

სალექციო კურსი:

პაროდონტისა და პერი-იმპლანტის  
დაავადებათა და მდგომარეობების  
კლასიფიკაცია და ძირითადი ცნებები  
( ამსტერდამი 2)

ავტორი : მარიამ გოგოტიშვილი  
ფრიდონ ჯაფარიძე  
მზია ბაქრაძე

## ძირითადი ცნებები პაროდონტოლოგიაში

ატროფია ძვლის – არის მთლიანი ძვლის ან მისი გარკვეული ნაწილის ზომაში შემცირება.

ბიოლოგიური სივრცე - სუპრაკრესტალური შემაერთებელქსოვილოვანი მიმაგრება - Supracrestal connective tissue attachment – (SCTA) არის უბანი ალვეოლური მორჩის მწერვალიდან კბილ-ღრძილოვანი ნაპრალის ფსკერამდე. ის ჰისტოლოგიურად შედგება ეპითელიური მიმაგრებისა (JE) და შემაერთებელქსოვილოვანი მიმაგრებისაგან (CTA).

ბიოტიპი - ორგანოთა ერთობრიობა, რომელთაც აქვთ ერთნაირი სპეციფიკური გენოტიპი.

გადაჭარბებული ოკლუზიური ძალა - ეს არის ძალა რომელიც აღემატება პაროდონტის მიმაგრების აპარატზე მოქმედ დასაშვები ძალის სიდიდეს და შეუძლია გამოიწვიოს ოკლუზიური ტრავმა, კბილების ცვეთა ან დაკარგვა.

დესტრუქცია – არის ძვლოვანი ქსოვილის რღვევა და მისი ჩანაცვლება პათოლოგიური ქსოვილით. რეტენოგრამაზე დესტრუქციის კერა გამოიხატება არამკვეთრი კონტურებით.

დესტრუქციის ხარისხი – განისაზღვრება მინანქარ-დულაბის საზღვრიდან პაროდონტული ჯიბის ყველაზე ღრმა წერტილამდე.

დისტროფია ძვლოვანი ქსოვილის სკლეროზული გადაგვარებაა, რომელიც ხშირად შეუღლებულია ოსტეოპოროზთან.

ეპითელიური მიმაგრება - Epithelial attachment - EA - ეწოდება ადგილს, სადაც ღრძილის ეპითელიუმში უმაგრდება მინანქარს. ამ მიდამოში ეპითელიუმს ეწოდება შემაერთებელი ეპითელიუმი - connective epithelium – CE.

კბილის ნადები არის მიკრობების, საჭმლის ნარჩენების, ჩამოფცქვნილი ეპითელიუმის კონგლომერატი, რომელიც მჭიდროდ ეკვრის კბილის ზედაპირს.

კბილ-ღრძილოვანი ნაპრალის ეპითელიუმი - Sulcular epithelium - SE. მრავალ შრიანი ბრტყელი ეპითელიუმი და ამოფენს ღრძილოვან (კბილღრძილოვან) ნაპრალს. მას ასევე უწოდებენ ღაროვან (ნაპრალოვან) ეპითელიუმს.

კბილ-ღრძილოვან შეერთება ანუ პაროდონტული კავშირი, კლინიკური მიმაგრება - Clinical attachment – CA - ფუნქციური კომპლექსია, რომელსაც წარქმნის ეპითელიური მიმაგრება და ღრძილის ბოჭკოები.

კლინიკური მიმაგრების დანაკარგი ანუ კბილ-ღრძილოვან შეერთების დანაკარგი - Clinical attachment loss – CAL ისაზღვრება მილიმეტრებში და არის მანძილი მინანქარ-დულაბის

მიმაგრებიდან (CEJ) პაროდონტული ნაპრალის ან ჯიბის ფსკერამდე . პაროდონტიტის დროს რეცესიის არ არსებობისას ზონდირების სიღრმე (PD) და კლინიკური მიმაგრების დანაკარგი (CAL) თითქმის ერთმანეთის ტოლია. რეცესიის დროს CAL ტოლია ზონდირების და რეცესიის სიღრმის ჯამის.

კბილის ქვა წამოიქმნება მიკრობული ყაეთნის გაკირვის შედეგად. ყაეთნის გასაკირად აუცილებელი მინერალური კომპონენტებია ნერწყვისა და ღრძილოვან სითხეშია. ღრძილზედა ქვა მოთავსებულია ღრძილის კიდის ზემოთ, ღრძილქვეშა კი - მარგინალური ღრძილის ქვეშ და ღრძილის ჯიბეში.

მინანქარ-დულაბის შეერთება - Cemento Enamel Junction – CEJ - უბანი, სადაც მინანქარი უკავშირდება დულაბს. განარჩევენ შეკავშირების სამ ტიპს:

- A. პაციენტების 60-65%-ს შეკავშირების ადგილზე მინანქარს ზევიდან ეფარება დულაბი.
- B. 30%-ს დულაბი და მინანქარი პირდაპირ აქვთ შეკავშირებული.
- C. 5-10%-ს მინანქარი და დულაბი ერთმანეთთან არ აქვს შეკავშირებული, რის გამო დენტინი ღია რჩება.

**პაროდონტი (parodontium)** ერთმანეთთან გენეტიკურად, ფუნქციურად და მორფოლოგიურად დაკავშირებული ქსოვილების კომპლექსია, რომელიც აერთიანებს ღრძილს, კბილის დულაბს, პერიოდონტს და ალვეოლური მორჩის ძვლოვან ქსოვილს. მათ სისხლმომარაგების და ინერვაციის საერთო სისტემა აქვთ.

**პაროდონტოლოგია** - სტომატოლოგიის ნაწილია, რომელიც შეისწავლის კბილისა და იმპლანტის ირგვლივ მდებარე ქსოვილების დაავადებათა დიაგნოსტიკას, პროფილაქტიკასა და მკურნალობას.

პაროდონტული ჯიბის სიღრმე - მანძილია ღრძილის კიდიდან ჯიბის ყველაზე ღრმა წერტილამდე. ჯიბის სიღრმის განსაზღვრა - Periodontal Probing Depth – Ppd.

რეცესია - პათოლოგიური მდგომარეობაა, რომლის დროსაც ღრძილის კიდე გადანაცვლებულია მინანქარ-დულაბის საზღვრიდან ფესვის მწვერვალისაკენ, რის გამოც იზრდება კლინიკური გვირგვინის სიმაღლე.

საფეხური ცერვიკალურ მიდამოში - STEP - ფესვის ზედაპირზე ცერვიკალურ მიდამოში სხვადასხვა მდებარეობისა და ზომის ხილული ჩაღრმავებაა, რომელიც - 0,55 მილიმეტრია.

სუპრაკრესტალური შემაერთებული ქსოვილიანი მიმაგრება - SCTA – Suprakrestal connective tissue attachment - უბანი ალვეოლური მორჩის მწვერვლიდან ღრძილოვანი ნაპრალის ფსკერამდე. ტერმინი „ბიოლოგიური სივრცე“ შეიცვალა ტერმინით „სუპერკრესტალური შემაერთებული

ქსოვილოვანი მიმაგრება“. ოკლუზიური ტრავმა - არის გადაჭარბებული ოკლუზიური ძალის გამოყენების შედეგად მიღებული დაზიანებები მიმაგრებია აპარატში. ოკლუზიური ტრავმა შესაძლოა შეგვხვდეს როგორც ინტაქტურ პაროდონტზე, ასევე განლეულზე.

პირველადი ოკლუზიური ტრავმა - აერთიანებს გადაჭარბებული ოკლუზიური ძალია მოქმედების შედეგად კბილის ან კბილთა ჯგუფის დაზიანებებს ინტაქტურ პაროდონტზე.

მეორადი ოკლუზიური ტრავმა - აერთიანებს გადაჭარბებული ოკლუზიური ძალის მოქმედების შედეგად კბილის ან კბილთა ჯგუფის დაზიანებებს განლეულ პაროდონტზე.

ფენოტიპი - გარემოს და გენეტიკური ფაქტორების ზემოქმედებით განპირობებული ორგანოს კონკრეტული სახე.

ღრძილი - (gingiva) პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია. კლინიკურად განარჩევენ კბილთაშორის და ალვეოლურ ღრძილს.

- კბილთაშორისი ღრძილი, კბილთაშუა ეწოდება ღრძილს, რომელიც მოთავსებულია ორ მეზობელ კბილს შორის და შედგება ლოყა-ტუჩისა და ენისმხრივი დვრილებისაგან. მას აქვს სამკუთხედის ფორმა, რომლის მწვერვალი მიმართულია საჭრელი (საღეჭი) ზედაპირისკენ. დიასთემებისა და ტრემების არსებობისას კბილთაშუა დვრილი კარგავს სამკუთხა ფორმას და ბრტყელდება.
- ალვეოლური ღრძილი შედგება თავისუფალი (მარგინალური) და მიმაგრებული (ალვეოლური) ღრძილისაგან:
- თავისუფალი ღრძილი (მარგინალური) ეკვრის კბილის ყელს, არ არის კბილთან უშუალოდ მიმაგრებული და წარმოქმნის ღრძილოვანი ნაპრალის კედელს.
- მიმაგრებული ღრძილი (ალვეოლური) ფარავს ალვეოლურ მორჩს.

ღრძილოვანი (კბილ-ღრძილოვანი) ნაპრალი - Givgival sulcus –GS წარმოადგენს დაახლოებით 0,5 მმ სიღრმის ნაპრალისებრ სივრცეს, რომელიც გარს აკრავს კბილს, იგი ამოფენილია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით და არის სტრატეგიული ზონა, სადაც გამოვლინდება პაროდონტის პათოლოგიის დაწყებითი სიმპტომები.

ღრძილოვანი სითხე - Gingival crevicular fluid – GCF - მოთავსებულია ღრძილოვან ღარში და წარმოიქმნება ეპითელიური მიმაგრების ზონაში სისხლძარღვთა მომატებული განელადობის გამო.

ჯიბე - პაროდონტოლოგიაში განასხვავებენ ღრძილოვან, პაროდონტულ, ძვლოვან და ცრუ ჯიბეებს:

- ღრძილოვანი ჯიბე - Gingival pocket – GP - განლაგებულია ღრძილის საზღვრებში. იგი წარმოიქმნება ანთების გამო, რომელიც იწვევს ღრძილის ნაპრალის გაღრმავებას. ეს არის სივრცე ანთებად ღრძილსა და კბილს შორის, როდესაც კბილ-ღრძილოვანი შეერთება არ არის დარღვეული.
- პაროდონტული ჯიბე - Periodontal pocket – PP - წარმოიქმნება პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის რღვევის შედეგად. ეს არის სივრცე ღრძილსა და კბილს შორის, როდესაც კბილ-ღრძილოვანი შეერთება დარღვეულია.
- ძვლოვანი ჯიბე - ვითარდება ძვალში ღრმა პროცესების შედეგად. ეს არის სივრცე კბილის ფესვსა და დესტრუქციულ ძვლოვან ქსოვილს შორის.
- ცრუ ჯიბე ყალიბდება ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს. იგი სივრცეა ჰიპერტროფულ ღრძილსა და კბილის კედელს შორის. კბილ-ღრძილოვანი შეერთება დარღვეული არ არის.

### რეცესიის კლასიფიკაცია ( Cairo et al)

კაიროს ( Cairo et al) მიერ შემოთავაზებულია რეცესიის ახალი კლასიფიკაცია, რომელსაც საფუძვლად უდევს ინტერდენტალური კლინიკური მიმაგრების დონის კბილ-ღრძილოვანი კავშირის ( interdental clinical attachment level – CAL) განსაზღვრა.

რეცესია ტიპი 1 (RT1): ღრძილის რეცესია ( REC) აპროქსიმალური (interproximal attachment ) მიმაგრების დარღვევის გარეშე. აპროქსიმალურად კბილის მედიალურად და დისტალურად მინანქარ-დულაბის კავშირი (CEJ) არ ჩანს.

რეცესია ტიპი 2 ( RT2): ღრძილის რეცესია (REC) აპროქსიმალური მიმაგრების (CAL) დანაკარგით, რომელიც ტოლია ან ნაკლებია ვესტიბულურად მიმაგრების (CAL) დანაკარგზე.

რეცესია ტიპი 3 (RT3): ღრძილის რეცესია (REC) აპროქსიმალური მიმაგრების (CAL) დანაკარგით, რომელიც მეტია მარგინალური ( ვესტიბულურად) მიმაგრების დანაკარგზე.

აპროქსიმალური მიმაგრების დანაკარგი იზომება აპროქსიმალურად მინანქარ-დულაბის კავშირიდან ჯიბის სიღრმემდე.

მარგინალური (ვესტიბულურად) მიმიმაგრების დანაკარგზე იზომება ვესტიბულურად მინანქარ-დულაბის კავშირიდან მარგინალური ღრძილის ყველაზე აპიკალურ წერტილამდე.

კაიროს კლასიფიკაცია არის მკურნალობაზე ორიენტირებული კლასიფიკაცია, RT1-ის დროს შესაძლებელია ფესვის დაფარვა 100%-ით. RT2 ლიმიტირებული ინტერდენტალური მიმაგრების დანაკარგის შემთხვევაში შესაძლებელია ფესვის დაფარვა 100%-ით სხვადასხვა ტექნოლოგიების გამოყენებით. RT3 ფესვის სრულად დაფარვა შეუძლებელია.

