

ТКАНИ ПАРОДОНТА И ЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ХОЛБЕКОВ БАХТИЁР

АХМЕДОВА САОДАТ

ЭШОНКУЛОВА ДИЛФУЗА

ТУРАЕВА НИЛУФАР

АННОТАЦИЯ: К функциям ткани пародонта относятся следующие: выполняет механистатические или анатомические, распределительные, тропические и пластические задачи. Что касается самой ткани пародонта, то пародонт – это два слова (пери) – окружающий, (одонт) – означает зуб, состоит из соединения. Активная ткань вокруг зуба заполняет пародонтальное пространство между внутренними стенками челюстных костей и альвеальными растениями цементом в корневой части зуба. Воспаление пародонтита называется пародонтит.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пародонт, пародонтальный слой, стоматология, функция ткани пародонта, пародонтит, острый асептический пародонтит, острый наборный пародонтит.

Зуб – один из важных органов в организме человека, и важно иметь информацию о его строении и заболеваниях. Познакомимся со строением, свойствами и заболеваниями ткани пародонта, которая является одной из тканей зуба.

Периодонт (от латинского слова) — соединительная ткань, расположенная в щелевидном пространстве между цементом корня зуба и внутренней поверхностью альвеол. Средняя его ширина 0,20-0,25 мм. Самая узкая часть пародонта расположена в средней части корня зуба, а его ширина несколько больше в апикальном и маргинальном отделах. Развитие тканей пародонта тесно связано с эмбриогенезом и развитием зубов. Этот процесс начинается параллельно с формированием корня зуба. Рост пародонтальных волокон происходит как за счет корневого цемента, так и за счет альвеолярной кости. С начала развития волокна имеют косое направление и располагаются под углом к альвеолам и цементной ткани. Окончательное развитие пародонтального комплекса происходит после прорезывания зубов. При этом в этом процессе участвует и сама ткань пародонта. Следует отметить, что, несмотря на мезодермальное происхождение компонентов пародонта, в его нормальном формировании участвует эпителий эктодермы. Основу пародонта составляет соединительная ткань. Его основная структура – коллагеновые волокна. Они составляют основу ткани пародонта и соединяют цемент зуба с костной тканью альвеолы. Несмотря на недостаточную эластичность, волокна коллагена обеспечивают некоторую подвижность зуба в десне, которая в основном возникает за счет небольших перекручиваний в их сторону. Участки волокон альвеол, проникающие в цемент и костные ткани, называются прокалывающими волокнами Шарпея. Глубина их проникновения в цемент не превышает 3-5 см, а в альвеолярную кость он проникает до 20 см. В пародонтальной щели агрегаты коллагена из альвеолярного цемента образуют четкое промежуточное сплетение, обеспечивающее их адаптацию. Коллаген, входящий в состав пародонтальной связки, отличается своими физическими и биохимическими свойствами, но его фибриллы имеют относительно небольшой диаметр, не превышающий 55 нм. Помимо типичных коллагеновых волокон, пародонт содержит незрелые эластические окситалановые волокна.

