет Ясауи атындағы ХҚТУ-нің Оқу-клиникалық базасының стоматологиялық пәндер кафедрасында қолданыс тапқан пародонт ауруларының жүйесі Бүкілодақтық стоматологтар қоғамы Басқармасы Пленумы (1983 жылы қазан айында Ереван қаласында өткен) бекіткен терминологиясы және жүйесіне сәйкес.

Бұл жүйеде пайдаланылған нозологиялық қағиданы БДДСҰ-мы (ВОЗ) қолдаған және ол төмендегідей.

1.2 Пародонт ауруларының жүйесі

I. Қызылиектің қабынуы - гингивит. Көбінесе жергілікті және жалпылай қолайсыз ықпалдардың әсерінен туындайды және тіс-қызылиек бекімінің бұзылуынсыз дамиды.

Түрі: катаралды, гипертрофияланған, жараланған .

Ауырлық дәрежесі: жеңіл, орта, ауыр.

Ағымы: жедел, созылмалы, өршуі, ремиссиялануы.

Таралуы: шектеулі, жайылған.

II. Пародонттың қабынуы(воспаление тканей пародонта)-пародонтит. Пародонттың сүйек және жұмсақ тіні құрылымдарының үдей бұзылысқа ұшырауымен сипатталатын ауруы.

Ауырлығы: жеңіл, орта, ауыр.

Ағымы: жедел, созылмалы, өршуі (сонымен қатар абсцестенуі), ремиссиялануы.

Таралуы: шектеулі, жайылған.

III. Пародонтоз – пародонт тіндерінің дистрофиялық өзгерісімен (семуімен) сипатталатын ауру.

Ауырлығы: жеңіл, орта, ауыр.

Ағымы: созылмалы, ремиссиялануы.

IV. Пародонт тіндерінің үдей ыдырауға (лизиске) ұшырауымен сипатталатын идиопатиялық аурулары: Папийон-Лефевр синдромы (кератодермия), Хенд-Крисчен-Шюллер ауруы (созылмалы ксантоматоз), Летерер-Зиве ауруы (жедел ксантоматоз), Таратынов ауруы (эозинофильді гранулема). Бұл аурулардың барлығын «Х» гистиоцитозды ауруларға жатқызады.

V. Пародонтомалар-пародонттағы ісіктер және ісікке ұқсас аурулар (қызылиек фиброматозы, пародонталдық киста, эпулис).

Ескерте кететін жәйт, пародонт ауруларының Ресей стоматология Академиясының пародонтология секциясы Президиумының 2001 жылы

ұсынған жүйесін де тиімді жүйе деп санауға болады. Бұл жүйе жоғарыда келтірілген жүйеге негізделген және оған аздаған ғана өзгерістер енгізілген.

Бұл өзгерістер қызылиек қабынуының ауырлық дәрежелерін көрсетудің қажеттігі жоқ екенін, тек қызылиектің өсе қабынуы кезінде жұмсақ тіндердің тіс сауытының ұзындық қатынасының $1/3$ дейін, $1/2$ және $1/2$ жоғары немесе төмен өскендігін көрсетуді, және қабынудың домбыққан, фиброзды түрлерін ажыратуды қарастырады.

Пародонтоздың ағымы тек созылмалы болады деп бағалап, ремиссиялану сатысын ажыратпайды, патологиялық үрдістің ауырлығын тіс түбірінің ашылуы деңгейіне байланысты ұсынады: ауруды анықтаудың жеңіл сатысы – тіс түбірі 4 мм ашылған, орта сатысы 4-6 мм, ал ауыр сатысы - 6 мм-ден көбірек ашылған.

1.3 Пародонт тіндерінің құрылысы

Пародонт деп бір-бірімен генетикалық, морфологиялық, функционалдық тығыз байланысты тісті қоршаған тіндер кешенін айтады. Бұл кешеннің құрамына қызылиек, периодонт, альвеола өсіндісі және тіс тіндері кіреді.

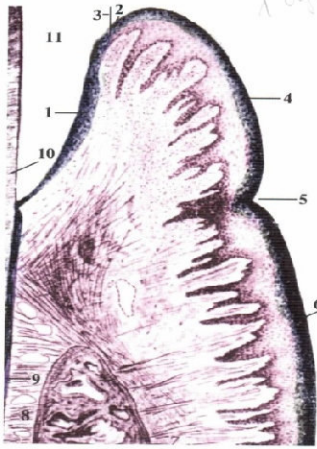
Ең алғаш тіс төңірегіндегі тіндер кешені туралы ұғымды 1905 жылы орыс ғалымы Н.Н.Несмеянов қалыптастырды және патологиялық үрдіс кезінде барлық тіндер кешені жарақаттанады деп қорыта келе, бұл кешенді «амфодонттық ағза» деп атауды ұсынды.

Қызылиек деп - жақ сүйектерінің альвеола өсіндісін жауып тұрған бөлігін айтады және ол пародонттың маңызды құрамы болып саналады.

Клиникалық және физиологиялық көзқарасқа сай, қызылиектің үш бөлігін ажыратады. Олар: 1) тістераралық қызылиек бүртігі немесе емізікшесі, қызылиек жиегі екеуі қосылып еркін қызылиекті құрайды. Үшінші бөлігі – альвеолалық немесе бекіген қызылиек (1 сурет).

Еркін қызылиек тіс мойнына тығыз жанаса орналасқан, ал альвеолалық қызылиек дәнекер тін талшықтары арқылы альвеола өсіндісінің сүйек қабымен бітісіп кеткен.

Тіс мойнымен еркін қызылиек арасында тереңдігі 1,0-1,5 мм тар саңылау орналасқан және ол «қызылиек сайы» деп аталады. Қызылиек сайының қызылиек жақ қабырғасын және табанын эпителий жауып жатады және ол кіреуке кутикуласына барып бекиді. Бұл аймақтағы құрылым тіс-эпителий бекімі (зубо-десневое прикрепление) деп аталады.



Сур. 1. Қызыл иектің құрылысы:

- 1 – эпителий жабындысы;
- 2 – қызыл иек сайының түбі;
- 3 – кіреуке қутикуласы;
- 4 – еркін қызыл иек;
- 5 – қызыл иек бүртігі;
- 6 – бекігін қызыл иек;
- 7 – альвеолды өсіндінің жотасы;
- 8 – периодонт;
- 9 – цемент;
- 10 – сауыт дентині;
- 11 – декальцинацияға дейінгі кеңістік.

Бекім эпителийінің тіс тіндерімен қосылу механизмі осы уақытқа дейін нақты анықталған жоқ.

Электронды-микроскопиялық зерттеулер нәтижесіне сүйенсек, бекім эпителийінің беткей қатарындағы жасушалардың көптеген гемидесмосомдары тіс бетіндегі органикалық матрицаның қалыңдығы 40-120 мкм жұқа түйіршікті қабаты арқылы апатит кристалдарымен байланысқан.

Қалыпты жағдайда қызылиек сайының табаны кіреуке-дентин шекарасы деңгейінде орналасқан, ал адамның жасы ұлғайған сайын біраз төмендей немесе жоғарылай түседі.

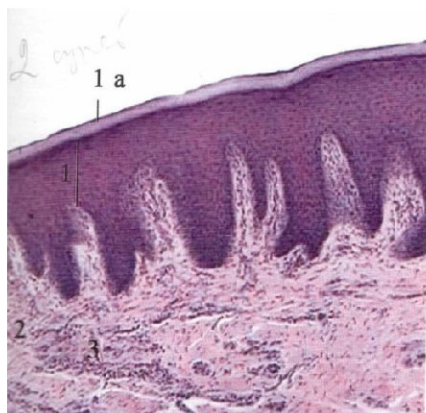
Тісаралық қызылиек бүртігінің пішіні үшкір ұшы тістердің тістеу қырына (шайнау бетіне) бағытталған конусқа, ал ауыз кіреберісі жағынан үшбұрышқа ұқсас келеді және көршілес тістер арасындағы кеңістікті тығыз толтырып тұрады. Тістер сирек орналасқан жағдайда (тістер арасында түйісу орны болмаған кезде) қызылиек бүртігі үшбұрышқа ұқсас пішінін жоғалтып, тістердің мойын деңгейінде альвеолалық қызылиекке ауысады.

Жиіктік қызылиек – тістің мойнын айналдыра тығыз жанасқан альвеолалық қызылиектің қозғалмалы бөлігі.

Альвеолалық қызылиек – қызылиектің альвеола өсіндісін жауып жатқан қозғалмайтын бөлігі. Ұрт жағынан альвеолалық қызылиек альвеола өсіндісінің табанында жақ сүйек денесін жауып тұрған кілегейлі қабыққа және ауыспалы қатпарға ауысады, ал тіл жағынан қатты таңдай (жоғарғы жақта) және ауыз табаны (төменгі жақта) кілегейлі қабығына ауысады.

Қалыпты жағдайда қызылиек бозғылт-қызыл түсті, кейде қоңыр-қара пигменттің шөгуіне байланысты түсі өзгеруі мүмкін. Бұл жағдайда меланиннің шамадан көп пайда болуына байланысты қызылиекте қоңыр немесе көкшіл түсті шағын немесе қызылиек қоңыр-қызғылт түстенеді. Мұндай пигментті ошақтар ауыз кілегейлі қабығының басқа аймақтарында да орын алуы мүмкін. Мұндай жағдай оңтүстік тұрғындары арасында жиірек кездеседі.

Гистологиялық құрылымы жағынан қызылиек екі қабаттан тұрады. Беткі қабаты – көпқабатты жазық эпителий немесе жабынды эпителий, астыңғы қабаты – нағыз кілегейлі немесе нағыз дәнекер тін пластинасы деп аталады (2 сурет).



Сур. 2. Адам қызыл иегі
 1 – көпқабатты жалпақ мүйізгектенген эпителий;
 1.а – мүйізгектенген қабат;
 2,3 – қызыл иектің дәнекер тінді емізікшесі.

Қызылиек аймағында жабынды эпителийдің үш түрін ажыратады: нағыз қызылиек эпителийі, қызылиек сайының эпителийі және біріктіруші эпителий немесе тіс-қызылиек бекімі эпителийі .

Нағыз қызылиек эпителийі тістераралық бүртіктерді, қызылиек жиегін және бекіген қызылиекті жауып жатады, біраз қалыңдау келеді және толассыз мүйізгектенуге ұшырайды. Бұл эпителий әртүрлі жасушалардың төрт қабатынан тұрады. Олар – базальды, тікенекті, түйіршікті немесе дәнді және мүйізгектенген қабаттар.

Базальды қабат цилиндрге ұқсас жасушалардың 1-2 қатарынан, ал тікенекті қабат көпбұрышты өсікті клеткалардың 4-6 қатарынан тұрады. Электронды-микроскопиялық зерттеулердің нәтижесіне сүйенсек, базальды және тікенекті қабаттар жасушалары бір-бірімен десмосомдар арқылы тығыз байланысқан. Десмосомдар симметриялы (тепе-тең) орналасқан екі жартыдан тұрады және әрқайсысы көрші орналасқан жасушалардың құрамына кіреді, араларында жасуша аралық кеңістік сақталған. Десмосомның әрбір жартысының ұзындығы 0,2 мкм және құрамына плазмолемманың бөлігі және оған жақын жатқан цитоплазманың тығыз гомогенді қабаты кіреді.

Тікенекті қабаттың үстінде түйіршікті (дәнді) қабат орналасқан, ол цитоплазмасында кератогиалин түйіршіктері (дәндері) бар жалпақ жасушалар қатарынан тұрады. Ең үстіңгі немесе беткей қабат толассыз түлеуге ұшырайтын, ядроларын жоғалтып мүйізгектенуге ұшыраған жалпақ жасушалар қатарынан тұрады.

Қызылиек сайы эпителийі оның қызылиекке қараған қабырғасын жауып жатады, базальды және тікенекті қабаттардан тұрады. Тікенекті қабат жұқа болып келеді, оның үстіңгі қатарларындағы жасушалары жалпақтанған, эпителий астындағы дәнекер тін бүртіктері жақсы дамымаған.

Біріктіруші эпителий немесе тіс-қызылиек бекімінің эпителийі тіс бетіне параллельді орналасқан ұзынша жасушалардың бірнеше қатарынан тұрады.

Бұл клеткалар басқаларына қарағанда жиі және жылдам жаңарып отырады (регенерациялау мүмкіндігі өте жоғары). Эпителий жасушаларында РНК, гликоген (аз мөлшерде), гликозамингликандар анықталған. Олар трофикалық және жаңару үрдістерінде үлкен рөл атқарады.

Нағыз кілегейлі қабық пластинасы - дәнекер тінді құрылым, екі қабаттан тұрады: жабынды эпителийге жақын немесе оның астында орналасқан бүртікті қабат, тереңірек орналасқан торлы қабат. Бүртікті қабат борпылдақ дәнекер тіннен тұрады, эпителийге қараған бетінде бүртікті құрылымдары бар (эпителий қабатына еніп жатады) және олар арқылы қантамырлар мен нервтер өтеді. Торлы қабат тығыздау дәнекер тіннен тұрады.

Нағыз кілегейлі қабық пластинасының құрамына негізгі зат, талшықты және жасушалық құрылымдар кіреді.

Талшықты құрылымдар коллагенді, серпінді және аргирофильді талшықтардан тұрады.

Жіңішке аргирофильді талшықтардың нысанды бағыттағы (тік бағыттағы) шоғырлары базальды жарғақты (мембрананы) құрайды және дәнекер тінді қабат пен жабынды эпителийді байланыстырады.

Нағыз кілегейлі қабық қабатының негізін қалаушы - әртүрлі бағытта (көлденең, тік, серіппелі) орналасқан коллаген талшықтары, ал эластикалық талшықтар көбінесе қызылиектің бүртікті қабатында орналасқан.

Коллагенді талшықтар шоғыры мен аргирофильді талшықтар торының арасында жасушалық құрылымдар: фибробластар, гистиоциттер, плазматикалық жасушалар, толықша жасушалар орналасқан. Қантамырларға жақын орналасқан аздаған лейкоциттер мен лимфоциттер кездеседі.

Фибробластардың негізгі қызметі – коллаген және құрамында хондроитинсульфат пен гиалурон қышқылы бар мукопротеид (негізгі зат) құру.

Толықша жасушалардың құрамында гепарин бар, ал дегрануляциялау кезінде гистамин, серотонин, простогландиндер бөледі.

Лимфоциттер мен плазматикалық жасушалар антидене құруға қатысып, гуморалдық және жасушалық иммунитеттің жауабында өзіндік орын алады.

Негізгі немесе жасуша аралық заттың негізін гликозаминогликандар және гликопротеидтер қалайды. Қантамыр – тін өткізгіштігін реттеуде және дәнекер тіннің кедергілік (қорғаныс) қызметін сақтауда гиалурон қышқылы – гиалуронидаза жүйесінің маңызды рөлі бар. Тіннен бөлінетін және микробтар бөлетін гиалуронидазаның белсенділігі күшейсе, гиалурон қышқылы деполимеризациялануға ұшырайды (сұйықтанады). Осының нәтижесінде негізгі заттың өткізгіштігі жоғарылап, микробтар уыты және әртүрлі жарақаттаушы факторларды өткізуге мәжбүр болады.

Қызылиекте ұсақ қанайналым торабы жақсы дамыған, олар артериолалар, капиллярлар (қылтамырлар), посткапиллярлар, венулалар және артериола-венулалық анастомоздар. Қызылиектегі қалыпты зат алмасуды қамтамасыз етуде капиллярлар торабының маңызы зор.

Қызылиек сайы мен тіс-қызылиек бекімі аймағында ұсақ қанайналым торабының өзіндік ерекшелігі бар: капиллярлар ілмексіз, эпителий қабатына

өте жақын орналасады және оларға өте жоғары өткізгіштік қасиет тән. Осыған байланысты қызылиек сайына толассыз сұйық бөлініп тұрады және ол «қызылиек сайы сұйығы» деп аталады.

Қалыпты жағдайда тәулігіне 2,4-5,5 мл қызылиек сұйығы ауыз ішіне бөлінеді. Жоғарғы тістер қызылиек сайынан төменгі тістер қызылиек сайына қарағанда сұйық көбірек бөлінеді деген мәлімет бар.

Қызылиек сұйығы қан сарысуының транссудаты болғандықтан, құрамы жағынан қан сарысуының құрамына ұқсас. Қызылиек сұйығында қызылиек тіндеріне қарағанда натрий және калий иондарының мөлшері жоғары, ал кальций, фосфор, магний, цинк, күкірт, хлор және фтордың мөлшері ондағымен бірдей шамада.

Қызылиек сұйығындағы және қан сарысуындағы белоктың құрамы бірдей. Белоктың глобулинді фракциясына ферменттер, иммуноглобулин G және басқа белоктар (фагоциттер) кіреді. Қызылиектің қабынуы кезінде сұйықтың мөлшері жоғарылайды, бірақ белоктың мөлшері өзгермейді. Экспериментальдық зерттеулермен дәлелденгендей, адреналиннің әсерінен қызылиек сұйығының бөлінуі бәсеңдейді, ал гистамин керісінше бөлінуін күшейтеді (қантамырлар қабырғаларының өткізгіштігі жоғарылауы нәтижесінде). Ересек адамдардың қызылиек сұйығында нейтрофилдер (95-97%), лимфоциттер (1-2%), моноциттер (2-3%) кездеседі, ал 8-16 жастағы балалар мен жасөспірімдерде бұл көрсеткіштер 82-86%, 13-18 жас арасында 1% құрайды. Мононуклеарлық лейкоциттердің 24% Т-лимфоциттердің, ал 58% В-лимфоциттердің үлесіне тиеді. Кейбір аминқышқылдар мен кининдер қантамыр қабырғаларының өткізгіштігін жоғарылатып, қан айналымынан лейкоциттердің сыртқа шығуына себепкер болады. Пародонт қабынуы кезінде қызылиек сұйығында минералды заттар мөлшерінің көбейетіні дәлелденген.

Құрамында фибринолизин және плазминогеннің болуына байланысты қызылиек сұйығына фибринолиздеуші белсенділік тән. Бұл белсенділік қызылиек сайы эпителийінің тіс бетіне беку аймағында фибринді жарғақ пайда болған жағдайда өте қажет болады. Себебі, бұл жарғақ қызылиек сұйығының қызылиек сайына шығуына кедергі болуы мүмкін.

Қызылиек сұйығындағы коллагеназа және эластаза сияқты ферменттердің де үлкен маңызы бар, олар пародонт тіндеріндегі физиологиялық және патологиялық үрдістерге қатысады. Қызылиек көлемінің 50%-ын альвеола сүйегінің органикалық фракциясы: коллаген құрайтын болғандықтан, қызылиек сайындағы коллагеназа мен эластаза мөлшерін анықтаудың маңызы зор. Бұл ферменттердің белсенділігінің жоғарылауы – пародонт тіндерінде қабынбалы-деструкциялық үрдістердің дамығандығына куә бола алады.

Екінші жағынан, эластаза мен коллагеназаның коллагенді ыдыратушы әсерінің күшеюі ауыз сұйығында бұл ферменттерді тежеуші, қышқыл ортада өте тұрақты белокты қосындылардың немесе протеиназа ингибиторларының (ИП) жетіспеушілігінен де туындауы мүмкін.

Эластазаның, коллагеназаның және басқа қан сарысуы протеиназаларының ингибиторларына d_1 – протеиназа ингибиторы (d_1 -ПИ)

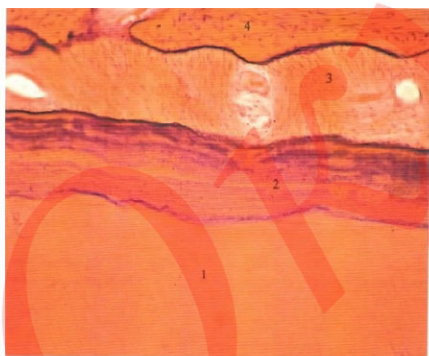
және d_2 – макроглобулин (d_2 -M) жатады. Қалыпты жағдайда қызылиек сайында d_1 -ПИ анықталмайды, ал қабыну үрдістері кезінде мөлшері жоғарылайды. Қызылиек және ауыз сұйықтары нейтрофильдерінен бөлінетін эластаза ингибиторларын тіндер тұрақтылығын, пародонттың жергілікті қорғанысын қамтамасыз етуші маңызды фактор деп санауға болады. Қызылиек сұйығында β -глюкоурионидаза және лактатдегидрогеназа анықталған. Лактатдегидрогеназа мөлшерінің жоғарылауы пародонт тіндерінде анаэробты гликолиздену үрдісінің күшейгенін көрсетеді.

Қызылиек сайы мен қызылиек сұйығының қалыпты жағдайда пародонт тіндері үшін маңызды тосқауылдық қызмет атқарады. Бүтіндігі бұзылмаған қызылиек сайы және тіс-қызылиек бекімі эпителийі пародонт тіндерін микроорганизмдер мен олардың уыттарының және басқа тітіркендіруші факторлардың әсерлерінен қорғайды.

Периодонт тіні

Периодонт тіндерінің құрамына коллагенді, серпінді талшықтар, қан және лимфа тамырлар, нервтер, дәнекер тінді жасушалық элементтер, ретикуло-эндотелиальды жүйенің элементтері жатады (РЭЖ). Периодонттың көлемі мен пішіні тұрақсыз болып келеді. Олар адамның жасына байланысты және әртүрлі патологиялық үрдістердің ауыз қуысында немесе ауыздан тыс орналасуына байланысты өзгеріп отырады.

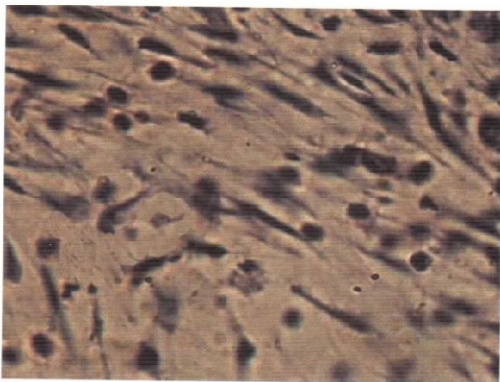
Периодонттың байлам аппараты бума түрінде көптеген коллагенді талшықтардан тұрады және сол бума арасында қан тамырлар, жасушалар, жасуша аралық заттар болады (3сурет).



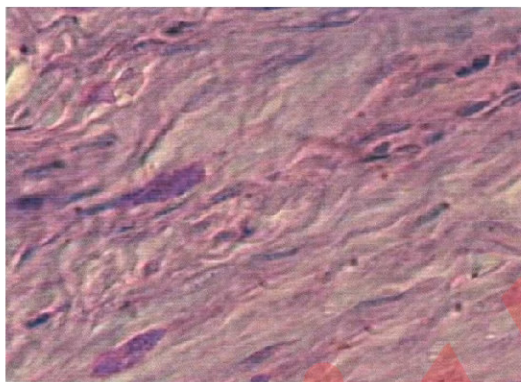
Сур. 3. Периодонт:
1 – түбір дентині;
2 – цемент;
3 – периодонт;
4 – альвеоланың сүйек тіні.

Периодонт талшықтарының негізгі қызметі шайнау барысындағы пайда болатын механикалық энергияны альвеоланың сүйек тіндеріне, жүйке рецептор аппаратына және микроқан айналым торабына тепе-тең етіп жаю болып табылады.

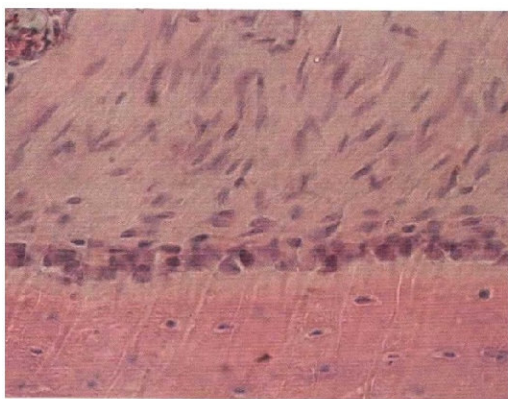
Периодонттың жасушалық құрамы әр алуан, олар: фибробластар, плазматикалық және толықша жасушалар, гистиоциттер, вазогенді жасушалар және ретикуло-эндотелиальды жүйенің (РЭЖ) элементтерінен тұрады (4-5-бсуреттер).



Сур. 4. Периодонт тініндегі фибробластар мен макрофагтар



Сур.5. Периодонттың collagen талшықтарының арасындағы дәнекер тінді табақша жасушалар

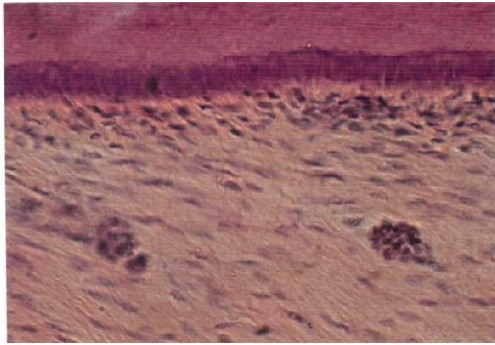


Сур.6. Сүйек шекарасындағы остеобластар

Аталған элементтер көбінесе тіс түбір ұшы маңында орналасып зат алмасу үрдісі жоғары деңгейде жүреді.

Аталған жасушалардан басқа периодонт тіндерінде эпителиальды жасушалар болады, олар барлық периодонт талшықтарын қамтиды (Маляссе жасушалары (7 сурет).

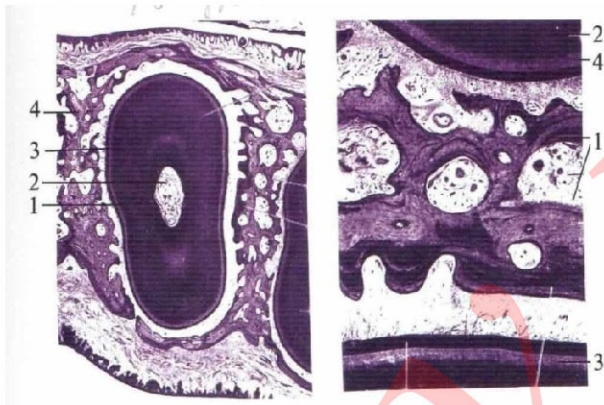
Көптеген авторлар аталған жасушаларды тіс пайда болғаннан кейінгі эпителий қалдығы деп есептейді. Аталған түзілімдер периодонтта ұзақ уақыт бойы сақталып, олар тек жергілікті тітіркендіргіштер мен микроб токсиндерінің әсерінен патологиялық ошақ көзіне айналады. Соның нәтижесінде пародонт қалталарында эпителиальды гранулема, кисталар, эпителиальды тәждер пайда болады. Периодонттың құрамына зат алмасу айналымына қатысатын ферменттер кіреді, оларға: сукцинатдегидрогеназа, лактатдегидрогеназа, НАД- және НАДФ диафоразалар, глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа және фосфатаза мен коллагеназа жатады.



Сур. 7. Периодонттың Маляссе аралшығының эпителиальды жасушалары

Альвеола өсіндісінің сүйек тіні

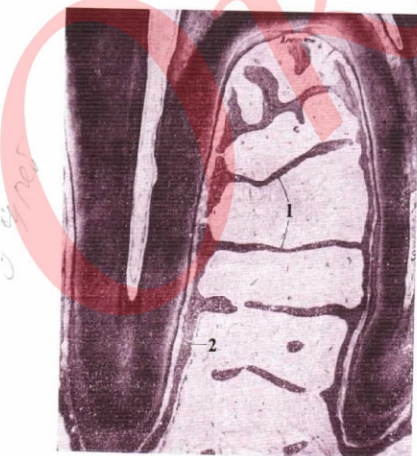
Альвеола өсіндісі деп әрбір жақ сүйектегі тістердің түбірлері орналасқан бөлігін айтады. Альвеола өсіндісі тістердің түбірлері орналасқан ұяшықтардан (альвеолардан) және тісаралық немесе альвеоларалық қалқан сүйектерден тұрады.