## გამოკვლევის მეთოდები პაროდონტოლოგიაში

### ზონდირება

#### ზონდირებით დგინდება:

ზონდირების სიღრმე - Probing depth – PD - ისაზღვრება მილიმეტრებში და არის მანძილი ღრძილის კიდეა და პაროდონტული ნაპრალის ან ჯიბის ფსკერამდე.

კლინიკური მიმაგრების დანაკარგი ანუ კბილ-ღრძილოვანი შეერთების დანაკარგი - Clinical attachment loss – CAL - ისაზღვრება მილიმეტრებში და არის მანძილი მინანქარ-დუღაბის კავშირიდან ( CEJ) პაროდონტული ნაპრალის ან ჯიბის ფსკერამდე. პაროდონტიტის დროს რეცესიის არარსებობისას ზონდირების სიღრმე (PD) და კლინიკური მიმაგრების დანაკარგი (CAL) თითქმის ერთმანეთის ტოლია. რეცესიის დროს - CAL ტოლია ზონდირების და რეცესიის სიღრმის ჯამის.

ღრძილის ზომაში გადიდება - თუ CEJ დაფარულია ზომაში გადიდებული ღრძილით, იზომება ღრძილის კიდეა და CEJ შორის.

ღრძილის სისქის განსაზღვრა - ზონდის ხილვადობის სინჯი : ზონდს ვათავსებთ კბილ-ღრძილოვან ღარში ვერტიკალურად ვესტიბულური მხრიდან. თხელია ბიოტიპი თუ გამოსჭვივის ზონდი ( ღრძილის სისქე 1 მმ). სქელი ბიოტიპი არ გამოსჭვივის ( ღრძილის სისქე 1 მმ).

რეცესიის სიღრმე (RECF) - ისაზღვრება მანძილი მინანქარ-დუღაბის საზღვრიდან (CEJ) ღრძილის კიდეამდე.

სისხლდენა ზონდირებისას - Bleeding on Probing – Bop გამოსათვლელად ზონდირებისას სისხლდენი მიდამოების რაოდენობა : გამოკვლეული მიდამოების რაოდენობაზე  $X100=%$ .

აღნიშნული პარამეტრი მეტად მნიშვნელოვანია. ზონდირებისას სისხლდენის არარსებობა ითვლება კლინიკურად ჯანმრთელ დგომარეობად.

ზონდირება ტარდება კბილის 6 წერტილში: დისტალურად, ცენტრალურად და მედიალურად, როგორც ორალური, ისე - ვესტიბულური მხრიდან. მოსახერხებელია თავიდან პარამეტრები დარეგისტრირდეს კბილის ვესტიბულურ ზედაპირებზე, ხოლო შემდეგ - ორალური მხრიდან. ასეთი მიდგომა ამცირებს მანიპულაციის დროს და უადვილებს ასისტენტს პაროდონტულ რუქაში მონაცემების შეტანას.

სისხლის ინდექსი PBI (Papilla bleeding index) - ამ ინდექსით ხდება სისხლდენის ხარისხის განსაზღვრა. მიღებული შედეგი ფასდება კბილთაშორისი ღვრილის ზონდირებიდან 30 წამის განმავლობაში:

- I - ხარისხი - მცირე, წერტილოვანი სისხლდენა
- II- ხარისხი - ხაზოვანი, მსუბუქი სისხლდენა დვრილის ზედა კიდესთან
- III -ხარისხი - საშუალო, გამოხატული სისხლდენა კბილთაშორისი დვრილიდან
- IV- ხარისხი პროფუზული სისხლდენა, რომელიც ვლინდება ზონდირებისთანავე.

სისხლდენა ზონდირებისას - BOP – Bleeding on Probing ( Amino, bay 1975) გამოსათვლელად ზონდირების სისხლმდენი მიდამოების რაოდენობა უნდა გაიყოს გამოკვლეული მიდამოების რაოდენობაზე  $\times 100 = \%$ . აღნიშნული პარამეტრი მეტად მნიშვნელოვანია. ზონდირებისას სისხლდენის არ არსებობა კლინიკურად ჯანმრთელ მდგომარეობად ითვლება.

#### მკურნალობის პროცესში ზონდირება ტარდება:

- პაციენტის პირველ ვიზიტზე
- ფესვის ინსტრუმენტული დამუშავების წინ (ღრმილქვეშა ნადების შესაფასებლად)
- საკონტროლო ვიზიტზე - კორსერვატული მკურნალობიდან 3 თვის შემდეგ (ეფექტურობის შესაფასებლად და მომავალში მკურნალობის დასაგეგმავად)
- საკონტროლო ვიზიტების წინ და მკურნალობის შემდეგ ( ქსოვილების მდგომარეობის შესაფასებლად და დარჩენილი ქვებისა და ნადებების აღმოსაჩენად).

#### ზონდირების მიზანია:

- პაროდონტის მდგომარეობის შეფასება
- პაროდონტული ნაპრალის ან ჯიბის სიღრმის განსაზღვრა
- დეფექტის მორფოლოგიური თავისებურებების დადგენა
- ფესვის ანატომიის შეფასება
- კბილის შენების ანომალიების დადგენა

- ფურკაციული დაზიანების რეგისტრაცია

### კლინიკური ინდექსები

კბილის ნადების ინდექსი:

- კბილის ნადების ინდექსი - PI - O'Leary et al. 1972
- კბილის ნადების მიახლოვებული ინდექსი - APL – Lang 1986
- კბილის ნადების ინდექსი - PI – Silness, Loe 1964

კბილის ნადების ინდექსი - PI - ასახავს ღრძილის კიდეზე არსებულ ღრძილზედა ნადების სისქეს. ნადების

ვიზუალიზაციისათვის უნდა გავაშროთ კბილის ზედაპირი ( არ შევლემოთ).

პარამეტრები:

- 0- ნადები არ არის
- I- თხელი ნადები ღრძილის კიდეზე. აღინიშნება მხოლოდ ზონდირებით
- II - საშუალო სისქის ნადები ღრძილის კიდეზე კბილთაშორისი სივრცეები თავისუფალია, ნადები მოსჩანს შეუიარაღებელი თვალით
- III - დიდი რაოდენობით ნადები ღრძილის კიდეზე. კბილთაშორისი სივრცეები ამოვსებულია ნადებით

შედეგი 0 – III ხარისხი

გინგივიტის ინდექსი:

- სისხლდენა ზონდირებისას - BOP – Amino, B ay 1975
- სისხლდენის ინდექსი - PBI – Saxer, Muhlemann 1975

- ღრძილის ინდექსი - Gi- Loe, Silness 1963

პაროდონტული ინდექსი :

- პაროდონტის დაავადების ინდექსი - PDI – Ramtjord 1959,
- მკურნალობის საჭიროების კომპლექსური პაროდონტული ინდექსი - CPITN - ჯმო 1978,
- პაროდონტული სკრინინგი და რეგისტრაცია PSR- AD / AAP 1992

ძვლის მორფოტიპი:

ისაზღვრება კომპიუტერული ტომოგრაფიით, თუ ძვლის სისქე 0,343 მმ-ია, არის თხელი ბიოტიპი და თუ 0,754 მმ-ია - სქელი ბიოტიპი.

კერატინიზირებული ღრძილის სიგანე - Keratinised Tissue Width – KTW

თხელი ბიოტიპი - 2,75-5,44 მმ

საშუალო ბიოტიპი - 4,15-5,72 მმ

სქელი ბიოტიპი - 5,09-6,65 მმ

ღრძილის სისქე

მერყეობს 0,63 – 1,79 მმ-მდე და საშუალო მაჩვენებელი 0,88 მმ-ია. ყველაზე თხელი ღრძილი ეშვთანაა და მისი სისქე მერყეობს 0,63 – 1,24 მმ-დე. როდესაც ღრძილის სისქე არის 1 მმ-ზე ნაკლები ნაკლებად სავარაუდოა რომ მოხერხდეს ფესვის სრული დაფარვა ნაფლეთით.

ღრძილის სისქის განსაზღვრის მრავალი მეთოდია. ყველაზე მარტივი - პაროდონტული ზონდის მოთავსება კბილ-ღრძილოვანი შეერთების ადგილას და ვიზუალური შეფასება./ ეს ზონდის ხილვადობის ტესტია - Probe visibility (Cartolini P. 2018). საკმაოდ სარწმუნო სინჯია და ფასდება თხელი, საშუალო და სქელი ღრძილი. უფრო სარწმუნოა ღრძილის სისქის შეფასება ულტრასონოგრაფიული მეთოდით.

პაროდონტალური ზონდით შესაძლოა განისაზღვროს ღრძილის სისქე.

- თხელი ფენოტიპი - ღრძილის სისქე - 1 მმ
- სქელი ფენოტიპი - ღრძილის სისქე - 1 მმ

პაროდონტიტის დიაგნოსტიკის ოთხ ეტაპიანი

გამოკვლევის სქემა

I ეტაპი	ახალი პაციენტი
II ეტაპი	პაციენტს სავარაუდოდ აღენიშნება პაროდონტიტი
III ეტაპი	ა. პაროდონტიტიანი პაციენტის სტადიის დადგენა ბ. III და IV სტადია VS I და II სტადია გ. I, II, III და IV სტადიები
IV ეტაპი	ა. დონის მინიჭება პაროდონტული ისტორიის არარსებობისას ბ. დონის მინიჭება პაროდონტული ისტორიის არსებობისას

## გინგივიტისა და პაროდონტიტის დამახასიათებელი სპეციფიური პარამეტრები

### სისხლდენა ზონდირებისას (Bleeding on Probing) – Bop

Bop - ზონდირებისას სისხლდენი მიდამოების რაოდენობა / გამოკვლეული მოდამოების რაოდენობაზე X 100% =%

წარმოადგენს კრიტიკულად მნიშვნელოვან პარამეტრს და მეტად მნიშვნელოვანია, რომ ჩატარდეს სრული სიზუსტით. ითვლება, რომ სისხლდენა არის გინგივიტის ნიშანი, რომელიც ვლინდება ანთების სრულ ნიშნებზე ( შეშუპება და ჰიპერემია) უფრო ადრე და არ არის დამოკიდებული ზონდირების სიღრმეზე. ჩვეულებრივ, სისხლდენა იწყება ზონდირებიდან რაღაც დროის (ხშირად 30 წმ განმავლობაში) შემდეგ.

სისხლდენის არარსებობა ზონდირებისას (Bop) ითვლება კლინიკურად ჯანმრთელ მდგომარეობად.

CAL -ისაგან განსხვავებით Bop, თავის მხრივ, არ განაპირობებს დაავადების სიმძიმეს.

### ჯიბის სიღრმის განსაზღვრა (Periodontal Probing Depth) – Ppd

დღემდე, ვიწრო პაროდონტული ნაპრალი ჯანმრთელობას, ხოლო ღრმა ჯიბე პაროდონტის დაავადებებზე მიუთითებდა. საკმარისი მტკიცებულება იმისთვის, რომ ვიფიქროთ ეს ასე არის. მაგალითად, თუკი ტარდება შესაბამისი ღონისძიებები და რეგულარული ზრუნვა პაროდონტის ჯანმრთელობაზე, ღრმა ჯიბე შესაძლოა იყოს სტაბილური, ანთების ნიშნების გარეშე ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ასე რომ, ღრმა ჯიბე შესაძლოა არსებობდეს ისე, რომ მას ვუწოდოთ „ჯანმრთელი“ ჯიბე.

უნდა აღინიშნოს, რომ მხოლოდ ისეთი მაჩვენებლები, როგორცაა Ppd, კბილღრმილოვანი მიმაგრება, ძვლის განლევის ხარისხი, არ არის ადექვატური განმსაზღვრელი დაავადებისა და შესაბამისად მხოლოდ Ppd არ უნდა იქნას გამოყენებული ჯანმრთელობის თუ პათოლოგიის შესაფასებლად. ის კომბინაციაში უნდა გამოვიყენოთ ისეთ უმნიშვნელოვანეს პარამეტრთან ერთად, როგორც არის Bop.

## კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტის რენტგენოლოგიური

### მახასიათებლები

ინტაქტური პაროდონტი რენტგენოგრაფიაზე მოიცავს ანატომიურად ინტაქტურ კბილთაშორის ძვლოვან ძგიდეებს (lamina dura), რომლებსაც არ აღენიშნებათ განლევის ტენდენცია ფურკაციის

მიდამოში, ხოლო მანძილი კბილთაშორისი ძვლოვანი ძგიდის ყველაზე კორონალური მწვერვალიდან ) AC) მინანქარ დენტინის საზღვრამდე (CE) არის 2 მმ. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს მანძილი ჯამრთელ პირებში შესაძლოა მერყეობდეს 1-დან 3-მმ-მდე. ამასთან, მნიშვნელოვანია პაციენტის ასაკი, კბილების მდებარეობა. მხოლოდ რენტგენოლოგიური მონაცემები არ არის საკმარისი კლინიკურად ჯანმრთელი მდგომარეობის შესაფასებლად.

