

## ОБЗОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Гаффоров С. А, Нурматова Н. Т

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве Здравоохранение Республики Узбекистан. Ул Паркентская-51, МирзоУлугбекской р-н г. Ташкент. ИН: 100007

Одилжонов Ж. Д

Андижанский государственный медицинский институт. Ул. Ю.Отабеков, г Андижан ИН: 170100 (Узбекистан)

### ARTICLE INFO.

### Abstract

Актуальность. В статье приведены проблемы связанной с патологией ткани пародонта (ТП) по анализам исследовательские работы, при этом, обширно анализируется этиопатогенез патологии ткани пародонта и их лечения современном стоматологической практике. Также, определено, что, эффективной методов лечения воспалительная патология ткани пародонта до сегодняшнего дня не нашлось всестороннего решения.

Цель исследования – На основании анализов отечественной и зарубежные современной литературы определить основной научной направления для решения проблемы с патологиями ткани пародонта и их лечения.

<http://www.gospodarkainnowacje.pl/> © 2024 LWAB.

**Актуальность.** Хронические воспалительные поражения пародонта (ХВП) продолжают занимать ведущие позиции в структуре современной стоматологической патологии [6,24]. Также, распространённость хронических заболеваний пародонта (ХЗП) и трудности их ранней диагностики делают лечение воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) особенно актуальной и сложной проблемой в стоматологии. На сегодняшний день, ХЗП занимают 2-е место среди стоматологических заболеваний и широко распространены среди всех категорий населения независимо от возраста, места жительства и пола [7,23]. По данным ВОЗ только среди взрослого населения в различных возрастных группах ВЗП страдают от 80 до 100% всех обследованных пациентов.

По этиопатогенеза патологии ткани пародонта (ТП) относят к инфекционному хроническому заболеванию (ХЗ), которое поражает мягкие ткани пародонта и постепенно приводит к разрушению костной ткани альвеолярного отростка [2,13]. Однако в настоящее время большинством исследователей принята иная – мультифакториальная – концепция этиопатогенеза заболеваний. Ее основой является положение о том, что вероятность развития воспаления пародонта определяется сразу 4-мя группами причин: - изменением системной

иммунологической реактивности организма; - инволютивными изменениями со временем; - непосредственным влиянием микробной агрессии/инвазии с развитием соответствующей локальной реакцией тканей; - наличием факторов риска. На современном этапе развития стоматологии идентифицированы микроорганизмы т.н. пародонтопатогенной группы. Основными из них являются: *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis*, *Campylobacter rectus*, *Fusobacterium nucleatum*, *Treponema denticola*. *Porphyromonas gingivalis* и *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* обладают максимальными показателями вирулентности [11].

Сегодня, несмотря на то, что в сфере экспериментальных исследований осуществляются всё новые и новые открытия, среди исследователей по-прежнему не существует единого мнения о генезисе и развитии патологического процесса в пародонте. Рядом исследователей были разработаны многофакторные модели инициирования и развития пародонтита. Наиболее известная из них учитывает влияние трёх основных причин [16,21] : микроорганизмов, внутренних реакций организма, факторов внешней среды. При этом собственно микробный фактор реализуется в полной мере только при ослаблении защитных реакций иммунной системы, на которые, в свою очередь, накладываются неблагоприятные факторы внешней среды [17,22].

Особое значение имеет вовлечение в патологический процесс костных структур. Из всех тканей пародонта с метаболической точки зрения костная ткань является достаточно активной, т.к. в ней постоянно происходят циклическая перестройка, чередование процессов остеорезорбции и остеοформирования. Различные формы пародонтита приводят к характерной деструкции всех тканей пародонта, включая пародонтальные волокна, альвеолярную кость и корневой цемент. Активизация остеорезорбционных клеток (остеокластов) при пародонтите происходит при скоплении пародонтопатогенных бактерий и большого количества иммунокомпетентных клеток (нейтрофилов, моноцитов, макрофагов, лимфоцитов). При эксцессивной активизации остеокластов превалирует резорбция стенок альвеолы. Резорбция корневого цемента происходит позднее, причем это было обнаружено, что она начинается от эпителиальной выстилки десневой борозды в апикальном направлении приблизительно на 0,5-1 мм.