Сур. 8. Ортаңғы күрек тістің альвеола сүйегі мен түбірінің көлденең кесіндісі:

- 1 – тіс түбірі;
 - 2 – түбір өзегі ұлпамен бірге;
 - 3 – периодонт;
 - 4 – альвеолды өсіндінің сүйек бағаналары;
- Оң жақта – үлкейтілген фрагмент:
- 1 – альвеола өсіндісі;
 - 2 – тіс түбірі;
 - 3 – периодонт;
 - 4 – цемент.

Әр альвеола өсіндісінің сүйек тіні тығыз (компакты) және кемік заттан тұрады (9сурет).



Сур. 9. Тіс аралық қалқанша сүйектің кемік затының орналасуы:

- 1 – сүйектің кемік заты;
- 2 – альвеола өсіндісінің қабырғасы

Тығыз сүйек альвеола өсіндісінің сыртқы және ішкі қатты (кортикальды) қабаттарын құрайды және остеондар жүйесі мен сүйек пластинкаларынан

тұрады. Тығыз сүйек қабаттарының арасында бір-бірімен айқаса орналасқан сүйек бағаналарынан тұратын кемік сүйек орналасқан. Олардың сүйек бағаналары арасындағы қуыстарда (ячейкаларда) сүйек майы орналасқан.

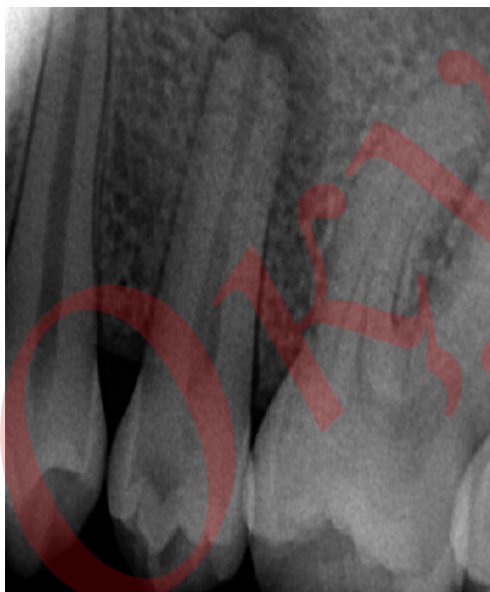
Тығыз сүйекті тістің түбір бойымен қантамырлар мен нервтер кіретін өзектер тесіп өтеді. Сүйек тінінің 30-40% органикалық заттан, 60-70% минералды заттар мен судан тұрады, органикалық заттың негізгі құрамында көп мөлшерде оксипролин, фосфосерин бар коллаген құрайды. Сүйек матриксінде сүйектің минералдануына қажет лимон қышқылы да көптеп кездеседі. Сүйек тініндегі гликопротеидтер хондроитинсульфаттан, аз мөлшерде гиалурон қышқылынан және кератинсульфаттан тұрады.

Кемік сүйек қуыстарының (ячейкаларының) көлемдері әртүрлі болады. Төменгі жақ сүйек бағаналары (трабекулалары) көлденең орналасқан және қуыстары ұсақтау болып келеді. Жоғарғы жақ сүйегінде кемік сүйек көбірек, қуыстарының көлемі ірілеу, сүйек бағаналары тік орналасқан.

Тіс түбірлері альвеола өсіндісінің жақ сүйектері альвеолаларында (арнаулы ұяшықтарында) орналасқан. Әр альвеолада 5 қабырға бар: ұрт жақ, тіл жақ (таңдай жақ), алдыңғы, артқы қабырғалары және табаны. Альвеоланың сыртқы және ішкі қабаттары тығыз сүйектің екі қабатынан тұрады.

1.4 Қалыпты жағдайдағы пародонттың рентген көрінісі

Рентгенсуретте альвеола өсіндісінің сүйек тінін, периодонт орналасқан периодонт саңылауын, түбір цементін анықтауға болады(10 сурет)



Сур. 10. Пародонт тіндерінің қалыпты көрінісі.

Пародонт аурулары кезінде альвеола өсіндісінің сүйек тіні өзгеріске ұшырайды. Орын алған өзгерістерді анықтау үшін альвеола өсіндісінің қалыпты жағдайдағы рентген көрінісін жақсы суреттей білу керек. Қалыпты жағдайда ересек адамдардың альвеола өсіндісінің күрек және сүйір тістер аралық қалқан сүйектерінің ұшы өткір конуска ұқсайды, ал кіші және үлкен азу

тістер тұсында ұшы кесілген пирамидаға немесе трапецияға ұқсайды және кіреуке-цемент деңгейінде, ал кейде одан 1-1,5 мм жоғары немесе төмен орналасады. Тістераралық қалқан сүйектер ұштарының пішіндері әртүрлі болып келуі де мүмкін (екіге бөлінген, домалақ, күмбезге ұқсас, жарты айға ұқсап кесілген сияқты). Сирек орналасқан тістер арасында қалқан ұштары жазықтау болып келеді. Қалыпты жағдайда тістераралық қалқан сүйекті жапқан тығыз сүйек қабаты оның ұшында және бүйір бөліктерінде үзіліссіз созыла орналасқаны анықталады. Қатты сүйек қабаттары арасында орналасқан кемік сүйек көрінісі торға ұқсас келеді.

Тісаралық қалқан сүйектің сүйектің торлық құрылымды суреті оның өн бойында бірдей болмайды: ұшында ұсақ торлы, орта бөлігінде – ірілеу торлы, ал түбір ұшы бөлігінде – ірі торлы суретті көрініс орын алады.

Рентген суретте кемік сүйек бағаналары анық көрінеді, әрбір жақ сүйегіндегі бағыттары әртүрлі. Төменгі жақ сүйегінде кіші және үлкен азу тістер тұсында бағаналардың көлденең бағыты анықталады. Алдыңғы тістер тұсында бағаналар суретінің анықтылығы жойылып, торлы суретті көрініс басым болады.

Жоғарғы жақ сүйегінде көбінесе біркелкі торкөзді суретті көрініс байқалады, сүйек бағаналары нысаналы бағытсыз орналасқан, бірақ тік бағыттылар жиірек анықталады.

Жоғарғы жақ сүйегіндегі тұйықтаушы қатты сүйек пластинкалары төменгі жақ сүйегіндегідей өте анық емес. Жоғарғы жақ тістерінің периодонт саңылаулары төменгі жақ тістерінің периодонт саңылауларынан тарлау, ал азу тістердің периодонт саңылаулары алдыңғы тістердікінен кеңірек келеді.

1.5 Пародонттың қызметі

Пародонттың қызметі сан алуан және оның құрылысының анатомо-физиологиялық ерекшеліктерімен тығыз байланысты. Пародонттың қызметі төмендегідей: трофикалық, тіреп-ұстау, амортизациялау, тосқауыл болу (барьерлік), пластикалық, рефлекторлық-реттеушілік.

Трофикалық қызметі жақсы дамыған қан және лимфа тамырларының, әртүрлі жүйке рецепторлары арқылы тіндердің қоректенуін қамтамасыз етеді.

Тіреп-ұстау қызметі тісті тіс ұясына бекіткен коллагенді талшықтардың, қызылиектің, альвеола өсіндісінің күрделі құрылымды байлам аппаратының арқасында жүзеге асады.

Серпімділеу (амортизациялау) қызметі – шайнау қысымының күшін тіс қатарларына және альвеола өсіндісіне біркелкі таралуын қамтамасыз ету. Бұл қызмет дәнекер тінді құрылымның құрамындағы борпылдақ тіннің, қан және лимфа тамырларының шумақты торларының, тіндер сұйығының гидравликалық жастық қызметін атқаруы нәтижесінде іске асады.

Тосқауыл болу немесе қорғаныс қызметі пародонт тіндерінің морфологиялық бүтіндігі, қызылиек жабынды эпителийі мүйізгектенен отырып, қорғаныс қызметін атқаруы, плазматикалық, лимфоидтық және толықша клеткалардың фагоцитоздау мүмкіндіктерінің болуы арқасында орындалады.

Қызылиек сайы арқылы ауыз сұйығына лейкоциттердің көшуін де қорғаныс қызметіне жатқызуға болады.

Пластикалық немесе құру қызметі фибробластардың, толықша жасушалардың, цемента- және остеобластардың, адвентициалдық жасушалардың арқасында орындалады.

Рефлекторлық-реттеушілік қызметі пародонтта жақсы қалыптасқан жүйке – рецепторлық аппараттың көмегімен жүзеге асады. Бұл қызмет қабылдайтын тағамның табиғатына, тіс қатарының бүтіндігіне байланысты шайнау қысымы күшінің реттеліп таралуына бағытталған қызмет.

1.5 Пародонт ауруларының этиологиясы

Пародонт аурулары жергілікті (тіс қағының микроорганизмдері, окклюзиялық жарақат) және олардың жалпы факторлармен (эндо- экзогенді) бірге беретін әсерінен ағзаның қорғаныс күшінің төмендеуі салдарынан дамуы мүмкін. Факторлардың келесі 3 тобын ажыратуға болады:

1. тіс тоғасы мен тіс қағындағы өнімдердің жағдайы және алмасуы;
2. ауыз қуысы микроорганизмдерінің патогендік әсерінен және алмасу өнімдерін күшейтетін немесе бәсеңдететін ауыз қуысы факторлары;
3. патогендік әсерге байланысты ауыз қуысы тіндері метоболизмін реттейтін жалпы факторлар.

Пародонтологияда 4 түзілім мағынаға ие.

Минералданбаған шөгінділерден – тіс тоғасы мен жұмсақ қағы, минералданған қызылиек асты, үсті тіс тастары. Тіс тасы, тіс тоғасының минералдануынан дамиды. Микробтық қақ тіс пелликуласының астында орналасады. Оның негізін протеин және полисахарид комплексі құрайды.

Микробтық қақтың құрамында 2-3 тәуліктен соң оң және теріс кокктар, 4-6 сәткеден соң фузобактериялар, 7 сәткеде спирохет, спириллалар пайда бола бастайды.

Микробтық қақтың түзілуі тіс бетінің қызылиек төмпешігімен тіс аралығында басталады. Микробтық қақтың түзілуіне әкеліп соғатын факторлар: шайнау барысында тістердің өзіндік тазаруының жеткіліксіздігі, тістерді дұрыс тазаламау, сілекей және ауыз қуысы сұйықтығының сапасы мен санының өзгеруі де әсер береді.

Бактериялардың пародонт тінін бұзу әсері токсиндік заттардың бөлінуімен анықталады. Оларға токсиндер, экзим, антиген, митоген, хемотан және т.б. грам оң және теріс аса улы бактериялар жатады.

Келесі этиологиялық факторларға терапиялық және ортопедиялық ем-шаралар дұрыс жүрмеген жағдайда пайда болатын зақымдар (пломбаның шамадан тыс салынуы, сапасыз дайындалған протездер және т.б.) жатады.

Пародонт тіндерін қабындыратын жергілікті факторларға жақ аномалиясы мен деформациясы, тістердің тығыз орналасуы және дистрофиясы,

тістесу аномалиялары, ауыз қуысының жұмсақ тіндерінің дамуының аномалиясы, ерін, тіл жүлгесі бекімінің аномалиясы жатады.

Жалпы факторлардың ішінен ағзаның төзімділігін төмендететін және пародонт ауруларының пайда болуына ықпал ететін эндокриндік ауруларды, жүйке-соматикалық ауруларды, қан ауруларын, тамақтану бұзылысын, ПҚТ ауруларын жатқызуға болады.

Пародонттың қабыну ауруларын бактерия симбиозы және ауыз қуысы тіндерінің жағдайының тепе-теңдігінің бұзылу нәтижесі деп қарауға болады.

Пародонтауруларының пайда болу себебінің негізгі факторы маргинальды инфекцияның пародонт қалталарына енуі болып табылады. Олар алғашқы иммундық қорғаныс пен белсенді қабыну реакциясын шақырады. Жалпы соматикалық аурулар және функционалды бұзылыстар 85% жағдайда пародонттағы қабыну үрдісін белсендіреді және қосарлана жүреді.

1.5.1 Жергілікті жарақаттық (ятрогенді) себептер

Оларға жататындар: протездеу барысындағы ақаулар (жасанды сауыттың тіс мойнына терең кіруі, алмалы протез базисінің қызыл иек емізікшелеріне батуы және т.б.), тіс емдеу барысындағы ақаулар (пломбаның шамадан тыс салынуы), ортодонттық аппараттардың дұрыс құрастырылмауы.

Пародонт тінінің шамадан тыс жүктелуі

Эксперимент жасау барысында және клиникалық бақылау кезінде анықталғандай аталған жүктеме пародонт тіндерінде қабыну-дистрофиялық өзгерістер тудырады. Деструктивті-қабыну үрдісі пародонт тіндеріне шамадан тыс жүктің түсуіне байланысты (терең тістесу, ашық, прогнатиялық, прогениялық тістесулер); тістердің орналасу тәртібінің бұзылуы (тығыз орналасуы); үлкен және кіші азу тістердің ерте жұлынуы (жұлынғаннан кейінгі тістердің ығысулары); хейло, уранопластикалық отаның дұрыс жасалмауы; бруксизм ауруы кезінде (түнгі уақытта тістерді қышырлату) жүреді.

Пародонт тініне шамадан тыс түскен жүк тіндерді қоршаған қан, лимфа тамырларындағы гидростатикалық қысымды көтеріп, соның салдарынан гемолимфастаздар пайда болып, жасушалар өткізгіштігі бұзылып жергілікті жерлерде ісіктердің пайда болуына, эритроциттердің агрегациясы байқалып эмболия, ал соңында қан тамырлардың тромбозы, гипоксияға алып кеп соғады. Аталған патологиялық өзгерістер коллагенді, эластикалық талшықтардың қызметін бұзып тістердің қозғалғыштығы және тістесу барысында ауыру сезімінің пайда болуымен жүреді.

Одан әрі талшықтардың домбығып деструкциялануына, содан кейін тіс-қызыл иек эпителиінің тұтастығы бұзылып пародонтальды қалталар пайда болуымен және тіс аралық сүйек перделерінің резорбциясы жүреді.

Соныменен факторлар пародонт тіндерін жалпы зақымдамай тек жергілікті түрде зақымдайтыны анықталды және белгілі бір тістердің шамадан тыс жүктелуі жалпы қабыну үрдістерін күрделендіріп тіс маңындағы тіндерді қабындыра отырып атрофиялық-сорылу үрдістерін күшейтеді, соның

әсерінен байлам аппараттарының қызметі бұзылып, соңында тіс элиминациясына (түсіп қалуына) алып кеп соғады.

Функционалдық жетіспеушілік (гипофункция) – пародонт ауруларын тудыратын себепші фактор болып табылады. Жұмсақ тамақ жеу барысында пародонт тіндері толық жүктелмей, соның нәтижесінде атрофиялық үрдістер жүре бастайды және тіс қақтарының пайда болып маргинальды пародонттың қабынуына әсерін тигізеді.

Шайнау аппаратының толық қанды жүктелмеуінен пародонт тіндерінің әртүрлі сыртқы әсерлерге (микроорганизмдер, жарақаттар) қарсы тұру қабілеті нашарлап, бір мезгілде тіс тастарының пайда болуына жағдай жасайды.

Пародонт тінінің гипофункциясы жергілікті қан жүру үрдісін баяулатып, нәтижесінде пародонт тіндеріндегі деструктивті үрдістердің пайда болуына әсер етеді (Логина Н.К., Воложин А.И., 1994).

1.6 Пародонт ауруларының пайда болу себептерінің ішіндегі микроорганизмдердің рөлі

Пародонт ауруларын жүйелеп жіктеу, құрылысын әр тұстан зерттеу белгілі дәрежеде этиологиялық факторларды ескеріп отыруды қажет етеді.

Ресей Федерациясындағы 1983 жылғы қабылданған жүйеге сай және 2001 жылғы мақұлданған пародонтология секциясының алқалы отырысында пародонт ауруларының келесі негізгі топтары айқындалғаны белгілі, олар:

- гингивит;
- пародонтит;
- пародонтоз;
- ісікті және ісік тәрізді зақымдар (пародонтомалар);
- синдромдар мен симптомдар.

Осы аталған пародонт ауруларының арасында стоматологтарды қызықтыратын пародонт тіндеріндегі қабыну үрдістері, олар: гингивит және пародонтит. Олай болу себебі, аталған пародонттың қабыну үрдістері пародонт тіндерінің жалпы зақымдарының арасында 90%-ды құрайды. Олардың әсері тіс-жақ жүйесіне ғана емес жалпы ағзаға белсенді ағымдылығымен, әсерінің ауырлығымен ерекшеленеді.

Гингивит пен пародонтиттің пайда болу табиғаты сан алуан болғандықтан дәрігер стоматологтар арасында тиесілі емдеу тәсілі мен тиімді дәрі-дәрмектерді қолдану дәрігерлік мәселеге айналып отыр.

Қазіргі таңдағы көзқарастарға жүгінсек гингивит пен пародонтит өзіндік емес (неспецифический) табиғаты бар қабыну-инфекциялық пародонт ауруларының қатарына жататыны және де олардың пайда болуының бірден-бір себебі микробтар жиынтығы екендігі және де микроорганизмдердің қатаң бір түрі емес әртүрлі құрамда кездесетіндігі анықталды.

Осы жәйтті ескеретін болсақ пародонт тіндеріндегі патологиялық өзгерістер бірнеше жағдайда пайда болады:

- ауыз қуысында өмір сүретін микроорганизм сандары тез көбейген жағдайда;
- ауыз қуысының микрофлора құрамында пародонт тінін улайтын микробтардың пайда болуы және олардың әсерінен пародонттың қабынуы;
- ауыз қуысында микрофлораның қалыпты құрамы ағзаның қорғану механизмінің (жергілікті және жалпы түрлерінің) төмендеуінің әсерінен аталған микробтардың улылығының күшеюі.

БДДСҰ (Бүкілдүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы)-ның мәліметтеріне сүйенсек ауыз қуысында микроорганизмдердің арасында бактериялардың бірнеше түрі кездесетіндігі және олардың улылығы мен жабысқақтығы анықталды. Дәл сол аталған бактериялар пародонт аурулары қозған кезінде жиі кездесетіндігі анықталып, оларды патогенді микробтар тобына жатқызды.

Грам-теріс анаэробтың ішінде бірінші кезекте бактеройдтар: *Porphyromonas gingivalis*, *Porphyromonas melaninogenica*. Келесі кезекте анаэроб спирилдер, спирохеттер, фузобактериялар және грам-оң анаэробтар мен актиномицеттер тобына жататын микроаэрофильді микроорганизмдер (*A. naeslundii*, *A. viscosus*, *A. israelii*) және стрептококктар.

Пародонттың зақымдану барысында тіс қағының құрамында микроорганизмдер: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Provetella intermedia*, *Veilonella parvula*, *Fusobacterium nucleatum* және *peptostreptococcus micros* – жиі кездеседі.

Мамандардың айтуынша аталған микробтардың ішінде жиі кездесетін және пародонт тіндерін уандыратын анаэробты микроорганизмдер болып табылады, олар: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Provetella intermedia* және басқалар.

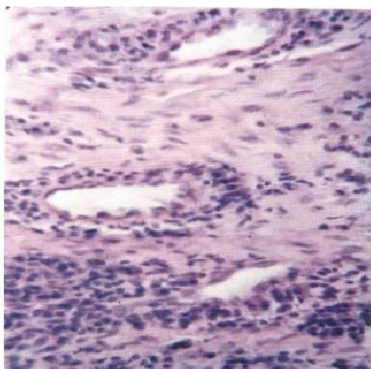
Орта және ауыр түрлі созылмалы пародонтиттің өршуі кезінде пародонт қалталарында анаэробты микробтардың жиі кездесетіндігі дәлелденді. Олардың ерекшелігі, олар бойынан эндотоксин бөле отырып жасушаларды және жасушаралық тіндерді, әсіресе дәнекер тіндерді зақымдайтындығы белгілі болды. Аталған микробтар бір жерге топталып, оттегі жетпей жатқан жерлерде: микробты қақтар мен тіс тастары жиналған пункттерде белсенділік танытып өздерінің кері әсерін тигізеді. Микроорганизмдердің ерекше әсерін олардың шамадан тыс белсенді эндотоксиндерді бөлу арқылы пародонт тіндерінің барлығын зақымдап сүйекке өтетіндігі белгілі болды.

1.7 Патоморфологиялық өзгеріс

Патоморфологиялық өзгерістер пародонттың барлық тіндерінде айқындалады. Қызыл иектегі патологиялық өзгерістер қызыл иектегі клиникалық көріністер көрінбей-ақ біліне бастайды (эпителиальды және дәнекер тінді бірікпеде). Атап айтатын болсақ қан-тамырлардың кеңейіп, толыққандылығы байқалады (10 сурет) қылтамырлардың саны көбейіп (бұрын толыққанды жұмыс істемеген), құрамында гистиоциттері мен

лимфоциттері бар ошақты периваскулярлы жасуша инфильтраты пайда болады. (11 сурет)

Созылмалы катаральды гингивит кезінде жоғарыда аталған өзгерістер мен қатар жаңа нышандар пайда болады: жасуша инфильтраты жайылмалы



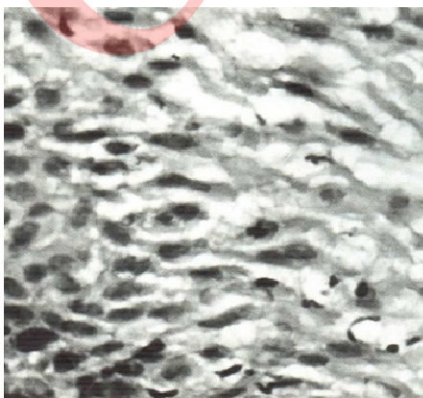
Сур.11. Периваскулярлы жасушалық инфильтрат

түрге көшіп гистиолимфоцитарлы элементтермен бірге полиморфты ядролы лейкоциттер пайда болады, тіс түбірі цементі бойымен эпителий акантозы пайда болып, субэпителиальды паракератоз құбылысын көруге болады (12 сурет).



Сур.12. Жайылмалы лейкоцитарлы инфильтрация, қызыл иек сайының паракератозы

Гипертрофиялық гингивиттің ісікті түрінде қызыл иекте бір типті өзгерістер байқалады. Тікенекті қабаттың вегетациясын ядро пикнозымен және протоплазма жасушасының дистрофиясын гиперпластикалық өріммен бірге көруге болады (13 сурет).

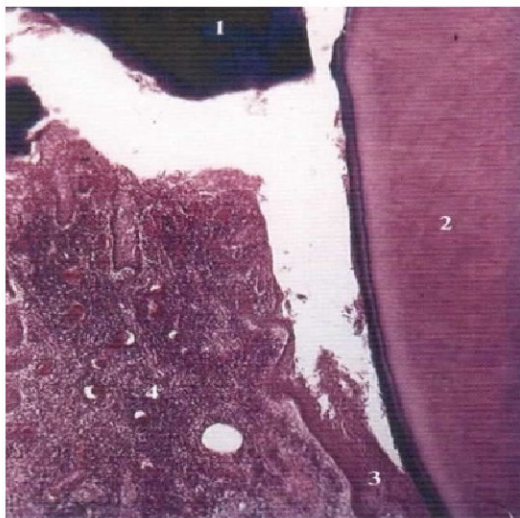


Сур.13. Тікенекті қабат жасушаларының акантозы мен вакуольды дистрофиясы

Дәнекер тін астында ісік пайда болып, қылтамыр сандары көбейіп, олардың кеңейіп қанталауы байқалады.

Әрі қарай ем қабылдамаған жағдайда немесе ем дұрыс тағайындалмаған кезде қабыну өзгерістері пародонт тіндеріне тереңірек өтіп пародонтиттің клиникалық көріністері байқала бастайды.

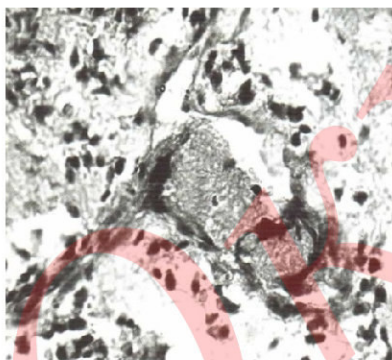
Қызылиек-тіс бекімінің тұтастығы бұзылып қалта пайда болады (14 сурет).



Сур.14. Пародонтальды қалта:

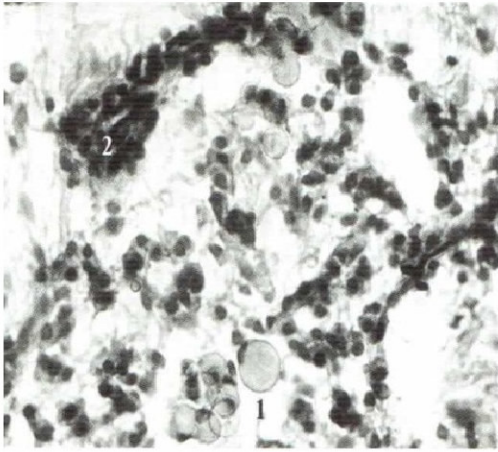
- 1 – тас;
- 2 – цементтен жабылған дентин қабаты;
- 3 – қалта эпителиінің вегетациясы;
- 4 – дәнекер тін стромасындағы жасылған инфильтрат, қантамыр толыққандылығы.

Одан әрі дәнекер тін қабатында қантамыр тін өткізгіштігі жоғарылап, веноздық ағыстың баяулап склероз, флебэктазия және ісік пайда болады. Соның әсерінен васкулиттер пайда болып қабырға ішілік тромбтарды көруге болады (15 сурет).



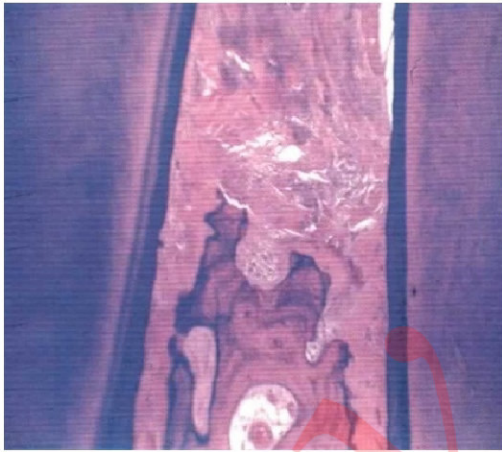
Сур.15. Тамыр ішілік гиалинді тромбоз

Пародонтит ауруы кезінде жасушалық инфильтрат құрамы ауысады: лейкоциттер мен лаброциттер араласып лимфоидты және плазматикалық жасушалар көбейіп инфильтрат кең ауқымға жайылады. Лаброциттердің ыдырауымен Руссель денешіктері пайда болады (16 сурет).



Сур.16. Жайылмалы инфильтрат:
1 – Руссел денешіктері;
2 – экстрацеллюларлы дәнді өң

Қабыну үдерісінің тереңдеуіне байланысты периодонтта қабыну деструкциялық өзгерістер пайда болып, сүйек тіндеріне өтеді, тіс аралық сүйек перделері резорбцияға ұшырап деформациялық белгілер көріне бастайды.

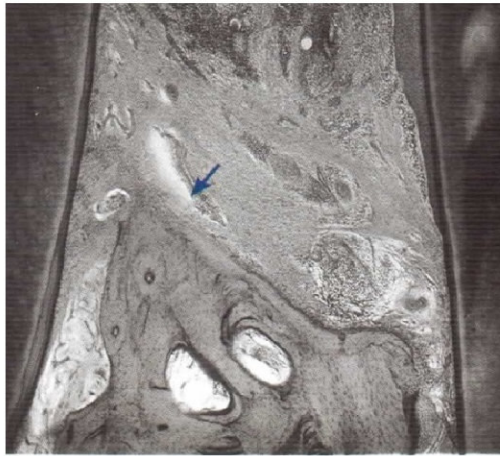


Сур.17. Альвеола шыңының сүйек сорылуына байланысты деформацияға ұшырауы

Периодонт пен сүйек кемігінде микро айналымдағы қан тамырлардың кеңейуі мен толыққандылығы байқалады. (17 сурет).