### კბილების მორყევა

როგორც ცნობილია, კბილი არ არის ოსტეონტეგირებული ძვალთან ისე, როგორც იმპლანტი. ისინი განიცდიან ფიზიოლოგიურ მიკროექსკურსიას. ამ მორყევის ამპლიტუდით განისაზღვრებოდა მორყევა ფიზიოლოგიურია თუ პათოლოგიური. 0,2 მმ დიაპაზონში კბილის მორყევა მიეკუთვნება ფიზიოლოგიურ მდგომარეობას. თუმცა, კბილების მობილურობას ( რომელთაც არ აქვს ანთებითი პაროდონტი) განაპირობებს 2 ჰისტოლოგიური ფაქტორი: პაროდონტის სიმაღლე და პერიოდონტის იოგის სიგანე.

კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტის შემთხვევაში მომატებულ მობილურობას განაპირობებს პერიოდონტის იოგის სისქის მატება. ეს როგორც წესი, ოკლუზიური ტრამვაა.

მხოლოდ მორყევის მომატება ვეღარ იქნება გამოყენებული როგორც დაავადების ნიშანი ისეთი კბილებისათვის, რომელთაც აქვთ შეცვლილი, მაგრამ ჯანმრთელი პაროდონტი. აქედან გამომდინარე, კბილის მორყევა აღარ ითვლება ნიშნად, რომლითაც უნდა შეფასდეს პაროდონტის ჯანმრთელობა თუ დაავადების ხარისხი.

## პაროდონტის დავადებათა ეტიო-პათოგენეზი

ბიოტიპი - ორგანოთა ერთობლიობა, რომელთაც აქვთ ერთნაირი სპეციფიური გენოტიპი.

ფენოტიპი - გარემოს და გენეტიკური ფაქტორების ზემოქმედებით განპირობებული ორგანოს კონკრეტული სახე.

ფენოტიპი მუდმივად განიცდის მოდიფიკაციას, გენოტიპი - არასდროს.

ღრმის ბიოტიპი მოიცავს:

ღრმის სისქეს (Gingival thickness –GT) და კერატინიზირებული ქსოვილის სიგანეს (Keratinized tissue width-KTW).

პაროდონტის ფენოტიპი:

- ღრმის ბიოტიპი ( GT+KTW)
- ძვლის მორფოტიპი (BM) (ვესტიბულური ზედაპირის ძვლის სისქე).

ყველაზე პაროდონტო-პათოგენური მიკროორგანიზმები ე.წ. „წითელი კომპლექსია“.

- Aggregatibacter actinomycetemcomitan – Aa
- Porphyromonas gingivalis – Pg
- Treponema denticola – T. denticola
- Tannerella forsythia (bacteroides forsythus) – T. forsythia

### კბილის ბალთით გამოწვეული გინგივიტის ეტიოლოგია

განმსაზღვრელი და მამოდიფიცირებელი ფაქტორებია:

#### ლოკალური ( განმსაზღვრელი) რისკ ფაქტორები:

- ბიოაპკის (მიკრობული ყაეთანი, კბილის ბალთა, კბილის ნადები) რეტენცია:
- კბილის ანატომია
- მარგინალური რესტავრაციები და სხვა
- პირის ღრუს სიმშრალე:

- ნერწყვის გამოყოფის დარღვევები
- ნერწყვის შემადგენლობის დარღვევები
- შეგრენის სინდრომი, მედიკამენტები, პირით სუნთქვა.

ზოგადი (მამოდიფიცირებელი) რისკ-ფაქტორები:

- მწველობა
- მეტაბოლური ფაქტორები (ჰიპერგლიკემია)
- კვებითი ფაქტორები (C ვიტამინი)
- ფარმაკოლოგიური აგენტები
- სასქესო ჰორმონები (პუბერტული, ორსულობა)
- ჰემატოლოგიური მდგომარეობები

კონცეფციის ცვლილება პაროდონტის დაავადებათა ეტიოლოგიის და პათოგენეზის გარშემო:

- ბიოაპკში დისბიოზი
- ორგანიზმის მზაობა (წინასწარგანწყობას, მგრძობელობას)
- რისკ-ფაქტორები

ა) რისკის ცვალებადი ფაქტორები:

- სიგარეტის წევა
- ალკოჰოლური დამოკიდებულება
- არაბალანსირებული დიეტა

ბ) რისკის არაცვალებადი ფაქტორები (ობლიგატური ან ფაკულტატური)

- ორგანიზმის ზოგადი (ფონური) დაავადებები და სინდრომები
- სოციალური ფაქტორებია
- გენეტიკური ფაქტორები (გენეტიკური განწყობა)

ჯერ კიდევ 1965 წელს Loe et al-მა დაადგინეს, რომ გინგივიტის გამომწვევი არასპეციფიური მიკრობული ნადებია.

არ არის ბაქტერია - არ არის პაროდონტიტი. ამასთან, ვერ გავუქცევით იმ ფაქტს, რომ ბაქტერიები, მათ შორის პაროდონტოპათოგენური, ყოველთვის არ იწვევენ პაროდონტიტს (H.Wolf, Hassl 2014).

პირის ღრუს ფაქტორებს უნარი აქვთ გააძლიერონ ან შეასუსტონ მიკროორგანიზმების და მათი ცვლის პროდუქტების პათოგენური პოტენციალი.

ზოგადი ფაქტორები არეგულირებენ მეტაბოლიზმის პროცესებს პირის ღრუს ქსოვილებში.

სუპრაკრისტალური შემაერთებელქსოვილიანი მიმაგრების (SCTA) რღვევა დაკავშირებულია ანთებასთან და პაროდონტის საყრდენი ქსოვილების დაკარგვასთან. ეს დამტკიცდა ჰისტოლოგიური კვლევით და ადამიანზე კლინიკური დაკვირვებით.

### **პაროდონტში ინფექციის განმაპირობებელი ფაქტორები:**

**( Page, Kormvan 1997)**

- პათოგენური მიკროორგანიზმების პროლიფერაცია
- მათი ტოქსიკურობა
- ქსოვილებში შეღწევადობის უნარი
- ორგანიზმის საპასუხო რეაქცია

ბიოაპკის რეტენცია ხელს უწყობს კბილთან და პროთეზთან დაკავშირებული ფაქტორები, რომლებსაც შეუძლიათ გამოიწვიონ ბიოაპკით განპირობებული გინგივიტი და პაროდონტიტი.

კბილთან დაკავშირებული ლოკალური ფაქტორებია:

- კბილის ანატომიური ფაქტორები, მინანქრის ცერვიკალური მდებარეობა (CEP), მინანქრის წვეთი
- კბილის და ფესვის მოტეხილობები
- ფესვის ცერვიკალური რეზორბცია, დულაბის წვეთი
- ინტერპროქსიმალური (ფესვებს შორის) მანძილი
- კბილების მდებარეობა (ჯვარედინი თანკბილვა, კბილთა მჭიდრო დგომა, ტორტოანომალია)

- გამწვანებული ამოჭრა
- ღია კონტაქტები

**მინანქრის ცერვიკალური მდებარეობის კლასიფიკაცია (Master, Hosking 1964):**

0 დონე - CEP არ არის

I- დონე - მინანქარ-ცემენტის კავშირის ცალკეული უბნის გაფართოება ფურკაციის მიმართულებით.

II -დონე - მინანქარი ახლოსაა ფურკაციასთან, მაგრამ არ აღწევს მასში

III - დონე - მინანქარი აღწევს ფურკაციაში.

**მინანქრის წვეთი, ენამელომა, მინანქრის მარგალიტი, მინანქრის ეგზოსტოზი - კბილის განვითარების ანომალიაა. იგი ერთის მხრივ ზრდის უბანს მიკრობთა კონტამინაციისათვის, მეორეს მხრივ - ხელს უშლის პაროდონტულ ჯიბეში ბიოაპკის სრულფასოვან მოხსნას.**

**ფესვის ცერვიკალური რეზორბცია**

კბილის მაგარი ქსოვილების დაზიანებაა ყელის მიდამოში, რომლის დროსაც ირღვევა დულაბი, დენტინი და ძვალი. კლინიკურად ხასიათდება პაროდონტის ქსოვილების ანთებით და არ არის დაკავშირებული პულპის პათოლოგიასთან. პულპა ამ დროს დაცულია პრედენტინით. ძირითადად მიმდინარეობს უსიმტომოდ და დიაგნოსტირდება რენტგენოლოგიური კვლევით.

პროთეზებთან დაკავშირებული ლოკალური ფაქტორები:

- რესტავრაციის კიდე კბილის ირგვლივ იოგში
- კლინიკური მანიპულაციები დაკავშირებული არაპირდაპირ რესტავრაციებთან
- ჰიპერესთეზია/ტოქსიკური რეაქცია სტომატოლოგიურ მასალებზე

ცნობილია, რომ კბილის რესტავრაციები და კბილის პროთეზები, მათი დიზაინი, ტექნიკის სისწორე და მასალის შემადგენლობა ხშირად იწვევს კბილის ზედაპირზე ნადების დაყოვნება (რეტენციას) და კლინიკური მიმაგრების დანაკარგს ( გამონაკლისია სრულფასოვანი ჰიგიენა).

ასევე, თუ პაციენტი მოსახსნელი პროთეზის ხმარებისას არ იცავს სრულფასოვან ჰიგიენას, ჩნდება რეტენციული პუნქტები და შეიძლება გამოიწვიოს გინგივიტი / პაროდონტიტი და კბილთა მორყევის მატება.

**პაროდონტის ანთებადი ბუნების პათოლოგიები მჭიდრო კავშირშია ორგანიზმის შემდეგ დაავადებებთან:**

ჯერ კიდევ 1999 წელს Mealey -მ და თანაავტორებმა დაადგინეს, რომ თავის მხრივ პაროდონტიტი შეიძლება იყოს მძიმე ზოგადი პათოლოგიების გამომწვევი, კერძოდ:

**გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები**

(სტენოკარდია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, ენდოკარდიტი)

Aggregatibacter actinomycetemcomitans-ის დნმ აღმოჩენილია ათეროსკლეროზულ ბალთებში.

აღნიშნული ადასტურებს კავშირს პაროდონტიტსა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს შორის.

დაზიანებული პაროდონტის ქსოვილებიდან თავისუფლდება ანთების მედიატორები ( ციტოკინები, პროსტაგლანდინები) , რომლებიც ამ დაავადებების რისკის ფაქტორებია.

- პაროდონტიტი 3-ჯერ ზრდის მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების რისკს.
- ღრმა ჯიბეების არსებობა (3 მმ) 40%-ზე მეტ უბანში - ზრდის სტენოკარდიული შეტევის განვითარების რისკს.

AAP and AAC 2009.

**ორსულობა**

ორსულობის პათოლოგიები ( ნაადრევი მშობიარობა, ახალშობილთა წონის დეფიციტი და მათი სიკვდილიანობა):

პაროდონტიტიან ორსულებში ხშირია ტრანზიტორული ბაქტერიემიის ეპიზოდები. აღნიშნულის გამო პათოგენები აღწევენ მთელ ორგანიზმში, მათ შორის საშვილოსნოში და შეიძლება გამოიწვიონ ნაადრევი მშობიარობა ( Boggess K A 2008).

პროსტაგლანდინები, რომლებიც შედის ორსულობის შეწყვეტის ტაბლეტების შემადგენლობაში, თავის მხრივ, დიდი რაოდენობით გვხვდება პაროდონტიანი პაციენტების სისხლის ნაკადში. აღნიშნული იწვევს ახალშობილთა წონის დეფიციტს და მათ სიკვდილიანობას (Teles RP 2010).

### **ინსულტი, ტვინის აბსცესი**

ძალიან ხშირად, ანაერობული ინფექციების შემთხვევაში ვითარდება, რომლებიც უხვად ბუდობს მიძიმე ფორმის პაროდონტიტის დიაგნოზისას ჯიბეებში (Anderson 1990, Ziegler 1998).

### **ფილტვის ინფექციები**

მიკროორგანიზმები, ღრძილქვეშა და ღრძილზედა მიკრობული ნადებიდან, სასდუნთქი გზების პოტენციური პათოგენებია ( De Bowes 1998, Scannapieco 1999).

### **დეკომპენსირებული შაქრიანი დიაბეტი**

Rayfield და თანაავტორებმა 1992 წელს დაადასტურეს პირდაპირი კავშირი პაროდონტულ ინფექციებსა და სისხლში შაქრის დონის გაძნელებულ კონტროლთან. დამტკიცებულია დადებითი კორელაცია ამ ინფექციის კავშირისა ინსულინრეზისტენტობასთან (Sammalkorpi 1999).

### **გენეტიკური ფაქტორები**

გენეტიკური ფაქტორები განსაზღვრავენ ორგანიზმის პაროდონტიტისადმი წინასწარ განწყობას და პაციენტის სხვა თავისებურებებთან ერთად გავლენას ახდენენ დაავადების კლინიკურ გამოვლინებასა და პროგრესირებაზე. (Roncat M 2018).

პაროდონტიტის პათოგენეზში მნიშვნელოვანია ის, რომ მიკრობული ინვაზია და ანთების გავრცელება დამოკიდებულია იმუნური პასუხის ინდივიდუალურ გენეტიკურ მოდულაციაზე ( Michalowicz 1991).

