

Date: 7th February-2026

УРОВНИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТИТОМ.

Бекмуратова Гулноза Дилмуродовна

bekmuratova.gulnoza@mail.ru

Бухоро давлат тиббиёт институти

Аннотация. Для хронического пародонтита характерно наличие десневых карманов с изъязвлением эпителия, выстилающего карманы, образование плотного инфильтрата из лимфоцитов, плазматических клеток, макрофагов и переменного количества нейтрофилов. Одновременно наблюдается уменьшение количества коллагена при явлениях фиброза, разрушение нормальной структуры соединительной ткани, прилежащей к корню зуба, а также остеокластическое рассасывание и деструкция альвеолярной кости и корня зуба с циклическим или беспорядочным течением процесса.

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

В соответствии с этими патологическими изменениями матрикса соединительной ткани дёсен, и переходный эпителий и эпителий карманов сильно ослабевают, связь тканей десны и зуба разрывается, а эпителиальный барьер утрачивается, что ещё больше усиливает воспаление. Начиная с этого момента, усиливается рост и развитие поддесневых бактериальных бляшек. Переходный эпителий сдвигается в апикальном направлении, что соответственно углубляет карман. Бактерии теперь начинают активно внедряться в ткани пародонта, вызывая дальнейшую ответную реакцию хозяина [1,5].

При своевременном удалении бактериального фактора воспаление идёт на убыль: существенно уменьшается количество нейтрофилов и других «клеток воспаления», восстанавливается структура соединительной ткани, эпителиальный барьер и в том числе – переходный эпителий. Воспалительные заболевания пародонта – гингивит и пародонтит являются единым процессом, который развивался постепенно в начальные годы (от периода детства и до 25-30 лет) ещё не приводит к нарушению зубо-десневого соединения, что расценивается как гингивит разной степени тяжести. С появлением пародонтального кармана стадия процесса расценивается как пародонтит, при котором происходят более глубокие (в анатомическом и функциональном плане) изменения [3].

Гингивит – первоначально локализованное, а позднее генерализованное воспаление слизистой оболочки альвеолярного отростка десны. При этом характерно наличие мягкого (неминерализованного) зубного налёта, пищевых частиц и редко – зубного камня. Тяжесть процесса в десне прямо пропорциональна степени гигиены полости рта. Нередко сочетание гингивита с кариесом в стадии пятна (очаговая деминерализация эмали) в пришеечной области. Как правило, наблюдается



Date: 7th February-2026

отёчность и воспалительная инфильтрация десны, иногда с признаками пролиферации в области десневых сосочков. Типична повышенная кровоточивость и болезненность при контакте с десной. Общее состояние больных не нарушено, кроме случаев общей интоксикации больных. При гингивите любой тяжести отсутствует пародонтальный карман, подвижность зуба и признаки резорбции костной ткани альвеолярного отростка[5].

Тяжесть гингивита: для лёгкой степени характерно поражение межзубной десны, для средней – межзубной и маргинальной десны, для тяжёлого – поражение всей десны, включая альвеолярную. Локализованным гингивит признают, если десна поражена в области 1-2-3 зубов. Для генерализованного характерно поражение в области всех зубов верхней и нижней челюсти. В клинике чаще наблюдается хронический катаральный гингивит в стадии обострения. В ряде случаев острый катаральный гингивит сопровождается серозным воспалением всей слизистой оболочки полости рта, и тогда он расценивается как гингивостоматит[1,7].

Острый катаральный гингивит: сильный отёк десны обуславливает блеск и натянутость эпителия, сопровождаемое болезненностью и кровоточивостью при касании. Острый катаральный гингивит нередко проявляется при острой интоксикации (солями висмута, ртути, свинца). Хронический катаральный гингивит обычно мало беспокоит больных, они редко обращаются к врачу из-за слабой выраженности и непостоянства симптомов воспаления[3,6].

Хронический катаральный гингивит часто сопровождают такие хронические заболевания, как цирроз печени, хронический гломерулонефрит, тиреотоксикоз и микседему, а также гиповитаминоз С.