Сүйек тінінің резорбциялануы әдетте остеокластармен макрофаг жасушалық элементтердің қатысуымен жүреді. Бұл кезде резорбцияның жазық түрі көрініс табады (18 сурет).

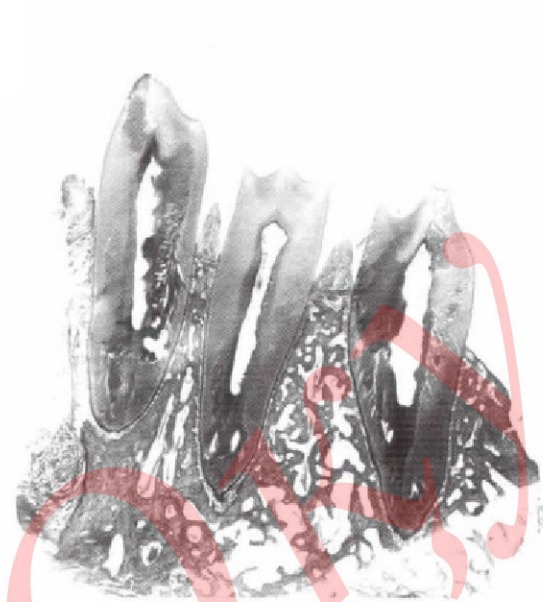
Сонымен пародонтит ауруы кезінде сүйек тіндерінің қайта құру үрдісі жалғасып, бұзылу, резорбциялану көріністері жаңа сүйек тін пайда болу көріністерінен басым жүреді.



Сур.18. Альвеола аралық сүйек пердесінің алғашқы резорбцияға ұшырауы (стрелкамен көрсетілген)

Пародонтоз ауруы кезінде патоморфологиялық өзгерістер сүйек структурасы аусымының тежелуімен көрініп, сүйек трабекулаларының қалындап,склерозға ұшырап жақ-сүйек құрылысының қалыптылығының жоғалуымен жүреді(19 сурет).

Сүйек тінінің өзгерістері сүйек миы қантамырларының қысылуымен немесе толық бітіп қалуымен жүреді.



Сур.19. Альвеолды сүйектің остеопарозы. Сүйек трабекулаларының склерозы және кеміктік көріністің жоғалуы.

Дәнекер тінде плазморрагия,мукоидты ісіну,фибриноидты өзгерістер,аргирофильді және коллагенді талшықтардың некрозы көрініс табады.

1.8 Пародонт ауруларының негізгі патогенетикалық механизмі

Пародонт тіндерінің жасушаларының зақымдануына (полиморфты – ядролық лейкоциттер және т.б.); қабынудың биологиялық белсенді заттары – медиаторлар және модуляторларының құрамының артуы; микроциркуляцияның бұзылуы; тамыр – тіндік өткізгіштіктің артуы; экссудация мен жасушалық инфильтрацияның пайда болуы ықпал етеді. Қызыл иектің дәнекер тінінің негізгі затының деполимеризациялануын, коллагеннің бұзылуын байқауға болады.

Транскапиллярлық алмасудың бұзылысы және екіншілік гипоксия, эпителий акантозы және қызыл иек эпителиінің ауыз қуысы эпителиімен алмасуына, тіс қызыл иек бекімінің бұзылуы және қызыл иек қалтасының пайда болуымен жүреді.

Полиморфты ядролық лейкоциттердің зақымдануынан мезосомальды ферменттер бөлінеді. Лаброциттердің дегрануляциясы қабыну медиаторларының бөлінуімен жүреді: плазмалық (калликреин - кининді) жүйе, комплемент жүйесі және тіндік жүйесі.

Брадикардин – (плазмалық медиатор) гистоминнің бөлінуі және тамырлардың өткізгіштігін арттыруға шақырса, конгрекреин полиморфты – ядролы лейкоциттер және Хагеман факторын (қан жүйесін ұйытатын) белсендіреді. Жасушалық медиаторларға полиморфты – ядролы лейкоциттер, лаброциттер, базофилдер жауап береді. Жасушалық медитаторларға гистамин, серотоксин, простогландиндер, лимфокининдер, протеазалар, баяу регенерацияланушы субстанция жатады.

Биологиялық белсенді заттардың әсер етуінен жасуша аралық заттың бұзылуы қызыл иектің (борозда) эпителийі, бактериялар және токсиндер енетін кеңістік және вакуольдер пайда болып микроциркуляция өзгерістері пайда болады – қан айналымы бәсеңдейді, тромбтар түзіледі, воскулит пайда болады. Қантамыр қабырғасының өткізгіштігінің артуы қантамыр қабырғасының және кривоскулярлық тініне белоктың сіңірілуіне (альбумин, фибрин – фибриноген, иммуноглобулин және т.б.) алып келеді.

Тығыз қабыну инфильтратының түзілуі және оның құрамында лимфоциттер және плазматикалық жасушалардың болуы жедел түрде қызыл иектің құрылымының қалпын өзгертеді. Тіндік және микробты гиалуронидаза және басқа да ферменттердің белсенділігінің артуы салдарынан коллаген бұзылуы – коллагеназа және эластаза белсенділігінің артуы салдарынан коллаген бұзылуы – коллагеназа және эластаза белсенділігінің салдарынан, қызыл иектің дәнекер тінінің негізгі затының деполимеризациясы жүреді. Коллаген синтезі бұзылады.

Қорғаныс механизмінің үзілуі регенерация үрдісінің бұзылысымен қосарлана жүріп, патологиялық тін – грануляция пайда болады, қабынудың тереңде жатқан тіндерге үдей өтуі (альвеола сүйегі) гингивиттің пародонтитке алмасуына алып келеді, қабынудың күшеюінен иммунологиялық жылжу (сдвиг) дамиды және бейспецификалық қабыну иммундық белгілерімен

көрінеді. Пародонталдық ауруларына патогенетикалық жіктелуіне сай, патологиялық үрдістердің негізгі үш түрі бар. Олар өзара өзіне тән белгілерімен, дамуымен және клиникалық ағымымен ерекшеленеді.

Аурудың бастапқы кезеңінде бұзылу үрдістері баяу жүріп соңынан тез өршиді.

Қызылиек маңында микроорганизмдер белгілі құраммен, мөлшерде үнемі табылатынын ескерсек, оларды жоятын, оларға қарсы сілекейдің құрамындағы компоненттер, нейтрофилдер, макрофагтар тұрақты түрде белсенділік танытып, қорғаныс-қабыну реакциясы жүріп клиникалық көріністері мүлдем білінбейді.

Егер аталған микроорганизмдер сан жағынан көбейіп, құрамында пародонтты уландыратын түрлері көбейген жағдайда, ауру клиникалық көрініс беріп, қабыну реакциясы жүре бастайды.

Қабыну үрдісінің мақсаты микроорганизмдерден бөлінетін ферменттер мен токсиндерді нейтралдап, микробтарды жою болып табылады.

Пародонт тіндерінде үнемі созылмалы қабыну үрдістері жүретіндіктен қабыну анықтамасына тоқтала кетуге тура келеді.

Қабыну – экзо және эндогенді зақымдардың әсерінен пайда болған ағзаның универсальды қорғану реакциясы.

Қабыну үрдістерінің үш фазасы айқындалған (альтерация, экссудация, пролиферация) адамның иммундық жүйесі қалыпты жағдайда аталған фазаның кезеңдері белгілі бір уақыт аралығында мейлінше бір тәртіппен жүзеге асады.

1.9 Пародонты сырқат адамды тексеру ерекшеліктері

Пародонты сырқат адамды тексерудің басты мақсаты – аурудың түрін, ауырлығын, ағым ерекшеліктерін, себептері мен патогенездік механизмін анықтау.

Науқастарды тексеретін барлық әдістер негізгі және қосалқы болып екіге бөлінеді.

I. Негізгі тексеру әдістері немесе клиникалық әдістер – пародонты сырқат адамның шағымын, ауруының даму тарихын, өмір тарихын сұрап білу – сұқбат-сұрау және қарап тексеру арқылы пародонт тіндеріндегі өзгерістерді анықтап сараптаудан тұрады.

II. Қосалқы немесе арнаулы тексеру әдістері:

- Рентгендік әдіс.
- Лабораториялық зерттеу әдістері (цитологиялық, микробиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, қан құрамын зерттеу немесе гемограмма құру).
- Функционалдық зерттеу әдістері (стоматоскопиялық, капиллярлық, биомикроскопиялық, реографиялық, полярографиялық әдістер).

Сұрап тексеру арқылы пародонты сырқат адамның шағымын анықтайды. Негізгі шағымдары – қызылиектің қанағыштығы, ондағы әртүрлі ауыру сезімдері, тістерінің әртүрлі тітіркендіргіштерден ауыратындығы, олардың

орындарынан ауытқуы, қозғалмалылығы, қалыпты тістемнің бұзылуы эстетикалық ыңғайсыздық, ауыздан нашар иістің шығуы, сілекей бөлінуінің бұзылуы.

Аурудың даму тарихы (анамнезі) туралы мәлімет жинаған кезде алғашқы белгілерінің біліне бастаған уақытын, даму барысын, жүргізілген емдеу шаралары және олардың жиілігін (емдеу жүргізілген болса), нәтижелілігін анықтауға тырысады.

Пародонты сырқат адамның өмірінен мәлімет жинаған кезде қандай ортада өскені, тамақтану тәртібі, демалу кестесі, шағымдардың толыққандылығы, мамандық-кәсіпкерлігі жайлы, зиянды ықпалдар әсерлерінің болу-болмауы туралы, ауырып өткен және қазіргі кездегі бойындағы сырқаттары, басқа да тұқым қуалайтын аурулары және олардың пародонт ауруларымен байланысын анықтауға тырысу керек. Сонымен қатар зиянды әдеттерінің бар-жоғын да білген жөн.

Қызылиектегі қабыну үрдістерінің ерекшелігін төмендегі белгілермен сипаттайды: түсінің қызаруы, домбығу немесе ісінуі, тісаралық қызыл еттің қанағыштығы, эпителий қабатының түлегіштігі, пішіндері мен көлемдері және жаралануы. Сонымен қатар ондағы атрофиялық және гиперпластикалық үрдістерді де ескереді. Тістер бетіндегі қатты және жұмсақ шөгінділерді Федоров-Володкина (1964) немесе Грин-Вермильон (1960) индекстерінің көмегімен анықтайды. Тіс шөгінділерін бояп анықтау үшін құрамында йод бар арнаулы сұйық (кристалды йод 1 грамм, калий йодиді 2 грамм, 40 мл дистилденген су) немесе эритрозин таблеткаларын пайдаланады. Қызыл иектегі қабыну үрдісінің қарқындылығын гликогеннің жиналу деңгейін анықтау арқылы немесе Шиллер-Писарев сынамасының көмегімен анықтауға болады. Ол үшін жоғарыда келтірілген сұйыққа суланған мақта анжымен қызылиекті сүртеді. Қалыпты жағдайда қызылиек боялмайды, ал қабыну кезінде гликогеннің жиналу деңгейіне байланысты ашық-қоңыр түстен бастап қара-қоңыр түске дейін боялады. Бұл сынаманы қабынуға қарсы жүргізілген жергілікті емдеу шараларының нәтижелігін бағалау үшін де қолдануға болады.

Қызылиек қабынуы кезінде пародонт тіндерінің жағдайын папилярлы маргиналды альвеолалық индексті (РМА) анықтау арқылы бағалауға болады және ол гингивалдық индекс (қызылиек қабынуының индекс ҚҚИ) деп аталады. Бұл индексті Раfma (1960) ұсынған.

Қызылиектің қабыну аймақтарын сандық көрсеткіштермен белгілейді. Қызыл иек бүршігінің қабынуы (Р) 1 балмен, жиегінің қабынуы (М) 2 балмен, альвеолалық бөлігінің қабынуы (А) 3 балмен бағаланады.

Қызылиек қабынуының индексі – $\frac{\text{барлық балдар қосындысы} * 100}{\text{Барлық тістер саны} * 3}$

Әрбір тіс төңірегіндегі қызылиек қабынуының ең жоғарғы сандық көрсеткіштерін қосқан кезде баллдар қосындысы шығады; ал тістер санын 6 жастан 11 жасқа дейін 24; 12 жастан 14 жасқа дейін 28; 15 жастан жоғары 30 деп қабылдайды, немесе теңгеру кезіндегі ауыздағы тістер санын алады.

Пародонт қабынуы кезіндегі пародонт тіндерінің жағдайын Russel (1956) ұсынған пародондалдық индексті (PJ-III) анықтау арқылы бағалайды.

Таблица

Пародонталдық индекс (III)

Бағасы	Клиникалық белгілері
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	Альвекола өсіндісінің қыры немесе тісаралық қалқан сүйектердің ұшы сорыла бастаған (рентгендік тексеру кезінде).
6	Қызылиек қабынған, пародонталдық қалта бар, бірақ тіс қозғалмайды және шайнау қызметі бұзылмаған.
8	Қызылиек қабынған, пародонталдық қалта бар, тіс қозғалмалы, орнынан ауытқыған, шайнау қызметі бұзылған (пародонт тіндеріндегі жоғары дәрежелі деструкциялық өзгерістердің нәтижесі).

III= $\frac{\text{арлық балдар қосындысы}}{\text{тістер саны}}$

III-0-0,1-0,2- клиникалық өзгеріске ұшырамаған қызылиек.

0,1-1,0- аурудың бастапқы сатысы және I дәрежесі;

1,5-4,0- аурудың II дәрежесіне тән деструкциялық өзгерістер;

4,0-8,0- аурудың III дәрежесі.

Қазіргі кезде ДДҰ (дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы) эпидемиологиялық тексерулер жүргізген кезде қолдануға ыңғайлы пародонттағы өзгерістерді емдеудің қажеттілігін көрсететін жаңа индекс (SPITN) ұсынды.

ДДҰ индексі – SPITN

Кодтары

0-пародонт сау.

1-қызыл иек қанағыш.

2-тіс тасы бар.

3-тереңдігі 4-5 мм қалта бар.

4-тереңдігі 6 мм-ден терең қалта бар.

Пародонт төменгі тістер тұсында тексерілді

17/16

11

26/27

47/46

31

36/37

Кодқа байланысты емдеу қағидалары:

1-ауыз гигиенасын сақтау;

2-тіс шөгінділерін алу және ауыз гигиенасын сақтау;

3-тіс шөгінділерін алу және кешенді емдеу (қалталарды ашық немесе жабық кюретаждау);

4-тіс шөгінділерін алу және кешенді емдеу (қиықтап кесіп тазалау операциясын жасау, ортопедиялық емдеу әдістерін қолдану);

Қарап тексеру кезінде қызыл иектің түсіне, консистенциясына жете мән беру керек. Патологиялық үрдістің шектеулі (бір немесе бір топтағы тістер аймағында) немесе жайылмалы (барлық тістер аймағында) екендігін де анықтау қажет. Қызыл иекті сұқ саусақпен сипап басу арқылы қалталардан жалқық бөлінуін көруге болады.

Қызыл иек сайын сүңгілеген кезде қабыну үрдісі бар болса, қанағыштық анықталады, ал қабыну үрдісі болмаса қызыл иек қанамайды.

0-қанағыштық жоқ;

1-қанағыштық байқалады. Қанағыштық белгісі CPJTN индексінің құрамына кіреді.

Қызылиектің қанағыштығын 16,12,24,32,36,44 тістер тұсында анықтауды Н.Р.Muhleman, S.SON (1971) жылы ұсынған. Қанағыштықты бағалау көрсеткіштері:

0-қанағыштық жоқ;

1-дәрежелі қанағыштық-қызылиек сайын сүңгілеген кезде нүктелі қан құйылу ошағы пайда болады;

2-дәрежелі-қанды дақ пайда болады;

3-дәрежелі-тісаралық кеңістік қанға толады;

4-дәрежелі-қатты қанағыштық, қан бірден қызыл иек сайын толтырып, сыртқа аға бастайды. Ескерте кететін жәйт, қанағыштың симптомы CPJTN индексінің құрамына кіреді.

Пародонталдық қалталардың тереңдігін ДДҰ ұсынған арнаулы ($d=0,5$ мм) градуирленген (миллиметрлік өлшемдермен белгіленген) сүңгімен (сурет), штифтермен немесе рентгенконтрастылы ерітінділердің көмегімен анықтайды.

Пародонталдық қалтаның тереңдігін әр тістің төрт жағынан (алдыңғы, артқы, ұрт және тіл жақтарынан) қызылиек жиегінен тік бағытта қалта табанына дейін өлшейді және цемент-кіреуке шекарасы (ЦЭГ-ЦКШ) бастапқы шартты нысана болып саналады. Пародонталдық қалтаның тереңдігін өлшеуге гуттаперчадан жасалған штифтер қолайлы болып саналады. Оларды қалтаға біртіндеп қарсыластық кездестіргенге дейін немесе қалта табанына тірелгенге дейін енгізеді. Пародонталдық қалталардың топографиясын анықтау үшін болашақта компьютерлі томографиялық әдіс қолданылуға тиіс.

Тістердің патологиялық қозғалмалылығын А.И.Евдокимов әдісі бойынша анықтайды. Стоматологиялық шымшуырдың немесе азу тістердің шайнау беттеріндегі сайлар мен ойықтарға енгізілген сүңгінің көмегімен тісті әртүрлі бағытта қозғап байқайды. Қозғалмалылықтың үш дәрежесін ажыратады: I

дәрежесі – тіс ұрт-тіл бағытында 1 мм дейін ауытқиды (көрші қозғалмайтын сауытымен салыстырғанда); II дәрежесі – тіс ұрт-тіл бағытында 1 мм көбірек және алдыңғы-артқы немесе алдыңғы-бүйір бағытта да қозғалады. III дәрежесі - тіс барлық бағытта, тіпті тік бағытта да қозғалады.

Пародонттың қатты тіндеріндегі деструкциялық үрдістердің ауырлығын анықтау үшін рентгендік тексеру әдісінің маңызы зор. Осы мақсатта ауыз іштік және ауыз сырттық нысаналы рентгенографиялық, үлкейтілген панорамдық рентгенографиялық, ортопантомографиялық әдістер пайдаланылады. Пародонттың қабыну кезінде рентген суретте сүйек тіні де қабынуға байланысты ыдырау үрдісі байқалады және ол қатты сүйек қабатынан басталып, кемік сүйекке ауысады, емдеу шаралары жүргізілмеген жағдайда тістераралық қалқан сүйектердің толық сорылуымен аяқталады.

Егерде ортопантомограф болмаса, пародонттың сүйек тіндері жайлы толық мәлімет алу үшін кемінде 4-6 рентгенсурет жасау керек. Рентгенсуретті арнаулы үлгімен (схемамен) 65 | 156 тістер аймағында жасаған өте ыңғайлы болады.

65 | 56

Альвеола өсіндісінің сүйек тінінің жағдайын анықтау үшін Фукс индексін қолдануға болады. Бұл индекс сүйек тінінің жойылу дәрежесін тіс түбірінің ұзындығымен салыстыра отырып көрсетеді.

Тіс түбірі ұзындығы шартты түрде үш бөлікке бөлінеді, сүйектің сорылу дәрежесі түбір ұзындығына байланысты 4 баллды жүйемен белгіленеді.

4 – сүйек өзгеріссіз немесе тіс асқынған тісжегіге байланысты жұлынған;

3 – сүйек түбір ұзындығының 3/1 бөлігіне дейін жойылған;

2 – сүйек түбір ұзындығының 3/1 бөлігінен 3/2 бөлігіне дейін жойылған;

1 – сүйек түбір ұзындығының 3/2 бөлігінен көбірек жойылған;

0 – тіс төңірегінде сүйек толық сорылған немесе 16,15,21,25,26 және 41,45,46,35,36 тістер аймағында тіс пародонт ауруына байланысты жұлынған.

Барлық тістер көрсеткіштерінің қосындысын шығарады немесе тексерілген аймақтағы тістер көрсеткішін есептеп төртке көбейтілген тістер санына бөледі және көрсеткішті төменгі формуламен анықтайды:

-n

$$\Phi И = \frac{\quad}{1 \times 4}$$

1x4

n – сүйек тінінің деңгейі.

Осыған байланысты Фукс көрсеткіші «0» тең болса, сүйек тіні түбір ұшына дейін сорылған; 0,25 – сүйек тіні түбір ұзындығының 3/2 дейін сорылған; 0,5 – сүйек тіні түбірдің 3/1 нен 3/2 бөлігіне дейін; 0,75 – түбірдің 3/1 дейін сорылған; 1 - сүйек тіні қалыпты жағдайда сақталған.

Пародонт қабынуының патогенезінде қантамырлардың, оның ішінде ұсақ капиллярлардың (қантамырлардың) өткізгіштігінің бұзылуының және үзілгіштігінің үлкен маңызы бар. Сондықтан да олардың төзімділігін Кулаженко (1966) әдісімен анықтайды. Бұл әдіс қызыликке әсер еткен теріс қысымның (вакуумның) әсерінен ұсақ тамырлар жарылып гематоманың (қан

ұйысу ошағының) пайда болу уақытын анықтауға негізделген. Бұл аппарат электр жүйесіне қосылғаннан кейін арнаулы іші қуыс шыны түтікті ұштықпен қызыл-иекке 720-740 мм сынап бағанасына тең теріс қысыммен (қалдық қысым 20-40 мм сынап бағанасына тең) әсер етуге мүмкіндік туады, қызылиек шыны түтіктің ішіне сорылып, ұсақ капиллярлар үзіліп, алдымен нүктелі қан құйылу ошақтары және олар біріге келе гематома пайда болады. Қалыпты жағдайда алдыңғы тістер аймағында гематома 50-60 секундта, азу тістер аймағында 60-80 секундта пайда болады.

Пародонт тіндерінің қабынулары кезінде бұл уақыт 3-4 есе жылдамдайды. Вакуумдық гематомалардың тек диагностикалық қана емес, емдік те әсері бар. Егер әр топтағы тістер аймағында әрбір қабылдауда 4-6 гематома жасайтын болса, біріншіден қорда сақталған резервтік капиллярлар іске қосылады, екіншіден қан құйылу ошағында биологиялық белсенді заттар пайда болып, ферменттер қатысуымен жүретін зат алмасу және қайта құрылу үрдістері жылдамдайды.

Пародонты сырқат адамды тексеру кезінде қолдануға болатын морфологиялық әдістердің де (қызылиектен алынған биоптатты зерттеу) үлкен диагностикалық маңызы бар (эозинофильді гранулеманы, коллагеноздарды, идиопатиялық ауруларды анықтау үшін).

Мүмкіндік болған жағдайда бактериоцитологиялық зерттеулер әдісін (қызылиек қалталарының микробтық құрамын, эпителийдің клеткалық құрылымдарын, түлеу және жетілу дәрежелерін анықтау) және лейкоциттердің қан тамырлардан сыртқа көшу белсенділігін анықтау әдісін де (М.А.Ясиновский әдісі) жүргізген жөн болады. Нейтрофильді лейкоциттердің қан тамырларынан шығып қызылиек сайлары арқылы ауыз ішіне көшуі олардың фагоцитоздау үрдісіне қатысатынын көрсетеді. Бұл әдіс лейкоциттердің көшу белсенділігін анықтау үшін қолданылады.

Қызылиек эпителийінің түлеу жылдамдығын анықтау пародонттағы патологиялық үрдістің табиғатын, даму және тұрақтану белгілерін бағалау үшін үлкен көмегін тигізеді.

Зерттеуге керек материалды қызыл иек бетінен рәзікке бағаналардың көмегімен жақпа-танба, қызылиек иек сайынан біліктердің көмегімен жақпа немесе қырынды-жақпа алу арқылы дайындайды. Дайын препараттарды бояу тәсілдері зерттеу әдісінің мақсатына байланысты: жалпы клеткалық құрылымдарды анықтау үшін дайын препаратты Романовский-Гимза әдісімен, ал нуклеин қышқылдары мен гликогеннің клеткаларда таралу ерекшелігін білу үшін арнаулы тәсілдерді (Браше және Мак-Манус тәсілдері) қолданып бояйды. Цитоморфологиялық және цитохимиялық көрсеткіштерді бағалау үшін клеткалардың (нейтрофильді лейкоциттердің, эпителий клеткаларының, лимфоциттердің) сандық және сапалық құрамын, гликоген мен нуклеин қышқылдарының клеткалардағы таралу ерекшелігін және мөлшерін анықтайды.

Қалыпты жағдайда ауыз сұйығының 1 мм³ көлемінде 150 жуық лейкоцит, 90-ға жуық түлеген эпителий клеткалары анықталады.

1.9.1. Функционалдық зерттеу әдістері

Пародонт қан тамырларындағы функционалдық өзгерістерді құрылымдық немесе органикалық өзгерістерден ажырату үшін никотин қышқылымен, нитроглицеринмен және температуралық тітіркендіргіштермен сынамалар жүргізуге болады.

Пародонт тіндеріндегі аймақтық қанайналымының жағдайын фотоплетизмографиялық әдіспен де анықтауға болады. Мұның реографиялық әдістен ерекшелігі – сәуле шоғыры пародонт тіндері арқылы өткенде олардың оптикалық тығыздығына байланысты тамырлық тербелістер – фотоплетизмограмма (ФП) тіркеледі.

Пародонттағы ұсақ тамырлар арнасындағы функционалдық жағдайды биомикроскопиялық зерттеулердің көмегімен де анықтауға болады. Арнаулы 100 есе үлкейтіп көрсететін, тінді 800 мкм тереңдікте көрсете алатын микроскоптың көмегімен ұсақ тамырларды суретке түсіріп алады. Бұл әдістің көмегімен ұсақ тамырлар арнасының артериялық және веноздық тізбектерінің архитектурасын, функционалдық жағдайларын, қан айналым ерекшелігін анықтауға болады. Зерттеуді үш аймақта: қызылиек жиегінде, бекіген қызылиекте және ауыспалы қатпарда жүргізеді.

Соңғы кезде полярографиялық әдіс (тіндегі оттегі кернеуінің деңгейін анықтау) кең қолданыла бастады. Бұл әдіс тіндер арқылы кернеуі 0,6-0,8 В тұрақты ток өткен кезде платинадан жасалған поляризациялаушы электродта оттегінің тотықсыздану қасиетіне негізделген.

Бұл әдістер қазіргі кезде кең қолданыс табуда. Пародонтты қанмен қамтамасыз ету жүйесіндегі функционалдық және құрылымдық өзгерістерді анықтау үшін реопародонтографиялық әдіс қолданылады. Бұл әдіс жүректің қызметіне сай тамырлардың қанға толуына байланысты зерттелуші тіндердің электр қарсыластығының өзгерістерін өлшеуге негізделген және перифериялық гемодинамиканың графикалық сипаттамасын талдау арқылы тіндегі қан айналымының (русло) артериялық (қызылтамырлық) және веноздық (көктамырлық) бөліктерінің жағдайын анықтауға мүмкіндік береді. Реографиялық зерттеу арқылы алынған реопародонтограммалық қисықтың формасына, қосымша толқындарға барынша мән беру керек. Себебі, олар қантамырлардың кеңею және тарылу жағдайындағы қабырғаларының тонустық кернеуінің ондағы функционалдық немесе органикалық өзгерістермен тікелей байланысын анықтайды.

Сапалық өзгерістермен қатар сандық өзгерістердің де үлкен маңызы бар. Ол үшін реографиялық қисықтың амплитудалық уақыттың параметрлерін талдай білу керек. Оларға төмендегі көрсеткіштер жатады; реографиялық индекс (РИ), тамырлар тонусының көрсеткіші (ПТС-ТТК), перифериялық қарсыласу индексі (ИПС-ІҚИ), тамыр созылғыштығының индексі (ИЭС-ТСИ).

Реопародонталдық зерттеудің нәтижесі пародонт ауруларының патогенезін және жүргізілген емдеу шараларының тиімділігін анықтауға мүмкіндік береді.