Современная диагностика пародонтита включает базисный и дополнительный комплекс обследования клиническую диагностику пародонтального статуса: сбор анамнестических данных, осмотр с описательной и индексной оценкой пародонтального статуса; - рентгенологическую (R) диагностику. Дополнительный комплекс обследования может включать различные лабораторные и ультразвуковые обследования.

При изучении анамнеза больного; - клинический осмотр позволяет оценить состояние полости рта (ПР) выявить факторы риска поражения пародонта. Определяют глубину преддверия, уровень прикрепления уздечек, состояние языка, наличие и выраженность тяжелой слизистой, прикус, состояние твердых тканей, подвижность зубов, наличие протезов. Особое внимание уделяется состоянию десны – цвету, тургору, наличию зубных отложений, кровоточивости, рельефу десневого края.

На сегодняшний день наиболее популярными являются ортопантомография (ОПГ) и конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). КЛКТ позволяют достичь максимальной детализации в изучении тканей пародонта как на уровне зубочелюстной системы (ЗЧС) в целом, так и в любом ее отдельно взятом локусе [9,10]. Также, преимуществом гистологических исследований является возможность выявить скрытые клинически, но диагностируемые на клеточно- тканевом уровне патологические процессы в пародонте, тем самым получив гораздо более детальную характеристику состояния эпителиального пласта и достаточно высокую точность оценки эффективности применения тех или иных методов [14]; или, самым информативным методом - выявления условнопатогенных микроорганизмов - полимеразной цепной реакции (ПЦР) с детекцией результатов в режиме реального времени считается

современная. Он позволяет установить видовой состав аэробных, факультативно-анаэробных и некоторых облигатно-анаэробных бактерий и дает представление о чувствительности выявленных микроорганизмов к антибиотикам [11]. Кроме вышесказанных методов в современной практической стоматологии ещё широко применяются такие методы как, функциональные (вакуумная проба, реопародонтография и полярографическое исследование, лазерная доплеровская флоуметрия).

Ряд авторов, утверждает, что, современные принципы и технология лечения пародонтита – это одновременное решение следующих задач [3]: - купирование воспалительных процессов в пародонте; - предупреждение дальнейшего развития патологического процесса; - сохранение и восстановление функции ЗЧС; - предупреждение развития общих и местных осложнений; - предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни (КЖ) пациентов.

Терапевтическое лечение пародонтита основано на применении фармакологических и физиотерапевтических методов и является базовым или начальным этапом комплексного лечения заболеваний пародонта. Оно направлено в первую очередь на устранение бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию на зубе. Включает проведение профессиональной гигиены рта, обучение и контроль индивидуальной гигиене рта, удаление над- и поддесневых зубных отложений, коррекцию и устранение факторов, способствующих поддержанию ВПП, таких как: нависающие края пломб, кариозные полости, клиновидные дефекты, устранение преждевременных контактов, проведение антимикробной и противовоспалительной терапии [4,10].

Ортодонтическое лечение пародонтита направлено на устранение зубочелюстных аномалий (ЗЧА) и вторичных деформаций зубных рядов, способствующих течению патологических процессов в пародонте. Ортопедическое лечение пародонтита направлено на создание условий для функционирования ЗЧС в компенсированном состоянии и восстановление ее нарушенных функций с целью регрессирования патологического процесса в пародонте.

В абсолютном большинстве случаев основу лечения пародонтитов составляет местное медикаментозное терапевтическое и хирургическое лечение. При этом необходимо отметить, что хирургическое лечение не выполняется без этапа предшествующего местного медикаментозного терапевтического лечения. О современном местном медикаментозном терапевтическом лечении были получены следующие обзорные данные. Наиболее необходимыми и часто применяемыми группами препаратов являются антисептики, антибиотики и ПВ средства. Также определенным уровнем применимости обладают иммуномодуляторы, антиоксиданты и озонотерапия [6].