## 1. ჯანმრთელი პაროდონტი, ღრძილის დაავადებები და მდგომარეობები

### 1.ჯანმრთელი ღრძილი და პაროდონტი

1. ინტაქტური პაროდონტი

2.კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტი

3.პაროდონტის დაავადებები სტაბილიზაციის ფაზაში

4. პაროდონტის დაავადებები რემისიის კონტროლის ფაზაში

ჭეშმარიტად ჯანმრთელი პაროდონტი ( pristine health) განიხილება, როგორც პაროდონტი, რომელსაც არ აღენიშნება ჰისტოლოგიურად ანთება და რაიმე სახის ანატომიური ცვლილება. თუმცა ზრდასრული ადამიანების უმეტეს ნაწილს ეს ასე არააქვს.

### ჭეშმარიტად ჯანმრთელი პაროდონტი VS კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტი

მოსახლეობის 95% შეესაბამება ტერმინი „კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტი“.

ლიტერატურის მონაცემებით კბილის ამოჭრის პროცესს თან სდევს ჰისტოლოგიური ცვლილებები პაროდონტში, კერძოდ, ანთება. ეს ნორმალური იმუნური რეაქციაა ანთებისათვის დამახასიათებელი ყველა ნიშნით. თუმცა ამ შემთხვევაში პაციენტი კლინიკურად ჯანმრთელია. ასე რომ, „ჭეშმარიტი“ (pristine) ჯანმრთელობა გამონაკლისია და უმეტესად მხოლოდ სახელმძღვანელოებში გვხვდება, ამიტომ ვიყენებთ ტერმინს „კლინიკურად ჯანმრთელი“ პაროდონტი.

კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტი არის მდგომარეობა, როდესაც კლინიკურად არ აღინიშნება ანთება, თუმცა ძვალი შესაძლოა იყოს ინტაქტურიც და განლეულიც (ზომაში შემცირებული). აღნიშნული განმარტება ეხება პირებსაც, რომელთაც ჰქონდათ პაროდონტის დაავადებები - გინგივიტი და პაროდონტიტი, ჩატარებული აქვთ მკურნალობა და დაუბრუნდნენ კლინიკურად ჯანმრთელ მდგომარეობას როგორც სრულყოფილად ჯანმრთელი ძვლოვანი ქსოვილით, ისე ზომაში შემცირებული ძვლით.

კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტის (პაროდონტის ჯანმრთელობა) განმსაზღვრელია სამი ძირითადი ფაქტორი:

1. მიკრობული

2. მასპინძელი ორგანიზმის მდგომარეობა

3. გარემო ფაქტორები

პაროდონტის გამოსავალი შეიძლება იყოს:

ა) სტაბილური პაროდონტიტი

ბ) პაროდონტიტი რემისიის ფაზაში

ა) სტაბილური პაროდონტიტი - ეს არის მდგომარეობა, როდესაც პაროდონტიტის მკურნალობა იყო წარმატებული, აღარ არის

- ანთების კლინიკური ნიშნები და ანთების შესაფასებელი პარამეტრების გაუარესების ტენდენცია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში
- აღარ არის ან უმნიშვნელოა BoP და Ppd
- აღარ არის პროგრესირებადი დესტრუქცია
- დიაბეტი კომპენსირებულია და კონტროლდება
- პაციენტი აღარ ეწევა

ბ) პაროდონტიტი რემისიის ფაზაში / კონტროლი - ეს არის მდგომარეობა, როდესაც პაციენტის სრული განკურნება ვერ მოხდა, თუმცა პაროდონტის მდგომარეობა და პარამეტრები გაუმჯობესდა. პაციენტი პარალელურად საჭიროებს მკურნალობას. ასევე, პერიოდულად ხდება ანთების შესაფასებელი კლინიკური პარამეტრების გაუარესება.

ამ ორი მდგომარეობის (ა და ბ) ერთმანეთისგან დიფერენციაცია ხდება მამოდიფიცირებელი ფაქტორებით:

სტაბილურობაა, როდესაც გვაქვს მაქსიმალური თერაპიული ეფექტი და უმნიშვნელო ანთება, კონტროლდება მამოდიფიცირებელი რისკ ფაქტორები. სტაბილურობა პაროდონტიტის მკურნალობის საუკეთესო გამოსავალია და სწორედ ეს უნდა იყოს ექიმის მიზანიც.

რემისიის დროს კი ანთება მნიშვნელოვნად შემცირებულია, კლინიკური პარამეტრები გაუმჯობესებულია, ძვლის დესტრუქცია სტაბილურია, თუმცა მამოდიფიცირებელი ფაქტორები ვერ კონტროლდება.

ამრიგად, დასკვნის სახით წარმოგიდგენთ პაროდონტის **ჯანმრთელობის 4 დონეს (level)** .

1. **ჭეშმარიტი (pristine) ჯანმრთელობა** - ანატომიურად პაროდონტის სრულად ჯანმრთელი სტრუქტურა, არ აღინიშნება ანთების არც ერთი ნიშანი.
2. **კლინიკური ჯანმრთელობა** - ხასიათდება კლონიკური ანთების უმნიშვნელო ნიშნებით ან ანთების არ არსებობით პაროდონტში.
3. **პაროდონტის დაავადებების სტაბილურობა** განლუულ პაროდონტში
4. **პაროდონტის დაავადებების რემისია / კონტროლი** განლუულ პაროდონტში.

## კბილის ბალთით გამოწვეული გინგივიტი

1. მხოლოდ კბილის ბალთით გამოწვეული გინგივიტი
2. ნადებით გამოწვეული გინგივიტის მაპროვოცირებელი ფაქტორები
  - 2.1 **სისტემური მდგომარეობები**
    - ა. სასქესო ჰორმონები

1. პუბერტული
2. მენსტრუალური ციკლი
3. ორსულობა
4. ორალური კონტრაცეპტივები

ბ. ლეიკემია - Leukemia

დ. მწველობა

ე. არასრულფასოვანი კვება

## 2.2. პირის ღრუს ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ ნადების დაგროვებას

ა. ღრძილქვეშა რესტავრაციების დროს გადმოკიდებული კიდეები

ბ. ჰიპოსალივაცია

## 3. მედიკამენტებით განპირობებული ღრძილების ზომაში მატება

ნადებით გამოწვეულ გინგივიტს აქვს მრავალფეროვანი გამოვლინება. ეს არის ანთება, გამოწვეული კბილის ზედაპირზე არსებული ბიოაპკით.

გინგივიტი იწყება როგორც კი კბილის ბალთა აკუმულირდება კბილის ზედაპირზე დღეების და კვირეების განმავლობაში, ირღვევა სიმბიოზი ბიოაპკსა და მასპინძელი ორგანიზმის იმუნირ პასუხს შორის და იწყება დისბიოზი.

იმუნური პასუხის ცვლილებაზე ასევე მოქმედებენ სხვადასხვა სისტემური ფაქტორები (ენდოკრინული, ჰემატოლოგიური, არასრულფასოვანი კვება, დიეტა, მედიკამენტები).

როგორი გამოვლინებაც არ უნდა ჰქონდეს გინგივიტს და გამოწვეულია იგი ნადებით თუ რაიმე სხვა მამოდიფიცირებელი ფაქტორით, კლინიკურად გვაქვს შედეგი:

- ანთება, რომელიც არ სცილდება კბილ-ღრძილოვან შეერთებას,
- ანთება შეეცვებადია ბიოაპკის მოცილების შემდეგ,
- გინგივიტის მკურნალობა პაროდონტიტის პრევენციაა.

უნდა აღინიშნოს, რომ გინგივიტის ფორმების მრავალფეროვნების მიუხედავად ყველა გინგივიტი არ გადადის პაროდონტიტში. დღეისათვის არ არსებობს მეცნიერული დასკვნა იმის შესახებ, თუ გინგივიტის რომელი ფორმის შედეგად შეიძლება განვითარდეს პაროდონტიტი.

დღესდღეობით თერაპიული მკურნალობა არის ერთადერთი მეთოდი გინგივიტის სამკურნალოდ და პაროდონტიტის პრევენციისათვის.

## **კბილის ბალთით განპირობებული გინგივიტი განლულ პაროდონტიტზე**

პაროდონტიტის აქტიური მკურნალობის შედეგად კლინიკურად ანთება აღარ აღინიშნება, თუმცა შემცირებულია კბილთაშორისი ძვლოვანი ძგიდის სიმაღლე და შესუსტებულია შემაერთებელი ეპითელიუმის მიმაგრება. ამ მდგომარეობაში შესაძლოა მოხდეს პაროდონტის ქსოვილის ხელმეორე ინვაზია მიკროორგანიზმებით, თუმცა დაავადება არ იყოს აქტიურ (გამწვავების) ფაზაში. ბიოაპკით განპირობებული გინგივიტი განლულ პაროდონტიტზე სწორედ ეს მდგომარეობაა.

**კბილის ბალთით განპირობებული გინგივიტი განლულ პაროდონტიტზე**, ეს არის მდგომარეობა, როდესაც განლულია პაროდონტი, კბილთაშორისი ძვლოვანი ძგიდის სიმაღლე შემცირებულია, თუმცა არ აღინიშნება ძვლის პროგრესირებადი დესტრუქცია, კბილ-ღრძილოვანი შეერთება დარღვეული არ არის, და გამოწვეულია მხოლოდ ბიოაპკით.

### **კბილის ბალთით გამოწვეული გინგივიტი**

კბილის ბალთით გამოწვეული ღრძილების ანთების კლინიკური სურათი მოიცავს:

- ა) ანთების კლინიკურ ნიშნებსა და სიმპტომებს, რომელიც შემოიფარგლება მხოლოდ ღრძილით;
- ბ) ანთება უკუგანვითარდება ნადების მოცილების და ბიოაპკის დარღვევის შემდეგ;
- გ) ანთებას იწვევს დიდი რაოდენობით ნადების არსებობა;
- დ) სისტემური მამოდიფიცირებელი ფაქტორები (ჰორმონები, სისტემური მოშლილობები, სამკურნალო საშუალებები), რომელთაც შეუძლიათ ნადებით გამოწვეული ანთების დამძიმება;
- ე) სტაბილური კბილ-ღრძილოვანი შეერთება.

**დასკვნა:** კბილის ბალთით განპირობებული გინგივიტი მოდიფიცირდება სხვადასხვა სისტემური და პირის ღრუს ფაქტორებით. შესაბამის ჩარევას აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა პაროდონტიტის მკურნალობაში. კბილის ბალთით გამოწვეული გინგივიტი შეიძლება გამოვლინდეს სხვადასხვა ნიშნებით და სიმპტომებით, რომლებიც ლოკალიზდება ღრძილში და ინიცირებულია კბილის ზედაპირზე დაგროვილი ნადებით.

ბიოაპკის სიმცირის დროსაც აღინიშნება ღრძილში ცვლილებები როგორც ფიზიოლოგიური იმუნური პასუხი. გინგივიტის დასაწყისი აღინიშნება მაშინ, როდესაც ნადები არ მოცილებულა დღეების ან კვირების განმავლობაში ბალთასა და ორგანიზმს შორის სიმბიოზის დარღვევის და დისბაქტერიოზის განვითარების გამო. სხვადასხვა სისტემურ ფაქტორებს: ენდოკრინოპათიებს, ჰემატოლოგიურ მდგომარეობებს, დიეტას, მედიკამენტებს შეუძლიათ იმუნოანთებითი პასუხის მოდიფიცირება.

კბილის ბალთით გამოწვეული გინგივიტი ხშირად დაკავშირებულია: ჰორმონალურ ცვლილებებთან, მედიკამენტებთან, სისტემურ დაავადებებთან და ცუდად კვებასთან. ღრძილი ამ მდგომარეობების უნიკალური მაჩვენებელია.

ანთების კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები მხოლოდ თავისუფალ და მიმაგრებულ ღრძილშია ლოკალიზებული და არ სცდება გარდამავალ ნაოჭს. პროცესის პროცესი უკუგანვითარდება ნადების მოცილების შემთხვევაში. დიდი რაოდენობით ნადების არსებობა იწვევს და ამწვავებს ანთებას. კბილ-ღრძილოვანი კავშირი არ არის დარღვეული.

კბილის ბალთით განპირობებული გინგივიტი წარმოადგენს ღრძილის ქსოვილების ანთებით პასუხს, რომელიც გამოწვეულია ღრძილზედა და ღრძილქვეშა მიკრობული ბალთით. მას არ მივყავართ კბილების დაკარგვამდე, თუმცა ერთმნიშვნელოვნად გინგივიტის მართვა პაროდონტიტის პროფილაქტიკის ძირითად სტრატეგიას წარმოადგენს.

კბილის ბალთით გამოწვეული გინგივიტი იწყება ღრძილის კიდიდან და შეიძლება მოიცვას მთელი ღრძილი. პაციენტმა შეიძლება შენიშნოს სისხლდენა კბილების გამოხეხვის დროს, ნერწყვი სისხლი, ღრძილის შეშუპება, ჰიპერემია და ჰალიტოზი.

