

**СПЕЦИФИКА МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ  
МЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА.**

**Бекмуратова Гулноза Дилмуродовна**

*bekmuratova.gulnoza@mail.ru*

*Бухоро давлат тиббиёт институти*

**Аннотация.** *Воспалительные заболевания пародонта являются одной из наиболее сложных проблем стоматологии, что объясняется как её многокомпонентностью, так и упорством течения в связи с недостаточной эффективностью предлагаемых средств и методик их применения. С момента прорезывания зубов в ротовой полости развёртывается агрессия микроорганизмов, на которую макроорганизм отвечает включением многочисленных защитных механизмов. Это и иммунные факторы, секретируемые в десневую жидкость и слюну, и миграция нормальных весьма активных макрофагов и обеспечивающие их поступление на арену действий достаточно интенсивное кровоснабжение, и быстрая смена покровного эпителия, и чрезвычайно интенсивный процесс регенерации коллагена.*

**Ключевые слова:** *пародонтит, лечение пародонтита, лекарственные пленки, экстемпоральная паста БКМ.*

На стороне бактерий выступают такие повреждающие факторы, как термический (перепады температур от самых низких до едва переносимых высоких), и механическое повреждение при использовании слишком грубой пищи и неправильном прикусе, и химическая агрессия при острых и хронических отравлениях тяжёлыми металлами. Процесс усугубляется при недостаточно эффективной или полностью игнорируемой пациентом гигиене полости рта. Более глубокое развитие процесса с потерей части кальция из твёрдых тканей зубо-челюстной системы часто связано с гормональными нарушениями в сочетании с витаминным дисбалансом[1,5].

Этот многолетний процесс развивается на фоне медленного, но верного процесса старения организма. Признано, что первоначально уязвимым звеном является десневая борозда, прилегающая к эмали и покрытая переходным эпителием. Непосредственно к нему примыкает плотное сосудистое сплетение. Через стенки его капилляров идёт постоянный поток полиморфноядерных нейтрофильных гранулоцитов (ПНГ), которые, проходя сквозь слой переходного эпителия, оказываются в жидкости десневой борозды и далее – в ротовой полости. Здоровые и полноценные ПНГ накапливаются и функционируют между тканью десны и микробным налётом, образуя защитный барьер. Это ведёт к ограничению распространения микробной биопленки[4,6].

Второй линией защиты против бактериальной агрессии оказываются фибробласты соединительной ткани дёсен, поддерживающие и обновляющие

фиброзный матрикс соединительной ткани. В то же время вблизи кровеносных сосудов находятся и тучные клетки, являющиеся резервуаром факторов воспаления, что в своём начале также несёт оборонительную функцию. На каком-то этапе в результате первичного повреждения нарушается микроциркуляция в дёснах, снижается O<sub>2</sub> в тканях, что ведёт к кратковременному спазму с более продолжительной вазодилатацией. Это проявляется в повышении сосудистой проницаемости с проникновением плазменных белков в стенки сосудов, а затем и периваскулярно. Эти нарушения метаболизма могут возникнуть вследствие банального дефицита аскорбиновой кислоты или как проявление диабета[3].

Активизируемая при этом коллагеназа ведёт к деполимеризации коллагена на фоне ослабления функции фибробластов. Происходит дезорганизация соединительной ткани в связи с распадом гиалуроновой кислоты на фоне локальной гипоксии. Развивается васкулит, а локальное скопление ПНГ составляют патологический синдром капиллярнотрофической недостаточности. С течением времени повреждение расширяется, нарастает количество плазматических клеток и образуется начальный десневой карман. Он переполняется мигрантами – ПНГ, идущими далее – в ротовую полость. Первоначальные признаки чаще наблюдаются в области десневой борозды в межзубных промежутках. Подобные повреждения – средней и даже умеренной тяжести могут исчезать спонтанно, чаще – оставаться стабильными или же переходить в деструктивный процесс с альтерацией края десны и резорбцией альвеолярной кости[8].