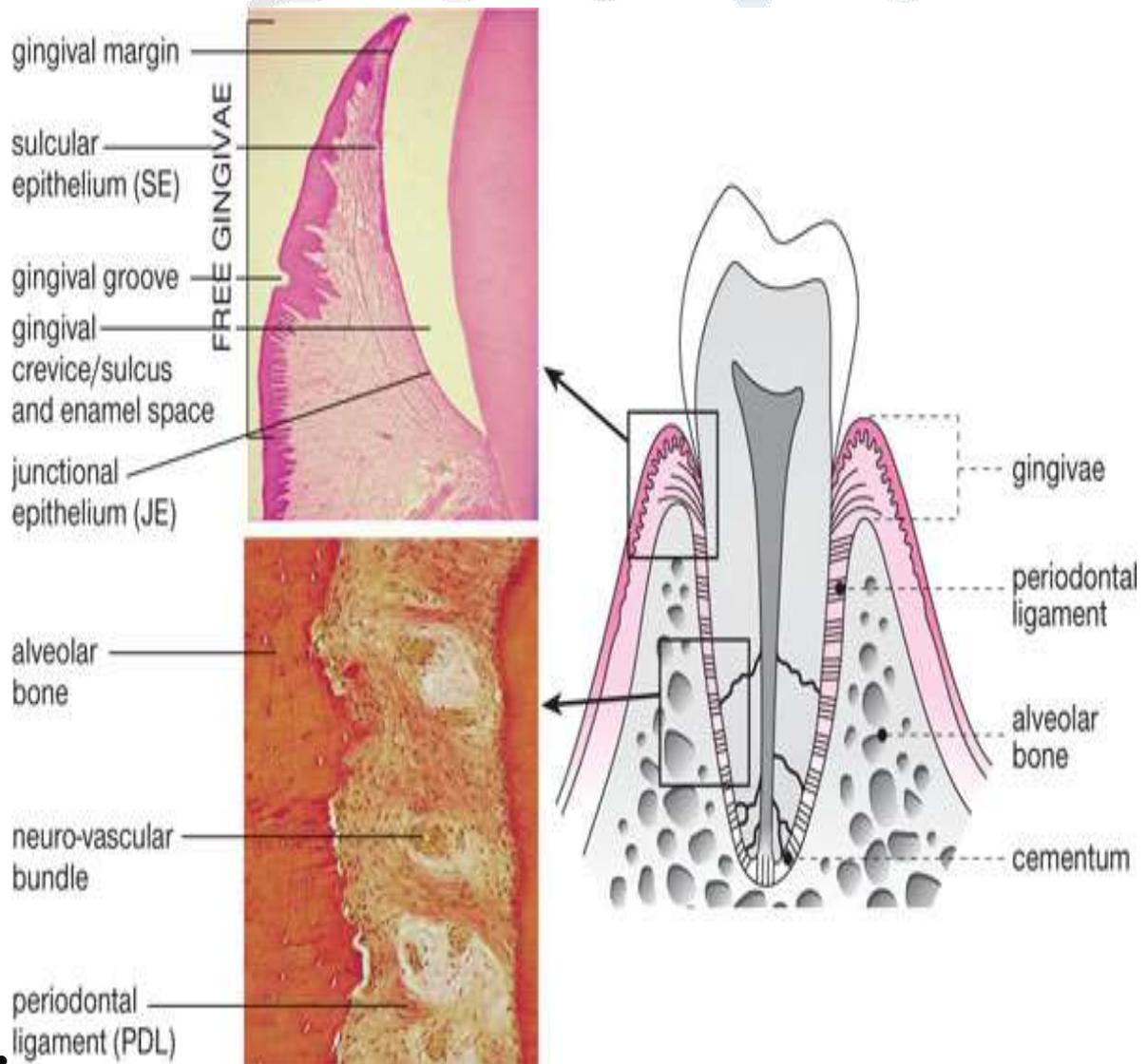
Они достигают длины нескольких мм и проходят параллельно сегменту корня побега, пересекая коллагеновые пучки под прямым углом. Эти волокна играют важную роль в регуляции и распределении кровотока. Основное вещество пародонта занимает 60% всех остальных компонентов соединительной ткани. Кроме того, около 70% гелеобразного аморфного вещества составляет вода. Основным материалом, содержащим большое количество воды, играет важную роль в процессе поглощения большого количества воды. Клеточные элементы, входящие в состав пародонта, весьма разнообразны, они представлены как стационарными, так и подвижными клетками. Они расположены вдоль коллагеновых волокон. В течение жизни некоторые из них могут дифференцироваться в стационарные клеточные элементы — фиброциты, а другие — в сократительные миофибробласты. Другую популяцию клеток составляют: цементциты и цементобласты, последние из которых непосредственно прилегают к поверхности цемента корня зуба и участвуют в построении вторичного цемента. Остеобласты располагаются на поверхности альвеол и выполняют функцию костеобразования. Кроме того, в тканях пародонта в небольших количествах обнаруживаются остеокласты, одонтокласты, макрофаги и клеточные элементы определенного отдела иммунной системы (лимфоциты и плазматические клетки). Кроме того, в маргинальной части IgA синтезируют преимущественно плазматические клетки. Помимо этих клеточных элементов, в пародонте присутствуют в небольшом количестве тучные клетки, эозинофилы и нейтрофильные лейкоциты.