Пародонт құрамындағы сүйек тінінің функционалдық жағдайын анықтау үшін эхоостеометрия әдісі қолданылады. Ол сүйек тінінің тығыздығына байланысты дыбыс өткізу уақытын өлшеуге негізделген.

Бұл әдіс - өте сезімтал әдіс, сүйек тініндегі әртүрлі физикалық күштер әсерінен болатын немесе басқалай деструкциялық өзгерістерді дер кезінде анықтауға мүмкіндік береді.

Ауыз сұйығының рН-ын анықтаудың және қызылиек сұйығының құрамын зерттеудің де маңызы бар. Жоғарғы алдыңғы тістер төңірегіндегі қызылиек қалталарынан аққан сұйықты стандартты сорғыш қағаздардың немесе капиллярлық түтіктердің көмегімен жинайды.

Жиналған сұйықты қойылған міндеттерге байланысты цитологиялық, гистохимиялық, микробиологиялық, биохимиялық және иммунохимиялық зерттеулерден өткізеді.

Қажет болған жағдайда жалпы клиникалық зерттеулерді (қанның жалпы құрамын, глюкоза деңгейін, зәрдің құрамын) қолданып тексеру де тиімді болады. Күрделі жағдайларда басқа мамандардың (гастроэнтеролог, кардиолог, эндокринолог) ақыл-кеңесін алған да тиімді болады.

Сонымен қатар пародонт ауруын хирургиялық әдіспен емдеу алдында қанның ұю жылдамдығын, тромбоциттер санын анықтау қажет.

Қызылиек қабынуы – гингивит

Гингивит дегеніміз – жергілікті және жалпы факторлардың зиянды әсерінен пайда болатын қызыл иектің қабынуы. Бұл ауру тіс ұясы мен тіс түбірінің бірігетін жерлеріне зардабын тигізбейді.

Қызылиек қабынуы балалар, жас өспірімдер және жасы 30-дан аспаған жастар арасында жиі кездеседі. Көбінесе жергілікті және жалпылай ықпал ететін факторлар әсерінен дамиды. Жалпылай әсер етуші ықпалдар қатарына организмнің реактивтілігін төмендететін әртүрлі жүйелер мен жеке ағзалардың (эндокриндік, жүрек-тамыр, ас қорыту, бөлу жолдары, қан құру, жүйке жүйелері) қызметтерінің бұзылуын, витаминдер жетіспеушілігін, аллергиялық және жұқпалы ауруларды, жүктілік токсикозын жатқызуға болады.

Жергілікті ықпалдар тобын құраушы және пародонт тіндеріне, соның ішінде қызылиекке тікелей әсер етуші факторлар: ауыз іші гигиенасын дұрыс сақтамау нәтижесінде микроорганизмнің көбейіп, патогендік қасиеттерінің жоғарылауы, тіс қақтары (микробты қақтың) мен шөгінділерінің құрылуы, тіс-жақ сүйек жүйесінің ауытқулары, дұрыс қойылмаған пломбылар, емделмеген тісжегі қуыстары, қозғалмалы сүт тістер, ортопедиялық және ортодонтиялық құрылғылар, химиялық препараттар, иондаушы радиация.

Қызылиектің жедел катаралды қабынуы

Қызылиектің жедел катаралды қабынуы (острый катаральный гингивит) көбінесе тістердің шығуы және ауысуы кезінде жиі орын алады. Жалпы соматикалық және жұқпалы аурулар кезінде де байқалады.

Қызылиегі жедел қабынған науқас қызылиегінің қатты сыздап немесе кернеп ауыратынына, тағам шайнағанда күшейе түсетініне, қанағыштығына, ауызынан нашар иіс шығатынына шағымданады.

Қарап тексергенде қызылиек қатты домбыққан және алқызыл түстенген, беті тегіс және жылтыр, (20сурет), бүртіктерінің, көлемі үлкейіп, ұштары доғалданған, оңай қанағыш келеді.

Сипап басып тексергенде қызылиек қатты ауырады.



Сур.20. Катаральды гингивит

Тіс сауыттары көпмөлшерде жұмсақ қақтармен жабылған. Аймақтық лимфа түйіндері ұлғаюы мүмкін.

Қызылиектің созылмалы катаралды қабынуы (хронический катаральный гингивит) ұзақ және баяу дамиды. Науқас негізінде қызылиегінің көбінесе тісін тазалаған кезде, ас шайнағанда аздап ауыратынына және қанайтынына шағымданады. Кейде ауызынан нашар иіс шығып, әртүрлі дәм сезуі мүмкін. Қарап тексергенде қызылиек аздап домбығып, көкшіл-қызыл түстенген, қызылиек бүртіктерінің көлемі үлкейіп, жиегі бір білікке ұқсап қалыңдаған, ерте түлеуге ұшырау әсерінен жабынды эпителий жұқарған, сондықтан өте жұқа эрозия ошағын анықтауға да болады (21 сурет).

Сүңгіліп тексергенде қызылиектің қанағыштығы байқалады. Қызылиек жиегінің қалыңдауына байланысты кейде пародонталдық қалталар бар сияқты болады, бірақ тіс-қызылиек бекімінің бұзылмағандығы анықталады.



Сур.21. Созылмалы катаральды гингивиттің жасайлмалы түрі

Тіс беттеріне көп мөлшерде жұмсақ қақтармен жиналған, ал мойын бөліктерінде қатты шөгінділер де кездеседі. Шиллер-Писарев сынамасы оң, қызылиек сұйығына ауысқан лейкоциттер саны да көбейген. Кулаженко сынамасы бойынша теріс қысым әсеріне қызылиек капиллярларының тұрақтылығының төмендегенін көруге болады.

Қызылиек сұйығы да сандық және сапалық өзгерістерге ұшыраған. Филтрлейтін немесе сорғыш қағаз жолағының көмегімен алынған сұйық мөлшері де қабынудың ауырлығына байланысты жоғарылайды. Мысалы, РМА-индексі 0-10 % болғанда қызылиек сұйығының салмағы 0,17 мг (қалыпты пародонт кезінде 0,06 мг), РМА индексі 10-20 % болғанда – 0,23 мг, ал РМА 40 % дейін жоғарылағанда- 0,37 мг. болады.

Қызылиектің катаралды қабынуы кезінде қабыну үрдісі шектеулі (1-2 тістің аймағында) немесе жайылған болуы мүмкін. Қабынудың ауырлығы патологиялық үрдістің қызылиек аумағын қамту деңгейіне байланысты, жеңіл дәрежесі кезінде тек қызылиек бүртіктері қабынады, орта дәрежесі кезінде қызылиек бүртіктері мен қызылиек жиегі қабынады, ал ауыр дәрежесі кезінде қабыну үрдісі альвеолалық бөлігіне де ауысады. Осыған байланысты РМА көрсеткіші қабынудың жеңіл дәрежесі кезінде 30 % дейін, орта дәрежесінде – 30-60 %, ауыр дәрежесінде 60 % жоғары болады.

Қызылиектің созылмалы катаралды қабынуының өршуі кезінде қызылиекте өз бетімен және тағам шайнағанда ауыру сезімі пайда болып, қызыл иек оңай қанағыш келеді, көбірек домбығып, ашық-қызыл немесе қызыл-қошқыл түстенеді. Барлық жағдайларда тістер бетінде көп мөлшерде жұмсақ қақтар мен қатты шөгінділерді анықтауға болады.

Қызылиектің катаралды қабынуы кезінде науқастың жалпы жағдайы, шеткейлік қан құрамы өзгеріске ұшырамайды. Рентгенсуретте тістераралық қалқан сүйектер ешбір өзгеріссіз, тығыз сүйек қабатының бүтіндігі сақталады, анықталады.

Қызылиектің созылмалы катаралды қабынуы кезіндегі патоморфологиялық өзгерістер төмендегідей: жабынды эпителийдің мүйізгектенуінің бұзылуы нәтижесінде жарамсыз орын алады. Сонымен бірге акантоз және вакуольді дистрофия да байқалады.

Дәнекер тін қабатында домбығу және қызару үрдістері (гиперемиялану) эпителий астында және тіс-қызылиек бекімі аймағында жиірек кездеседі.

Қызылиек сайы аймағында лимфоидты клеткалардан, гистиоциттерден, сегменттіядролы лейкоциттерден тұратын инфильтрат ошақтары орналасады. Коллагенді талшықтар қалындап, жуан шоғырларға бірігіп, дистрофиялық өзгерістерге ұшырауы байқалады. Эпителийдің тікенекті қабатында гликогеннің, дәнектерін қабатында гликозамингликандар мөлшерінің жоғарылағаны анықталады.

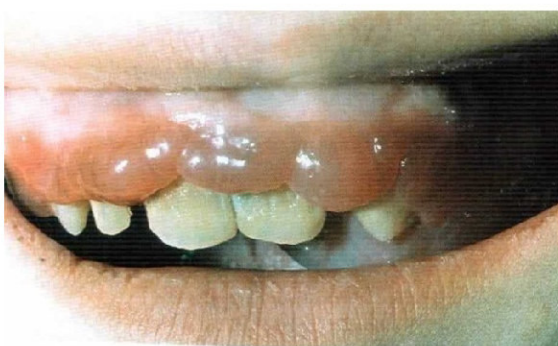
Ескерте кететін жәйт, кейде қызылиектің созылмалы катаралды қабынуы бар адам қызылиегінің қанағыштығына аса мән бермейді (кейде өз бетімен басылып кететіндіктен) және дәрігер-стоматологқа бара бермейді. Сондықтан

бұл жағдай көбінесе профилактикалық тексерулер немесе дәрігерге басқа шағымдармен келген кезде анықталуы мүмкін.

Егер қызылиектің созылмалы катаралды қабынуына тиімді емдеу шаралары жүргізілмесе пародонт тіндерінің қорғаныс қасиеті төмендеп, пародонттың күрделі аурулары (қызылиектің өсе қабынуы, өлеттене жараланып қабынуы, пародонттың жайыла қабынуы) дамуы мүмкін.

Қызылиектің өсе қабынуы

Қызылиектің өсе қабынуы (гипертрофический гингивит)-қызылиек құрамындағы дәнекер ретінде құрылымдардың шамадан тыс көбеюімен (пролиферациялануымен) сипатталатын созылмалы қабыну үрдісі.



Сур.22 Созылмалы, жайылмалы гипертрофиялық гингивиттің ісікті ауыр дәрежесі.

Қабыну ошағының аумағына қарай шектеулі және жайылған түрлерін ажыратады. Шектелген үрдіс тістердің ауытқи немесе өте жиі сығылысып орналасуы кезінде, салбырата қойылған пломбылар, аса кең немесе терең кигізілген жасанды сауыттар, кламерлер иықтары, тіс шөгінділері қызылиек жиегін жарақаттаған кезде дамиды және ертеректе «қызылиек бүртігінің өсе қабынуы» (гипертрофический папиллит) деген атпен белгілі.

Қызылиектің жайыла өсе қабынуы көбінесе ішкі бездер қызметінің бұзылуы (жүктілік, климакс, жас өспірімдердің пубертаттық кезеңіндегі қалыптасуы, жемсау ауруы), қояншық (эпилепсия) ауруы кезінде дифенилді (дифенилгидантоның және б.) және жүктілікке қарсы дәрілерді ұзақ қабылдау, «С» витамині жетіспеушілігі, қан аурулары кезінде орын алады.

Қызылиектің өсе қабынуының екі клиникалық түрін ажыратады: домбыққан және фиброзды.

Домбыққан түрінде қызылиегі қабынған науқас қызылиегінің қатты қанағыштығына, тағам шайнағанда сыздап ауыратынына, косметикалық ыңғайсыздыққа, ауызынан нашар иіс шығатынына, темір дәмін сезетініне кейде өскен қызылиек бүртіктерін шайнап алатынына шағымданады.

Қарап тексергенде қызылиек жиегі қатты қалыңдаған, тістераралық бүртіктердің көлемі әртүрлі дәрежеде домбыға ұлғайған, консистенциясы жұмсақтау (борпылдақтау), қызылиек жиегінің үшбұрышты иректілік деңгейі бірдей емес, әртүрлі деңгейде өскен бүртіктер тістер сауытын толық жауып,

тістеу қыры мен шайнау беттеріне дейін жетіп, тағам шайнағанда жарақаттануы мүмкін(сур.105). Түстері көкшілдеу-қызыл түсті, беттері жылтыр, сүңгіліп байқағанда оңай қанайды және біразға дейін басылмайды. «Жалған» пародонталдық қалталар анықталады, бірақ тіс-қызылиек бекімінің бүтіндігі бұзылмаған, қызылиек сұйығының мөлшері жоғарылаған. Ауа шоғырымен әсер еткенде қызылиек бүртіктерінің қозғалмалылығы байқалады және тіс сауытынан оңай ажырайды. Доғал аспаппен (түймелі сүңгімен) қызылиек бүртігін басқан кезде шамалы ойық пайда болады. Қызылиек өсе қабынған аймақтағы тістер беттерінде көп мөлшерде жұмсақ және қатты шөгінділер анықталады.

Ұлғайған қызылиек бүртіктерінің ұштары кейде өлеттенуге ұшырауы мүмкін.

Қызылиектің өсе қабынуының үш дәрежесін ажыратады:

1-ші дәрежесі (жеңіл) ұлғайған (өскен) бүртіктер тіс сауытының 1/3 бөлігін жабады;

2-ші дәрежесі (орта) –бүртіктер тіс сауытының ½ деңгейіне дейін өскен;

3-ші дәрежесі (ауыр)-бүртіктер тіс сауытының ½ бөлігінен артық бөлігін жаба өскен.

Қызылиектің өсе қабынуы алдыңғы тістер аймағындағы қызылиек жиегінің ерін жақ бетінде жиірек орын алады.

Қызылиектің өсе қабынуының патологиялық гистологиясы төмендегідей:жүктілік кезіндегі қызылиектің өсе қабынуы (гингивит беременных) екіқабат әйелдің организмінде құрылатын эстроген және прогестерон сияқты гормондардың мөлшеріне байланысты. Қызылиек сұйығында бұл гормондардың мөлшері көбеюі әсерінен қызылиек тіні микроорганизмдердің әрекетіне сезімтал бола бастайды. Аталған гормондардың қантамырларының өткізгіштігін жоғарылатуы нәтижесінде қызылиек тінінде домбығу үрдісі орын алып, простагландиндер және басқа қабыну медиаторларының құрылуы жылдамдайды. Сондықтан жүкті әйелдерде қызылиектің өсе қабынуының домбыққан түрі жиі кездеседі(23сурет).

Жас өспірімдер қызылиегінің өсе қабынуы (подростковый-юношеский гингивит), домбыққан түрі жыныс гормондарының әсерінен және ауыз гигиенасын дұрыс сақтамаудың нәтижесінде дамиды.

Қызылиектің климактериялық қабынуы әйел организмінде эстроген



Сур.23 Созылмалы гипертрофиялық гингивиттің ісікті орта дәрежесі.

мөлшерінің ауытқуына, көбінесе оның аздығына байланысты қызылиек эпителийінде мүйізгектену үрдісінің баяулап, қорғаныс қасиетінің төмендеуі нәтижесінде дамиды.

Қызылиектің өсе қабынуы қан аурулары (лейкемиялық ретикулез, миелолейкоз), қант диабеті ауруы кезінде де орын алуы мүмкін.

Қызылиектің өсе қабынуы, фиброзды түрі

Қызылиек қабынуының бұл түрі – қызылиек тінінің шамадан тыс өсуі немесе гиперплазиялануы нәтижесінде (шектеулі немесе аумақты аймақта) қызылиек бүртіктерінің әртүрлі мөлшерде көлемдерінің ұлғайып тығыздануымен сипатталатын патологиялық үрдіс. Бұл кезде науқас ешқандай шағым айтпайды (жеңіл түрінде) немесе қызылиегінің әдеттегіден өзгеріп, косметикалық ыңғайсыздық туғызғанына мазасызданатынын айтады (орта және ауыр түрінде).

Қарап тексергенде қабынудың жеңіл түрінде қызылиек бүртіктерінің көлемі аздап ұлғайған, түсі қалыптағыдай немесе бозғылттау, тістерге тығыз жанасқан, консистенциясы тығыз, сүңгілегенде қанамайды, «жалған» қалталар аса терең емес және ішінен сұйықтық бөлінбейді. Қабынудың орта және ауыр дәрежесі кезінде қызылиек бүртіктерінің көлемі қатты ұлғайған, тістер сауытының тіл және ұрт жақбеттерін бірдей жапқан, консистенциясы тығыз, қанағыштығы байқалмайды, әртүрлі тереңдікте «жалған» қалталар анықталады(24сурет).



Сур.24 Астыңғы жақтың күрек тістер маңындағы қызылиектің жергілікті гипертрофиясы.

Қызылиектің өсе қабынуының фиброзды түрі көбінесе кейбір дәрілік заттардың (фенитоин, циклоспорин А, нифедипин сияқты) әсерінен дамуы мүмкін. Фенитоин қояншық (эпилепсия) ауруын, нифедипин (Abalat) жүрек қан-тамыр ауруларын және гипертония ауруын емдеу үшін, ал циклоспорин А ағзаларды трансплантациялау операциясы кезінде (иммундық агрессивінді төмендету үшін) қолданылады.

Қызылиектің өсе қабынуы кезінде тиімді және кешенді емдеу шаралары жүргізілсе жақсы нәтиже береді; жүктілік кезіндегі қабыну үрдісі әйел босанғаннан кейін көбінесе өз бетімен басылып кетеді.

Қызылиектің жаралана қабынуы

Қызылиектің жаралана қабынуы немесе өлеттеніп-жаралана қабынуы (язвенный гингивит, язвенно-некротический гингивит Венсана) жасы 18-30 арасындағы жас адамдарда кездеседі. Бұл қабыну үрдісі қызылиек бүртіктерінің некрозға ұшырап, эрозиялы-жаралы ошақтардың пайда болуымен сипатталады және организмнің реактивтілігі төмендеген жағдайда қызылиек тіндерінің фузоспирильді микробтар бірлестігімен (симбиозбен) сенсублизациялануына гиперергиялық реакция (жауап) ретінде дамиды, таралымы 0,2-6% құрайды.

Қабыну үрдісінің туындауына жағдай туғызатын ықпалдар: жұқпалы вирустық аурулар, дененің суыққа шалдығуы, ұзақ жүйке күйзелістері, витаминдер жетіспеушілігі, ауыз күтімінің нашарлығы. Кейде қозғау салушы себептер (провокаторлар) қатарына қызылиек қалбағайының созылмалы қабынуымен (перикоронарит) жиі асқынатын ақыл тістердің қиындап шығуын жатқызуға болады.

Ағымына байланысты қызылиектің жедел және созылмалы жаралана қабынуын, ауырлығына байланысты жеңіл, орта және ауыр дәрежелерін ажыратады.

Қабынудың жедел ағымды түрінде науқас бойын билеген әлсіздікке, бас ауруына, асқа тәбетінің шаппауына, бұлшық еттерінің сыздап, сүйегінің сырқырауына, дене қызуының әртүрлі деңгейге жоғарылауына, жұмыс қабілетінің төмендеуіне, қызылиек аймақтарының қатты сыздап немесе солқылдап ауырып, ас шайнатпайтынына, аузынан нашар иіс шығып, сілекейі қойылып түкіре алмайтынына, аузын ашу да қиындағанына (тризмге байланысты) шағымданады.

Қарап тексергенде сырқатының ауырлығына қарай науқастың жалпы жағдайы әртүрлі болады. Қызылиектің жаралана қабынуының ауырлық дәрежесі қабыну үрдісінің аумағына ғана байланысты емес, организмнің уыттану белгілерінің дамуына тәуелді болады.

Қабынудың жеңіл дәрежесінде науқастың жалпы жағдайы өзгеріске ұшырай қоймайды. Шағын аймақта қызылиек бүртіктері мен қызылиек жиегінің бөлігі некроздануға ұшыраған. Сондықтан түстері ақшыл-сұрланған немесе қоңыр-сұр кіртүстенген белгілі құрылымсыз өлеттенген тін қабатын аспаппен ақырын қырып алған кезде орнында қанағыш келетін беті жалаңаш эрозиялы немесе жаралы ошақтар ашылады(25 сурет).



Сур.25 16-14 тістер тұсындағы жаралы некроздалған гингивиттің жеңіл түрі.

Қабынудың орта дәрежесінде патологиялық үрдіс қызылиек бүртіктерін, жиегін және бекіген қызылиектің біраз бөлігін қамтиды, науқастың жалпы жағдайы да біраз зардап шегеді.

Қабынудың ауыр дәрежесінде науқастың жалпы жағдайы өзгереді; науқас енжар, көңіл-күйі төмен, бет терісі жер түстес, толық жаба алмағандықтан аузы жартылай ашық және жұтына алмағандықтан сілекей ағады (көбінесе балаларда байқалады). Аймақтық лимфа түйіндері ұлғайған және ауырғыш келеді, дене қызуы 38-39 градусқа дейін жоғарылаған. Қан құрамында лейкоциттер саны көбейіп лейкоцитарлық формуланың солға ауытқуы, эритроциттердің шөгу жылдамдығының жоғарылағаны анықталады.

Қызылиегі қатты қызарып ісінген, екі жақ қызылиек бүртіктері өлеттеніп, қоңыр-сұр түсті борпылдақ тінге айналған, аршығышпен немесе ылғалданған мақта анжымен сұрткенде оңай алынады және оңай қанағыш жаралы ошақтар беті ашылып қатты ауырады, өлеттенген тіннен ажыраған кейбір жаралы ошақтар беті кір сары түсті фибринді қақпен жабылған және ол қақ оңай алына қоймайды(26сурет).



Сур.26 Ошақты жаралы некроталған гингивит.

Өлеттенген тін жойылғаннан кейін тістер мойыны ашылып, тістер аралық кеңістіктер үңірейіп қалады. Тілдің үсті қатты өңезденген, тістер көп мөлшерде жұмсақ қақпен кейде қатты шөгінделермен жабылған.

Қызылиектің созылмалы өлеттеніп-жаралана қабынуы жедел қабынудың (ем жүргізілмеген немесе дұрыс емделмеген жағдайда) барысы ретінде дамиды.Бұл кезде науқас қызылиегінің аздап сыздап ауыратынына, толассыз қанайтындығына, аузынан нашар иіс шығатынына, әлсіздікке шағымданады. Бұл кезде қызылиек домбыққан, іркілген қызыл-қошқыл немесе көкшіл-қызыл түстенген, өліеттенген бүртіктер жойылған, жаралы қызылиек жиегі білікке ұқсап қалындаған, тістераралық кеңестіктер ашылып үңірейген(27 сурет).

Аймақтық лимфа түйіндері ұлғайған, аздаған ауырғыштығы байқалады.Созылмалы қабыну үрдісі көбінесе жеңіл және орта дәрежеде дамиды.

Альвеола өсіндісінің рентгенсуретінде тістер-аралық қалқандардың ұшында кеуектену белгілері және периодонт саңылауларының кеңеюі көрініс табады.



Сур.27 Гипертрофиялық гингивиттің жаралы некроздалған түрі.

Қызылиектің өлеттеніп-жаралана қабынуы қан аурулары, жүйелі аурулар, организмнің жедел және созылмалы уланулары, жүре дамыған иммунитет тапшылығы синдромы (ЖИТС) кезінде де орын алуы мүмкін.

Патогистологиялық зерттеулер анықтаған өзгерістер: қызылиектің жоғарғы қабатында жаралы ақаулар анықталады. Өлеттенген тінде көптүрлі микроорганизмдер: коктар, таяқшалар, фузобактериялар, спирохеталар, көптеп кездеседі. Эпителий қабатында акантоздану, жартылай атрофиялану үрдістері орын алады. Эпителий астындағы тінде сегменттіядролы лейкоциттермен инфильтраттану ошақтары, дегрануляцияланған толықша клеткалардың көбейгені байқалады.

Дәнекертінді құрылымдардың құрылуы баяулаған, инфильтраттар аймағында коллагенді талшықтар бұзылған, қан тамырлары кеңейіп, төңірегіндегі тіндер домбыққан.

Қызылиек қабынуының әр түрлерін пародонт қабынуынан, қан ауруларынан (нейтропения, лейкоз, агранулоцитоз), аллергиялық аурулардан, ауыр металдар тұздарымен улану жағдайынан, герпестік қабынудан, адамның иммунитет тапшылық вирусы (ВИЧ) инфекциясынан ажырата білу керек.

1.9.2 Пародонтит

Пародонтит ауруы – пародонт ауруларының жеке нозологиялық түрі болып есептеліп орналасуы бойынша бір немесе бірнеше тістердің аумағында және жайылмалы түрде кездеседі.

Пародонтит ауырлығына қарай жеңіл, орташа және ауыр дәрежеге бөлінеді. Клиникалық ағымы бойынша жедел, созылмалы және асқынған (сонымен қатар бір немесе көп абсцесстердің пайда болуы) түрлерге бөлінеді. Сонымен қатар ремиссия сатысы – патологиялық үрдістің белгілі бір уақытқа тоқтап тұруы.

Жедел пародонтит сирек кездеседі және көбінесе жергілікті болады, оны инфекция тіс қызыл иек байланысының бүтіндігін бұзатын жасанды сауыттар, ортодонтиялық аппараттардың кері әсерінен дамиды.

Созылмалы пародонтит клиникада жиірек кездеседі. Жыл сайын немесе 10 жылдап ұзақ жүреді. Ағза күшінің төмендеуі, қосымша аурулар және екіншілік инфекция қосылуы пародонттың қабыну үрдісін асқындарады.

Пародонтит үрдісі таралуына қарай жергілікті болып бір немесе бірнеше тіс аймағындағы пародонт тіндері зақымдалады. Оның даму себебі жергілікті зақымдау факторы болып табылады. Жайылмалы пародонтит созылмалы үрдістің ұзақ жүруінен, кейде қосымша аурулардан дамиды.

Жайылмалы пародонтиттің негізгі симптомдық кешеніне альвеоланың сүйек резорбциясын тудыратын, жарақаттық окклюзияға алып келетін симптоматикалық гингивит, пародонт қалтасы жатады. Бұл белгілердің айқындылығы үрдістің айқындылығына байланысты болады.

Айта кететін болсақ жергілікті факторларға: қызыл иекке жақын орналасқан тісжегісі, тіс аралықты пломбылау барысында дұрыс қалпына келтірмеу, салынған пломбылардың сауыт жиегінен көп шығып кетуі, жасанды сауыттың қызыл иек қалтасына шамадан тыс терең кіруі, ортодонтиялық түзету конструкциялары және тығыз орналасқан тіс қатарлары жатады.

Пародонтиттің жергілікті түрі. Аталған пародонтит жергілікті себептердің әсерінен пайда болуы мүмкін. Атап айтатын болсақ: тіс аралығына түскен пломбылық жадығаттар немесе мышьяк сықпасы, окклюзиялық немесе пародонтқа шамадан тыс түскен ауыр күштердің әсерінен пайда болады (тістесу патологиясы, үлкен азу тістердің ерте жұлынуы, дұрыс дайындалмаған протездер).

Клиникалық жағдайда пародонтиттің жергілікті түрі жиі кездеседі, бірақта жайылмалы түрі күрделі мәселелерді тудырады.

Жайылмалы пародонтит. Аталған пародонтит катаральды гингивит түрінде басталып тіс-қызыл иек жабындысының бүтіндігі бұзылып, тістің байлам аппаратының күйреуіне, сүйек тіндерінің резорбцияланып, пародонтальды қалтаның пайда болуымен жүреді.

Субъективті түрде пародонтит, қызыл ет қанағыштығымен тістердің әртүрлі деңгейінде қозғалғыштығымен, ауыру сезімімен, тіс мойындарының сезімталдығымен (тұрақсыз симптом), пародонт қылтамырынан іріңді экссудаттың бөлінуімен сипатталады.