Пародонтит – следующая стадия воспаления десны, когда процесс захватывает подлежащие ткани пародонта. Он характеризуется прогрессирующей деструкцией периодонта и костных структур межзубных перегородок. Это обычно выявляется в возрасте 30-40 лет. Характерные признаки пародонтита: наличие пародонтального кармана и, помимо зубного налёта – значительные отложения наддесневого и поддесневого зубного камня; появляется подвижность зубов, их смещение, нарушение жевательной функции, тремы, травматическая артикуляция[2,8].

На рентгенограммах появляются признаки деструкции ткани межзубных перегородок с разрушением кортикальных пластинок. Отмечаются очаги пятнистого остеопороза и нечёткость контуров перегородок. У пациентов появляются признаки общего недомогания, повышенная температура тела, изменение картины периферической крови по типу неспецифических воспалительных – лейкоцитоз, увеличенное СОЭ.

Локализованный пародонтит может развиваться в области 1-2-3 зубов вследствие окклюзионной травмы, разрыва круговой связки при протезировании, введении пломбирочного материала в межзубной промежутки. При плохой гигиене полости рта возможен переход локализованного процесса в генерализованную форму. При своевременном устранении причинного фактора



Date: 7th February-2026

прогноз благоприятный – с возможной регенерацией костной ткани. Генерализованный пародонтит – воспалительное поражение всех тканей пародонта. Оно характеризуется неоднородностью поражения тканей пародонта: пародонтальные карманы различной глубины, различна и степень подвижности отдельных зубов. Даже в пределах одного зуба неравномерна резорбция костной ткани. Это приводит к раннему удалению отдельных зубов и формированию травматической окклюзии. Течение заболевания прогрессирующее, с частым обострением, абсцедированием[1,5].

Абсцессы и свищи располагаются ближе к десневому краю на фоне отёчной и гиперемированной слизистой. При этом страдает общее состояние – наблюдается головная боль, температурная реакция с общим недомоганием. Это приводит больных на приём к специалисту. При активном комплексном лечении с применением хирургического вмешательства возможна стабилизация процесса с частичной регенерацией костной ткани. Степень тяжести процесса определяется по глубине пародонтальных карманов и степени резорбции костной ткани[4].

Это определяет и величину подвижности зубов, а также и выбор тактики хирургического и ортопедического лечения. Лёгкая степень пародонтита характеризуется такими показателями: – глубина пародонтального кармана до 3,5 мм; – нет подвижных зубов; – нет смещения зубов; – индуцированная кровоточивость; – не нарушено общее состояние пациента; – рентгенологически: разволокнение или исчезновение компактной пластинки; – снижение межзубных перегородок менее 1/3 их высоты. Средняя степень пародонтита характеризуется такими показателями: – глубина пародонтального кармана до 5,5 мм; – патологическая подвижность зубов 1-2 степени; – имеется смещение зубов, тремы, диастемы; – проявляется травматическая окклюзия; – резорбция межзубных перегородок от 1/3 до 1/2 их высоты;

Для пародонтита тяжёлой степени характерно: – пародонтальные карманы более 6 мм; – подвижность зубов 2-3 степени; – зубы смещены; – значительные тремы; – выраженная травматическая артикуляция; – имеются дефекты зубных рядов; – резорбция ткани межзубных перегородок от 1/2 длины корня – до полной. Кроме того, при средней и тяжёлой степени пародонтита возможно гнойное отделяемое из пародонтальных карманов и абсцедирование. В фазе ремиссии пародонтита характерно: – десна бледно-розовая, плотно прилежит к поверхности зуба; – возможно обнажение корня зуба; – глубина пародонтального кармана может сохраняться, но при некоторых видах хирургического лечения может уменьшаться до 1-2 мм при лёгком зондировании или отсутствовать; – рентгенологически нет признаков активного течения процесса – не видны новые очаги остеопороза, не отмечается прогрессирующей убыли костной ткани; – улучшается функция жевания, дикция и эстетика[3].



Date: 7th February-2026

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.