- Кровоснабжение пародонта осуществляется через верхние и нижние альвеолярные артерии. Наибольшая часть артериальной крови поступает в ткань пародонта из медуллярных головок альвеолярного отростка по артериолам, через Гаверсовы и Фалькисмановы каналы, а также через ветви зубной артериолы, придающие связку к пародонту. Сосудистая сеть связочного аппарата соседних зубов интегрирована в систему, обеспечивающую возможность коллатерального кровотока.

- Характерной особенностью ткани пародонта является высокая скорость ее обновления. Это касается не только клеточного состава, но и коллагеновых волокон и основного вещества. С возрастом процессы регенерации существенно замедляются, уменьшается количество макрофагов, тучных клеток и плазматических клеток, постепенно нарастает процесс сокращения системы. Аfferентные и эfferентные волокна редуцируются. Помимо вышеперечисленного, структурная целостность пародонта обеспечивается за счет прикрепления эмали. Он представлен 10-20 многослойными клетками плоского эпителия, полное их обновление происходит за 4-8 дней. Он значительно превосходит физиологические процессы регенерации эпителиальных клеток десны и не только обеспечивает механическую защиту доступа к периферическому отделу пародонта, но и обеспечивает процессы устранения потенциальных повреждающих факторов.

- **Функции тканей пародонта:**
 - Механостатическая или анатомическая функция – удерживать зуб в альвеоле.

- • Распределение – регуляторная функция заключается в равномерном перераспределении нагрузки на зубы и альвеолярные ткани во время жевания.
- • Защитную функцию выражают компоненты пародонта, представляющие собой особый гистогематический барьер и обеспечивающие структурный и антигенный гомеостаз собственных и окружающих тканей. Эта реализация гарантируется специфическими и неспецифическими факторами.
- • Трофическая функция обеспечивается хорошо развитой сосудистой и нервной сетью.
- • Пластическая функция тесно связана с защитной функцией и обеспечивает структуру и восстановление самого пародонта и соприкасающихся с ним тканей.



В настоящее время стоматологические заболевания занимают ведущее место среди населения. Среди них есть заболевания с воспалением тканей пародонта. Воспаление тканей пародонта называется пародонтитом. Одной из распространенных его форм является острый пародонтит.

Острый пародонтит. В случае своевременного и неправильного лечения пульпита или создания в нелеченном зубе условий, способствующих проникновению инфекции в пародонтальное пространство, инфекция может распространиться на мягкие структуры кости и челюстно-лицевой области (периостит), остеомиелит, абсцессы, флегмоны) и других органов и тканей (менингит, сепсис, медиастинит и другие осложнения) с развитием опасных для жизни осложнений. Пародонтальное пространство расположено между корневым цементом и пластинкой альвеолы зуба и заполнено пучками соединительной ткани — пародонтом. По сути, эти пучки являются связочным аппаратом зуба, а весь конгломерат тканей можно считать его надкостницей. Пространство между тканями пародонта заполнено интерстициальной жидкостью, которая действует как пародонтальный амортизатор. Пародонт богат нервными окончаниями и, прежде всего, барорецепторами.