Объективті тексеру барысында қызыл еттің қанағыштығы, қызыл иек асты тіс қақтарымен тамақ қалдықтыры, тістердің қозғалғыштығы, қызыл иек жиегінен инструментпен басу барысында іріңнің шығуы, Шиллер сынағының оң болуын байқауға болады. Бірақта пародонтиттің негізгі белгілерінің бірі болып пародонт қалталарының пайда болуы жатады.

Пародонтиттің ауырлық көрсеткішін негізінен үш симптом арқылы бағалауға болады: пародонт қалтасының тереңдігі, сүйек тінінің резорбциялану дәрежесі, соның нәтижесінде пайда болған тістер қозғалғыштығы аталған белгілер хирургиялық және ортопедиялық ем тағайындау барысында негізгі симптомдар болып табылады.

Пародонтиттің жеңіл түрінде пародонт қалтасының тереңдігі 3,5 мм дейін жетіп әсіресе тіс арасы маңында байқалады, тіс аралық сүйек перделері алғашқы деструкцияға ұшырап, остеопороз көрініс береді және біршама тіс аралық сүйек перделерінің биіктігінің төмендеуін байқауға болады. Тістердің қозғалғыштығы жоқ, ал қызыл иектің қанағыштығын көруге болады. әдетте пародонтиттің бұл түрінде науқастың жалпы жағдайы өзгермейді.



Сур.28 Жайылмалы созылмалы пародонтиттің жеңіл түрі.

Ал **пародонтит ауырлығының орта дәрежесінде** пародонт қалталарының тереңдігі 5 мм-ге дейін жетіп, тіс аралық сүйек перделерінің резорбцияға ұшырауы ($\frac{1}{2}$ -ге) дейін, патологиялық тіс қозғалғыштығы I-II дәрежеге жетіп, тістердің ығысуы байқалып, трема және жарақаттық окклюзия пайда болады.



Сур.29 Жайылмалы созылмалы пародонтиттің орта дәрежесі.

Пародонтиттің ауыр дәрежесі әртүрлі клиникалық симптомдардың пайда болуымен: пародонт қалталарының 5-6 мм-ге дейін тереңдеуі, II-III дәрежедегі тістердің патологиялық қозғалыстары, сүйек тінінің жартысынан көбінің немесе альвеольды перденің толық сорылып кетуі, тіс қатарларының ақауы мен тістердің ығысуы жиі байқалады.

Сур.30Созалмалы жайылмалы пародонтиттің ауыр түрі, қабыну сатысы



жиі

Пародонтиттің орта және ауыр дәрежесінде ірің аққыштық абсцеске айналып отырады.

Пародонтит ауруының рентгнологиялық көрінісі үрдістің дәрежесіне тікелей байланысты болады.

Бастапқы кезеңде альвеола аралық перделердің остеопорозы мен деструкциясы пайда болса, одан әрі, перде ұштарының сорылуы байқалып сүйек қалталары кең ауқымды деструкциялану ошақтарының пайда болуымен жүреді. Қызыл иек асты тастары пайда болып, әдетте қабыну үрдістері үш бағытқа жайылады. Тіс аралық перденің кортикальды жапырақшасы бұзылып қабыну резорбциялық құбылыс сүйек ішіне өтеді, соның салдарынан сүйек ұштарының сорылып, инфекция периодонт саңылауларына қарай ығысады. Одан әрі қабыну үрдісі альвеолды өсіндінің тіл және ерін беттері жағында терең пародонт қалталарының пайда болып іріңнің бөлінумен сипатталады.

1.9.3. Пародонтоз

Пародонтоз – дистрофиялық жайылмалы пародонттың барлық элементтерін зақымдаушы үрдіс. Пародонтоздың басты симптомдары болып дистрофиялық үрдістер қызыл иекте байқалады. Олар атрофиялық гингивит ретінде диагноздалады: прогрестенуші горизонтальды (альвеола өсіндісінің сүйек тінінің) деструкциясы: травмалық окклюзия, сына тәрізді ақаудың пайда болуы және азғана тістердің қозғалғыштығы. Үрдіс жай баяу дамумен және үздіксіз ағынмен көрінеді.

Егер ем жүргізбесе, үрдіс байлам аппаратының альвеола аралық және түбір аралық перденің толық деструкциясымен аяқталады.

Жайылмалы пародонтитке қарағанда пародонтоз кезінде тіндердің дистрофиясы біріншілік. Ал пародонтитте біріншілік қабыну процессі болып табылады. Пародонтоз 2-10% жағдайда кездеседі. Көбінесе жүрек қан тамыр аурулары, эндокринді, неврогенді және басқа жалпы соматикалық аурулары бар адамдар осы пародонтоз ауруына жиі шалдығады.

Науқастардың шағымы ауру сатысына және патологиялық үрдіс ауырлығына байланысты болады. пародонтта дистрофия үрдісі симптомсыз өтеді, баяу дамып, дамушы гингивит пайда болуымен және баяу альвеола өсіндісінің біріншілік атрофиясымен немесе төмен жақты альвеолярлы бөлігімен басталады. Тек кейбір науқастар суыққа сынып ауыратынына тістің сезімталдығының химиялық және термиялық тітіркендіргіштерге ауыратынына шағымданады. Қызыл иек бозғылт, тұйық, аурусыз, тығыз. Төменгі жақтың алдыңғы тістері ауданында қызыл иектің мойын бөлігінің ретракциясы

байқалады. Рентгенограммада альвеолярлық перденің кортикалды қабаттың деструкциясын байқауға болады, олардың төбешіктері (өтпес болып) жұмырланады да резорбция үрдісі дамиды.



Сур.31 Пародонтоздың жеңіл сатысы

Көбінесе окклюзиограмма бойынша бұл аудандарда травмалық окклюзия диагноздалады.

Орта дәреже ауырлығындағы пародонтоз кезінде атрофиялық гингивит көріністері дамиды. Тіс мойындары, түбірлері ашылады, бірақ пародонталды қалталары байқалмайды. Айқын сына тәрізді ақаулар пайда болады, тістер желпігіш сияқты ажырап кетеді, диастема және тремалар пайда болады, тістер арасында кеңістіктер ашылады, тістердің бөлшектеніп жоғалуы мүмкін, бұл қалған тістерге ары қарай ауыртпалық түсіреді. Дикция бұзылады, тіс мойындары жалаңаштанады 1,5-2 мм барлық айналасында. Жарақаттық окклюзия барлық тіс қатары бойында анықталады, бірақ тістер салыстармалы біршама тұрақты болып қалады, қозғалғыштық I-дәрежеден аспайды. Айта кеткен жөн, тіс қозғалшандығы сол терең өзгерістерге сай келмейді. Тіс тастарының шөгінділері айтарлықтай емес. Тістер сирек жағдайда тіс жегімен зақымданған, бірақ тіс жегісіз зақымданулар байқалады, эмаль эрозиясы, сына тәрізді ақау, мүжілудің артуы, гиперестезия және т.б.

Рентгенограммада бірқалыпты альвеола сүйегінің шетінде жүйелі атрофия көріністері, альвеола өсіндісінің сүйек тінінің склеротикалық орын ауыстыруы анықталады. Және жақ денесі (остеопороз және остеосклероз ошағының кезектесуі), альвеола аралық перделер тең жартысына кішірейген (1/2). Ауыр (III) дәрежеде үрдістің дамуы қызыл иек емізікшелері толығымен тегістелуге жақындаған, қызыл иек анемиялық, әдетте тез жалаңаштанған тіс түбірлерін (4-6 мм) қамтиды. Көп түбірлі тістер аумағында қызыл иек ретракциясы әр түбірде бірдей емес. Кейде жеке тістердің түбірінде қызыл иек жоғалып кетеді, бифуркация жалаңаштанады, тістің түбірінің төбешігі де көрініп тұрады. Бұл жағдайларда ауру жиі созылмалы ұлпа қабынуының ретроградты дамуымен асқынады. Айтарлықтай өзгерістердің салдарынан (ұлпада болатын) созылмалы ұлпа қабынуының клиникалық суреті аз айқындалады, тек сыздатып ауырсынуымен ажыратуға болады.

Осы дәрежеде әсіресе айқындалатын травмалық окклюзия. Тістерді қабысуы толық бұзылған, жоғарғы және төменгі жақ тістері тез алға ығысқан,

олардың өзара жанасуы бұзылған. Тістердің қозғалғыштығы әр дәрежелі: I-II- кейде III- дәреже.

Жиі сына тәрізді ақау байқалады. Олар ерекше терең, кейде тіс түбіріне жетеді. Сүйек тінінің резорбциясы альвеола аралық перденің ұзындығынан 2/3 асық, жеке тістердің сүйек аймағының сорылуы жүреді, және ауырсынусыз және қансыз жеке тістердің түсуі байқалады.



Сур.32 Пародонтоздың орта дәрежесі.

Түбір цементінде жай дистрофиялық өзгерістер күшейеді: шұңқырлар пайда болады, шеттері желінді лакундер, сонымен қатар репарация көріністері; гиперцементоз, әсіресе түбірдің төбешігі ауданында байқалады.

Жалпы пародонтозға баяу даму тән, кейде ұзақ уақытқа тұрақтанады.

Репародонтография әдісімен тамырлардың тоникалық қысымының артуы және оладың құрылымдық өзгерістері жас тұлғаларда да склероздық түрде пайда болады. ал жас тұлғаларда пародонтоз ауруы өте сирек кездеседі. Айқын гипоксияны, атеросклероздарды анықтауға полярография көмектеседі (пародонт тінінде оттегі қысымының деңгейінің төмендеуі).

Периодонт талшықтарының бірінен соң бірінің үзілуіне байланысты жансыздану сезімі байқалады. Мұндай жүйелеудің негізгі ерекшелігі сонда асқынған пародонт ауруларын емдеу барысында: ушығу, жансыздану, ісіну сияқты клиникалық-морфологиялық сипаттағы үрдістерді ескере отырып, оған байыппен қарау керек.

1.9.4 Пародонттың идиопатиялық аурулары

Мұндай аурулардың ағымы және дамуы пародонт ауруының әр түрлі формаларына берілген сипаттамасына сай келмейді.

Идиопатиялық аурулар жалпы үрдістің шоғырлануымен ерекшеленеді (локализация).

Идиопатиялық аурулар тобына басқа жалпы аурулардың симптомдары мен синдромдарын жатқызады және бұл жерде жас балалар артықшылыққа ие: қан аурулары, қант диабеті, эозинофильді гранулема, Хенда-Шюллер-Крисчен синдромы (гистоцитоз х), Папийона-Лефевр, Ослер, Летерер-Зиве ауруы, Иценко-Кушинга.

Иценко-Кушинга ауруы кезіндегі пародонтальды синдром ішкі секреция бездерінің көпшілігінің зақымдануымен, гипофизарлық аппараттың біріншілік

зақымдануымен және үрдіске жыныс бездерінің, бүйрек үсті бездерінің, асқазан асты бездерінің қосылуымен көрінеді.

Науқастарда семіру, тері беттерінде қан құйылулар, жыныс бездерінің қызметінің бұзылуы, диабет, психикалық бұзылыстар т.б. байқалады, тез қанталау, қызыл иек ісінуі және оған қан құйылуы анықталады: тістердің ығысуы және қозғалғыштығы, тіс аралық емізікшелерінің өсуі, іріңді бөлінісі бар парадонтальды қалталар пайда болады. Рентгенограммалық зерттеулер барысында жақта кемікті заттың ошақты остеопорозы және альвеола өсіндісінің деструкциясы көрінеді.

Үрдіс альвеола аралық перделердің төбесінен басталуы шарт емес. Ол төменгі жақтың түбінде немесе денесінде және оның альвеолярлық бөлімінде орналасуы мүмкін. Остеопорозды өзгерістерді адам қаңқасының басқа да сүйектерінде көруге болады.

Геморрагиялық ангиоматоздың пародонтальдық синдромы. (Ослер синдромы) – геморрагиямен көрінетін отбасылық тұқым қуалайтын ұсақ тамырлар (венулалар мен капиллярлардың) ауруы. Клиникалық көріністері жеке профузды қан ағумен және олар сыртқы себептермен байланыссыз қан ағуымен (мұрын, ішкі мүшелер, ауыз қуысының шырышты қабатында т.б.) сипатталады. Ауру кез келген жаста дамуы мүмкін, бірақ 40-50 жаста айқын көрінеді. Катаралды гингивит түрінде ағып өтеді. Ауыз қуысының шырышты қабаты ісінген, жай қан аққыштық, онда пурпурлы телеангоэктозия – күлгін түсті және жайғана механикалық әсерге қан ағады. Аурудың ұзақтығын ескере отырып қарай клинико-рентгенологиялық зерттеу барысында пародонт тіндерінде «симптомды комплекс» көрінеді. Ол ауру ауыр дәрежелі пародонтозды көзге елестетеді. Ауыз қуысында пародонтозға тән өзгерістер және пародонт тінде Чедиака-Хигаси синдромы анықталады.

Гистиоцитоз ауруы кезіндегі пародонтальды синдром. Аурудың клиникалық негізгі 4-түрі бөлінген: 1) қаңқаның бір сүйегінің зақымдануы; 2) сүйек жүйесінің жайылымды зақымдануы; 3) сүйек және лимфа жүйесінің жайылымды зақымдануы; 4) сүйек және лимфа жүйесінің зақымдануы және онда висцеральды көріністерінің болуы.

Ауыз қуысында жиі (моляр және премоляр ауданында) ісіну, қызыл иек емізікшелерінің цианозы пайда болып, кейін гипертрофияланады, тістер қозғалғыш болады және орналасу күйі өзгереді. Тез абсцестену үрдісі дамиды, жұмсақ тіндердің ісінуі, кейде оның жаралануы, терең оның жаралануы, терең сүйек қалталары пайда болып, олардан ірің бөлінеді, ауыздан жағымсыз иіс шығады. Рентгенограммада альвеолалық өсіндіде сүйек тінінің деструкциясының вертикалды түрі және овалды немесе домалақ оның шектеулі кистозды ақаулар көрінеді. Тістерді жұлып тастау патологиялық үрдісті жоймайды. Жақтардан бөлек басқа сүйектер де зақымданады, мысалы: бас сүйегі зақымданған кезде қатты бас аурулар пайда болады, сүтті тістер бар кезінде фиброматоздың дамуы, тұрақты тістердің ұрықтарының орналасуының бұзылуына алып келеді. Емі – хирургиялық – криодеструкция. Болжамы

жағымды бола бермейді, жиі рецидивтері пайда болады, малигнизация үрдісі жүруі мүмкін.

Хенд-Шюллер-Крисчен ауруы. Оның негізінде липидті алмасу бұзылысы жатыр. Аурудың классикалық белгілері ретінде жақ сүйек тіндерінің деструкциясын, бас қаңқа сүйегі және басқа қаңқалық сүйектерінің бөлігінің деструкциясы, қантсыз диабет, экзофтальмды кездестіруге болады. Ауру пародонт тіндерінің асқынуларымен жүріп өтеді. Ауыз қуысында ойық жаралық, өлеттік гингивит, ауыр дәрежелі стоматит, терең қалталы пародонтит және ол ірің ағуымен, түбірдің жалаңаштануымен көрінеді.

Папийон-Лефевр синдромы – этиологиясы белгісіз, кератодермияға жататын туа біткен ауру. Пародонттағы өзгерістер үдемелі деструктивті түрде дистрофиялық үрдіспен айқын көрінеді. Олар табанда және білекте, алақанда болатын түлеу және гиперкератоз үрдістерімен ұласа көрінеді. Ауруға ерте жастағы балалар жиі шалдығады. Тіс айналасындағы қызыл иек ісініп, гиперемияланған, пародонт қалталарынан серозды, іріңді жалқықтар бөлінеді. Сүйек тінде айтарлықтай деструкциялық өзгерістер болады, олар: кисталар, сүйек сорылу үрдісі. Альвеола өсіндісінің деструкциясы және лизисі, тістердің түсіп болғаннан соң да, сүйек тіндерінің толық сорылғанына дейін жалғаса береді.

1.9.5 Парадонтомалар

Парадонтомалар – олар пародонттың қатерсіз түзілісі болып ісік және ісік тәріздес аурулар қатарына жатады, оларға: фиброма, қызыл иек фиброматозы, липомалар, эпюлидтер кіреді

Фиброма – дәнекер тіннен тұратын жеке ісік, қан және лимфа түйіндерінен тұрады. Баяу дамиды. Ұсақ және көлемді фиброма түрін бөледі. Қызыл иекте әдетте тығыз фибромалар байқалады. Ісік жылжымалы, түбінде жатқан тіндермен жабыспаған, сипап тексергенде ауырмайды және шекаралары анық. Емі хирургиялық.

Көбіне бұл ауру жас өспірімдерде кездеседі, әсіресе жас қыздарда жыныстық мүшелердің дамуы кезінде, медикаментозды емдеудің әсерінен болуы мүмкін. Аурудың пайда болу себебі белгісіз.

Эпюлид - созылмалы тітіркендіргіш әсерінен туындап қатерсіз одонтогенді ісік болатын жерде дамиды саңырауқұлақ пішінді өсінді. Клиникалық түрде тісаралық емізікшелердің шектеулі гипертрофиясын еске салады, көбінесе күрек тіс, ит тіс, кіші түбірлік тістер ауданында орналасады. Кең немесе тар аяқшада өсіп, саңырауқұлақ тәрізді немесе дөңгелек түрде өседі. Эпюлид көлемі ноқат секілді немесе одан да үлкен, тек тістердің қасында дамиды. Сондықтан ісік шартты түрде одонтогенді ісіктер қатарына жатқызылған.

Фиброзды және ангиоматозды жұмсақ ісік - қызғыш, жиі көкшіл түсте болады және үдей өсуімен сипатталады, үлкен көлемді болуы мүмкін, ал бұл жағдайда ісіктің жарақаттануы әбден мүмкін.



Сур.33 Ангиоматозды эпүлід.

Емі хирургиялық: эпүлідті және оның өсу аймағын жою. Ол үрдіс диатермокоагуляция немесе криодеструкция әдісімен жүреді.

Қызыл иек етінің өсуі әр түрлі үлкендікте болуы мүмкін: I-дәрежеде түбірдің 1/3 бөлігін жабады, екінші II – ½ және III- дәрежеде түбір бөлігінің барлығын қамтиды.

Вестибулярлы және тіл (таңдай) бөлігінен тіндердің өсуі орын алады, өсіп кеткен қызыл иек емізікшелері ауыз қуысының кіреберісінен айқын көрінеді, олар дөңес, ісік түбінде рельефті төмпешікті, қыртысты беткей түзеді. Қызыл иектің бейтарап қалыңдауын (слоновость) пілденуі деп атайды.

Фиброматозды өсулер папилломатозды, даралық түрде болады; басқа жағдайларда – бұл қызыл иектің боз немесе қызғылт түрде өсуін көруге болады. Сипап қарағанда өсінділер тығыз, ауырсынусыз, қанамайды.

2.0 Кешендік емнің жалпы қағидалары

Пародонт ауруларын емдеу барлық кезде қиындық тудырған.

Пародонт ауруы бар науқастарды жергілікті зерттеу мен жан-жақты тексергеннен кейін олардың шағымдары мен аурудың клиникалық көріністерін, ағымын ескере отырып, сырқатты емдеудің жеке жоспарын келесідей етіп түзуге болады;

1. жеке даралы
2. кешенді
3. жүйелі
4. мамандандырылған
5. белсенді.

2) Жалпы мақсат ағзаға және пародонт тініне кері әсер ететін факторларды жою, тіс қозғалғыштығын және пародонт тіндерінің қабынуын мүлдем тоқтату немесе тыю болып табылады.

Пародонт аурулары емінің тағы да бір маңызды мақсаты қол жеткізген нәтижені ұзақ уақыт ұстап тұру. Бұған тек кешендік емнің нәтижесімен жетуге болады. Ол емдер этиотроптық (жергілікті себептер) симптоматикалық (пародонттың идиопатиялық аурулары), патогенетикалық (пародонтит, пародонтоз) болып бөлінеді.

Қазіргі пародонтологияда пародонтит ауруын кешенді емдеуді 3 кезеңге бөледі:

- Бастапқы (алдын-ала)
- Хирургиялық-түзулейтін (коррекция)
- Белгілі бір уақытқа патологиялық үрдісті ұстап тұрушы (рецидивке қарсы)

Бастапқы ем келесі шараларды жасауды талап етеді:

- Гигиеналық индекстерді анықтау;
- Науқасты дұрыс гигиена дағдыларына үйрету және гигиеналық заттарды таңдау;
- АРІ, РВІ индекстерін қолдана отырып ауыз қуысы гигиенасын сақтау нәтижесін бақылау;
- Тіс қақтарының пайда болуына ықпал ететін ретенциялық факторларды жою;
- Окклюзия және артикуляция бұзылыстарын жою;
- Ауыз қуысының кәсіби гигиенасын жүргізу;
- Жергілікті медикаментозды ем тағайындау.

Ауыз қуысы гигиенасын сақтау тәртібі пародонт ауруларын емдеуде маңызды орын алады, өйткені ол ауру пайызын 40%-ға төмендетеді, ремиссия үрдісін ұзартады, операциядан кейінгі кезеңде жазылу сатысын жылдамдатады. Ауыз қуысы гигиенасын сақтауда қолданылатын түрлі заттар: тіс щеткасы, тіс шұқығыш (зубочистка), тісаралық ершік, синтетикалық жіптер (флоссы) және т.б. жатады. Пародонт аурулары көбінесе апроксималды зонада жиі кездесетіндіктен, осы аймақты микробты тіс қақтарын жақсылап алу маңызды болып есептеледі.

Пародонттың қабынбалы ауруларын емдеуде кәсіби гигиенаның маңызы көптеген зерттеу нәтижелерімен дәлелденген. Тісті кәсіби тазалау мыналардан тұрады:

- Қызылик үсті және асты тіс шөгінділерін жақсылап алу.
- Тіс сауыты және түбір бетін жылтырату.
- Құрамында фторы бар препараттармен бетін өңдеу.

Түбір бетін жылтырату барысында цементтің бүлінген конкременттері алынады.

Пародонтитті емдеу барысында алғашқы емнен кейін қосымша хирургиялық ем шараларын жүргізу қажет. Бұл әдістің көрсеткіші: науқастарға алғашқы ем нәтиже бермеген жағдайда, пародонталды қалта 6 мм-ден жоғары, сүйек

қалтасы немесе түбір ұясының жалаңаштануы, пародонттың орта дәрежелі қабынуы. Хирургиялық және медикаментоздық әдіс бір-біріне бәсекелес болмау керек. Олар кешенді емнің бірін-бірі толықтырып тұратын компоненті ретінде қаралады.

Пародонттағы қабыну үрдістерінің ағымы бірінші кезекте ауыз қуысындағы микрофлора құрамымен басқа да факторларға байланысты болады:

- ауыз қуысы гигиенасының деңгейіне науқастың жергілікті қорғану механизмдері мен иммундық жүйесіне;
- науқастың жасы, басқа да аурулары, әсіресе эндокриндік аурулары тамақ рационы, қауіпті дағдылары (темекі, арақ т.т).

Пародонт тіндерінің қабыну үрдістерінің негізгі себебі микробтардың жиынтығы болғандықтан аурудың алдын алу және емдеу үшін тістердің жұмсақ және қатты қақтарын механикалық түрде алу болып табылады.

Аталған шаралар тек қана қабыну үрдісінің өршу кезеңі басылған кезде ғана, өте ұқыпты және жарақатсыз түрде жүргізуді талап етеді, өткір қабыну үрдістерін (пародонт тіндеріндегі) әртүрлі антисептикалық ерітінділермен өңдей отырып, қызыл иек үсті, қызыл иек асты тіс қақтарын алуға болады.

Микробтардың сандық мөлшері жергілікті факторларға тікелей байланысты болғандықтан, оларды жою мақсаты бірден-бір алда тұру керек.

Тіс қақтарын механикалық түрде алып тастағаннан кейін тістің мойын беттерін тегістеп, антисептикалық ерітінділермен өңдей отыра аталған шараны аяқтау керек.

Пародонт тіндерінің қабынуын емдеу барысындағы мақсаттарға:

- патогенді микробтардың санын азайта отырып пародонт тіндерінің қабыну үрдістерін тоқтату;
- пародонт тіндерінің регенерациясын қалпына келтіру үшін жасалған жағдай;
- сауыққан пародонт тіндерінің жағдайын келесі кезеңдерде де ұзақ тұрақтандыру жатады.

Қай ауруды болмасын емдеу үшін аурудың пайда болуы себептеріне тікелей әсер ету арқылы үлкен нәтижеге жетуге болады, сондықтан адекватты ем тағайындау бір жағынан маманның аурудың этиологиялық факторларымен, тіндегі жүру механизмдерін түбегейлі білу арқылы жүзеге асыруға болады.

Екінші жағынан, міндетті түрде қандай препараттар қабынудың қай фазасында қолдануға тиімді және қандай кері әсері барын білуді қажет етеді және де дәрмектің қандай тәсілмен қолданылуы үлкен маңызды мәселе болып табылады.

Антибиотиктерді тағайындау барысында олардың бактерицидтік және бактериостатикалық әсерін тек қана толыққанды курстарды тағайындау арқылы жеткізуге болады, алайда ем курсының жеткіліксіз немесе жүйесіз тағайындалуы микробтардың күшейіп және аурудың асқынып кетуіне ықпал жасайды.

Тіс қақтарын механикалық түрде алу барысында антибиотиктерді тағайындау келесі жағдайларда жүреді:

- қабыну үдерісінің өршу кезеңінде;
- тісті қоршаған тіндердің үдеме түрде (прогрессивті) деструкциялануы.

Антибиотик дұрыс тағайындалған жағдайда тіс қақтарын алып болғаннан кейін пародонт тіндерінде қабыну үдерістері төмендеп немесе аурудың өршуі тоқтайды. Олар клиникалық түрде былай білінеді: қызыл иектің қанау деңгейінің төмендеуі немесе тоқтауы, қызаруының басылуы пародонтальды қалталардың тереңдігінің азаюы (ісік қайтқаннан кейінгі).

Антибиотиктерді тағайындау барысында пародонт тіндерінде қабыну үдерісі сақталып қалған жағдайда, қосымша қабынуға қарсы дәрі-дәрмектер тағайындалады, атап айтатын болсақ стероидсыз дәрмектер жергілікті әдіспен міндетті түрде қолданылуы тиіс.

2.1 Пародонт ауруларын емдеу барысындағы хирургиялық емдеудің көрсеткіштері және қарсы көрсеткіштері

Хирургиялық емнің түрі	Көрсеткіштері	Қарсы көрсеткіштері
жабық кюретаж	пародонт қалтасы 4-мм-ге дейінгі сүйек қалталары жоқ, қызылиегі тығыз пародонттың жеңіл және орташа дәрежесі.	Қалтадан ірің бөліну, абсцесс, сүйек қалталары, пародонт қалтасының тереңдігі 5 мм-ден жоғары: жұқарған және фиброзды өзгерген қызылиек, ауыз қуысы кілегей қабығының жедел инфекциялық аурулары және жалпы аурулар; 3 дәрежедегі тіс қозғалғыштығы
Вакуум кюретаж	пародонт қалтасының тереңдігі 5-7 мм, сүйек қалталары, абсцесс пайда болуы	пародонт қалталарының жұқа қабырғалары жалпы аурулар
Криокюретаж	пародонт қалтасының тереңдігі 5-7 мм, пародонт абсцессі, симптоматикалық папиллит, гипертрофиялық гингивит	пародонт қалтасының тереңдігі 3-мм-ге дейін, қалта қабырғасының жұқаруы.
«Ашық» кюретаж	пародонталды қалта тереңдігі 5 мм-ге дейін (әсіресе тіс арасында) грануляцияның қатты өсуі және тісаралық емізікшелердің	қалта тереңдігі 5 мм-ден жоғары, қызылиек некрозы; ірің ағу; абсцесс пайда болу; кілегей қабықтың жедел

	деформациясы, тіске тығыз емес бекітілуі.	қабынбалы аурулары.
Гингивотомия	гипертрофиялық гингивит: қызылиек фиброматозы; жіңішке, терең бір жақты сүйек қалтасы, біржақты (односторон) қайталанбалы, пародонт абсцессі	3-4 мм тереңдікке дейінгі пародонт қалталары
Гингивэктомия	Тереңдігі 3-4 мм-ден жоғары пародонталды және сүйек қалталары. Альвеолярлы өсіндінің біркелкі емес вертикалды бағыттағы резорбциясы. Альвеолярлы өсіндінің $\frac{1}{2}$ сақталған.	Тістің түбір ұшына жеткен терең сүйек қалталары. Қосымша ауыр соматикалық аурулар.
Лоскуттық операция	пародонт қалтасының тереңдігі 5-8 мм-ге дейінгі пародонтиттің орташа және ауыр дәрежесі. Сүйек тінінің түбір ұзындығынан $\frac{1}{2}$ -ге резорбциясы. Трансплантанттарды қолдануға сүйек тінінің түбір ұзындығының $\frac{2}{3}$ -не резорбциясы	Альвеолярлы өсіндінің III-дәрежесі резорбциясы көптүбірлі тістердің түбір аралық гранулемасы немесе бифуркация аймағындағы айқын резорбция ошағы. Қосымша ауыр соматикалық аурулар.
Тісті жұлу	II-III дәрежелі тіс қозғалғыштығы сүйекшілік абсцесс; терең пародонт қалталары және абсцесс пайда болуы; ортопедиялық және ортодонтиялық ем.	