Значительное признание клиницистов получили комбинированные местные препараты антибиотиков с антисептиками [18,20]. При лечении воспалений пародонта используются также протеолитические широкое распространение в современной практике лечения воспалений пародонта приобрели препараты витаминов. Так, витамины А и Е оказывают сильное стимулирующее воздействие на репаративные процессы; витамины С и Р стимулируют активность лейкоцитов, улучшают проницаемость тканей и сосудов, являются необходимым компонентом образования коллагена соединительной ткани и усиливают эффективность других препаратов [19] или отдельное направление адьювантного лечения пародонтитов составляет коррекция местного иммунологического статуса. Установлены данные об успешном применении с этой целью иммуномодуляторов – лейкоцитарного интерферона, миелопида, полиоксидония [5] и глюкоза минилмурадил дипептида («Ликопида») [1] и другие.

В современной стоматологии кроме рассмотренных выше традиционных методов и средств лечения пародонтита все больший интерес вызывают методы лечения, оказывающие выраженный положительный эффект с минимумом побочных воздействий. Один из таких

методов – фитотерапия. На сегодняшний день это направление бурно развивается и превратилась в доказательный метод лечения. Это связано с прорывом в научных исследованиях в области фитохимии, фармакогнозии, технологии лекарств, биохимии, с созданием уникальных лечебных препаратов, а также ее исключительно высокой социальной востребованностью [12].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), примерно 80% населения нашей планеты до сих пор предпочитает лечиться растительными препаратами. В настоящее время в фитотерапевтических целях применяется более 23 000 растений – это около 7% всей земной флоры. По данным ряд исследователей наиболее важными преимуществами фитотерапии над традиционными методами лечения в пародонтологии являются: 1. Комплексное воздействие на ткани пародонта: антисептическое, обезболивающее, бактерицидное и бактериостатическое, противовоспалительное, кератопластическое, противоотечное и т.д.; [8]; 2. Возможность длительного применения; 3. Приятные органолептические свойства; 4. Стимуляция тканевой регенерации [15]; 5. Положительное системное действие организма. Также, нам известно, что, в последнее десятилетие был выявлен целый ряд новых растений, обладающих лечебными свойствами; так, применение в препарате «Сангвиритрин» биологически активных веществ, выделяемых из маклей сердцевидной и маклей мелкоплодной, позволяет оказывать ингибирующее воздействие на развитие грамположительных и грамотрицательных бактерий, дрожжеподобных и мицелиальных грибов. Фитоконцентрат «Стоматофит» представляет собой комбинированное стоматологическое средство растительного происхождения. Его состав включает следующие - корневищ аира, травы арники, коры дуба, листьев мяты перечной, цветов ромашки аптечной, травы тимьяна обыкновенного, листьев шалфея лекарственного. Основное фармакологическое действие – противовоспалительное. Препарат также обладает вяжущим и смягчающим действием. Кроме того, дубильные вещества и эфирные масла, содержащиеся в препарате, оказывают антисептическое на слизистую. Тесты *in vitro* доказали, что эфирные масла шалфея и ромашки обладают бактерицидным действием в отношении грампозитивных и грамотрицательных бактерий, а также фунгицидным действием против *Candida albicans* (РЛС, 2018).

Широкое применение в современной медицинской практике получил гель «Асепта» с 10%-м содержанием экстракта прополиса. Этот препарат обладает ярко выраженным противомикробным, противовоспалительным действием, стимулирует метаболизм и ускоряет регенерацию и эпителизацию [13]. Также, российский препарат в гелевой форме «Лесной бальзам» содержит сок листьев алоэ и отвар 5 лечебных трав. Гелевая консистенция позволяет оставаться препарату на деснах долгое время, продлевая лечебное воздействие. Обладает высокими органолептическими качествами. Препарат «Пародонтоцид» представляет собой стоматологический гель, содержащий активные вещества растительного происхождения – масло шалфея мускатного, масло мяты, масло гвоздичное, аллантоин, тимол и фенилсалицилат. Предотвращает и устраняет симптомы воспаления полости рта, способствует ускорению регенерации поврежденной ткани десен и слизистой оболочки полости рта, ускоряет процесс заживления после хирургического вмешательства. Не нарушает естественную микрофлору полости рта. Легко и равномерно наносится на поверхность десны. Преимуществом геля является возможность локального нанесения на воспаленный участок [4].