В постановке диагноза «пародонтит в стадии ремиссии» помогает характерный анамнез, который подтверждает проведение комплексного лечения и иных противовоспалительных мероприятий. Типичные жалобы при развитии пародонтите: кровоточивость дёсен, боль при надкусывании, клейкий налёт на зубах, запах изо рта (нередко «сладковатый»), появление сильной боли в глубине челюсти, длящейся несколько минут. Во время такого приступа перкуссия по зубам не меняет характер боли. Иногда единственная жалоба – увеличение промежутков между зубами, что стали подвижными или выделение гноя из-под десны[5].

Лечение. Современный комплексный подход к лечению воспалительных заболеваний пародонта должен стать реализацией идеи великих врачей: «лечить больного, а не болезнь». Это предполагает глубокое изучение предшествующих и существующих на данный момент страданий, учёт гормонального и возрастного статуса больного, ранее применявшихся и применяемых препаратов, склонность к аллергии, витаминный баланс и возможную генетическую предрасположенность. Эта информация должна содержаться в медицинской карте, а в идеале – электронной истории болезни пациента[3,8].

С учётом вышесказанного на первом месте и в плане профилактики и терапии должна стоять гигиена полости рта. Это позволит существенно ослабить бактериальную агрессию, что часто оказывалось безуспешным при использовании одних лишь фармакологических антибактериальных препаратов: они могут оказаться малоэффективными при наличии антибиотикоустойчивых штаммов. Кроме того,

бактерицидный эффект вовсе не означает исключение эффекта оставшихся в ткани бактериальных экзотоксинов. А в случае анаэробной микрофлоры – ещё и эндотоксинов, которые особо вредоносны для глубоких отделов пародонта и особенно – его костной основы[5].

Полноценную терапию воспалительных заболеваний пародонта следует строить с учётом основных звеньев патогенеза и сути болезненного процесса: – наличия многообразной флоры в виде налёта, бляшек и твёрдых зубных отложений; – присоединяющейся грибковой флоры, малочувствительной к антибактериальным средствам; – воспалительной отёчности тканей; – ухудшения микроциркуляции и дефицитом  $pO_2$ ; – снижения продукции полноценного коллагена; – выходом кальция из белкового матрикса; – наличием избыточных патологических грануляций в карманах; – сдвига рН в кислую сторону. В этих условиях на первом месте оказывается профессиональная гигиена полости рта как в период профилактики, так и лечения данной патологии. Она включает механическое, в том числе с использованием ультразвука, удаление зубного камня, бактериальных бляшек и избыточных грануляций. При наличии пародонтальных карманов как первый этап проводится их кюретаж с последующей санацией поверхностей 0,06% раствором хлоргексидина[6].

В случае более распространённого и глубокого процесса следует провести второй этап – лоскутную операцию, которая непременно проводится под проводниковой анестезией (апликационная анестезия недостаточна и по глубине и по длительности). По завершении процедуры лоскут плотно прижимается к поверхности зуба, оставляя на месте кровь, которая организуется в кровяной сгусток как источник клеток эпителия для формирования зубо-десневого соединения, близкого к нормальному. Лучшей фиксации лоскута способствует также использование десневых повязок и уменьшение подвижности зубов их временным шинированием. В случае использования лекарственных препаратов их эффективность зависит от длительности их контакта с тканями[8].

С целью увеличения этого показателя желателен использование лекарственных плёнок или экстемпоральных паст, содержащих комплекс препаратов. В случае использования лекарственных препаратов их эффективность зависит от длительности их контакта с тканями. Более длительный контакт достигается при использовании экстемпоральных паст, обладающих повышенной адгезией, а также лекарственных плёнок. Входящий в их состав комплекс препаратов обладает антибактериальным, фунгицидным, противовоспалительным, анаболическим и кальцийсберегающим эффектами. Более глубокое проникновение компонентов паст обеспечивает включение в их состав диметилсульфоксида (ДМСО), который обладает некоторым обезболивающим эффектом. В её состав входят котримоксазол (как препарат бактерицидного действия), канестен (1% мазь с фунгицидным эффектом) и метилурацил как анаболик, способствующий улучшению регенерации и иммунный местный эффект, также ДМСО как пенетратор. Вкратце эти манипуляции можно представить в следующем виде:

Язвенный гингивит: – после обезболивания десны проводят удаление мягкого зубного налёта и твёрдых зубных отложений, затем – аппликации ферментными препаратами (химопсин, трипсин или химотрипсин), разведённых в изотоническом растворе хлорида натрия или дистиллированной воде. После механического очищения язвенных поверхностей от некротических масс и антисептической обработки десны на поражённые участки десны накладывают пасту БКМ на стерильных марлевых полосках на 20 мин., предварительно изолировав её от слюны[8].

В домашних условиях рекомендуется проводить антисептические полоскания полости рта через каждые 1,5- 2 ч., гигиенический уход мягкой зубной щёткой 3-4 раза в день. Внутрь (в зависимости от степени тяжести и с учётом показаний) назначаются противовоспалительные и противомикробные препараты (ко-тримоксазол 480 по 1 табл. 2 раза в день, метронидазол по 1 табл. 3 раза в день) в течение 7-10 дней, а после ликвидации воспаления в десне – препараты, способствующие повышению естественной резистентности организма (метилурацил по 1 табл. 3 раза в день в течение 10-15 дней), витаминотерапия (витамин «А» в масле местно в виде аппликаций на десну, аевит по 1 капсуле 3 раза в день, аскорутин по 1 табл. 3 раза в день и пр.)1,4,8].

Генерализованный пародонтит: – местную терапию начинают с санации полости рта (снятия зубных отложений, лечения кариозных зубов, удаления корней зубов и протезов, не представляющих функциональной ценности и др.). В зависимости от показаний проводят избирательное шлифование зубов (для создания множественных равномерных контактов, исключая перегрузку тканей пародонта) и временное шинирование для стабилизации подвижных зубов. В результате ортопедических методов лечения нормализуется гемодинамика и обменные процессы в пародонте, повышается устойчивость пародонтальных тканей к механической нагрузке и действию неблагоприятных факторов[2,6].

Удаление зубных отложений должно проводиться очень тщательно с использованием современных ультразвуковых аппаратов. Местное лечение тканей пародонта складывается из 3-х этапов: 1) медикаментозной терапии, целью которой является ликвидация патогенной микрофлоры, устранение воспаления в десне; 2) хирургического лечения, цель которого – ликвидация пародонтального кармана (кюретаж – удаление поддесневых зубных отложений, грануляций, изменённого цемента, эпителиальных тяжей с внутренней поверхности десны; лоскутная операция, метод направленной регенерации и пр.) 3) послеоперационного этапа до полной реабилитации больного. При лечении пастой БКМ на первом этапе лечения необходимо придерживаться строгой последовательности лечебных вмешательств на пародонте: после удаления зубных отложений и орошения карманов из шприца под давлением растворами антисептиков, подсушивания участка поражённого пародонта струёй сжатого воздуха необходимо ввести пасту БКМ в пародонтальные карманы под десневую повязку[6,8].

Процедуру повторяют до полной ликвидации воспаления в десне. Однако, в некоторых случаях воспалительная реакция упорно сохраняется. Это объясняется тем, что при хроническом воспалении значительно повышается активность физиологических механизмов, которые играют защитную роль и обеспечивают жизнеспособность тканей в условиях нарушенной гемодинамики и действия патогенных факторов[6,8].

Поэтому, если воспаление в десне сохраняется, то следует продолжить лечение пастой БКМ до полного устранения воспалительной реакции. Немаловажное значение имеет способ применения того или иного лекарственного препарата. При незначительной экссудации из карманов пасту БКМ с целью пролонгирования её действия можно вводить в пародонтальные карманы под десневую лечебно-защитную повязку. При обильном гноетечении использование повязок исключается, чтобы не вызвать образование пародонтального абсцесса. По этой же причине активная медикаментозная терапия в виде орошений карманов из шприца под давлением, введение пасты БКМ в пародонтальные карманы под десневые повязки не проводится при абсцедирующей форме пародонтита, выраженной экссудации из карманов, симптомах общей интоксикации организма[6,7].