Операция алдын дайындау

Пародонттың хирургиялық емі ереже бойынша консервативтік антибактериалды және қабынуға қарсы емнен кейін жүргізіледі. Оперативтік емге кірісу үшін келесі шараларды орындау керек.

1. Науқастың ауыз қуысын тазалауын қадағалап, гигиеналық дағдыларға үйрету.
2. Тіс жегі, пульпит, периодонтит ауруларын емдеу. Сапасыз пломбаларды ауыстыру.
3. Минералданған қызылиекүсті шөгінділерді алу.
4. III- дәрежелі тіс қозғалғыштығында тістерді жұлу жеке түрде іске асырылады. Тістерді жұлу екі бағытта жүреді: біріншісі пародонт тіндеріне операция жасау алдында жүрсе, екіншісі операция кезінде жұлынады.

5. Тістерді таңдамалы егеу және жарақаттық окклюзияларды жою.
6. Тамыр-жүйке түйіні жалаңаштануына күдік туғанда тіс ұлпасын алу.
7. Науқасты психикалық дайындау. Операция жасау алдындағы дайындық (седативті және жансыздандыру тәсілдерін қолдану).
8. Әлсіз антисептик ерітінділерімен ауыз қуысын өңдеу.
9. Жергілікті немесе өткізгіштік жансыздандыру.

2.1.1 Хирургиялық емдеу әдістері

Хирургиялық операцияның бірнеше әдістері бар. Олардың біразы – кәдімгі пародонтологиялық бөлмеде, біразы – аурухананың операция жасайтын бөлімшелерінде немесе емханаларда жасалынады.

Пародонтальды операцияға жататындар

1. Қызылиекті хирургиялық тәсілмен емдеу (кюретаж, вакуумкюретаж, гингивэктомия, гингивотомия, гингивопластика, қызылиек шетін түзететін операциялар).
2. Өтпелі қатпар және вестибулярлы кілегей қабыққа жасалынатын операциялар (ласкуттық операция, френулатомия, ауыз қуысы кіре берісін пішіндейтін пластикалық операция)
3. Жақтың альвеолярлық өсіндісіне жасалған операциялар (пародонттағы репаративті үрдістерді күшейтетін ласкуттық операция, пародонталдық сүйек операциясы және т.б.)

Жабық кюретаж

Кюретаждың мақсаты пародонтальды қалтадан грануляцияны, түлеген эпителиді, ыдыраған тінді, қызылиекасты тіс тастарын, бұзылған цементтерді алу. Пародонт қалтасындағы бөгде заттарды алу арнайы инструменттермен (иілген ілгек, эксковатор, кюретаждық қасық, егегіш рашпиль) іске асырылады. Қалтаны біруақыттық өңдеу 2-3 тіс аймағынан аспау керек. Аталған кюретаждың кемшілігі – визуальды бақылай алмау.

Кюретаж әдісі

1. Антисептикалық өңдеу және жансыздандырудан соң қызылиек асты тіс тастарын және патологиялық өзгеріске ұшыраған цементтерді алу. Бірінші өткір ілгекпен, эксковатормен, рашпильмен тіс шөгінділері алынады, одан соң тістің барлық беті өңделеді. Кейін түбір бетін «ультрастом» аппаратымен, финирлермен жылтырата өңдеуді қажет етеді.
2. Қалта түбіне кюретаж жасау. Ақырындап альвеолярлы өсінді мен альвеолярлық қабырғаның өзгерген ыдырандыларын алу.
3. Грануляцияланған және қалтаға өсіп шыққан эпителий қалдықтарын алу. Кюретажды өрескел (грубо) орындау қызылиектің жазылу сатысының ұзаруына және асқынуларына алып кеп соғады.
4. Антисептик ерітінділерімен пародонт қалтасын жуу (өңдеу)

5. Пародонт қалтасына қорғаныс білігін салып, ауыз қуысы гигиенасы ережелерін сақтауды тағайындайды.

Ашық кюретаж

Бұл әдісті Т.И.Лемецкой және оның әріптестері ұсынған. Ол келесі этаптардан тұрады:

1. Ауыз қуысын антисептикалық өңдеу және анестезиядан кейін тісаралық емізікшелердің ұшынан кесу (разрез) жүргізіледі.
2. Тіс топтарының тіс шөгінділерін эксковатормен, ілгекпен, рашпиль, тегістегішпен алу.
3. Қызылиек емізікшелерінің ішкі бетінен грануляцияланған тіндерді қайшымен қию, өзгерген бөлікті алып (көлемі 1-1,5 мм қызылиек шетін пішіндеу және дезэпителизациялау) тастау.
4. Операциялық аймақты антисептиктермен жуып өңделген қызылиек емізікшесін орнына қойып қабынуға қарсы емдік-қорғаныс білігін бекіту. Сүйек қалтасына биокомпозит қоюға (салуға) болады.

2.2 Тістерді таңдамалы егеу

Пародонт ауруларын кешенді түрде емдеу ең кең таралған әдістердің бірі. Т.В.Никитиннің (1982) мәліметтері бойынша пародонт аурулары бар науқастардың 95,8%-ы осы әдісті керек етеді:

Көрсеткіштері:

Антогонист тістердің: орталық, алдыңғы және бүйір окклюзиясында уақытталдылық жанасулар.

Тістің қатты тіндерінің біркелкі емес мүжілуі (стираемость) немесе мүлдем мүжіліп кетуі.

Тістің окклюзиялық беттерінің деформациясы

Тістесу аномалиялары.

Әдісі:

Тістерді таңдамалы егеу терапиялық және хирургиялық ем жүргізу шараларына дейін немесе сонымен қатар жүргізіледі. Егеудің екі әдісі бар алдын-ала және қорытынды. Тістерді алдын-ала егелеу окклюзиялық жазықтықтан шығып тұрған тістерді егеуден және тіс қатарының деформациясынан пайда болған окклюзиялық беттің ауытқуларын жоюдан тұрады. Егеу барысында тістердің шайнау беттерінің алғашқы пішінін сақтау керек және эстетикалық талапқа сай болу қажет. Егерде тісті көп қысқарту керек болса тістің ұлпасын алуға тура келеді.

Егеудің алдында окклюзограмма (балауыздың көмегімен орталық окклюзияда тіс антогонистерінің жанасқандағы үлгісі) алу қажет. Бұл үлгі егеу кезінде нәтижені бақылауға сақталады. Тандамалы егеуден соң егелген бетті жылтыратып фторлак жағу қажет.

Шина немесе шендеуіш салу

Аталған шараның мақсаты жеке тістерді бір блокқа жинап тістердің қозғалғыштығын азайту және тіс қатарларына түсетін күшті реттеп тарату. Шендеуіштерді сырқаттың түріне қарай таңдайды. Шендеуіштерді уақытша және тұрақты түрге бөледі.

Уақытша шендеудің көрсеткіштері:

- Жүргізілген терапиялық және хирургиялық емдердің нәтижесін тұрақтап, бекіту.
- Жеке тістердің жағдайын болжау қиындығын ескеріп, консервативтік және хирургиялық шаралардан кейін, бірден тіс топтарын шендеуге болады.
- Тістерді жұлу. Уақытша шендеуіш ретінде тістерді лигатурлық байлау және де тез қатаятын пластмассадан капша қолданылады.
- Терапиялық және хирургиялық ем жүргізген соң зақымдалған тісті тұрақты шендеуішпен шендейді немесе протезделінеді. Тұрақты шендеуіш түрі алынбайтын және алмалы-салмалы болып екіге бөлінеді.

Шендеуіштерге қойылатын талаптар	Шендеуіштер	
	алмалы салмалы	Алынбайтын
1) үш жазықтықта тіс қозғалғыштығын жою	қозғалғыштықты горизонтальды жазықтықта жою	үш жазықтықта тіс қозғалғыштығын жояды
2) маргиналды пародонт жарақаты	Тудырмайды	тудыруы мүмкін
3) терапиялық және хирургиялық емге қайшылық	қайшылық жоқ	қайшылық болуы мүмкін
4) ауыз қуысы гигиенасының бұзылуы	Бұзбайды	Бұзады
5) тістерді егеулеу қажеттігі	жоқ немесе минималды	Бар

3.1 Стоматологияда қолданылатын антисептикалық препараттар

Антисептикалық препараттардың микробтарға қарсы әсері өте күшті. Олар құрамында галогендердің болуымен ерекшеленеді (фтор, хлор және йод). Аталған заттар микроб жасушаларының ақуыздарымен әрекеттесе отырып оларды коагуляцияға ұшыратып, микробтардың өсіп өнуін тоқтатады.

Барлық антисептиктер келесідей болып бөлінеді:

- галогенқұрамды,
- тотықтырғыш,
- альдегидтер,
- қышқылдар,
- металл тұздары,
- фенолдар,
- детергенттер,
- бояғыштар,
- басқа да антисептиктер.

3.1 Галогенқұрамды заттар

Галогенқұрамды препараттардың антисептикалық әсерін молекулярлық йодтың бөлінуімен түсіндіруге болады.

Қарсы көрсеткіштері: йодты жеке көтере алмаушылық, повидон-йод екі қабат әйелдерге және емізу кезеңінде қолдануға болмайды.

Жанама әсері: күйдіру, гиперемия, қышу, аллергиялық реакциялар.

Хлоргексидин құрамды препараттарды қолдану барысында тілдің, тістің қатты тіндерінің түсінің өзгеруі және кілегей қабықшаның сезімталдығының уақытша жоғалуы байқалады.

Көптеген емдеу-профилактикалық тіс сықпаларының ішіне антисептикалық галогенқұрамды заттар кіреді. Кеңінен таралған сықпалар сериясына: Лакалют-«*Lakalut activ*», «*Lakalut fluorid*», «*Lakalut sensitive*», «*Пародонтал*», «*Parodontax Classic*», «*Artrodont*», «*Agua fresh*», «*Colgate*» және басқа.

Хлорқұрамды антисептикалық дәрілердің ішінде кеңінен қолданылып жүрген хлоргексидин [1,6-(парахлорфенилгуанидо) гексан] жатады.

Аталған препарат грам-теріс және грам-оң микроорганизмдерге дермофиттерге және липофильді вирустарға бактерицидті әсерін тигізеді.

Пародонт ауруларында *хлоргексидин* неше түрлі болып қолданылады – ерітінді, гель, лак түрінде.

Триклозан – хлор құрамдас фенол туындысы.

Препарат көптеген грам-оң, грам-теріс бактериялар мен саңырауқұлақтарға белсенді түрде әсер етеді. Триклозан ауыз қуысын гигиеналық өңдеуге және кейбір емдеу-профилактикалық сықпаларының құрамына кіреді.

Мирамистин – жергілікті қолдануға арналған хлортуындас антисептик. Катионды детергент. Ол микроорганизмдердің мембранасымен әрекеттесе отырып, олардың өткізгіштігін арттырып цитоллиз туғызады. Мирамистин анаэробты, аэробты грам-оң, грам-теріс микробтарға және де спирохеттер мен вирустарға қатты әсер етеді. Препараттың тағы да маңызды бір қасиеті – ол төмен абсорбциялық қабілетінің арқасында, қанға сорылмай тек жергілікті ғана әсерін тигізеді.

Бетадин (йод негізіндегі ерітінді) қызыл иек астына ирригация түрінде қолданылады. Антисептик бактерияларға, саңырауқұлақтарға, вирустарға және қарапайымдыларға белсенді әсер береді.

Стрепсилс – антисептик грам-оң, грам-теріс микроорганизмдер мен саңырауқұлақтарға белсенділік танытады.

Амбазан кокк микрофлорасына бактериостатикалық әсер беріп, пародонт ауруының жедел қабыну үрдістерін емдеу және алдын алу үшін жиі қолданылады, әсіресе гингивит ауруларына йодтың 5%-дық спирттегі ерітіндісі.

Rp: Sol. Iodi spirituosal 5% - 10 ml

Tamini – 3.0

Glicerini – 10.0

M.D.S. Күніне 2-3 рет шырышты қабатты өңдеу үшін.

Калий йодиді – пародонт тіндеріндегі қабыну өзгістерін анықтауға арналған Шиллер-Писарев ерітіндісі.

Калий йодиді 2г, кристалды йод 1г, дитилденген су 40 мл.

Йодиол - 1%-дық сулы ерітінді, турундамен немесе шприцтің көмегімен пародонт қалталарын жуу үшін.

Йодоформ – тіс қызыл иек қалталарын өңдеу барысында 10%-дық вазелин негізіндегі сықпа ретінде қолданылады.

Натрий гипохлориді.

Бактерицидті белсенділігімен 1-5%-дық ерітінді түрінде түбір өзектерін өңдеу үшін қолданылады.

Хлорамин Б.

Пародонт қалталарын өңдеу үшін 0,5%-дық ерітінді қолданылады.

Корсодил – грам-оң, грам-теріс бактериялар мен *Candida albicans* саңырауқұлақтарына, дерматофиттерге, липофильді вирустарға қарсы күшті белсенділік танытады.

Гингивит кезінде – 1 ай бойы ауызды шайқау, афтозды және жаралы стоматит кезінде жараларды толық жазылып кеткенге дейін ауызды шайқауға қолданылады.

Пливасент – бактериоцидтік, бактериостатикалық әсері ерітіндінің концентрациясына тікелей байланысты. Мысалы: 0,001%-дан төмен болған жағдайда бактериостатикалық, ал 0,01%-дан концентрациясы жоғары болған жағдайда бактериоцидті әсерін береді. 0,01-1%-ға дейін препарат АИЖВ (адамның иммундық жетіспеушілік вирусы) вирусына белсенді әсер береді. 0,5%-дық ерітіндісі гепатит В вирусына қарсы қолдануға болады. Тағы да жараларды жуу, тігістерді, күйіктерді және хирургтардың қолын өңдеу үшін жиі қолданылады.

3.2 Тотықтырғыштар

Тотықтырғыштар антисептикалық әсері атомарлы оттегінің бөлінуімен түсіндіріледі және жағымсыз иісті кетіреді.

Қарсы көрсеткіші: анықталмаған.

Жанама әсері: концентрацияланған ерітіндісі кілегейлі қабатты күйдіруі мүмкін және де лейкоциттердің фагоцитарлық белсенділігін әлсіретеді. Ерітінділерді қолдану барысында кіреукенің түсі күнгірттенуі мүмкін.

Калий перманганаты 0,01-0,1%-дық сулы ерітінділері ауызды шаюға қолданылады.

Оттегінің асқын тотығы – ауыз қуысының кілегей қабатын және пародонтальды қалталарды өңдеуге жұмсақ тіндерден аққан қанды тоқтатуға 0,5-1%-дық ерітінді, ал тісжегі қуысын өңдеу үшін 3%-дық ерітінді қолданылады.

3.3 Альдегидтер

Бактерицидті, вирулицидті, фунгицидті, спороцидті әсерлері бар. Аз құраммөлшерде жағымсыз иісті кетіретін қасиеттері бар.

Формальдегид ерітіндісі - 10%-дық ерітінді түрінде резорцин-формалин қоспасын дайындауға өтпейтін түбір өзектерін импрегнациялау барысында қолданылады.

3.4 Қышқылдар мен сілтілер

Микробтарға және саңырауқұлқтарға қарсы әсері көп. Қарсы көрсеткіштері: жеке басты көтере алмаушылық.

Жанама әсері: препаратқа жоғары сезімталдық.

Бор қышқылы: ауыз қуысын 2-4%-дық ерітінді түрінде шаюға қолданылады.

Натрий тетрабораты (синонимі: бура) – глицериндегі 20%-дық ерітіндісі шаю және жағу үшін ауыз қуысының кілегей қабатындағы саңырауқұлақтардан болған зақымдануда қолданылады.

Натрий гидрокарбонаты (синонимі: ас содасы) – ауыз қуысының саңырауқұлақтардың әсерінен болған зақым ошақтарын шаюға арналған 2%-дық ерітінді: ол 1 шәй қасық соданы 200 мл суда еріту арқылы жүзеге асады.

3.5 Метал тұздары

Стоматологияда күміс нитраты қолданылады. Оның антисептикалық күші күмістің майда бөлшектерінің әсерінен болады.

Жанама әсері: жоқ. Қарсы көрсеткіштері: жоғары құраммөлшерлері тіндерді күйдіруі мүмкін.

Күміс нитраты (синонимі: ляпис) – сүт тістердің қатты тіндерін және өтпейтін түбір өзектерін импрегнациялау және күмістеу барысында қолданылады.

3.6. Фенолдар

Стафило-стрептококктармен коринобактерияларға антибактериалды белсенділік көрсетеді. Микроб жасушаларының ақ уыздарын коагуляцияға ұшыратып, дегидрогеназдар белсенділігін төмендетеді.

Қарсы көрсеткіштері: жеке көтере алмаушылық.

Жанама әсері: жоғары құраммөлшерлері (концентрациясы) тіндерді күйдіріп аллергиялық реакциялар тудыруы мүмкін.

Биклотимол – жергілікті түрде ауыз қуысының және тамақтың инфекциялық – қабыну ауруларында қолданылады.

Ваготил – препараттың бактериоцидтік және трихомонацидтік әсері бар. Грануляциялы тіндерді күйдіре отырып қантамырларды тарылту әсері жоғары, сондықтан мақтаға сіңірілген ерітіндіні пародонт қалталарына 1-3 минутқа қоюға болады.

Резорцин – бактериоцидті және саңырауқұлаққа қарсы әсері мол. Төменгі құрамда кератопластикалық, ал жоғары құрамда кератолитикалық әсері бар.

3.7. Бояғыштар

Бояғыштардың антисептикалық әсері олардың тотығу – қалпына келтіру қасиеттері арқылы жүзеге асады. Микробтарға қарсы әсіресе стрептококктарға қатты әсер етеді.

Қарсы көрсеткіштері: айқындалмаған.

Жанама әсері: жоқ.

Бриллиантты көк – 1-2%-дық спирт ерітіндісі түрінде теріні өңдеуге немесе сулы ерітінді түрінде ауыз қуысының кілегей қабатын өңдеу үшін қолданылады.

Метиленді көк – жергілікті түрде ауыз қуысының шырышты қабықшасының эрозивті жара зақымдарына жағу үшін қолданылады.

Этакридин лактаты – шаю үшін 0,05; 0,1; 0,2%-дық сулы ерітіндісі, ал қызыл иектің кілегей қабатын және пародонт қалталарына ендіру үшін 1%-дық сулы ерітіндісі қолданылады.

3.8. Детергенттер

Детергенттердің антисептикалық әсері бактериялардың ақуыз фракцияларын денатурациялау, микроорганизмдердің липидті мембранасын зақымдау арқылы жүреді. Бактериоцидті, фунгицидті әсері бар, антибиотикке шыдамды микроорганизмдер штаммаларына қатты әсер береді, биологиялық мембраналар арқылы өту қабілеті мол, оның ішінде тері жабыны арқылы басқа да дәрі-дәрмектерді өткізуге жағдай жасайды.

Жанама әсері: аллергиялық реакция және тиген жерде ашу сезімі пайда болуы мүмкін, әсіресе хлоргексидин биглюконаты.

Қарсы көрсеткіштері: димексид-бауыр, бүйрек аурулары, стенокардия, атеросклероз, аяғы ауыр, глаукома ауруларында қолдануға болмайды.

Декаметоксин – 0,025%-дық сулы ерітіндісі, аппликациялауға, шаюға, пародонт қалталарын ирригациялауға, жаралы гингивитті емдеу барысында ауызды шаю үшін 0,01-0,02%-дық сулы ерітінді қолданылады.

Мирамистин – грам-оң бактерияларға белсенділік көрсетеді (стрептококк, стафилококк, *Bacillus anthracoides*, *Bacillus subtilis*, *Candida albicans*, эпидермофиттер, герпес вирусы, грипп, ВИЧ-1). Жергілікті түрде периодонтит, стоматит ауруларына 0,01%-дық ерітінді ретінде қолданылады.

Этоний – 0,02%-дық ерітінді қабынудың серозды кезеңінде *NaCl* ерітіндісімен бірге қолданылады.

3.9. Әртүрлі антисептикалық дәрімектер

Амбазон (синонимі: фарингосепт) – стоматологияда жедел инфекцияны емдеу кезінде қолданады (гингивиттер, стоматиттер, альвеолиттер, пародонтиттер). Тіл асты арқылы: балаларға күніне 3 таблеткадан, ересектерге тәулігіне 3-5 таб. Тамақтан кейін (15 мин кейін) 3 сағатқа дейін су, тамақ ішпеу керек.

Қарсы көрсеткіші: препаратты жеке көтере алмаушылық.

Жанама әсері: байқалмаған.

Анти-ангин – жергілікті әсері бар, құрамалы препарат. Құрамы: тетракаин, хлоргексидин диацетат, аскорбин қышқылы, ментол. Қабынуға қарсы, микробтарға және жергілікті жансыздандыру әсері бар.

Ауыз қуысы мен кеңістіктің инфекциялық-қабыну ауруларында алдын алу және емдеу үшін (гингивит, стоматит, тонзиллит, фарингит) қолданылады. Үлкендер мен балаларға әрбір 3 сағат сайын 1 таб. тіл астына толық ерігенге дейін.

Жанама әсері: кейде аллергиялық реакциялар.

Қарсы көрсеткіштері: аталған дәріге жоғары сезімталдығы.

Гексализ – көп құрамды препарат. Құрамы: фенол тобының антисептиктері – биклотимол, лизоцим, эноксолон. Ауыз қуысының кілегей қабатының инфекциялық қабынуын емдеу үшін қолданады. 6-8 таб. тіл астына толық ерігенге дейін.

Жанама әсері: ұзақ қолдану барысында аллергиялық реакция.

Қарсы көрсеткіштері: дәріге жоғары сезімталдық.

Гексетидин (синонимі: гексорал) – ауыз қуысы тіндерінің қабыну үрдістерін емдеу үшін (гингивит, стоматит, глоссит, пародонтит, альвеолит, кілегей қабатының кандидозы, қызыл иектің қанағыштығы). Ауыз қуысындағы операциядан кейін инфекцияның алдын алу үшін және ауыз қуысының гигиенасы үшін қолданылады.

Ауызды шаю үшін 10-15 мл ерітіндіні сөткесіне 2-3 рет тамақтан кейін, ал аэрозоль түрінде 1-2 секундқа ауыз қуысын шаю үшін.

Жанама әсері: ұзақ қолдану барысында дәм сезудің өзгеруі.

Қарсы көрсеткіштері: дәріге жоғары сезімталдық.

Динексан-А – жергілікті қолдануға арналған көп құрамды препарат. Құрамы: лидокаин, бензалкони хлориді, муцин. Ауыз қуысының шырышты қабықпасы, еріннің қабыну үрдістерінде (катаральды, жаралы гингивит, афтозды стоматит), шырышты қабықшаны және еріннің тіліктерін беткей жансыздандыру үшін қолданылады.

Жанама әсері: аллергиялық реакция.

Қарсы көрсеткіші: препаратқа жоғары сезімталдық.

Метронидазол (синонимі: трихопол, дефламон, клион, флагил) – аралас инфекцияны жоюға (анаэробты, аэробты) арналған. Ересектер мен балаларға

күніне 0,25-0,5г 5-7 күн бойында және пародонт қалталарын, түбір өзектерін жууға қолданады.

Жанама әсері: қолдану барысында тәбеттің жоғалуы, ауызда жағымсыз дәм, құсу, жүрек айну, іш өту, бас ауру болуы мүмкін.

Қарсы көрсеткіші: жүктілік, қан түйіршіктерін түзудің бұзылуы. Емделу барысында ішімдік ішуге болмайды.

Пародиум – көп құрамды препарат антисептикалық, қабынуға қарсы қан тоқтатқыштық, иіс кетіретін қасиеттері бар.

Құрамы: хлоргексидин, формальдегид және гель негізі. Гингивиттің алдын алу, емдеу барысында, пародонтозды (қанды тоқтату барысында) қолданады.

Жанама әсері: аллергиялық реакция.

Қарсы көрсеткіші: дәріге деген жоғары сезімталдық.

Хлорофиллинт – құрамында эвкалипт жапырағы бар, пародонт ауруларында жиі қолданады. Әсіресе қанағыштығы өте жоғары, ірің аққан кезде әсері өте күшті. Спирттік ерітінді 0,25%-дық новокаинмен бірге, ауыз қуысындағы жарашықтарды, пародонт қалталарын өңдеуге, аппликация түрінде 2%-дық майлы ерітінді күйік беттеріне жағуға қолданады (10-15 минут).

Жанама әсері: аллергиялық реакция.

Қарсы көрсеткіші: препаратқа жоғары сезімталдық.

Цитраль – ауыз қуысында қабыну және майда жарашықтар пайда болғанда 0,01%-дық ерітіндімен күніне 3-4 рет шаю арқылы қолданады.

Жанама әсері: анықталмаған.

Қарсы көрсеткіші: жоқ.

4.0 Стоматологияда қолданылатын ферментті препараттар

Ферменттердің тін регенерациясына және қабынуға қарсы әсерлері күшті болғандықтан стоматология тәжірибесінде кеңінен қолданылып жүр. Ферменттер ағзада биохимиялық реакциялар жүру барысында белсенді катализатор рөлін атқарады.

Белгілі бір тін субстраттарына әсер етуіне байланысты олар келесідей болып бөлінеді: протеазалар - ақуыздың ыдырауына ықпал жасайды, нуклеаздар – нуклеин қышқылдарын ыдыратып, липазалар – мукополисахаридтерді ыдыратуға тікелей қатысады.

4.1. Протеолитті ферменттер

Аталған ферменттер сау тіндерге әсер етпей өлі тіндерді белсенді түрде ыдыратып, ақуыз молекуласының пептидті байланыстарын ажыратады. Қабыну ошағынан сау тіндерге тимей, өліеттенген массаларды ыдыратып, ұйыған қандар мен экссудатты сұйылтып қабыну ошағынан алып шығуға ыңғай жасайды. Ферменттер тағы да фагоцитозды күшейтіп, қабыну-ісіктерге қарсы әсер береді. Осындай ферменттерге: террилитин, трипсин, хемотрипсин жатады. Оларды гингивит, стоматит, пародонтит ауруларында жергілікті түрде кешенді емдеу барысында қолданады. Препаратты қабыну ошағына 30 минутқа қояды.

Протеолитті ферменттерді пародонт қалталарынан ірің аққанда, афтозды стоматиттерде, көп түрлі экссудативті эритема, остеомиелит, гайморит ауруларында жиі қолданады.