კბილის ბალთით განპირობებული გინგივიტის საერთო კლინიკური ნიშნებია: ერთემა, შეშუპება, სისხლდენა, ღრძილის გადიდება. ნადებით გამოწვეული გინგივიტის სიმძიმე დამოკიდებულია კბილების და ფესვების ანატომიაზე, რესტავრაციებზე, ენდოდონტიურ მკურნალობაზე. რენტგენოლოგიურად არ არინიშნება ცვლილება. ჰისტოლოგიურად ვლინდება ღრძილში შემაერთებელ ბოჭკოებს შორის კავშირის დაგრძელება, სისხლძარღვების ვასკულიტი, რომლებიც ეკვრის შემაერთებელ ეპითელს. კოლაგენური ბოჭკოების პროგრესირებული რღვევა და ცვლილება. ციტოპათოლოგიური ცვლილებები რეზიდენტური ფიბრობლასტების და პროგრესირებული ანთებით, იმუნური ინფილტრატის უჯრედების.

უახლოესი კვლევებით გინგივიტის გამომწვევი მიკროფლორა განსხვავდება ჯანმრთელი და პაროდონტიტის გამომწვევი მიკროფლორისაგან. **გინგივიტი წარმოადგენს არასპეციფიურ ანთებით დაავადებას, რომელიც გამოწვეულია კბილის ნადებით.**

## **ნადებით გამოწვეული გინგივიტის მამოდიფიცირებელი ფაქტორები**

### **მამოდიფიცირებელი ფაქტორები**

#### **ნადებით გამოწვეული გინგივიტის გამწვავება სქესობრივი ჰორმონების ზეგავლენით**

ჰომეოსტაზი პაროდონტიში მოიცავს კომპლექსურ მულტიფაქტორულ ენდოკრინულ ურთიერთობებს. დამამტკიცებელია, რომ პაროდონტის ქსოვილების საპასუხო რეაქციები მოდულირდება ანდროგენებით, ესტროგენებით და პროჟესტერონით ადამიანის სიცოცხლის ამა თუ იმ ფაზაზე. მიკრობული ბალთა მომატებულ სტეროიდულ ჰორმონებთან ერთად იწვევს ღრძილის ანთებით პასუხს.

### **სქესობრივი მომწიფება**

დაავადება და სიმძიმე მოზარდებში დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე. კბილის ნადების ბიოაპკის ხარისხის ჩათვლით, კბილების კარიესი, პირით სუნთქვა, კბილების მჭიდრო დგომა, რკალგარეთ დგომა, ამავედროულად სტეროიდული ჰორმონების მკვეთრ ზრდას სქესობრივი მომწიფების პერიოდში აქვს გაედამავალი ეფექტი ღრძილის ანთების დროს. მთელმა რიგმა კვლევებმა გვიჩვენა ორივე სქესში პუბერტატულ ასაკში ღრძილის ანთების ზრდა ნადების მაჩვენებლის მომატების გარეშ. თუმცა პუბერტული ასაკის გინგივიტს ახასიათებს ბევრი კლინიკური თავისებურებები, რაც ნადებით გამოწვეულ გინგივიტს. ანთების მკვეთრი ნიშნები, ნადების მცირე რაოდენობა და პუბერტული პერიოდი, რომელიც წარმოადგენს ამ მდგომარეობის ძირითად განმასხვავებელ ფაქტორს.

### **მენსტრუალური ციკლი**

მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებული ღრძილების ანთება უმეტესად ქალებში კლინიკურად არ ვლინდება.

### **ორსულობა**

ორსულობის დროს გინგივიტის გავრცელება და სიმძიმე მატულობს და ხშირად არ არის დაკავშირებული ნადების რაოდენობასთან. ორსულთა გინგივიტის და ნადებით გამოწვეული გინგივიტის თავისებურებები მსგავსია, განმასხვავებელია ის, რომ ორსულობის დროს ნადები ცოტათია გამოხატული. ორსულობა შეიძლება ასევე იყოს დაკავშირებული ორსულთა ეპულისის (პიოგენური გრანულომა) წარმოქმნასთან.

### **ორალური კონტრაცეპტივები**

ორალური კონტრაცეპტივები იწვევდნენ ღრძილების ანთებას და შეშუპებას. უახლოეს კვლევებში ღრძილების ანთების ზრდის გამო ორალური კონტრაცეპტივების დოზირებები შემცირდა ან მათი მიღება შეწყდა. ორალურ კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული გინგივიტის

თავისებურებები ქალებში პრემენოპაუზის დროს იყო ნადებით გამოწვეული გინგივიტის მსგავსი. დღევანდელი ორალური კონტრაცეპტივების ბევრად მცირე კონცენტრაციისაა წინა თაობის, უკვე გამოკვლეულ კონტრაცეპტივებთან შედარებით. ცნობილია, რომ თანამედროვე კონტრაცეპტივები არ იწვევენ ღრძილებში კლინიკურ ცვლილებებს.

### სისტემური მდგომარეობებით გამოწვეული ნადებით გამოწვეული გინგივიტი

ჰიპერგლიკემია, სისხლის ავთვისებიანი სიმსივნე, არასრულფასოვანი კვება წარმოადგენს სისტემურ მდგომარეობებს, რომლებიც გავლენას ახდენენ ღრძილის ქსოვილზე. სპეციფიური სისტემური მდგომარეობების დროს, როგორცაა ჰიპერგლიკემია, მწვავე ლეიკემია, C ვიტამინის ნაკლებობა მიკრობული ბალთის არსებობა აუცილებელია ღრძილოვანი პასუხის მისაღებად.

#### **ჰიპერგლიკემია**

გინგივიტი მუდმივად აღენიშნებათ ბავშვებს, რომლებსაც აქვთ ცუდად კონტროლირებადი ტიპის 1 დიაბეტი. სისხლში შაქრის კონტროლი უფრო მნიშვნელოვანია ღრძილების ანთების დასადგენად, ვიდრე მიკრობული ბალთის კონტროლი. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ასაკოვან პაციენტებში უფრო მძიმეა. ცვლილებები პაროდონტის ქსოვილში - აღინიშნება პაროდონტიტი.

#### **ლეიკემია**

ორალური მანიფესტაცია აღწერილ იქნა მწვავე ლეიკემიის დროს და ვლინდება ლიმფადენოპათიით, პეტეჩიებით და ლორწოვანის წყლულებით, ასევე ღრძილის ანთებით და გადიდებათ. ღრძილში მიმდინარე ანთებითი ნიშნები მოიცავს შეშუპებულ, პრიალა ქსოვილებს, წითლიდან მუქი იასამნიფერისკენ. ღრძილებიდან სისხლდენა არის ლეიკემიის ძირითადი ნიშანი - 17,7%-ში მწვავე და 4,4%-ში ქრონიკული ლეიკემიის მქონე პაციენტებში.

სისხლდენა გამოწვეული თრომბოციტოპენიით და სისხლის შედედების დარღვევით, როგორც საწყისი ნიშანი, შეიძლება თან ახლდეს პრელეიკემიურ დაავადებას - მიელოდისპლაზიას. ასევე, აღწერილია ღრძილის გადიდება, რომელიც იწყება კბილთაშორისი დვრილით და ვრცელდება მარგინალურ და მიმაგრებულ ღრძილზე. ღრძილის ზომაში გადიდებას იწვევს ინფილტრაცია ლეიკემიური უჯრედებით, თუმცა ადგილობრივ გამაღიზიანებელ ფაქტორებს შეუძლიათ ღრძილოვანი პასუხის გამწვავება.

#### **მწველობა**

ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა ცხადყო, რომ მწვეველობა არის ერთ-ერთი მთავარი, ცხოვრების წესად ქცეული გარეგანი რისკ-ფაქტორი პაროდონტიტის განვითარებაში. სიგარეტის კვამლის ორივე, ლოკალური და სისტემური მოქმედება უნდა იყოს გათვალისწინებული. შესუნთქული სიგარეტის კვამლი შეიწოვება კაპილარებში ფილტვის ალვეოლური ეპითელიუმიდან და ხდება სისტემურ ცირკულაციაში, ხოლო პაროდონტის ქსოვილებზე სიგარეტის კვამლის პირდაპირი ექსპოზიცია იწვევს პაროდონტის ქსოვილების მიკროვასკულარიზაციის ცვლილებას, ვაზოკონსტრიქციას და ღრძილის ფიბროზს, რაც ხშირად ვლინდება მწვეველებში. აგრეთვე ნადების დაგროვება და დაავადების პროგრესირება მეტია მწვეველებში, მათ აქვთ ღრძილის ანთების მცირე კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები, ამიტომ მწვეველობას შეუძლია გინგივიტის შენიღბვა.

### **არასრულფასოვანი კვება**

კვების ზუსტი როლი პაროდონტის დაავადებების დაწყებაში ან პროგრესირებაში განმარტებულია და ინფორმაცია ხელმისაწვდომია თითქმის ყველა კვების ხარვეზის გავლენის შესახებ პაროდონტის ქსოვილებზე. ერთ-ერთია პლაზმური ასკორბინის მჟავას დეფიციტი. მიუხედავად იმისა, რომ სუროვანდი იშვიათი დაავადებაა, სადაც საკვების მიწოდება ადეკვატურია, მოსახლეობის გარკვეულ ნაწილს აღენიშნება, რომლებიც მკაცრ დიეტაზე არიან. კლინიკურად ასკორბინის მჟავის შემცირება ღრძილში რთული აღმოსაჩენია და როცა აღმოჩენილია, ძალიან გავს ნადებით გამოწვეულ გინგივიტს.

### **პირის ღრუს ფაქტორებით გამოწვეული ნადებით გამოწვეული გინგივიტი**

ღრძილის ანთების პროგრესი შეიძლება გამოწვეულ იქნას სხვადასხვა პირის ღრუს ფაქტორებით, რომლებიც მოყვანილია ქვემოთ:

### **რესტავრაციების ღრძილქვეშა გადმოკიდებული კიდებები**

რესტავრაციების ღრძილქვეშა კიდებები ძალიან მნიშვნელოვანია ნადების დაგროვების კონტროლისათვის. რესტავრაციის გადმოკიდებული კიდე იწვევს ღრძილქვეშ ნადების დაგროვებას, ამიტომ ისინი ფრთხილად უნდა ვაფორმიროთ, იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ ნადების რეტენცია.

### **ჰიპოსალივაცია**

ქსეროსტომია სიმპტომია და არა დიაგნოზი, რომელიც გამოწვეულია ნერწყვის სიმცირით. ცნობილია, რომ ზოგ დაავადებას, როგორცაა შეგრენის სინდრომი, შფოთვა, ცუდად კონტროლირებადი შაქრიანი დიაბეტი, ახასიათებს ქსეროსტომია ჰიპოსალივაციის გამო. მნიშვნელოვანია, რომ ხშირად აღინიშნება ანტიჰისტამინების, ანტიდეპრესანტების და ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების მიღების გვერდითი ეფექტი. ჰიპოსალივაცია იწვევს მრავლობით კბილის კარიესს, გემოვნების ცვლილებებს, ჰალიტოზს და პირის ღრუს

ლორწოვანის, ენის და ღრძილის ანთებას. პირის ღრუს სიმშრალე ნადების კონტროლს აძნელებს და ღრძილის ანთებაც უარესდება.

### **მედიკამენტებით გამოწვეული ღრძილების გადიდება**

ლიტერატურაში აღწერილია მედიკამენტები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ღრძილის გადიდებაზე. ესენია: ანტიეპილეფსიური საშუალებები და კალციბლოკატორები (ნიფედიპინი, ვერაპამილი, დილთიაზემი, ამლოდიპინი, ფელოდიპინი), იმუნომარეგულირებელი მედიკამენტები (ციკლოსპორინი) და დიდიდ დოზით ორალური კონტრაცეპტივები. ღრძილში ცვლილებები რომ მოხდეს, აუცილებლად უნდა იყოს ნადებიც.

ლოკალურია გინგივიტი, როდესაც ანთებითი ღრძილი კბილების მიდამოს 305-ზე ნაკლებშია. გენერალიზებულია, როდესაც 30%-ზე მეტი კბილის მიდამოს ღრძილია ანთებითი.

მსუბუქი ფორმის დროს გვაქვს ფერის და ქსოვილების ტექსტურის უმნიშვნელო ცვლილება. საშუალო სიმძიმის დროს სიწითლე, შეშუპება, გადიდება და სისხლდენა ზონდირების დროს. მძიმე ფორმის დროს მეტად გამოხატულია სიწითლე და შეშუპება, სისხლდენა შეხებით.

სისტემა, რომელიც მედიკამენტებით გამოწვეული ღრძილის გადიდებისთვისაა, საჭიროებს ღრძილის გადიდების ხარისხის და სიმძიმის განსაზღვრას. იმისდა მიუხედავად, რომ არსებობს ღრძილის ზომის განსაზღვრის რამდენიმე მეთოდი, ყველაზე ადვილის, არაინვაზიურის და სკამზე მჯდომი პაციენტისათვის მისაღების ამორჩევა იყო მთავარი.

ღრძილის გადიდება არსებობს ლოკალური და გენერალიზებული. ლოკალური გადიდება მოიცავს ერთ ან რამოდენიმე კბილს. გენარალიზებული - მთელ პირის ღრუს.