Таким образом, фитотерапия является одним из перспективных направлений в современной стоматологии, так как фитопрепараты оказывают мягкое комплексное воздействие на организм в целом, не токсичны, не аллергичны, могут быть использованы во всех возрастных группах. Они эффективны в профилактике и при длительном лечении, а также могут явиться достойной альтернативой антибактериальным препаратам. Как было сказано выше, оральные антисептики составляют основу медикаментозного лечения пародонтита. Тем не менее, несмотря на высокую эффективность современных оральных антисептиков, результаты их использования часто являются недостаточными. По всей видимости, это связано с относительным дефицитом противовоспалительного и репаративного действия у препаратов этой группы. Помимо этого,

продолжают иметь место случаи осложнений, таких как кандидоз, местная аллергия и атрофические изменения слизистой. Это детерминирует необходимость дальнейшего поиска в направлении новых антисептиков или создания рациональных комбинаций классических антисептиков между собой или с препаратами альтернативных им фармакологических групп. В частности, среди последних обращают на себя внимание получившие в последнее время значительную популярность многокомпонентные препараты растительного происхождения. Однако детализированных статистических исследований в этих направлениях до настоящего времени практически не проведено. Несмотря на использование различных методов, эффективность применения комплексного лечения пародонтита остается недостаточно высокой, поэтому многими специалистами ищутся новые способы лечения. Таким образом, несмотря на значительные достижения современной стоматологии, проблема лечения ХП целом остается актуальной. Анализ данных по этой теме показал, что, большее количество результатов лечения, отличных от желаемого уровня, связано именно с несовершенством терапевтического компонента лечения. Совокупность выявленных обстоятельств выявила объективно существующую «проблемную зону» в сфере современной пародонтологии – необходимость совершенствования терапевтического этапа лечения при пародонтите. Практически полная неосвещенность в известных работах таких аспектов, как интегральная статистическая оценка эффективности базисных препаратов, разработка оптимизированных терапевтических программ, целесообразность использования и реальное место фитопрепаратов в составе лечения, доказали целесообразность и научно-практическую значимость проведения настоящего исследования.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Бачимова К. К. Разработка и клиничко-лабораторное обоснование применения стоматологической пленки «Диплен КЛ» при лечении хронического пародонтита: специальность 14.00.21 «Стоматология», 03.00.07. «Микробиология»: автореф. к.м.н., Центральный научно-исследовательский институт стоматологии МЗ РФ. Москва. 2004. 30с.
2. Богданова В. О., Свиринов В. В., Ардатская М. Д. Клинические возможности использования метаболитов микрофлоры в диагностике и лечении воспалительных заболеваний пародонта. Стоматология для всех. 2009. № 4. С. 46-50.
3. Большедворская Н. Е., Казанкова Е. М., Белозерцева О. П. Принципы лечения воспалительного процесса в пародонте. Научный альманах. 2016. Т. 18, № 4-3. С. 294-297.
4. Борисова Э.Г., Ковалевский А.М., Потоцкая А.В., Подберёзкина Л.А., Шарафутдинова Д.О. Возможности применения физических методов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) (часть I). Институт стоматологии. 2018. № 4 (81). С. 84-86.
5. Булгакова А. И., Зубаирова Г. Ш., Медведев Ю. А. Клиничко-иммунологические аспекты лечения хронического генерализованного пародонтита. Уфа. 2008. 117 с.
6. Гаффоров С.А. Методы обследования болезни пародонта. Учебно-методик. работа утверждён Минздраву от 27.04. 2000.. Бухара-2000.
7. Гаффоров С.А., Бекметов.М.В., Агзамхужаев С.С., Жуматов У.Ж. Профессиональное заболевание слизистой оболочки полости рта и губ. Монография. Редакция Абу Али ибн Сино. 335 с. Ташкент-2004.
8. Гаффоров С.А., Косимова Г.В., Олимов С.Ш., Фазилова Г.Ф. Анатомогистологическое строение тканей пародонта и его физиологические особенности. Учебно-методик. работа утверждён МинЗдравРУз от 13.11.08г. Ташкент-2008.