Фермент ерітінділерін *ex tempore* түрінде дайындайды, өйткені олар уақыт өте белсенділігін жоғалтады.

Ферменттерді қолдану тәсілі: протеазаларды еріту арқылы, 1 мг ферментті изотониялық ерітіндіде 1 мг және 0,25% новокаин ерітіндісіне қосып дайындайды, содан соң пародонт қалталарына мақтаға сіңіріп қояды.

Протеазаны таза түрінде және басқа да дәрілермен араластырып қолдануға болады, мысалы үшін Е, С, Р дәрумендерімен, антибиотиктермен сықпа түрінде қолдануға болады.

Жанама әсері: трипсинді қолдану барысында енгізген жерде кішігірім қызару, ауыру сезімі, адамның қызуының көтерілуі, тахикардия болуы мүмкін.

Қарсы көрсеткіші: трипсин жүрек-қан тамыр ауруларының жетіспеушілігіне (декомпенсация кезінде), өкпе құрты, гепатит ауруларында және қатерлі ісіктен болған жаралардың бетіне қоюға болмайды.

Иммозима – протеолитті фермент ұзақ әсері бар. Денатурацияға ұшыраған ақуыздарды ұзақ уақыт гидролиздейді. Жергілікті аппликация түрінде қолданады.

Террилитин – ерітінді түрінде 1 мл 40-50 ПБ (протеолитті бірлік) қолданады.

Трипсин – ерітінді, сықпа түрінде *ex tempore* дайындайды, бұлшық етке сыртқа аппликация түрінде қолдануға болады.

Химопсин – трипсин мен химотрипсиннің қосындысы жергілікті 0,1%-дық ерітіндісі аппликация түрінде, ал ингаляциялау үшін 0,5%-дық ерітіндісі аппликация түрінде, ал ингаляциялау үшін 0,5%-дық ерітінді қолданады.

Химотрипсин – трипсиннен ерекшелігі, ақуыздарды тереңірек гидролиздеп белсенділігі баяу тарайды. Трипсин сияқты қолдануға болады.

4.2. Рибонуклейнді және дезоксирибонуклейнді белсенділігі бар ферменттер

Осы топқа жататын ферменттер (РНК, ДНК) іріңдіктер бөліндісін сұйылтып, вирустардың дамуын тежеп, қабынуға қарсы әсерлері бар. Олар пародонт қалталарына ірің ағу барысында, әсіресе вирустардың әсерінен пайда болған гингивит немесе пародонтит ауруларында жиі қолданылады (аденовирус, қарапайым герпес вирусы).

Жанама әсері: аллергиялық реакция болуы мүмкін.

Қарсы көрсеткіші: жеке көтере алмаушылық.

Рибонуклеаза – тағайындалуы: жергілікті, ингаляциялық, етішілік. Препарат ұнтақ түрінде 25-50 мг зақымданған жердің бетіне себеді және хлорид натрий изотониялық ерітіндіні ферментпен араластырып мақтаға сіңіріп қояды.

Ингаляциялау үшін 3-4 мл изотониялық ерітіндіде 25 мг препаратты еріту арқылы жүргізеді.

Етішілік түрінде 5-10 мг препараты 1 мл физиология ерітіндісінде күніне 1-2 рет 10 күнге дейін салады.

Дезоксирибонуклеаза – жергілікті, ингаляциялық, етішілік түрде тағайындалады. 0,2%-дық дәрі физиологиялық ерітіндімен немесе 0,25-0,5%-дық новокаин ерітіндісінде шырышты қабықтың зақымданған бөліктеріне аппликациялау үшін. Ал, ингаляциялау үшін 3 мл ерітіндіні күніне 2-3 рет қолдану керек.

Рецидивті герпетикалық стоматиттің ауыр түрінде ферменттің 25-30 мг 5 мл еріткіште 4 сағаттық үзіліспен күніне 4-6 рет қолданып, 8-10 күнге тағайындайды.

4.3. Гиалуронидазалық белсенділігі бар ферменттер

Аталған ферменттер гиалурон қышқылын ыдыратып, тіндердің өткізгіштігін күшейтеді. Терінің және шырышты қабықшаның тыртықтан қалған өзгерістерін, пародонтоз, артроздың әсерінен болатын самай-жақ сүйек буынының шектеліп қозғалуы кезінде қолданады.

Жанама әсері: аллергиялық реакция.

Қарсы көрсеткіші: инфекциялық аурулар, туберкулез, ісіктер.

Гиалуронидаза (синонимі: лидаза) – тері астына немесе электрофорездің көмегімен ендіреді. 0,5%-дық 1,0 мл новокаин ерітіндісін флаконға енгізіп араластырып, тері астына жібереді (6-15 күн). Электрофорездеу үшін препаратты 30 мл дистилденген сумен араластырып үстіне 4-5 тамшы 0,1%-дық тұз қышқылын қосып 10-15 күн жүргізеді.

4.4 Басқа да ферменттік препараттар

Ируксол – құрамында клостридилпептидаза А және левомецетин бар, препарат грануляцияға ұшыраған тіннің өсуіне ықпал етеді.

Қолданылуы: жергілікті сықпа түрінде жара бетіне немесе пародонт қалтасына 20 минутқа қойылады.

Жанама әсері: аппликациялау барысында ауыру, ашу сезімі.

Қарсы көрсеткіші: жеке басты көтере алмаушылық.

Лизоцим - ақуыздық табиғаты бар фермент, грам-оң бактериялардың өсімін тежейді, микроб қабығының полисахаридтерін бұзып, вирустарға, қабынуға қарсы әрекет жасайды және де спецификалық емес қорғану факторын атқарады. Жергілікті және етішілік түрде қолданылады. Жергілікті түрде шаю арқылы, аппликациялау барысында (*ex tempore*) 0,05%-дық ерітіндіні, сықпа құрамында витамин А, Е майлы ерітінділерін қосуға болады. Етішілік түрі 100-150 мг ферментті 2-3 мл физиологиялық ерітіндіде немесе 0,25%-дық новокаин ерітіндісімен күніне 2 рет 20 күндік курспен тағайындауға болады.

Жанама әсері: ұзақ уақыт қабылдау барысында қан ұю үрдісін тексеру керек.

Қарсы көрсеткіштері: лизоцимнің улылығының жоқтығына байланысты қолдану шеңбері шексіз.

Цитохром – С гемопротеид тіндер тынысы үрдісіне қатысып, тотығу үрдістерін жеделдетеді.

Тағайындалуы: сәткесіне 80 мг (2 таб-дан күніне 4 рет) ішу керек немесе етішілік түрде күніне 1-2 рет 4-8 мл 10-14 күн бойы салдыру керек.

5.0 Стоматологияда қолданылатын антибактериалды препараттар

Барлық антибактериалды препараттар келесідей болып бөлінеді:

- антибиотиктер;
- сульфаниламидті препараттар;
- нитрофуран туындылары;
- фторхинолон туындылары.

5.1. Антибиотиктер

Соңғы жылдары стоматологияда антибактериалды препараттардың қолдану шеңбері ұлғайып кеңінен етек алды. Олар әр түрде қолданылып жүр.

Ауыз қуысында анаэробты микробтардың 75-80%-да кездесетін ескеретін болсақ аталған микробтарға қарсы келесідей антибиотиктер тағайындалады.

- Линкомицин тобы;
- Бета-лакталды антибиотиктер;
- Кең ауқымды әсері бар антибиотиктер (тетрациклин тобы);
- Имидазол тобындағы химиопрепараттар;
- Макролидтер.

I. Химиялық құрамына байланысты

1. Лактамды сақинасы бар антибиотиктер – лактаминдер:
 - Пенициллиндер
 - Цефалоспориндер
2. Макролидтер
3. Аминогликазидтер
4. Тетрациклиндер
5. Нитробензолдар
6. Стероидты антибиотиктер
7. Әртүрлі топ антибиотиктері.

II. Микробқа қарсы әсері бар антибиотиктер сипаттамасы:

Бактериоцидті	Бактериостатикалық
Пенициллин	Тетрациклин
Цефалоспорин	Левомецетин
Стрептомицин	Олеондомицин
Неомицин	Новобиоцид
Канамицин	Ристомицин сульфаты
Полимиксин	Эритромицин

III. Антимикробты әсерінің шеңбері бойынша:

1. Грам-оң флораға әсері бар:
 - пенициллиндер,
 - цефалоспориндер,
 - макролидтер,
 - линкомицин,
 - ристомицин,
 - рифампицин.
2. Грам-теріс флораға әсері бар:
 - полимиксиндер.
3. Грам-оң және грам-теріс флораға әсері бар:
 - стрептомицин тобы,
 - неомицин,
 - канамицин.
4. Кең шеңберлі:
 - тетрациклиндер,
 - левомицин тобы,
 - ампициллин,
 - ампиокс.
5. Саңырауқұлаққа қарсы:
 - нистатин,
 - леворин,
 - амфотерицин В,
 - микогептин,
 - гризеофульвин.
6. Ісікке қарсы:
 - оливомицин,
 - рибомицин,
 - адриомицин,
 - актиномицин Д.

Антибиотиктердің жанама әсерлері:

1. Нейротоксикалық әсері:
 - а) бас-ми нервінің VIII жұбын зақымдауы (стрептомицин, неомицин, канамицин, миномицин, ристомицин, ванкомицин).
 - б) нервті-бұлшықеттік блок (неомицин, линкомицин, стрептомицин).
2. Нефротоксикалық әсері: (стрептомицин, неомицин, цепорин тобы).
3. Қан жасушаларын жасау қызметінің бұзылуы (левомицетин, тетрациклин).
4. Асқазан-ішек жолдарын тітіркендіреді (тетрациклин, левомицетин).
5. Тератогенді әсері (тетрациклиндер).

6. Дисбактериоздар (тетрациклиндер).
7. Кандидомикоздар (барлық антибиотиктер әсіресе тетрациклин).

Организмнің сенсбилизациялануынан болған жанама әсері: аллергиялық реакция.

- a) Терілік (пенициллин, стрептомицин тағы да басқа)
- b) Анафилактикалық шок (пенициллин, стрептомицин)
- c) Сарысу аурулары (пенициллин, стрептомицин тағы да)
- d) Агронулоцитоз (левомицетин, тетрациклин, стрептомицин).

Бактериялардың төзімді штаммдарының дамуы:

- Ем әсерінің төмендеуі (кең ауқымда тәртіпсіз қолдану барысында).

Макролидтер

Макролидтер антибиотиктердің үлкен 3-ші класын құрайды. Олар құрамында қанттың 2 молекуласының болуымен сипатталады. Макролидтердің әсер беру механизмі: микроорганизмдердің ақуызды синтездеу қабілетін бұзады. Аталған топ препараттарды грамм-оң, грамм-теріс аэробты микроорганизмдерге және де *bacterjides biwius*, *Clostridium perfringens*, *Pertostreptococcus spp.* Бактерияларына қатты әсер етеді. Улылығының төмендігіне байланысты аталған топ препараттарын екі қабат және бала емізіп жүрген әйелдерге де тағайындауға болады.

Аталған топқа жататын препараттарға: эритромицин, азитромицин, джозамицин, рокситромицин жатады.

Аминогликозидтер

Бактерицидтік белсенді әсері бар, әсіресе грамм-теріс аэробты бактерияларға: *Proteus*, *pseudomonas*, *Enterobacter*, *E.Coli*, *Serratia*, *Klebsiella* қатты әсер ететін антибиотиктер. Аминогликозидтердің әсер ету механизмі микроб жасушалары ақуыздарының синтезделуін тежеуімен түсіндіруге болады.

Гентамицин – пародонт ауруларының қабынуының ауыр түрлерінде метронидазолмен бірге қолданылады. 2,4-3,2 мг/кг салмаққа максималды дозасы 5 мг/кг, емдеу курсы 7-8 күн.

Амикацин – пародонт ауруларының инфекциялық-қабыну түрлерін және ауыз қуысының шырышты қабығының ауруларының ауыр түрлерінде жиі қолданылады. 1 кг салмаққа 10мг сәткесіне 2-3 реттен бұлшық ет немесе көк тамыр ішілік түрінде қолдануға болады.

Тетрациклиндер

Олар грамм-оң, грамм-теріс бактерияларға, рикетсий, хламидий, микоплазм, спирохет және қарапайымдыларға кең ауқымды әсерін тигізеді.

Доксициклин – пародонтит ауруларында кеңінен қолданылады. Метронидазолмен бірге күніне 1 рет 200 мг дәріні 8 күнге дейін қолданылады.

Окситетрациклин – шырышты қабықтың өткір ірінді қабынуларымен пародонт ауруларының өршу кезеңдерінде қолдануға болады. Апликация түрінде немесе пародонт қалталарына енгізу арқылы қолданылады.

Әртүрлі топқа кіретін антибиотиктер

Гелиомицин – грам-оң бактерияларға әсері күшті. Пародонт тіндерінің қабыну кезінде, пародонт қалталарының ірің ағып абсцесстермен асқынғанда және ауыз қуысының шырышты қабықшасының бактерияның әсерінен болған бұзылымдарында қолданылады. Кілегей қабатты аппликациялау және пародонт қалталарына ендіру арқылы сықпа түрінде күніне 1-2 рет 20-30 минутқа қойылып 7-10 күнге тағайындайды.

Грамицидин – бактериостатикалық және бактерицидтік әсері бар циклдік полипептидтер тобына жататын антибиотик. Ауыз қуысының шырышты қабықшасының және еріннің бактерия әсерінен болған зақымдануларында, пародонт ауруларының ірінді қабынуларында қолданады. 100-200 мл дистилденген суда 2%-дық спирт ерітіндісін ауызды шаю үшін жергілікті түрде қолданады.

Цефран СТ (Индия) – күрделі препарат. Құрамы: ципрофлоксацин гидрохлориді, тинидазол. Жедел қозатын пародонт ауруларында (ЖҚПА) қолданады. Тағайындалуы: 1 таб. күніне 2 рет тамақтан соң 7-14 күн.

5.2. Сульфаниламидті препараттар

Аталған топқа 1935 жылы тәжірибеге енгізілген сульфанил қышқылының туындысы – синтездеу жолымен алынған кең ауқымды микробтарға қарсы әсері бар дәрмектер жатады.

Сульфаниламидтік препараттардың жалпы жіктелуі.

1. Асқазан-ішек бүрлері арқылы сіңетін препараттар:

а) қысқа әсері бар:

- стрептоцид,
- сульфадимезин,
- этазол,
- норсульфазол,
- уросульфан.

б) орта ұзақтықта әсері бар:

- сульфазин,
- сульфаметоксазол.

в) ұзақ әсері бар:

- сульфадиметоксин,
- сульфациридазин,
- сульфамонетоксин.

г) өте ұзақ әсері бар:

- сульфален,
- сульфаленмеглумин.

2. Асқазан-ішек бүрлері нашар сіңіретін препараттар:

- фталазол,
- сульгин,
- фтазин,
- салазопиридазин,
- салазосульфамиридин

Сульфаниламидті препараттар пародонтологияда пародонт қалталарын өңдеу үшін кеңінен қолданылады. Тағайындау барысында аталған препараттардың жанама әсерін ескерту қажет. Мысалы: жүрек айну, құсқысы келу және аллергиялық реакциялар.

Қарсы көрсеткіштері: жеке басты көтере алмаушылық, жүктілік, қан аурулары, бүйрек аурулары, өткір гепатит.

5.3 Нитрофуран туындысы

Нитрофурандардың әсер ету механизмі микроб жасушаларындағы көмірсулардың аэробты және анаэробты тотығу үрдісін тежеу арқылы жүреді.

Нитрофурацил (синонимі: фурацилин, фурацилин) – ауызқуысын, пародонт қалталарын антисептикалық өңдеу үшін қолданылады. 0,02%-дық сулы ерітіндісін (1:5000) қолдануға болады.

5.4. Фторхинолон туындылары

Фторхинолондар грам-оң кокктармен грам-теріс бактерияларға белсенділік көрсетеді, ал анаэробты бактерияларға соның ішінде клостридии мен бактеройдтарға әсері аздау.

Нолицин, таривид, сифлокс – қант диабетінен болған пародонтит ауруларын емдеу барысында келесі схема бойынша қолдануға болады.

- Нолицин: 400 мг күніне 2 рет, 7 күн.
- Сифлокс: 250 мг күніне 2 рет, 7 күн.
- Таривид: 200 мг күніне 2 рет, 7 күн.

6.0. Стоматологиядағы қабынуға қарсы қолданылатын препараттар

Аталған препараттар пародонт ауруларын патогенетикалық емдеу барысында жиі қолданады, өйткені пародонт тіндерінде қабыну үрдістері жүреді.

Дәрілерді қолдану барысында қабынуға қарсы бірнеше маңызды механизмдерін атап өтуге болады:

- қылтамырлардың өткізгіштігін азайту (экссудативті үрдісті азайту);
- лизосомальды жарғақты тұрақтандыру;
- макроэргиялық байланыстардың бөлінуін тежеу;
- тін компоненттерінің молекулярлық конфигурациясын өзгерту;
- қабынудың пролиферативті фазасын тежеу.

Қабынуға қарсы қолданылатын препараттар келесі қасиетке ие болу керек:

- пародонт тіндерін тітіркендірмеу керек,
- микрофлораға әсері күшті болу керек,
- пародонтальды қалталардың белсенділігін тежеу керек,
- пародонт тіндерін регенерациялауға түрткі болу керек,
- жергілікті иммунитетті көтеру керек,
- тін гипоксиясын жою керек.

Қабынуға қарсы қолданылатын препараттарға: стероидты және стероидсыз дәрмектер, ферментті препараттар, тұтқыр және тітіркендіретін дәрілер, дәрумендер (А, С, Р, Е), антиоксидантты әсері бар кальций тұздары, антикоагулянттар жатады.

6.1 Қабынуға қарсы қолданылатын стероидты препараттар

Стероидты препараттарға глюкокортикоидтар жатады, олар бүйрекүсті безінің гормондары болып табылады. Аталған гормондар қабыну үрдісінің 3 фазасына да әсер етеді (альтерация, экссудация, пролиферация).

Глюкокортикоидтардың ағзаға әсері көп қырлы.

Табиғи гидрокортикоидтарға: кортикостерон, гидрокортизон, кортизон, ал синтездеу арқылы алынған гормонды препараттарға: преднизолон, преднизол, триамциолон, дексаметазон, флуцинолол ацетонид жатады.

Табиғи және синтетикалық глюкокортикоидтардың белсенділігі бірдей емес. Мысалы: преднизолон және триамцинолон гидрокортизонға қарағанда 4-5 есе күшті. Дексаметазон преднизолонға қарағанда 25-30 есе белсенді, ал «Синалар» гидрокортизонды белсенділігі жағынан 40 есе асып түседі. Фтор құрамдас глюкокортикоидтардың жанама әсері мүлдем болмайды.

Глюкокортикоидтарды ұзақ қолданған жағдайда ағзаға мынадай кері әсері болады:

- остеопороз,
- ісіну,
- бүйрекүсті безінің жұмысының нашарлауы,
- стероидты диабет,
- гипергликемия.

Пародонтология тәжірибесінде глюкокортикоидтар негізінен жергілікті түрде қолданылады.

Қарсы көрсеткіштері: туберкулез, саңырауқұлақ және вирустан болған аурулар, асқазан жарасы, асқазан-ішек қанауы, гипертониялық аурулардың ауыр түрлері Иценко-Кушинга синдромы, нефрит, мерез, қант диабеті, жүктілік, остеопороз.

Гидрокортизон (синонимі: латинорт, локоид, хайтон) – пародонт тіндерінің қабынуы кезінде және ауыз қуысының шырышты қабықшасының инфекциялық-аллергиялық ауруларында жергілікті түрде май немесе сықпа құрамында қолданылады:

- жағынды «Кортикомицетин» құрамында гидрокортизон ацетаты 0,5%;
- жағынды «Глюксизон» құрамында гидрокортизон ацетаты 1%;
- аэрозоль «Оксикорт» құрамында гидрокортизон ацетаты 0,5%.

Аталған препараттарды күніне 2-3 реттен қолдануға болады.

Дексаметазон (синонимі: дексазон, форте кортин) қолдану бағыты гидрокортизонға ұқсас, бірақ қабынуға және аллергияға қарсы әсері күштірек. Жергілікті түрде қолданылады. Бірнеше препараттардың құрамына кіреді, мысалға: форфенан, крезофен, эндометазон.

Преднизолон С (синонимі: декортин-Н, солгодекортин-Н) – синтетикалық глюкокортикоид, сіңуі тез, белсенділігі баяу тарайтын препарат. Жергілікті түрде кілегей қабатын аппликациялап пародонт қалталарына ендіру арқылы қолданылады:

- преднизолон майы 0,5%;
- жағынды «Дермозолон» құрамында преднизолон 0,5%;
- жағынды «Диперзолон» құрамында преднизолон гидрохлориді 0,25%.

Таблетка түрінде күніне 3 рет 0,005-0,01 гр 7-8 күн бойы ішуге болады.

6.2. Қабынуға қарсы қолданылатын стероидсыз препараттар

Аталған топқа кіретін дәрмектер жалпы медицина және пародантология тәжірибесінде неінен қолданылады. Стероидтарға қарағанда стероидсыз препараттар ағзаға беретін әсері әлсіздеу болғанымен, олардың улылығы төмен және дене қызуын төмендетіп, ауру сезімін азайтады.

Қолдану көрсеткіштері:

- гингивиттер (катаральды, жаралы, гипертрофиялық – ісінген түрі);
- пародонтиттер.

Пародантологияда стероидсыз препараттар жергілікті түрде: аппликация, жағынды, сықпа түрінде пародонт қалталарына ендіру арқылы қолдануға болады.

Жанама әсері: аллергиялық реакция, таблетка түрінде қолдану барысында қан түйіршіктерінің азаюы, лейкопения, есту нервсіне әсері болуы мүмкін.

Қарсы көрсеткіштері: жеке басты көтере алмаушылық, жүктілік, асқазан мен 12-елі ішектің жарасы, бауыр, бүйрек аурулары.

Ацетилсалицил қышқылы (синонимі: аспирин, ацетерин, анопирин, новандол, тромбоасс) – пародонт ауруларының қабынуын емдеу барысында қолданады.

Ғалым Т.И.Лемецкаяның айтуынша 3%-дық аспирин қышқылын қызылиекке аппликациялау арқылы қолдануға болады, нәтижесінде ісік, ауруы сезімі азайып қабыну үрдісі дұрысталады. Таблетка түрінде ішке 0,25-1 г күніне 3-4 рет тамақтан кейін көп мөлшерлі сұйықпен ішу керек.

Бензидамин (синонимі: тантум, тантум верде) – ауыру сезімі жоғары ауыз қуысының шырышты қабығының қабынуы кезінде: өткір герпетикалық стоматиттер, катаральды стоматиттер, қайталанатын афтозды стоматиттер,

қызыл жалпақ теміреткі. Пародонтоз, кандидоз ауруларында қолданылады. Жергілікті түрде 15 мл ерітіндіні ауыз қуысын күніне 4 реттен шаюға, аэрозоль түрінде әрбір 1,5-3 сағатта қолдануға болады.

Ересектер мен 10 жастан асқан жасөспірімдерге күніне 1 таблеткадан 4 рет ішу үшін тағайындайды.

Бутадион – гингивиттер мен пародонтиттерді емдеу барысында жергілікті түрде жағынды ретінде қолдануға болады.

6.3. Басқа да қабынуға қарсы препараттар

. Табиғи тұтқырлығы бар өсімдіктер мен шөптер.

Емдік қасиеті бар шөптер басқа емдік препараттарға қарағанда жанама әсерлері жоқ физиологиялық таза әсерлерімен сипатталады. Олар қан тоқтатқыштық, антисептикалық, тұтқырлық және қабынуға қарсы әсерлерімен ерекшеленеді.

Аталған әсерлердің механизмін ауыз қуысының шырышты қабығының және терінің бетінде пайда болатын жұқа альбуминатты пленканың пайда болуымен түсіндіруге болады.

Жанама әсері: жоқ.

Қарсы көрсеткіштері: жеке басты көтере алмаушылық (өте сирек).

Емен қабығы (дубовая кора) – құрамында бырыстырғыш заты бар, пародонттың өткір және созылмалы ауруларын, ауыз қуысының шырышты қабықшасын емдеу барысында қолданады.

Тұндырма түрінде ауызды шаю үшін күніне 6-8 реттен қолданады.

Жұпаргүл (трава душицы) – жүйелі түрде қолдану барысында жалпы мықты әсерін береді. Құрамында: эфир майы, флаваноидтар, тырыстырғыш заттар бар. Ауызды шаю үшін тұндырма түрінде қолданылады.

Шайқурай (зверобой трава) – қабынуға қарсы және қан тоқтататын қасиеті бар. Гингивиттер, стоматиттер, декубитальды жараға қарсы қолданады. Тұндырма түрінде ауызды шаю үшін қолданады.

Тырнақ гүл (календула цветки) – пародонттың бактериалды зақымдануымен болған шырышты қабықша ауруларында жиі қолданылады. Тұндырма түрінде ауыз қуысын шаюға қолданады.

Жүйке ағаш (липа цветки) – құрамында биологиялық белсенді заттары бар: эфир майы, сапониндер, флавоноидтер. Қабынуға және микробқа қарсы әсері күшті, жергілікті түрде: тұндырмамен ауыз қуысын шаюға қолданады.

Түймедақ (ромашка) – қабынуға қарсы және антисептикалық әсері бар, шырышты қабықшаны регенерациялау және жансыздандыру әсерлері мол.

Шатыраш (шалфей) – құрамында биологиялық белсенді заттар бар: эфир майы, тырыстырғыш заттар, флаваноидтар, витаминдер Р, РР.

Қан және қантамырлардың қабырғасының өткізгіштігін төмендете отырып қабыну үрдісіне жағымды әсер береді. Тұндырма түрінде ауыз қуысын шаюға қолданады.

Шырышты қабат ауруларында қолданатын препараттар

Инсадол – жүгері ұрығынан алынған, француз препараты. Қабынуға қарсы, жансыздандыру қабілеті бар, шырышты қабаттың репаративті үрдістеріне түрткі болып, қан айналымын жақсартатын әсерлері мол. 1 шәй қасық ерітіндіні немесе 3 таблеткадан күніне 2 рет 1 ай бойы ішу керек.

Мараславин – құрамында емдік қасиеті бар өсімдіктер: жусан, чабрец, қара бұрыш және басқа. Пародонт қалталарын өңдеу үшін қолданады.

Одазоль – құрамында: облепиха майы, левомецетин, анестезин, бор қышқылы бар. Аэрозоль түрінде қолдануға болады.

Полиминерол – құрамында: ағзаға маңызды микро- және макроэлементтер, коллоидты заттар бар. Фагоцитозды түрткілеп, тін регенерациясын, тамырлардың өткізгіштігін тежеп, қабынуға қарсы әсер береді.

Солкосерил – жас бұзаудың қанынан жасалған химиялық және биологиялық депротеинделген гемодиализат. Тін зат алмасуын белсендіреді. Жасуша тіндерінің оттегіні сіңіру үрдісін әсіресе гипоксия жағдайында көтеріп жасуша мен тін регенерациясын жеделдетіп оң әсерін береді.

Солкосерил-дентал – құрамында ауыру сезімін бәсеңдететін анестетигі бар, жабысқақ қасиеті жоғары сықпа. Сықпа түрінде зақымдалған жерге жағуға болады.

Итмұрын майы (масло шиповника) – құрамында қаныққан және қанықпаған май қышқылдары, каратиноидтар, токоферол бар. Пародонт тіндерін регенерациялауға жағдай жасап, қабынуға қарсы әсерін антиоксидантты қасиетімен түсіндіруге болады.

Кальций препараттары

Олар қабыну үрдісінің экссудация фазасына қатты әсер береді. Қылтамырлардың өткізгіштігін төмендетеді. Экссудаттардың пайда болуын азайта отырып, қылтамырлардан аққан қанды тоқтатады.