მსუბუქი ფორმის ღრძილის გადიდება მოიცავს ღრძილის კბილთაშორის დვრილს; საშუალო სიმძიმის ღრძილის გადიდება - კბილთაშორისი დვრილი და ღრძილის მარგინალური კიდე, მძიმე ფორმის ღრძილის გადიდება - კბილთაშორისი დვრილი, მარგინალური კიდე, მძიმე ფორმის ღრძილის გადიდება - კბილთაშორისი დვრილი, მარგინალური და მიმაგრებული ღრძილი.

ნადებით გამოწვეული ღრძილის დაავადებების ჩამონათვალი ზუსტად აღწერს ღრძილის საერთო მდგომარეობას კლინიცისტებისთვის გამარტივებული სისტემით. ამიტომ, ისეთი ტერმინები, როგორცაა „მენსტრუალურ ციკლთან ასოცირებული გინგივიტი“, „ორალურ კონტრაცეპტივებთან ასოცირებული გინგივიტი“ და „ასკორბინის მჟავასთან ასოცირებული გინგივიტი“ ამოღებულია კლასიფიკაციიდან. მენსტრუალური ციკლით გამოწვეული გინგივიტი ამოღებულ იქნა იმიტომ, რომ თვალსაჩინო კლინიკური ნიშნები იშვიათად აწუხებთ ქალებს.

რაც შეეხება ორალური კონტრაცეპტივებით გამოწვეულ გინგივიტს, დოზის შემცირების შემდეგ აღარ აღინიშნება. C ვიტამინის დეფიციტი მოსახლეობასი უმნიშვნელოა და არ განსხვავდება ნადებით გამოწვეული გინგივიტისაგან.

### **კბილის ბალთით გამოწვეული ღრძილის მდგომარეობის მნიშვნელობა**

ანთება შეიძლება იყოს კონკრეტული დიაგნოზის თავისებურება და თავად არ წარმოადგენდეს დიაგნოზს. უფრო მეტიც, ანთებითი პასუხის კლინიკური არსებობა არ არის აუცილებელი ჩაითვალოს დაავადების ან ჯანმრთელობის ნიშნად. ადამიანის სხეულის ბევრ ორგანოში ანთება ითვლება დამცველობით მექანიზმად, თუმცა ანთებითი ნიშნების არქონა არ ნიშნავს იმას, რომ ჰისტოლოგიურ დონეზე არ აღინიშნება ის.

არანამკურნალები, ანთებითი ღრძილის კონცეფციამ პაროდონტის რღვევით ყურადღება მიაპყრო ნადებით გამოწვეულ გინგივიტს და მასთან დაკავშირებულ ღრძილის მდგომარეობებს, რომლებიც წარმოადგენენ პაროდონტის დაავადების სპექტრის ნაწილს. კიდურა მიმაგრების დაკარგვა ანთებით ღრძილში შეიძლება დამოკიდებული იყოს ინდივიდის მგრძობელობაზე.

### **დასკვნა**

აშკარაა, რომ კბილის ნადები ( მიკრობული ბალთა) იწვევს ღრძილის ანთებას. მის მოცულობაზე და სიმძიმეზე გავლენას ახდენს სხვადასხვა სისტემური მდგომარეობები და პირის ღრუს ფაქტორები. ნადები უფრო გროვდება ანთებით ღრძილზე, ვიდრე არაანთებითზე. მეორეს მხრივ, ყველა ანთებითი მიდამო არ პროგრესირებს პაროდონტიტად. მომავალში ღრძილის მდგომარეობების დიაგნოსტიკა ობიექტურ-ანალიტიკური მიღწევებით იქნება შესაძლებელი, როგორცაა ტრანსკრიპტომის დახასიათება და ეპიგენეტიკური ცვლილებების კატეგორიზაცია.

## პაროდონტიტის ფორმები

### 1. პაროდონტიტის ნეკროზული დაავადებები

- ა. ნეკროზული გინგივიტი
- ბ. ნეკროზული პაროდონტიტი
- გ. ნეკროზული სტომატიტი

**ნეკროზული გინგივიტი** - ღრძილის მწვავე ანთება, რომელსაც ახასიათებს ნეკროზი, წყლულები, სისხლდენა და ტკივილი. შესაძლოა აღინიშნებოდეს ჰალიტოზი, ლიმფადენოპათია, ტემპერატურის მატება და ჰიპერსალივაცია.

**ნეკროზული პაროდონტიტი** - პაროდონტიტის ქსოვილების ნეკროზით მიმდინარე ანთებითი დაავადება წყლულების გაჩენით, სისხლდენით. აღინიშნება ჰალიტოზი, ტკივილი და ძვლის სწრაფი რღვევა, ლიმფადენოპათია და ტემპერატურის მატება.

**ნ ე კ რ ო ზ უ ლ ი ს ტ ო მ ა ტ ი ტ ი** - პ ა რ ო დ ო ნ ტ ი ს და პ ი რ ი ს ღ რ უ ს ქ ს ო ვ ი ლ ე ბ ი ს ნ ე კ რ ო ზ ი თ

მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ა ნ თ ე ბ ა . შ ე ს ა ძ ლ ე ბ ე ლ ი ა გ ა შ ი შ ვ ლ დ ე ს ძ ვ ა ლ ი და ჩ ა მ ო ყ ა ლ ი ბ დ ე ს ძ ვ ლ ი ს

ნ ე კ რ ო ზ ი . ე ს ფ ო რ მ ა უ მ ე ტ ე ს ა დ გ ვ ხ ვ დ ე ბ ა მ ძ ი მ ე ს ი ს ტ ე მ უ რ ი და ა ვ ა დ ე ბ ი ს მ ქ ო ნ ე

პ ა ც ი ე ნ ტ ე ბ შ ი . ი გ ი შ ე ს ა ძ ლ ე ბ ე ლ ი ა გ ა ნ ვ ი თ ა რ დ ე ს პ ი რ ვ ე ლ ა და დ ( ნ ე კ რ ო ზ უ ლ ი

გ ი ნ გ ი ვ ი ტ ი ს და პ ა რ ო დ ო ნ ტ ი ტ ი ს გ ა რ ე შ ე ).

იხილეთ ცხრილ : ნეკროზული პაროდონტიტი N1

კატეგორია	პაციენტები	წინასწარგანწყობილი მდგომარეობა	კლინიკური მდგომარეობა
პაროდონტიტის ნეკროზული ფორმა მძიმე, ქრონიკული ფორმების დროს	მოზრდილები	აივ შიდსი ,CD4 COUNTS<200 ვირუსული ერთეულით	ნეკროზული გინგივიტი, ნეკროზული პაროდონტიტი, სტომატიტი, ნომა, შესაძლო პროგრესირება
		სხვა მწვავე ვირუსული მდგომარეობები	
	ბავშვები	მწვავე მიკროელემენტების დეფიციტი	
		მძიმე საცხოვრებელი პირობები	
		მწვავე ვირუსული ინფექცია	
პაროდონტიტის ნეკროზული ფორმა საშუალო (COMPROMISED) პაციენტებში	გინგივიტის მქონე პაციენტებში	არაკონტროლირებადი ფაქტორები; სტრესი, კვება, სიგარეტი მავნე ჩვევა უკვე გადატანილი წყლულოვანი პაროდონტიტი, ნარჩენი წყლულები	გენერალიზებული ნეკროზული გინგივიტი შესაძლო პროგრესირების რისკით პაროდონტიტში
		ადგილობრივი ფაქტორები: კბილთა და ფესვთა დგომის ანომალია	ლოკალური ნეკროზული გინგივიტი შესაძლო პროგრესირების პაროდონტიტში

## პაროდონტიტის ფორმები

### 1. პაროდონტიტის ნეკროზული დაავადებები

- ა. ნეკროზული გინგივიტი
- ბ. ნეკროზული პაროდონტიტი
- გ. ნეკროზული სტომატიტი

2. პაროდონტიტი მანიფესტირებული სისტემური დაავადებებით ( ამ ჯგუფში გაერთიანებულია ის დაავადებები და მდგომარეობები, რომლებიც შედის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციაში და მინიჭებული აქვთ ICD კოდები

### 3. პაროდონტიტი

- ა. სტადიები: დაფუძნებული დაავადების სიმძიმესა და მართვის სირთულეზე  
სტადია I: მსუბუქი პაროდონტიტი  
სტადია II: საშუალო პაროდონტიტი  
სტადია III: მძიმე პაროდონტიტი ერთეული კბილის (4) დანაკარგით  
სტადია IV: მძიმე პაროდონტიტი კბილების (5) დანაკარგით
- ბ. გავრცელება: ლოკალური, გენერალიზებული, დაზიანება მოლარებისა და საჭრელების მიდამოში
- გ. დონეები: პროგრესირების ალბათობა და რისკი, მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგი  
I. A დონე: დუნედ მიმდინარე პროცესი

II. B დონე: ზომიერად მიმდინარე პროცესი

III .C დონე: სწრაფად მიმდინარე პროცესი

პაროდონტიტი ქრონიკული, მულტიფაქტორული, ანთებითი დაავადებაა, რომელიც ასოცირებულია ბიოაპკში დისბიოზთან და ხასიათდება კბილის საყრდენ-მაფიქსირებელი აპარატის პროგრესული დესტრუქციით.

პაროდონტიტი განპირობებულია:

- ღრძილქვეშა მიკროორგანიზმების
- მასპინძელი ორგანიზმის იმუნური პასუხის
- გარემო ფაქტორების ურთიერთქმედებით

პაროდონტიტის დამახასიათებელი ნიშნები:

საყრდენ-მაფიქსირებელი აპარატის დანაკარგი ( განპირობებული CAL და BL)

2. პაროდონტული ჯიბეები (Pp)

3. სისხლდენა ღრძილებიდან

პაროდონტიტის დიაგნოსტიკაში მნიშველოვანია:

ჯიბის სიღრმე (Pp)

ძვლის დანაკარგის (BL) ტიპი ( ვერტიკალური, ჰორიზონტალური)

ფურკაციის დაზიანება

კბილის მორყევა

დაკარგული კბილები ( პაროდონტიტის გამო)

თანკბილვის კოლაფსი ( მდგომარეობა, რომელიც განპირობებულია თანკბილვის, სახის ფორმის, ყბის პოზიციის ცვლილებით).

პაროდონტიტის სიმძიმის განსაზღვრა

პაროდონტიტის სიმძიმე ისაზღვრება კლინიკური მიმაგრების დანაკარგის (CAL) ხარისხით და ძვლის დანაკარგით (BL).

პაროდონტიტის სტადია იხ.ცხ N2

პაროდონტიტის სტადიას განაპირობებს დაავადების სიმძიმე და კომპლექსურობა.

პაროდონტიტის სტადია I და II დამოკიდებულია მხოლოდ კლინიკური მიმაგრების (CAL) და ძვლის დანაკარგის (BL) რაიოდენობაზე, კერძოდ:

I სტადია:

ა. BL – 15%

ბ. CAL -1-2 მმ

II სტადია

ა. BL – 15%-33

ბ. CAL- 3-4 მმ

III სტადია:

ა. BL – ფესვის 2/3

ბ. CAL – 5 მმ

გ. PTL -4

დ. ოკლუზიური წყვილი - 10

ე. თანკბილვის კოლაფსი - არა

IVსტადია:

BL – ფესვის 2/3

ბ. CAL – 5მმ

გ. PTL – 4

დ. ოკლუზიური წყვილი -10

ე. თანკბილვის კოლაფსი - რინიშნება

პაროდონტიტის დონე იხ.ცხ N3

დონის მინიჭება აუცილებელია მომავალსი დაავადების პროგრესირების შესაფასებლად. აღნიშნული საშუალებას იძლევა წინასწარ განვსაზღვროთ ჩასატარებელი თერაპიული მკურნალობის სავარაუდო ეფექტი და რემისიის ხანგრძლივობა.

პაროდონტიტის დონის განსაზღვრა:

არ არსებობს პაროდონტული ისტორია:

BL

დონე:-----

A

A.  $<0,25$

B.  $0,25-1,0$

C.  $>1,0$ .

არსებობს პაროდონტული ისტორია (სასურველია პაროდონტიტის ბოლო 5 წლის პროგრესის შეფასება):

A. პროგრესი არ მომხდარა

B. პროგრესი  $<2\text{მმ}$

პაროდონტიტის გამოსავალი შესაძლოა იყოს:

ა) სტაბილური პაროდონტიტი

ბ) პაროდონტიტი რემისიის ფაზაში

## პაროდონტული აბსცესი

პაროდონტული აბსცესი არის ჩირქის ლოკალური დაგროვება ღრძილის კედელსა და ჯიბის ამომდგენ ეპითელიუმს შორის და იწვევს პაროდონტის ქსოვილის მნიშვნელოვან დარღვევას.

ეტიოლოგია:

გვხვდება უმეტესად ქრონიკული პაროდონტიტით დაავადებულ პაციენტებში;

წარმოიქმნება პაროდონტული ჯიბიდან ქსოვილოვანი დეტრიტის და ჩირქის

გაძნელებული დრენირების გამო;

შეიძლება გამოიწვიოს უცხო სხეულის მოხვედრამ ჯიბეში.

კლინიკა: ტკივილი, შეშუპება, ღრძილოვანი ჯიბიდან აღინიშნება ჩირქოვანი გამონადენი, უფრო ახლოს კბილის გვირგვინთან ვიდრე პერიაპიკალური აბსცესის შემთხვევაში.