9. Гаффоров С.А., Назаров У.К., Гаффорова С.С., Ахророва Ш.И. Клиническая характеристика и диагностика хронического генерализованного пародонтита у больных дисплазией соединительной ткани. *Российский стоматологический журнал*. Vol. 26 (3) 2022. С.219-229 DOI: <https://doi.org/10.17816/1728-2802-2022-26-3-219-228>.
10. Гаффоров С.А., Шайматова А.Р., Шамсиева М.О. Обзорный анализ стоматологического статуса детей и подростков, страдающих различными формами дисплазии соединительной ткани. *IDMFS "Integrative dentistry and maxillofacial surgery"*, 26-38 стр. 2022. ISSN 2181-3574. 2022.1.2.004 <https://doi.org/10.57231/j.idmfs>.
11. Гаффоров С.А., Шукурова У.А., Гаффорова С.С., Бадриддинов Б.Б. Выборы пломбировочного материала и влияние их биохимическую и иммунной-микробиологического состояние ткани и состава жидкости ротовой полости. «Тиббиётда янги кун» науч-практ журн» №3. 77-81 с. Бухара-2019
12. Горбатова Е.А., Ломецкая Т. Н., Мануйлов Б. М. Отечественные препараты из растительного сырья в комплексном лечении заболеваний пародонта. *Институт стоматологии*. 2000. Т. 6, № 1. С. 32-33.
13. Грудянов, А. И., Фоменко Е. В. *Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта*, Москва, 2010. 96 с.
14. Куклина Е. А. Клинико-цитологические параллели при начальных формах поражения пародонта: специальность 14.00.21 «Стоматология»: диссер. к.м.н., Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко. Воронеж, 2000. 150 с.
15. Мельничук Г. М. Лечение хронического генерализованного пародонтита с применением средств природного происхождения. *Стоматология нового тысячелетия: сборник научных трудов*. Москва, 2002. С. 33-34.
16. Романенко И. Г., Кекош Е. А. Роль факторов внешней и внутренней среды в развитии и течении хронического генерализованного пародонтита. *Крымский терапевтический журнал*. 2016. № 4. С. 19-22.
17. Рунова Г. С., Соловьева О. В. Клинико-лабораторное обоснование применения 25% геля метронидазола для лечения пародонтита. *Пародонтология*. 2008. Т. 46. № 1. С. 66-69.
18. Соловьева О. В. Эффективность комплексного лечения больных хроническим пародонтитом с местным применением новых форм антибактериальных препаратов пролонгированного действия: специальность 14.00.21 «Стоматология», 03.00.07 «Микробиология»: дисс. к.м.н., Центральный научно-исследовательский институт стоматологии. Москва. 2005. 117 с.
19. Усов Л. А., Усова Н. Ф. *Фармакотерапия заболеваний пародонта*. Иркутск. 2011. 30 с.
20. Успенская О. А., Качесова Е. С. Повышение эффективности местного медикаментозного лечения быстро прогрессирующего пародонтита. *Кафедра. Стоматологическое образование*. 2017. № 59. С. 28-30.
21. Цепов Л. М., Николаев А. И., Нестерова М. М. Множественные хронические системные заболевания и патология пародонта. *Пародонтология*. 2019. Т. 24. № 2. С. 127-131.
22. Bodet C., Chandad F., Grenier D. Pathogenic potential of *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* and *Tannerella forsythia*, the red bacterial complex associated with periodontitis. *Pathologie Biologie*. 2007. Vol. 55. P. 154- 162.
23. Higashi Y. Periodontal infection is associated with endothelial dysfunction in healthy subjects and hypertensive patients. *Hypertension*. 2008. Vol. 51, № 2. P. 446-453.

24. Papapanou P.N., Sanz M., Buduneli N., Dietrich T. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*. 2018. Vol. 89, № 6. P. 173-182.