

**ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ
ПЕРИОДОНТА ПРИ ЧАСТИЧНОМ
ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ**

Коцюра Ю.И., Пискур В.В., Борунов А.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. В последнее время, в связи с недостаточной информативностью органолептических и лучевых методов исследования, всё чаще используются методы функциональной диагностики. Широкое применение метода реографии объясняется целым рядом его преимуществ: применение современной электронной аппаратуры, последующая математическая расшифровка реограммы,

позволяющая определить степень поражения ткани, полноценность последней, определение прогноза и эффективности проведенного лечения.

Цель работы – исследовать гемодинамику периодонта при частичном отсутствии зубов.

Объекты и методы. Под наблюдением находилось 20 человек с интактным периодонтом и неповреждённым зубным рядом (контрольная группа), а также 130 пациентов, которые были подразделены на две группы: 1) с интактным периодонтом зубов, ограничивающих дефект - 75 человек; 2) с деструктивными процессами в периодонте до 1/4 длины корня - 55 человек. При качественном и количественном анализе реопародонтограмм (РПГ) определено влияние нарушения целостности зубного ряда на гемодинамическое состояние исследуемого участка периодонта.

Результаты. Данные об изменении показателей РПГ в зависимости от протяженности дефекта у пациентов первой группы представлены в табл. 1.

Таблица 1
Изменения показателей РПГ в зависимости от протяжённости дефекта у пациентов 1-й группы

Дефект	РИ	Р	ПТС	Р	ИЭ	Р	ИПС	Р
1 зуб	0,317±0,02	<0,01	17,73±0,8	<0,02	93,9±3,2	<0,05	93,7±3,6	<0,01
2 зуба	0,328±0,025	<0,02	19,99±1,2	<0,05	96,4±2,3	<0,02	99,1±3,6	<0,01
3 зуба	0,287±0,013	<0,05	22,04±1,8	<0,05	98,5±3,5	<0,05	120,7±3,7	<0,05

Изменение показателей РПГ в зависимости от протяженности дефекта у пациентов второй группы представлено в табл. 2.

Таблица 2
Изменения показателей РПГ в зависимости от протяжённости дефекта у пациентов 2-й группы

Дефект	РИ	Р	ПТС	Р	ИЭ	Р	ИПС	Р
1 зуб	0,27±0,01	<0,01	23,2±1,9	<0,02	97,1±0,8	<0,01	98,2±2,6	<0,01
2 зуба	0,27±0,01	<0,01	23,9±1,3	<0,01	98,2±2,8	<0,02	99,6±2,1	<0,01
3 зуба	0,26±0,01	<0,01	25,2±1,9	<0,05	103,3±3,1	<0,05	121,2±2,9	<0,02

Анализируя данные таблиц приходим к выводу, что значительное влияние на качественные и количественные характеристики реограмм оказывает протяженность дефекта, зубного ряда. С её увеличением углубляются патологические изменения в сосудистом русле периодонта зубов, ограничивающих дефект. Увеличение дефекта приводит к появлению недогруженных участков в зубных рядах и, наоборот, перегруженных.

Значительные изменения на реограммах вызывает изменения окружающих тканей. Наличие патологических процессов в маргинальном периодонте сказывается на функциональной реактивности сосудов всего периодонта.

При начальных стадиях поражения периодонта ещё сохраняются все элементы реоволны, хотя и значительно изменяются. Происходит сглаживание инцизурного комплекса, стойкое перемещение его в верхнюю часть нисходящей волны, что свидетельствует о нарушении венозного кровотока, изменении эластичности сосудов, повышении тонуса сосудистых стенок, повышении периферического сопротивления сосудов. Нарушение микроциркуляции на начальной стадии воспалительного процесса заключается в увеличении притока крови с одновременным замедлением её эвакуации, что проявляется в переполнении поверхностно лежащих сосудов слизистой оболочки десны, их деформации с повышением температуры в очаге воспаления.

Расшифровка показателей реопародонтографии у пациентов с начальной стадией поражения периодонта свидетельствует о снижении общего объёма кровотока. Это объясняется постепенным исчезновением компенсаторных возможностей сосудистого русла периодонта зубов, ограничивающих дефект. С появлением деструктивных изменений в тканях периодонта, наблюдается снижение резервных возможностей его, что распространяется и на сосудистую систему. Об этом свидетельствуют данные обследования 2-й группы пациентов, показывающие снижение суммарного уровня кровотока. Полученные результаты указывают на начинающееся исчерпывание компенсаторных возможностей в результате патологической перестройки рецепторного аппарата, регулирующего региональную гемодициркуляцию.

Можно предположить, что в области дефекта имеет место недогрузка тканей периодонта. Уменьшение её оставляет в силе действие нейрогенного компонента регуляции тонуса сосудов, каковым является контроль со стороны вазоконструкторных волокон шейного симпатического нерва. Видимо, повышение тонического напряжения сосудистых стенок при дефектах зубных рядов обусловлено снижением действия фактора, расслабляющего его.

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод о значительном влиянии нарушений целостности зубных рядов на изменение функциональной нагрузки при жевании, что, в свою очередь, оказывает влияние на местную гемодинамику периодонта. Интенсивность этих нарушений возрастает при наличии патологических изменений в тканях периодонта. Для профилактики развития патологического процесса необходимо проведение комплекса

терапевтических мероприятий, основным из которых должно быть равномерное распределение действия жевательных сил, что позволит стабилизировать функциональное состояние сосудов периодонта у зубов, ограничивающих дефект.