Назначаются аппликации пастой БКМ 2-3 раза в день с экспозицией в течение 20 мин. После ликвидации обострения лечение проводится по вышеуказанной методике и составляет в среднем от 2 до 4 процедур в зависимости от степени тяжести пародонтита. В послеоперационном этапе до полной реабилитации больного возможно применение пасты БКМ в составе лечебнозащитных десневых повязок. Описанные процедуры на пародонте должны быть подкреплены резорбтивным воздействием комплекса лекарственных средств – витаминов направленного действия, анаболиков нестероидной природы, ингибиторов костной резорбции, факторов, способствующих реминерализации[6,8].

Направленность эффектов препаратов резорбтивного применения Витамины: С (аскорбиновая кислота) – участвует в окислительновосстановительных реакциях, улучшает синтез белка (в т.ч. коллагена), принимает участие в синтезе стероидных гормонов, повышает стойкость капилляров (в кооперации с витамином Р – рутином). В1 – участвует в углеводном обмене, уменьшая уровень пирувата, увеличивает энергообеспеченность тканей. В2 – участвуя в белковом, жировом и углеводном обмене, препятствует развитию хейлита, гингивита. В6 – участвует в белковом обмене, переаминировании триптофана, метионина, цистеина, глутамина, тем самым укрепляя белковый матрикс дёсен. D – эргокальциферол обеспечивает усвоение кальция из пищи и уменьшение его потерю через почки[2,6].

Анаболики нестероидной природы: Метилурацил – действует противовоспалительно, улучшает нуклеиновый обмен и регенерацию при костной патологии, язвенном процессе. Оротат калия – анаболик, не вызывающий потерю кальция, стимулирует регенерацию и синтез белка. Ингибиторы костной резорбции: Кальцитонин – препарат природного гормона кальцитрина (полученный методом генной инженерии) является аналогом стимулятора минерализации костей. В 1 мл

содержится 50 МЕ. Ксидифон (этидроновая кислота) – ингибитор остеокластической костной резорбции. Остеогенон – оссеин – гидроксиапатитное соединение. Стимулятор остеобластов и ингибитор остеокластов. Иприфлавон – синтетическое производное флавоноидов (Франция).

Его отечественным аналогом является фиточай «Анастасия», получаемый из Сибирских растений (ортилия однобокая, грушанка, курильский чай). Его усовершенствованной лекарственной формой является фитогель, применяемый в виде лекарственной плёнки, создаваемой из метилцеллюлозы. Препараты для реминерализации: скальция карбонат, глюконат кальция, кальцинова (комплекс ретинола, эргокальциферола, пиридоксина, кальция) и комплекс витаминов А, D, В6 с фосфатом кальция. Длительность достигнутого лечебного эффекта определяется ещё и формированием устойчивой мотивации пациента на регулярную и правильно осуществляемую гигиену рта.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология. – М.: Медпрессинформ, 2010. – 548 с.
2. Грудянов А.И. Пародонтология. – М., 2021. – 32 с.
3. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: Медицина, 2023. – 192 с.
4. Лангле Р.П., Миллер К.С. Атлас заболеваний полости рта. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224 с.
5. Мюллер Х.П. Пародонтология. – М.: Гал-Дент, 2004. – 256 с.
6. Усов Л.А., Усова Н.Ф. Фармакотерапия заболеваний пародонта: Методич. пособие. – М.: ИГМУ, 2011. – 28 с.
7. Усова Н.Ф. Разработка и лабораторно-клиническая оценка эффективности бисептол-канестен-метилурациловой пасты при заболеваниях пародонта: Дисс. ... канд. мед. наук. – Омск, 2022.
8. Усова Н.Ф. и др. Опыт пролонгирования терапевтического воздействия фитопрепаратов в лечении гингивита и пародонтита // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2020. – №4. – С.105-106.
9. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. – М.: МЕДпресс-информ, 2023. – 272 с.