Клиническая картина. При остром серозном периодонтите люди обычно жалуются на сильную боль, в чем его отличие от острого пульпита. Из-за отека пародонта и внутрипародонтального напряжения повышается тактильная и болевая чувствительность пародонта. В связи с этим больные часто жалуются на боль в пораженном зубе противоположной челюсти, вызывающую резкую боль при закрывании рта. Такое состояние зуба опасно острым периодонтитом. При остром гнойном периодонтите более выражены местные и общие проявления заболевания. Боль усиливается, с редкими световыми промежутками. Иногда возникает лучевая боль по ходу ветвей тройничного нерва. Не только удар инструментом по зубу, но и легкое прикосновение вызывает резкую боль. В результате гнойного растворения соединительного аппарата зуб становится подвижным. Острый гнойный пародонтит иногда сопровождается побочным отеком мягких тканей лица и гиперемией десны в области больного зуба. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. Ухудшается общее самочувствие больных, появляется общая слабость, нарушается сон. Больные отказываются от еды из-за острой боли при жевании. Температура тела часто повышается до 37,5-38 С. В анализе крови выявляют повышение СОЭ до 15-30 мм/с, увеличение количества лейкоцитов, что свидетельствует об общей реакции организма. Без специального лечения воспалительный процесс может закончиться лишь выделением экссудата из области пародонта. Есть несколько выходов.

Наиболее благоприятным исходом острого пародонтита является формирование связи очага воспаления с полостью зуба через корневой канал. Из источника воспаления гной может распространиться в другом направлении. Так, через перфорантный (Фолькман) и костный (Гаверсов) каналы из пародонта гной может попасть в костный мозг челюстной кости и при определенных условиях привести к развитию остеомиелита челюсти. — это воспалительный процесс при пародонтите, в результате которого наступает поверхностный.

Гной может распространиться на компактную костную пластинку челюсти и выйти из-под надкостницы, развивая периостит челюсти. Растворение надкостницы и проникновение бактерий в мягкие ткани, окружающие челюсть, остаются основной и наиболее частой причиной развития флегмоны на поверхности нижней челюсти. Наконец, при развитии острого пародонтита на верхней челюсти, особенно в области коренных и премоляров, при распространении и образовании гноя в пазухе верхней челюсти абсцесс

может привести к острому гаймориту. Таким образом, острый пародонтит может вызвать тяжелые осложнения, исход которых порой трудно предсказать.

Уход. Основную задачу по обеспечению выхода экссудата стоматолог решает путем открытия дренажа через канал кариозной полости зуба. Для этого специальным инструментом эвакуируют гангренозную ткань пульпы. Освобождение корневого канала от остатков пульпы создает благоприятные условия для выхода гноя из периодонтальной щели, что предотвращает распространение гноя в наиболее опасном направлении. Вероятность развития осложнений после лечения при пародонтите сводится к минимуму. При отсутствии стоматолога мероприятия по профилактике осложнений острого пародонтита должен проводить другой врач. Создание условий для выхода экссудата через корневой канал зуба требует не только специальных инструментов, но и особых навыков, поэтому любой врач любого профиля должен удалить больной зуб как единственно целесообразную меру. После удаления зуба широкий контакт источника воспаления с полостью рта создает оптимальные условия для ликвидации воспалительного процесса. Поскольку иногда это происходит очень быстро и остро, зуб удаляют в экстренном порядке, чтобы предотвратить воспалительные процессы. Если в пораженном зубе имеется явный отек мягких тканей, десны и переходных складок, то для предотвращения развития периостита необходимо хирургическое лечение надкостницы, несмотря на удаление зуба.

Вывод

Чтобы ткань пародонта была здоровой и могла выполнять свои задачи, необходимо следить за чистотой зубов, не употреблять алкоголь и табачные изделия, а также употреблять больше продуктов, содержащих витамины и минералы, обеспечивающие прочность тканей.

Пародонтит возникает в результате пренебрежительного отношения человека к своим зубам. Если вы не хотите преждевременно потерять свои естественные зубы и стать клиентом стоматолога-ортопеда, позаботьтесь о своем здоровье. Кровоточивость десен, отек, подвижность зубов – симптомы пародонтита. Своевременное лечение пародонтита способствует раннему появлению осложнений и красивой улыбке пациента.

Литература:

1. https://meduniver.com/Medical/stomatologia/anatomia_periodonta.html
2. Stomatologiya akademik tomonidan tahrirlangan . RAMS N.N . Bajanova . 2008-yil.
- 3 . Zufarov .K . A.Gistalogiya : darslik – Toshkent ,2005 –y.
- 4 . To'xtayev . Q . R . Gistalogiya .