დიაგნოზი ისმება ანამნეზისა და კლინიკური გამოკვლევების, რენტგენოგრაფიის, ლაბორატორიული კვლევის საფუძველზე.

იხ.ცხ. N4

ცხრილი N4

<p>პაროდონტული აბსცესი პაროდონტიტიან პაციენტებში</p>	<p>მწვავე გამწვავება</p>	<p>არანამკურნალები პაროდონტიტი</p>	
		<p>პაროდონტიტი, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას</p>	
		<p>შემანარჩუნებელი პაროდონტალური თერაპია</p>	
	<p>მკურნალობის შემდეგ</p>	<p>პროფესიული ჰიგიენის შემდეგ</p>	
		<p>ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ</p>	
		<p>მედიკამენტური მკურნალობის შემდეგ</p>	
<p>ხვა მედიკამენტების გამოყენება. მაგ. ნიფედიპინ</p>			
<p>პაროდონტული აბსცესი პაროდონტიტის არ მქონე პაციენტებში</p>	<p>რეტენცია</p>	<p>დენტალური ფლოსი, ორთოდონტული ჭიმები, კბილის საჩხრეკი, რაბერდამი, პოპკორნის ნარჩენები</p>	

	მავნე ჩვევა	ორთოდონტული რკალის, ძაფის და ფრჩხილების კვნეტა
	ორთოდონტული ფაქტორები	არაადეკვატური ორთოდონტული ძალა, ჯვარედინი თანკბილვა
ღრძილის ზომაში მატება		
ფესვის ზედაპირის ცვლილებები	ძლიერი ანატომიური ცვლილება	ინვაგინაციური კბილი, ოდონტოდისპლაზია
	მცირე ანატომიური ცვლილება	დაფლეთილი დუღაბი, მინანქრის მარგალიტი
	იატროგენული ფაქტორები	პერფორაცია
	ფესვის ძლიერი დაზიანება	კბილის არასრული მოტეხილობა, გაზზარული კბილის სინდრომი
	ქირურგიის შემდეგ	

## ენდო-პაროდონტული დაზიანებები

ენდო-პაროდონტული დაზიანებები პათოლოგიური კავშირი, რომელიც მოიცავს როგორც პულპის ასევე პაროდონტის ქსოვილებს და შეიძლება გამოვლინდეს მწვავე ასევე ქრონიკული ფორმით.

ენდო-პაროდონტული დაზიანებით კბილის ყველაზე გავრცელებული ნიშანი და სიმპტომი ღრმა პაროდონტული ჯიბეა (აპექსს მიღწეული ან მასთან ახლოს მდებარე), პულპის უარყოფითი ან შეცვლილი ვიტალური ტესტით.

ენდო-პაროდონტული დაზიანება, პაროდონტიტიან სუბიექტებში, ჩვეულებრივ ხასიათდება ნელი და ქრონიკული პროგრესიით, ხილული სიმპტომების გარეშე.

ასევე:

1. ძვლის დანაკარგი აპიკალურად ან ფურკაციის მიდამოში,
2. სპონტანური ტკივილი ან ტკივილი პალპაცია/ პერკუსიაზე,
3. ჩირქოვანი ექსუდატი,
4. კბილის მორყევა,
5. ფისტულა,
6. გვირგვინის ან ღრძილის ფერის ცვლილება. იხ.ცხ. N 5

### ცხრილი N 5 ენდო-პაროდონტული დაზიანებების კლასიფიკაცია

ენდოპაროდონტული დანაკარგი ფესვის დაზიანება	ფესვის ფრაქტურა ან გაბზარვა	
	ფესვის არხის ან პულპური ღრუს პერფორაცია	
	ფესვის გარე რეზორბცია	
ენდოპაროდონტული დაზიანება ფესვის ჩართულობის გარეშე	ენდო-პაროდონტული დაზიანება პაროდონტიტიან პაციენტებში	I დონე - ვიწრო, ღრმა პაროდონტული ჯიბე ერთი კბილის ზედაპირზე
		II დონე - განიერი, ღრმა პაროდონტული ჯიბე ერთი კბილის ზედაპირზე
		III დონე - ღრმა პაროდონტული ჯიბე ერთზე მეტი კბილის ზედაპირზე
	ენდო-პერიოდონტული დაზიანება არაპაროდონტიტიან	I დონე - ვიწრო, ღრმა პაროდონტული ჯიბე ერთი კბილის ზედაპირზე

	პაციენტებში	
		II დონე - განიერი, ღრმა პაროდონტული ჯიბე ერთი კბილის ზედაპირზე
		III დონე - ღრმა პაროდონტული ჯიბე ერთზე მეტი კბილის ზედაპირზე

**მუკოგინგივალური  
დეფორმაციები და მდგომარეობები**

**3. მუკოგინგივალური დეფორმაციები და მდგომარეობები**

1. ღრძილის ფენოტიპი
  - ა. თხელი ფენოტიპი
  - ბ. სქელი ფენოტიპი
  - გ. სქელი ბრტყელი ფენოტიპი
2. ღრძილის/რბილი ქსოვილების რეცესია
  - ა. ვესტიბულური ან ლინგვალური ზედაპირი
  - ბ. აპროქსიმალური (პაპილარული)
  - გ. ძლიერ გამოხატული რეცესია (Cairo F, et al. RT1, 2, 3)
  - დ. ღრძილის სისქე
  - ე. ღრძილის სიგანე
  - ვ. თანმხლები კარიესი ყელის მიდამოში
  - ზ. პაციენტის ესთეტიური ჩივილი (Smile Esthetic Index)
  - თ. ჰიპერესთეზია
3. კერატინიზირებული ღრძილის ნაკლებობა
4. დაბალი კარიბჭე
5. ლაგმების და ჭიმების/კუნთების ანომალური განლაგება
6. ღრძილების ზომაში მატება
  - ა. ცრუ ჯიბე
  - ბ. ღრძილის უსწორმასწორო კიდე
  - გ. ჭარბი ღრძილი
  - დ. გადიდებული ღრძილი
7. ფერის პათოლოგიური ცვლილება
4. ტრავმული ოკლუზია
  - ა. პირველადი ოკლუზიური ტრავმა
  - ბ. მეორადი ოკლუზიური ტრავმა

გ. ორთოდონტული ძალა

5. კბილთან და პროთეზთან დაკავშირებული ფაქტორები, რომლებსაც შეუძლიათ გამოიწვიონ ბიოაპკით განპირობებული გინგივიტი და პაროდონტიტი

ა. კბილთან დაკავშირებული ლოკალური ფაქტორები

1. კბილის ანატომიური ფაქტორები, მინანქრის ცერვიკალური მდებარეობა (CEP), მინანქრის წვეთი

2. კბილის და ფესვის მოტეხილობები

3. ფესვის ცერვიკალური რეზორბცია, დუღაბის წვეთი

4. ინტერპროქსიმალური (ფესვებს შორის) მანძილი

5. კბილების მდებარეობა (ჯვარედინი თანკბილვა, კბილთა მჭიდრო დგომა, ტორტოანომალია)

6. გამწვანებული ამოჭრა

7. ღია კონტაქტები

ბ. პროთეზებთან დაკავშირებული ლოკალური ფაქტორები

1. რესტავრაციის კიდე კბილის ირგვლივ იოგში

2. კლინიკური მანიპულაციები დაკავშირებული არაპირდაპირ რესტავრაციებთან

3. ჰიპერესთეზია/ტოქსიური რეაქცია სტომატოლოგიურ მასალებზე

ბიოტიპი - ორგანოთა ერთობრიობა, რომელთაც აქვთ ერთნაირი სპეციფიური გენოტიპი.

ფენოტიპი - გარემოს და გენეტიკური ფაქტორების ზემოქმედებით განპირობებული ორგანოს კონკრეტული სახე.

ფენოტიპი მუდმივად განიცდის მოდიფიკაციას, გენოტიპი – არასდროს.

ღრძილის ბიოტიპი მოიცავს:

1. ღრძილის სისქეს (Gingival thickness - GT) და კერატინიზირებული

ქსოვილის სიგანეს (Keratinized tissue width - KTW)),

2. ძვლის მორფოტიპს (BM),

3. კბილის მდებარეობა.

პაროდონტის ფენოტიპი:

☒ ღრძილის ბიოტიპი (GT+ KTW)

☒ ძვლის მორფოტიპი (BM) (ვესტიბულური ზადაპირის ძვლის სისქე).

ეს პარამეტრები განაპირობებს მუკოგინგივალური დეფექტების განვითარებას და პროგრესირებას, ძირითად შემთხვევაში რეცესიას.

თხელი ფესტონური ბიოტიპი: სამკუთხედი ფორმის ვიწრო გვირგვინი, ნაკლებად გამოხურცული ცერვიკალური მიდამო, საკონტაქტო პუნქტები საჭრელ კიდესთან ახლოს, კერატინიზირებული ღრძილის ვიწრო ზონა, გამჭირვალე ღრძილი ძალიან თხელ ალვეოლაზე.

სქელი ბრტყელი ბიოტიპი: ოთხკუთხედი ფორმის გვირგვინები, გამოხატული გამოხურცულობა ცერვიკალურ მიდამოში, საკონტაქტო პუნქტები ლოკალიზებული მეტად აპიკალურად, კერატინიზირებული ღრძილის ფართო ზონა, სქელი ფიბროზული ღრძილი, სქელი ალვეოლა.

სქელი ფესტონური ბიოტიპი: ვიწრო კბილები, სქელი ფიბროზული ღრძილი, კერატინიზირებული ღრძილის ვიწრო ზონა, კარგად გამოხატული ღრძილის ფესტონური კიდე.

თხელ ბიოტიპს აქვს ტენდენცია რომ განუვითარდეს რეცესია უფრო მეტად ვიდრე სქელს. ასევე, მეტად მნიშვნელოვანია და გარკვეულ რისკებთან არის დაკავშირებული როდესაც პაციენტი იტარებს ორთოდონტულ მკურნალობას, იმპლანტაციას და რესტავრაციებს.

პაროდონტული ზონდით შესაძლოა განისაზღვროს ღრძილის სისქე.

თხელი ფენოტიპი - ღრძილის სისქე  $\leq 1$  მმ-ს

სქელი ფენოტიპი - ღრძილის სისქე  $> 1$  მმ-ს

ძვლის მორფოტიპი იზომება რადიოგრაფით კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

ღრძილის რეცესია:

ღრძილის რეცესია ეს არის მინანქრი-დუღაბის კავშირიდან მარგინალური

ღრძილის კიდის გადანაცვლება აპიკალური მიმართულებით (American Academy of Periodontology 1992)). ხასიათდება ფესვის ზედაპირის გაშიშვლებით და კბილღრძილოვანი შეერთების დარღვევით.

რეცესიის ეტიოლოგია:

რეცესიის ეტიოლოგია ბოლომდე უცნობია. არსებობს მხოლოდ ხელშემწყობი

ფაქტორები:

პაროდონტის ბიოტიპი და მიმაგრებული ღრძილი.

თხელი პაროდონტის ბიოტიპი, მიმაგრებული ღრძილის არ არსებობა, შემცირებული ალვეოლური ძვლის სისქე (განაპირობებს კბილის არასწორ პოზიციას კბილთა რკალში).

ეს ყველაფერი ერთად კი - რეცესიის განვითარების რისკს წარმოადგენს.

რეცესია შეიძლება განვითარდეს ყველა ზედაპირზე (ლოყისკენა, ენისკენა, ინტერპროქსომალურს).

ღრძილის რეცესიის და ფესვის გაშიშვლების შედეგად ვითარდება:

ცუდი ესთეტიკა,

ჰიპერესთეზია,

კარიესი/არაკარიესული დაზიანება კბილის ყელის მიდამოში.

რეცესიის სიდრმის განსაზღვრა:

რეცესია იზომება პაროდონტული ზონდით მინანქარ-დუღაბის კავშირიდან მარგინალური ღრძილის კიდემდე.

რაც უფრო ღრმაა რეცესია, მით უფრო დაბალია იმის ალბათობა რომ

მოხერხდეს ფესვის ზედაპირის სრული დაფარვა.

ჯანმრთელი ღრძილის ერთ-ერთი განმსაზღვრელი მიმაგრებული ღრძილია.

ღრძილი რომ იყოს ჯანმრთელი საასურველია კბილის გარშემო 2 მმ

კერატინიზირებული ქსოვილის და 1 მმ მიმაგრებული ღრძილის არსებობა.

თუმცა მიუხედავად ამისა, საერთოდ შეიძლება არ იყოს კერატინიზირებული ქსოვილი და მიღწეული იყოს ჯანმრთელობა, თუ არსებობს ნადების ოპტიმალური კონტროლი.

ნებისმიერი რაოდენობა (სისქე და სიგანე) ღრძილის საკმარისია ჯანმრთელი პაროდონტის შენარჩუნებისთვის პირის ღრუს ჰიგიენის წესების სრულფასოვანი დაცვისას.

## ტრავმული ოკლუზია

ტრავმული ოკლუზიური ძალა განისაზღვრება, როგორც ნებისმიერი ძალა, რომელსაც მივყავართ კბილების და/ან კბილ-ღრძილოვანი კავშირის დაზიანებამდე.