Остеогенон – құрамында жануарлардың сүйек тіндерінің құрамына кіретін органикалық және бейорганикалық компоненттері бар гидроксил апатиті – остеин. Пародонт тіндерін хирургиялық жолмен алып тастау барысында жаралардың тез жазылуы үшін күніне 2 таб-дан 6-7 күн ішуге болады. Қарсы көрсеткіштер: гиперкальцемиа, бүйрек аурулары.

Дәрумендік препараттар

С және Р дәрумендері зат алмасу және қабынуға қарсы әсерлері мол. Олар қан тамыр қабырғаларын нығыздап қан айналу үрдісін жақсартады. С дәрумені проколлагенді синтездеуге қатысып бауырдың улануға қарсы қызметін күшейтеді. Аталған дәрумендер гингивит, пародонтит ауруларында жиі қолданылады.

Жанама әсері: іштің өтуі, орталық ми жүйесінің қозуын жоғарылатады.

Қарсы көрсеткіштері: қан ұю үрдісі жоғары және қант диабеті бар адамдарға тағайындауға болмайды.

Антикоагулянттар

Гепарин сықпасы – қан тамырларының өткізгіштігін азайтып, гиалуронидаза белсенділігін төмендететін қасиеті жоғары. Қабынуға және ісікке қарсы әсері мол. Аппликация түрінде қолдануға болады.

Жанама әсері: аллергиялық реакция болуы мүмкін.

Қарсы көрсеткіштері: жеке басты сезімталдық.

7.0. Пародонт ауруларында қолданылатын дәрілік заттардың ендіру әдістері.

Дәрілік заттардың келесідей ендіру тәсілдері бар:

- шаю,
- ауыз қуысында ерітіндіні ұстап тұру,
- қызыл иеккеаппликация жасау,
- емдік таңулар,
- инстиляциялау,
- өтпелі қатпар немесе емізікшелерге ине шаншу арқылы ендіру,
- физикалық тәсілдер,
- қалыптасқан тәсілдер: per os, парентеральды, бұлшық ет ішілік.

Шаю барысында ауыз қуысының патогенді агенттерді азайтуға болады, дегенмен бұл тәсілдің кемшілігі сілекейдің маңызды компоненттерінің бірі – лизоцимді шайып тастайды.

Тиімді тәсілге ерітіндіні ауыз қуысында біраз уақыт ұстап тұру әдісі жатады.

Аппликациялау тәсілі қызыл иек бетіне дәрілік заттарды белгілі уақытқа (15-20 минут) қою арқылы жүзеге асырады. Міндетті түрде сілекейдің жанасуын тоқтату керек.

Емдік таңулар – бұл қызыл иекке мақтаға дәрілік құрал сіңірілген анжыны белгілі бір уақытқа қою арқылы жүреді. Ұзақтығы 30 минутқа дейін болуы мүмкін. Бұл кезде де сілекейдің жанаспауын қамтамасыз ету керек. Таңу барысында антибиотиктерді, сульфаниламидтерді, ферменттерді, гормондарды қолдануға болады.

Инстиляциялау әдісі дегеніміз дәрілік заттарды пародонт қалталарына ендіру.

8.0 Жергілікті әсері бар антибактериалды және қабынуға қарсы қолданылатын препараттардың тиімділігін бағалау тәсілі

Пародонт тіндері жағдайы мен емдеу тиімділігіне баға беру үшін қазіргі таңда клиникалық, құрал-саймандық және лабораториялық тәсілдерін қолданады. Сүйек және жұмсақ тіндерді бағалау барысында рентгенологиялық зерттеулерді қолдануға болады: ортопантомограмма, эхостеометрия, биомикроскопия, полярография және т.б.

Тағайындалған ем тиімділігін келесі клиникалық параметрлермен бағалауға болады: қызыл иек жағдайы, оның қанағыштығы, қалталар тереңдігі, қызылеттің тіс мойнына жабысу деңгейі, тіс қақтарының мөлшері. Аталған параметрлерді индексті жүйе арқылы тексеруге болады. Керек жағдайларда науқасты иммунологиялық тексеруден өткізу керек, әсіресе пародонт ауруларының ауыр да, агрессивті түрлерінде қолданылады.

Аталған тәсіл науқасқа диагноз қою барысында және тағайындалған ем шаралардың тиімділігін бағалау үшін маңызы зор.

9.0 Тесттік тапсырмалар

1. Өткір жаралы гингивитте тағайындалады:

- а) жансыздандыратын препараттар;
- б) антибиотиктер, жансыздандырғыштар, дәрумендер;
- в) метронидазол, десенсибилизациялау препараттары, дәрумендер;
- г) сульфаниламидті препараттар, антибиотиктер, дәрумендер;
- д) жалпы ем тағайындалмайды.

2. Өсімдік шикізаты негізінде дайындалған бактерияларға қарсы және фунгицидті әсері бар препарат:

- а) ротокан;
- б) ромазулан;
- в) обликкол;
- г) сангвиритрин;
- д) мараславин.

3. Ауызды шаюға арналған хлоргексидин ерітіндісінің концентрациясы:

- а) 2%
- б) 0,5%
- в) 0,1%
- г) 0,05%
- д) 0,02-2%

4. *Actinobacillus actinomycetemcomitans*қа әсері жоқ препарат:

- а) доксициклин;
- б) фторхинолондар;
- в) хлорафеникол;
- г) метранидазол;
- д) ампициллин.

5. Катаральды гингивит кезінде ауыз қуысын шаю үшін:

- а) 1%-дық сутегінің асқын тотығы;
- б) 3%-дық сутегінің асқын тотығы;
- в) 5%-дық сутегінің асқын тотығы;

г) 0,5%- дық еутегінің асқын тотығы;

д) 0,1%- дық еутегінің асқын тотығы.

6. Қызыл ет гиперплазиясын тудыратын факторларға:

а) тырысқаққа қарсы препараттар;

б) жүктілік;

в) лейкомия;

г) ауызбен дем алу;

д) қалғандарының барлығы.

7. Қызыл ет фиброматозын емдеу үшін қолданылатын тәсіл:

а) хирургиялық;

б) протеолитті ферменттермен аппликациялау;

в) антисептиктермен аппликациялау;

г) физиоём;

д) рентген сәулемен күйдіру.

8. Бактерияға қарсы химиотерапиялық емді тағайындау көрсеткіші:

а) катаральды гингивит;

б) пародонтоз;

в) иммундық жүйесінде ақауы бар науқастардың қызыл ет асты тіс қақтарын алғаннан кейін;

г) созылмалы пародонтиттің ремиссиясы;

д) пародонтит ауруларында тістерді депульпациялау кезінде.

9. Аталған антибиотикті пародонтиттің қозу кезеңінде тағайындамайды:

а) аминогликозидтер;

б) макролидтер;

в) линкозамидтер;

г) цефалоспориндер;

д) тетрациклиндер.

10. Иммуномодульдеу әсері бар антибиотиктерді атаңыз:

а) аминогликозидтер;

б) макролидтер;

в) линкозамидтер;

г) цефалоспориндер;

д) тетрациклиндер.

11. Тіс үсті тастарын алғаннан кейін міндетті түрде аппликациялау үшін:

а) фторқұрамды препараттар;

б) антисептиктер;

в) ферменттер;

г) резорцин-формалин араласы;

12. Қандай мақсатта йод құрамды препараттарды тіс қақтарын алу алдында қолданады:

а) антисептикалық өңдеу үшін;

б) тіс қақтарын еріту үшін;

в) тістерді бояу үшін;

г) кептіру үшін.

13. Дәрілік препараттар қызылетті аппликациялау үшін:

- а) 2 сағатқа қойылады;
- б) 20 минутқа қойылады;
- в) 6 сағатқа қойылады;
- г) 5 минутқа қойылады;
- д) қызыл иекке қойылмайды, егіледі.

14. Барлық антисептиктер келесідей болып бөлінеді (дұрыс емес жауабын көрсетіңіз):

- а) галогенқұрамды;
- б) тотықтырғыштар;
- в) химотрипсин;
- г) қышқылдар;
- д) металл тұздары.

15. Құрамында хлоргексидині бар препараттардың жанама әсерлерін атаңыз.

- а) ұзақ қолдану барысында тістің қатты тіндерінің түсуінің өзгеруі, тіл түсінің өзгеруі, кілегей қабаттың уақытша сезімталдығының жоғалуы;
- б) мүмкін аллергиялық реакция, ұзақ қолдану барысында ауыз қуысының қалыпты микрофлорасын бұзу;
- в) жанама әсері анықталмаған;
- г) кілегей қабығының ашуы.

16. Емдік шөптер әсері:

- а) қылтамырлардың өткізгіштігін төмендетеді, экссудаттың пайда болуын азайтады, қанның ұюын көтереді, қылтамырдан аққан қанды тоқтатуға ыңғай жасайды;
- б) қабынуға қарсы, қан тоқтатқыштық әсері;
- в) тін айналасынан және ағзадан таңдаулы түрде микроб жасушаларын, тін шірік өнімдерін, токсиндерді шығара отырып, қабынуға, ісікке қарсы әсері бар.

17. Грам-оң микрофлораға әсер ететін антибиотиктер тобын атаңыз:

- а) оливомицин, рибомицин гидрохлориді, одриомицин, актиномицинД;
- б) тетрациклиндер, левомецетин тобы, ампициллин, ампиокс-натрий;
- в) пенициллиндер, цефалоспориндер, макролиттер, линкомицин гидрохлориді, ристомицин сульфаты, рифампицин;
- г) стрептомицин тобы, неомицин, канамицин.

18. Грам-теріс микрофлораға әсер ететін антибиотиктер тобын атаңыз:

- а) оливомицин, рибомицин гидрохлориді, одриомицин, актиномицинД;
- б) тетрациклиндер, левомецетин тобы, ампициллин, ампиокс-натрий;
- в) пенициллиндер, цефалоспориндер, макролиттер, линкомицин гидрохлориді, ристомицин сульфаты, рифампицин;
- г) стрептомицин тобы, неомицин, канамицин.

19. Грам-оң, грам-теріс микрофлораға әсер ететін антибиотиктер тобын атаңыз:

- а) оливомицин, рибомицин гидрохлориді, одриомицин, актиномицинД;
- б) тетрациклиндер, левомецетин тобы, ампициллин, ампиокс-натрий;

в) пенициллиндер, цефалоспориндер, макролиттер, линкомицин гидрохлориді, ристомидин сульфаты, рифампицин;

г) стрептомицин тобы, неомицин, канамицин.

20. Саңырауқұлаққа қарсы әсері бар антибиотиктер тобын атаңыз:

а) стрептомицин тобы, неомицин, канамицин;

б) нистатин, леворин амфотерицин В, микогептин, гризофульвин;

в) пенициллиндер, цефалоспориндер, макролидтер, линкомицин.

21. Апликация дегеніміз:

а) мақтаға сіңірілген дәрі құралын белгілі бір уақытқа қызылет үстіне қою;

б) дәрілік препаратты белгілі бір уақытқа қызылет үстіне қою, әдетте 15-20 минутқа;

в) дәрілік заттарды пародонт қалталарына ендіру.

22. Емдік таңу дегеніміз:

а) мақтаға сіңірілген дәрі құралын белгілі бір уақытқа қызылет үстіне қою;

б) дәрілік препаратты белгілі бір уақытқа қызылет үстіне қою, әдетте 15-20 минутқа;

в) дәрілік заттарды пародонт қалталарына ендіру.

23. Инстиляция дегеніміз не:

а) мақтаға сіңірілген дәрі құралын белгілі бір уақытқа қызылет үстіне қою;

б) дәрілік препаратты белгілі бір уақытқа қызылет үстіне қою, әдетте 15-20 минутқа;

в) дәрілік заттарды пародонт қалталарына ендіру.

24. Пародонтитті емдеу барысында қолданылатын антибиотик:

а) пенициллин;

б) линкомицин;

в) эритромицин.

25. Глюкокортикостероидтарды қолдану барысында пайда болатын жанама әсерлері:

а) аллергиялық реакциялар, ішу барысында пайда болатын – анемия, лейкопения, гемморагия, есту нервінің зақымдалуы;

б) контакты дерматит;

в) дәрі қабылдауды кенет тоқтатқан кезде аурудың қозуы;

г) анықталмаған.

26. Пародонт ауруларының қабынуы барысында кешенді ем үшін қолданылатын дәрумендер:

а) рутин;

б) рибофлавин;

в) пиридоксин;

г) витамин Д,

27. Пародонтитті жергілікті түрде емдеу үшін қолданылатын стероидсыз қабынуға қарсы қолданылатын препараттар:

а) гидрокортизон майы 1%-дық;

б) деперзолон;

в) индометацин;

г) гель пироксикам.

28. Глюкокортикоидтерге тән емес қасиетін көрсетіңіз:

- а) экссудативке қарсы;
- б) десенсибилизациялау әсері;
- в) пролиферативке қарсы.
- г) аллергияға қарсы;
- д) микробқа қарсы.

29. Қабынуға қарсы стероидты препараттарға ... жатады.

- а) мефинаминат натрия;
- б) диперзолон;
- в) вольтарен;
- г) индометацин.

30. Ферментті препараттарға араластарып қолдану үшін:

- а) 0,5%-дық новокаин ерітіндісі;
- б) 0,06%-дық хлоргексидин ерітіндісі;
- в) гипертониялық ерітіндісі.

31. Прополистің қарсы көрсеткіші:

- а) баяу эпителизациянған некроздық үрдістер;
- б) созылмалы қабыну үрдістері;
- в) шамадан тыс грануляциялануы.

32. Пародонтиттің жеңіл түрін емдеу:

- а) 3-4 күнге созылады;
- б) 5-6 күнге созылады;
- в) 8-10 күнге созылады.

33. Поливалентті май құрамына кіреді:

- а) антимикробты препарат;
- б) антикоагулянт;
- в) десенсибилизациялау препараты.

34. Стероидсыз қабынуға қарсы препарат:

- а) метронидазол;
- б) сүтегінің асқын тотығы;
- в) предуктал;
- г) ацетилсалицил қышқылы.

35. Созылмалы пародонттің ремиссия сатысында тағайындалады:

- а) микробқа қарсы препараттар;
- б) поливитамиандер;
- в) қабынуға қарсы препараттар.

36. Метронидазол этиотропты әсерімен келесі ауруларда қолданады:

- а) пародонтит;
- б) катаральды гингивит;
- в) жаралы-некроздалған гингивит.

37. Қабынуға қарсы препаратқа жатады:

- а) гепарин майы;
- б) бутадион майы;

- в) солкосерил майы;
- г) облепиха майы.

38. Дәруменді препараттардың әсер ету механизмін атаңыз:

- а) зат алмасу үрдістеріне әсер етіп, тамырлардың қабырғасын тығыздайды, қан айнаруды жақсартып, тін регенерациясын жеделдетеді;
- б) қан тамыр өткізгіштігін азайтып, гиалуронидаза белсенділігін төмендетеді, қантамырды аз ғана кеңейтіп, қан айнаруды жеделдетеді, тін қоректенуін дұрыстайды;
- в) кілегей қабаты мен теріде альбуминатты пленка пайда болып, соның салдарынан қан тоқтатқыштық және қабынуға қарсы әсері болады.

39. Протеолитті ферменттерді қолданады:

- а) қызылет қанағыштығы;
- б) қызылет ретракциясы
- в) қызылеттің өліеттенуі.

40. Пародонтитті емдеу барысында антибиотиктерді тағайындау көрсеткішін атаңыз:

- а) пародонт қалталары 5 мм терең;
- б) абсцесс пайда болып үрдістің өршуі;
- в) тіс қозғалғыштығының II-III дәрежесінде.

10.0 Тест тапсырмаларының жауаптары

1-в	11-б	21-а	31-в
2-г	12-в	22-б	32-а
3-д	13-б	23-в	33-а
4-г	14-в	24-б	34-г
5-а	15-а	25-в	35-б
6-д	16-б	26-а	36-в
7-а	17-в	27-г	37-б
8-в	18-д	28-д	38-а
9-а	19-а	29-б	39-в
10-б	20-а	30-а	40-б

11.0 Ситуациялық есептер

№1 Ситуациялық есеп

Пациент 25 жаста, тіс тазалау барысында қызылеттің қанағыштығы, қышуы, жағымсыз иістің шығуына шағымданады. 8 жыл бойы шағымы бар, ұдайы ем алмаған. Соңғы жарты жылда қанағыштығы күшейген.

Жалпы аурулары: балалар инфекциясы, тонзиллоэктомия, апендэктомия операциялары болған. Терапевтің қорытындысы бойынша – дені сау. Мұғалім болып жұмыс істейді. Компьютер алдында бірнеше сағаттап отырады.

Қарау барысында: сырт көрінісінің ерекшелігі жоқ. Ауыз қуысының кілегей қабығы ақшыл қызғылт, ылғалды. 13-24, 33-44 тістері өте тығыз орналасқан, 11-12 тістер арасында диастема, үстіңгі ерін мен тіл жүгеншіктері қысқа бекітілген, ауыз қуысының кіреберісі ұсақ. Тістердің тістесу линиясында кілегей қабат ісінген, қызылет емізікшелері деформацияланған, көгерген. Гипертрофияланған қызылет 13, 24 және 33-44 тістердің сауыт бөлігінің жартысына дейін көмкерген, қалған тістердің қызылеті қызарып, домбыққан, шұқығыш тисе қанайды, ауыз қуысының гигиенасы нашар, көптеген қызылетүстілік және астылық тіс қақтары бар. 16, 28, 35, 44, 47 тістерінде тіс жегісі бар. Шайнау тәртібі: аралас ортопантомограммада: тісаралық сүйек төбелері өзгермеген. Жақ асты лимфа түйіндер аздап ұлғайған, сипалау барысында аздап ауыру сезімін тударады, жұмсақ, қозғалғыш. Осыларды ескере отырып диагноз қойып, ем тағайындаңыз.

Тағайындалды:

1. Индекстеу жүйесін қолдана отырып ауыз қуысының гигиенасының жағдайын анықтау:
 - Грин-Вермильон;
 - ГИ (Федоров-Володкина бойынша).
2. Қызылет қабынуының жайылымдылығын анықтау үшін келесі индекстерді тағайындау:
 - ПМА;
 - ПИ.

3. Рентгендік тексеру:

Емдеу кезеңдерін дұрыс тауып, емдікпрепараттарды дұрыс тағайындаңыз:

- а) ортодонтиялық ем;
- б) ауыз қуысын санациялау;
- в) ауыз қуысын тереңдету үшін операция жасап, жүгеншіктерді босату;
- г) ашық кюретаж;
- д) ауыз қуысының гигиенасын дұрыстау;
- е) тіс қақтарын алу;
- ж) склероздау емі;
- з) макролидтер.

Дұрыс жауабы:

1. Диагноз: гингивит, гипертрофиялық түрі. Тіс орналасуының ауытқуы. Диастема 11-21. ерін, тіл жүгеншіктерінің қысқа болуы, ауыз кіреберісінің ұсақтығы. Тығыз орналасқан тістер 13-24, 33-44.
2. А, Е, Ж, Г, В, Б. Макролидтерді тағайындаудың қажеті жоқ.

№2 Ситуациялық есеп

Науқас 22 жаста. Шағымы: тіс тазалау және қатты тамақ ішу барысында қызыл еттің қанағыштығы және ауыру сезіміне шағымданады. Науқас қызылеттің 16 жасынан бері қанайтынын айтады.

Аузын шөптермен шайған. 2 жыл бұрын босанғаннан кейін, қызылет қанағыштығы тұрақты болып, қатты шайнау барысында ауыру сезімі пайда болып, тістері қозғала бастаған. Тістер мойнының сезімталдығы күшейген. Жалпы аурулары: балалар инфекциясы, қазіргі таңда 2-ші жүктіліктің 1-ші кезеңі.

Байқау барысында: сырт пішіні өзгеріссіз. 12-23 және 35-45 тістер тығыз орналасқан. 34-41 тістердің арасында диастема. Қызылет асты және үсті қақтары бар. Пародонт қалталарының тереңдігі 3-5 мм-ге терең.

Тістердің қозғалғыштығы байқалмайды.

Рентгенограммада: тіс аралық сүйектің бастапқы деструкциясы байқалады.

Диагноз: пародонтиттің созылмалы жайылған жеңіл түрі. 12-33 және 33-45 тістердің тығыз орналасуы, диастема 31-41 тістер аралығында. Астыңғы ерін жүгеншігінің қысқа бекуі, ауыз қуысының кіреберісінің ұсақтығы. 35, 32, 44 тістердің тіс жегісі. Тістесуі: аралас.

Ем тағайындалды:

1. Қызылет асты және үсті қақтарын алу.
2. Ауыз қуысын санациялау.
3. Ауыз кіреберісін үлкейту үшін операция жасау.
4. Жергілікті қабынуға қарсы ем:
 - метронидазол
 - мараславин
 - бисептол – канестен – метилурацил сықпасы.

Дұрыс жауабы: жүктілік кезінде метронидазолды тағайындауға болмайды.

12.0 Библиографиялық тізім

1. Г.М.Барьер, Т.И.Лемецкая. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие. –М., ВУНМЦ, 1996.
2. Г.М.Барьер, Т.И.Лемецкая, Б.Ю.Суражев. Патогенетическое обоснование применения нестероидных противовоспалительных препаратов в терапии пародонта // Сб.научн.работ: ММСИ – 75 лет. –М., 1997, с.22-23.
3. Г.М.Барьер. Терапевтическая стоматология. Учебник: В 3г. –М., ГЭОТАР-Медиа. 2005.
4. Н.Н.Гаража, А.В.Зеленская. Оценка эффективности иммобилизованного индометацина при лечении хронических пародонтитов // актуальные проблемы теории и практики в стоматологии. Ставрополь, 1998, с.132-134.
5. М.Г.Гришкина. Комплексное лечение больных пародонтитом с применением медикаментозных и ортопедических методов. Автореф.дисс.канд.мед.наук. –М., 1999, с.21.
6. А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, Н.А.Рабухина, О.А.Фролова. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение. –М., Мед.информ. Агентство, 2004, с.320.
7. А.И.Грудянов, Н.А.Стариков. Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта // Пародонтология. – 1998. -№2 (8), с.6-17.
8. Н.Ф.Данилевский, Е.А.Магид, Н.А.Мухин, В.Ю.Миликевич. Заболевания пародонта. Атлас / под ред. Данилевского Н.Ф. – М., медицина, 1993.
9. Ю.Ф.Крылов, Е.В.Зорян. Использование противовоспалительных средств в пародонтологии // Стоматология (спец.выпуск). – 1998, с.40-50.
- 10.Л.А.Дмитриева. Терапевтическая стоматология. –М., Медпресс, 2003.
- 11.В.С.Иванов. Заболевания пародонта. –М., Медицина, 1997.
- 12.А.И.Николаев, Л.М.Цепов. Практическая терапевтическая стоматология. Учеб.пособ. -3-е изд. – М., Медпресс-информ, 2004.
- 13.Т.Н.Терехова, Т.В.Попуженко. Профилактики стоматологических заболеваний. Минск: Белорусь, 2004.
- 14.Е.В.Боровский, В.С.Иванов, Ю.М.Максимовский. Терапевтическая стоматология. –М., Медицина, 1998, с.365-727.
- 15.И.Н.Шевченко. Результат комплексной терапии заболеваний пародонта // Мастер научной конференции стоматологов г.Ташкента. – ташкент. 1989, с.67-70.
- 16.Л.М.Цепов, А.И.Николаев. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. – М., Медпресс-информ, 2004.
- 17.В.И.Яковлева, Е.К.Трофимова, Т.П.Давидович, Г.П.Просверьяк. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. Перераб. И доп. – Мн. Высш.школа, 1995.
- 18.А.М.Прохоров. Энциклопедический словарь. – М., «Энциклопедия». 1988. – с.1599. Т.3. – 511.

МАЗМҰНЫ

Пародонт аурулары.....	3
1.1 Жалпы мағлұмат.....	3
1.2 Пародонт ауруларының жіктелуі.....	4
1.3 Пародонт ауруларының жүйесі.....	4
1.4 Пародонт тіндерінің құрылысы.....	5
1.4.1 Периодонт тіні.....	10
1.4.2 Альвеола өсіндісінің сүйек тіні.....	12
1.5 Қалыпты жағдайдағы пародонттың рентген көрінісі	13
1.6 Пародонттың қызметі.....	14
1.7 Пародонт ауруларының этиологиясы.....	15
1.7.1 Жергілікті жарақаттық (ятрогенді) себептер.....	16
1.8 Пародонт ауруларының пайда болу себептерінің ішіндегі микроорганизмдердің рөлі.....	17
1.9 Патоморфологиялық өзгеріс.....	18
1.10 Пародонт ауруларының негізгі патогенетикалық механизмі.....	23
1.11 Пародонты сырқат адамды тексеру ерекшеліктері.....	24
1.11.1 Функционалдық зерттеу әдістері.....	30
Қызылиек қабынуы – гингивит.....	31
Қызылиектің жедел катаралды қабынуы.....	32
Қызылиектің өсе қабынуы.....	34
Қызылиектің өсе қабынуы, фиброзды түрі.....	36
Қызылиектің жаралана қабынуы.....	37
Пародонтит.....	39
Пародонтоз.....	42
Пародонттың идиопатиялық аурулары.....	44
Пародонтомалар.....	46
2.0 Кешендік емнің жалпы қағидалары.....	47
2.1 Пародонт ауруларын емдеу барысындағы хирургиялық емдеудің көрсеткіштері және қарсы көрсеткіштері.....	50
2.1.1 Хирургиялық емдеу әдістері.....	52
2.1.1.1 Жабық кюретаж.....	52
2.1.1.2 Ашық кюретаж.....	53
2.2 Тістерді таңдамалы егеу.....	53
3.0 Стоматологияда қолданылатын антисептикалық препараттар.....	54
3.1 Галогенқұрамды заттар	55
3.2 Тотықтырғыштар	56
3.3 Альдегидтер	57
3.4 Қышқылдар мен сілтілер	57
3.5 Металл тұздары	57

3.6 Фенолдар	57
3.7 Бояғыштар	58
3.8 Детергенттер	58
3.9 Әртүрлі антисептикалық дәріктер	58
4.0 Соматологияда қолданатын ферментті препаратт.....	60
4.1 Протеолитті ферменттер	60
4.2 Рибонуклейнді және дезоксирибонуклейнді белсенділігі бар ферменттер.....	61
4.3 Гиалуронидазалық белсенділігі бар ферменттер	62
4.4 Басқа да ферменттік препараттар	62
5.0 Стоматологияда қолданылатын антибактериалды препараттар	62
5.1 Антибиотиктер	63
5.2 Сульфаниламидті препараттар.....	66
5.3 Нитрофуран туындысы	67
5.4 Фторхинолон туындылары	67
6.0 Стоматологиядағы қабынуға қарсы қолданатын препараттар	67
6.1 Қабынуға қарсы қолданылатын стероидты препараттар	68
6.2 Қабынуға қарсы қолданатын стероидсыз препараттар	69
6.3 Басқа да қабынуға қарсы препараттар	69
7.0 Пародонт ауруларында қолданылатын дәрілік заттардың ендіру әдістері.....	72
8.0 Жергілікті әсері бар антибактериалды және қабынуға қарсы қолданылатын препараттардың тиімділігін бағалау тәсілі	72
9.0 Тесттік тапсырмалар	73
10.0 Тест тапсырмаларының жауаптары	78
11.0 Ситуациялық есептер.....	78
12.0 Библиографиялық тізім.....	81
Мазмұны	82

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ**

**МЕДИЦИНА БІЛІМІ МЕН ҒЫЛЫМЫНЫҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ
ТЕХНОЛОГИЯЛАР РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ**

**Қ.А.ЯСАУИАТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ
СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫ**

ИСКЕНДИРОВ МУХТАР ӘМЗЕБЕКҰЛЫ

ПАРОДОНТОЛОГИЯ

Оқу құралы

**Баспадан шығарылған күні: 09.04.2018 ж.
Көлемі 6,0 шартты баспа табақ. Офистік қағаз.
Таралымы 200 дана**