ოკლუზიური ტრავმა არის ჰისტოლოგიური ტერმინი და გამოიყენება პერიოდონტის მიმაგრების აპარატის ტრავმის აღსაწერად.

პირველადი ოკლუზიური ტრავმა აერთიანებს ინტაქტური პაროდონტში გადაჭარბებული ოკლუზიური ძალის მოქმედების შედეგად კბილის ან კბილთა ჯგუფის დაზიანებებს.

მეორადი ოკლუზიური ტრავმა აერთიანებს განლეულ პაროდონტში გადაჭარბებული ოკლუზიური ძალის მოქმედების შედეგად კბილის ან კბილთა ჯგუფის დაზიანებებს.

ცხოველებზე და ადამიანებზე ჩატარებული კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ გადაჭარბებული ოკლუზიური ძალა არ წარმოადგენს ნადებით განპირობებულ ამათუ იმ პაროდონტის დაავადების ინიციატორს და მიმაგრების აპარატის დამაზიანებელ ფაქტორს. ასევე, არ არსებობს არანაირი მეცნიერული მტკიცებულება, რომ გადაჭარბებული ოკლუზიური ძალა შეიძლება იყოს რეცესიის ან აფრაქციის მიზეზი.

ტრავმულმა ოკლუზიურმა ძალამ შესაძლოა გამოიწვიოს:

ფრემიტუსი (კბილის ადაპტაციური მობილურობა)

კბილის მორყევა

ტემპერატურული მგრძობელობა  
თანკბილვის ცვლილება  
კბილის მიგრაცია  
დისკომფორტი/ტკივილი ღეჭვისას  
კბილის ფრაქტურა  
პერიოდონტული ნაპრალის გაფართოვება  
ჰიპერცემენტოზი.

უნდა აღინიშნოს რომ თუკი გადაჭარბებული ოკლუზიური ძალა არის პაროდონტის ქსოვილების რომელიმე დაზიანების ინიციატორი, შესაბამისად ძალის მოხსნის შემდეგ პაროდონტის მდგომარეობა უნდა გაუმჯობესდეს. ტრავმული ოკლუზიური ძალა ან ოკლუზიური ტრავმა იშვიათად მოქმედებდეს პაროდონტზე.

**მინანქრის ცერვიკალური მდებარეობის კლასიფიკაცია (Master, Hosking 1964):**

- 0 დონე – CEP არ არის.
- I დონე – მინანქარ-ცემენტის კავშირის ცალკეული უბნის გაფართოვება ფურკაციის მიმართულებით.
- II დონე – მინანქარი ახლოსაა ფურკაციასთან, მაგრამ არ აღწევს მასში.
- IV დონე – მინანქარი აღწევს ფურკაციაში.

მინანქრის წვეთი, ენამელომა, მინანქრის მარგალიტი, მინანქრის ეგზოსტოზი – კბილის განვითარების ანომალიაა. იგი, ერთის მხრივ, ზრდის უბანს მიკრობთა კონტამინაციისათვის, მეორეს მხრივ – ხელს უშლის პაროდონტულ ჯიბეში ბიოაპკის სრულფასოვან მოხსნას.

დულაბის ცრემლი, ეს არის დულაბის ფრაგმენტის დაცილება ფესვიდან. ის შეიძლება გაიწოვოს და ფესვი დაიფაროს ახალი ფენით.

**ფესვის ცერვიკალური რეზორბცია**

კბილის მაგარი ქსოვილების დაზიანებაა ყელის მიდამოში, რომლის დროსაც ირღვევა დუღაბი, დენტინი და ძვალი. კლინიკურად ხასიათდება პაროდონტის ქსოვილების ანთებით და არ არის დაკავშირებული პულპის პათოლოგიასთან. პულპა ამ დროს დაცულია პრედენტინით. ძირითადად მიმდინარეობს უსიმპტომოდ და დიაგნოსტირდება რენტგენოლოგიური კვლევით.

### ინტერპროქსიმალური (ფესვებს შორის) მანძილი –

#### Interproximal root distance (IRD):

ზედა ყბაზე ფესვების სიახლოვე (Root Proximity – RP) მეტადაა გამოხატული I და II მოლარსა და ცენტრალურ და გვერდით საჭრელს შორის.

10 წლიანი კლინიკური დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ ინტერპროქსიმალური ფესვებს შორის დისტანცია (IRD) ზედა ყბის ცენტრალურ და გვერდით საჭრელს შორის  $>0,8$  მმ. პირებში, რომელთა IRD  $<0,6$  მმ-ზე აღინიშნება ძვლის დანაკარგი.

ინტერპროქსიმალური (ფესვებს შორის) მანძილის სიმძიმის ტიპები:

ტიპი 1.  $>0,5$ -დან  $\leq 0,8$  მმ-მდე

ტიპი 2.  $>0,3$ -დან  $\leq 0,5$  მმ-მდე

ტიპი 3.  $\leq 0,3$  მმ.

ყოველი შემდეგი ტიპი უფრო მძიმე მდგომარეობაა.

ინტერპროქსიმალური (ფესვებს შორის) მანძილი უფრო ხშირად იცვლება ზედა ყბის პირველ და მეორე მოლარსა და ცენტრალურ და გვერდით საჭრელს შორის. ქვედა ყბაზე - ძირითადად ცენტრალურ და გვერდით საჭრელებს შორის.

#### კბილის პოზიცია:

კბილის პოზიციის გავლენა ალვეოლაში მიმდინარე პროცესებზე ძალიან მნიშვნელოვანია. კბილების ლოყისკენა-ენისკენა მდებარეობა, როგორც წესი, ხასიათდება ღრძილის სისქის ვარიაბელურობით. კბილის ლოყისკენა მდებარეობა ძირითადად ასოცირდება თხელ ღრძილთან და ლაბიალურ ძვლის ფირფიტასთან.

## პროთეზებთან დაკავშირებული ლოკალური ფაქტორები:

- ☒ რესტავრაციის კიდე კბილის ირგვლივ იოგში
- ☒ კლინიკური მანიპულაციები დაკავშირებული არაპირდაპირ რესტავრაციებთან
- ☒ ჰიპერესთეზია/ტოქსიური რეაქცია სტომატოლოგიურ მასალებზე ცნობილია, რომ კბილის რესტავრაციები და კბილის პროთეზები მათი დიზაინი, ტექნიკის სისწორე და მასალის შემადგენლობა ხშირად იწვევს კბილის ზადაპირზე ნადების დაყოვნებას (რეტენციას) და კლინიკური მიმაგრების დანაკარგს (გამონაკლისია სრულფასოვანი ჰიგიენა). ასევე, თუ პაციენტი მოსახსნელი პროთეზის ხმარებისას არ იცავს სრულფასოვან ჰიგიენას, ჩნდება ნადების რეტენციული პუნქტები და შეიძლება გამოიწვიოს გინგივიტი/პაროდონტიტი და კბილთა მორყევის მატება.

სტომატოლოგიური მასალები შესაძლებელია კავშირში იყოს ჰიპერმგრძნობელობის რეაქციებთან, რომელიც კლინიკურად გამოიხატება ლოკალური ანთებით და არანაირ კავშირში არაა ჰიგიენასთან. საჭიროა დამატებითი გამოკვლევები ჰიპერმგრძნობელობის რეაქციების დასადასტურებლად.

## კლინიკური მონაცემების საფუძველზე გამოტანილი დასკვნები

(შესაძლოა ნაკლებად სარწმუნო იყოს):

- . კბილების გამოხეხვის გავლენა: ზოგიერთი კვლევის თანახმად გამოხეხვის ხანგრძლივობა, არასწორი ტექნიკა, ძალა, კბილის ჯაგრისის არასწორად შერჩეული სიხისტე და მისი ხშირი ცვლა შესაძლოა იყოს რეცესიის პოტენციური რისკ ფაქტორები.
- . ცერვიკალური რესტავრაციების კიდეების გავლენა: სუპრაკრესტალურ შემაერთებელქსოვილოვან მიმაგრებაში რესტავრაციები ხშირად განაპირობებენ ანთების თუ რეცესიის განვითარებას.
- . ორთოდონტული ძალის გავლენა: ორთოდონტული ძალა შეიძლება იყოს

რეცესიის ინიციატორი ან მაპროგრესირებელი ფაქტორი 5-12% შემთხვევაში. მაშინ, როდესაც კბილის გადანაცვლებისას 2 მილიმეტრზე მეტ არეალში ეს ციფრი 47%-მდე იზრდება.

დადგინდა, რომ კარგი ჰიგიენის და ნადების კონტროლის დროს ჯანმრთელი და განლეული პაროდონტი კბილებს შეუძლია "აიტანონ" ორთოდონტული ძალა. არაკონტროლირებად ორთოდონტულ ძალას შეუძლია უარყოფითად იმოქმედოს ფესვზე, გამოიწვიოს რეზორბცია, ალვეოლის რეზორბცია, პრობლემები კბილის პულპაში.

. სხვა ფაქტორები როგორცაა: კარიბჭის სიღრმე, ლორწოვანის ლაგმები და ჭიმვები.

კბილებთან და დენტალურ პროტეზებთან დაკავშირებული ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ პაროდონტზე:

A. ლოკალური კბილთან დაკავშირებული (კბილით განპირობებული) ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს ან წარმოადგენს ნადებით განპირობებული ღრძილის დაავადებების წინაპირობას.

1. კბილის ანატომიური მახასიათებლები
2. ფესვის ფრაქტურა
3. ცერვიკალური ფესვის რეზორბცია, დუღაბის ცრემლი
4. ახლოს მდგომი ფესვები
5. კბილების გაძნელებული ამოჭრა

B. ლოკალური დენტალური პროტეზებით განპირობებული ფაქტორები:

1. სუპრაკრესტალურ შემაერთებელ ქსოვილებთან არსებული რესტავრაციის კიდები,
2. არაპირდაპირი რესტავრაციების პრეპარირებისას კლინიკური პროცედურები,
3. სტომატოლოგიური მასალების ჰიპერმგრძნობელობა, ტოქსიურობა.



## N2 პაროდონტის დაავადებათა კლასიფიკაცია სტადიების მიხედვით

მახასიათებლები	სტადია I	სტადია II	სტადია III	სტადია IV
კბილრძილოვანი შეერთების დანაკარგი - CAL	1-2 მმ	3-4 მმ	≥5 მმ	≥5 მმ
ძვლის დანაკარგი რენტგენოლოგიურად	კორონარულ მესამედში (<15%)	კორონარულ მესამედში (15-33%)	ფესვის შუიდან აპიკალურ მესამედამდე	ფესვის შუიდან აპიკალურ მესამედამდე
კბილის დანაკარგი	არ არის	არ არის	≤4	≥5
ჯიბის სიღრმე	≤4 მმ	≤5 მმ	სტადია II მახასიათებლებთან ერთად ≥6 მმ	სტადია III მახასიათებლებთან ერთად ≥6 მმ
ძვლოვანი ქსოვილის მდგომარეობა	ძვლის ჰორიზონ - ტალური რღვევა	ძვლის ჰორიზონ - ტალური რღვევა	სტადია II მახასიათებლებთან ერთად ძვლის ვერტიკალური რღვევა ≥3 მმ	სტადია III მახასიათებლები
სხვა	-	-	ფურკაციის დაზიანება F2 ან F3, ღრძილის კიდის ზომიერი დაზიანება	სტადია III მახასიათებლები სალექი ფუნქციის მოშლა, მეორადი ოკლუზიური ტრავმა, კბილების მორყევის ხარისხი ≥II, ღრძილის კიდის მძიმე დაზიანება, დარჩენილია 20 კბილამდე

### N3 პაროდონტიტის კლასიფიკაცია დონეების მიხედვით

დონეები			A დონე (დუნედ მიმდინარე პროცესი)	B დონე (ზომიერა დ მიმდინარე პროცესი)	C დონე (სწრაფად მიმდინარე პროცესი)
პირველადი კრიტერიუმები	პროგრესირე ბის პირდაპირი მაჩვენებელი	რენტგენოლოგიურად ძვლის დანაკარგი, კბილღრმილოვანი შეერთების დანაკარგი - CAL	არ არის ძვლის დანაკარგი 5 წელიწადში	<2 მმ ძვლის დანაკარგი 5 წელიწადში	≥2 მმ ძვლის დანაკარგი 5 წელიწადში
	პროგრესირე ბის არაპირდაპირი მაჩვენებელი	ბიოაპკით გამოწვეული ცვლილებები	მცირე ხარისხის დესტრუქცია	ზომიერი დესტრუქცია	ძლიერი დესტრუქცია სწრაფი პროგრესირებით და დავადების ახალგაზრდა ასაკში მანიფესტირებით (არ ექვემდებარება სტანდარტულ ანტიბაქტერიულ მკურნალობას)
დონის მაჩვენებლები	რისკ ფაქტორები	მწველობა	არა მწვევლი	<10 სიგარეტი დღეში	≥10 სიგარეტი დღეში
		დიაბეტი	ნორმოგლიკემია / დიაბეტი არ დიაგნოსტირდება	დიაბეტიან პაციენტებში გლიკოზირებული ჰემოგლობინი <7%	დიაბეტიან პაციენტებში გლიკოზირებული ჰემოგლობინი ≥7%

