

УДК 616.314.17—008.1

Р. Я. ПЕККЕР, И. Ф. СЛУЖАЕВ, А. С. СОЛНЦЕВ, Л. И. КСЕНЗОВ

РЕОПАРОДОНТОГРАФИЧЕСКИЕ И КАПИЛЛЯРОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

На основании изучения 4500 реопародонтограмм выявлен ряд изменений, которые подтверждаются капилляроскопическими исследованиями. В результате реопародонтографию можно считать наиболее точным методом диагностики при заболеваниях пародонта.

При изучении заболеваний тканей пародонта основное внимание уделяется периферической сосудистой системе [2, 7, 9]. Прижизненное изучение микроциркуляции сосудов дает возможность решать проблему диагностики, лечения и профилактики заболеваний тканей пародонта, а также опосредствует освещению вопросов патогенеза пародонтоза [13, 15 и др.].

Под воздействием экзо- и эндогенных факторов поражаются в первую очередь капилляры, нарушается микроциркуляция, что в свою очередь вызывает нарушение трофики тканей пародонта [6, 14 и др.]. Существует несколько методов исследования сосудистой системы пародонта. Наиболее часто в стоматологии используются: капилляроскопия и микрокапиллярография, вакуумные пробы, реография и т. д.

Капилляроскопические исследования дают возможность получить объективную оценку состояния сосудов конечного типа, выяснить их структурные и функциональные особенности и т. д., что позволяет установить степень нарушения кровообращения [4, 8, 12 и др.].

Для определения состояния периферического кровообращения в тканях пародонта используется метод реографии [5, 11 и др.], который получил название реопародонтографии. В настоящее время реографический метод исследования начинает более широко использоваться в стоматологической практике для определения функционального состояния сосудистой системы при различных заболеваниях тканей пародонта.

Для выявления разностной зависимости нами проведены исследования сосудистой системы пародонта методом капилляроскопии, микрокапиллярографии и реопародонтографии у 350 лиц различных возрастных групп.

Исследования проводились на верхней и нижней челюсти в области $\frac{3\ 21}{3\ 21} | \frac{12\ 3}{12\ 3}$ зубов (данные участки зубо-челюстной системы чаще подвергаются воздействию различных этиологических факторов).

При визуальном анализе 4500 реопародонтограмм выявлен ряд закономерностей, подтверждающихся капилляроскопическим исследованием.

Так, у здоровых лиц реографическая волна имеет остроконечную вершину с крутым анакротическим подъемом и средней продолжительностью катакротического спуска. Дикротический зубец четко определяется на середине диастолической волны. Иногда при клинически здоровом пародонте обнаруживаются структурные изменения реографических волн, что указывает на наличие патологических изменений в сосудистой системе.

При капилляроскопии сосуды расположены рядами: в I зоне—крупные на бледно-розовом фоне, во II—средние, субкапиллярная сеть просматривается. При этом от основного артериального ствола отходят мелкие сосуды, петли которых направлены к десневому краю. В I зоне капилляры имеют вид дамской шпильки, во II—запятых с острым или прямым углом, образуемым артериальной и венозной браншами. Их количество от 60 до 80 в поле зрения. Окраска капилляров розовая, равномерная, что указывает на ровный ток крови (рис. 1, а) [1, 4, 8].

При остром катаральном гингивите реопародонтографические изменения соответствуют застойным явлениям с ослаблением сосудистого тонуса, проявляющимся закругленной вершиной РПГ волны, удлиненной катакротической фазой и резко выраженным дикротическим зубцом; расположены на середине спуска при неизменной анакротической фазе [3, 10].

Капилляроскопически определяется розово-красный и красный фон, на котором видны расширенные капилляры, венозное и артериальное колена увеличены в объеме, но располагаются ровными рядами. Угол петель тупой, и, хотя количество капилляров 60—80 в поле зрения, это указывает на усиленный приток крови, в то время как отток замедлен (венозный застой).

Таким образом, при наличии острого воспалительного процесса в тканях пародонта наступают застойные явления, тонус периферических сосудов снижается. Наступает вазодилатация, что подтверждается микрокапилляроскопическими исследованиями (рис. 1, б).

При хроническом катаральном гингивите наступают более выраженные реопародонтографические изменения, проявляющиеся в структурном изменении анакротической и катакротической фаз. Анакротическая фаза удлиняется, имеет дополнительный систолический подъем, вершина имеет вид плато, диастолическая волна удлинена, дикротический зубец располагается в верхней трети, нечетко выражен, что указывает на более глубокие изменения в сосудах пародонта.

При капилляроскопических исследованиях на синюшно-красном фоне располагаются структурно и функционально измененные капилляры. Нарушается рядность расположения, уменьшается их количество в поле зрения. Окраска капилляров становится бледно-розово-синюшной, они мелкие и средние по величине, что указывает на их функциональную неполноценность (рис. 1, в).

При дистрофической форме пародонтоза реопародонтограмма дает резко выраженные изменения—укорочение реографической волны, со-

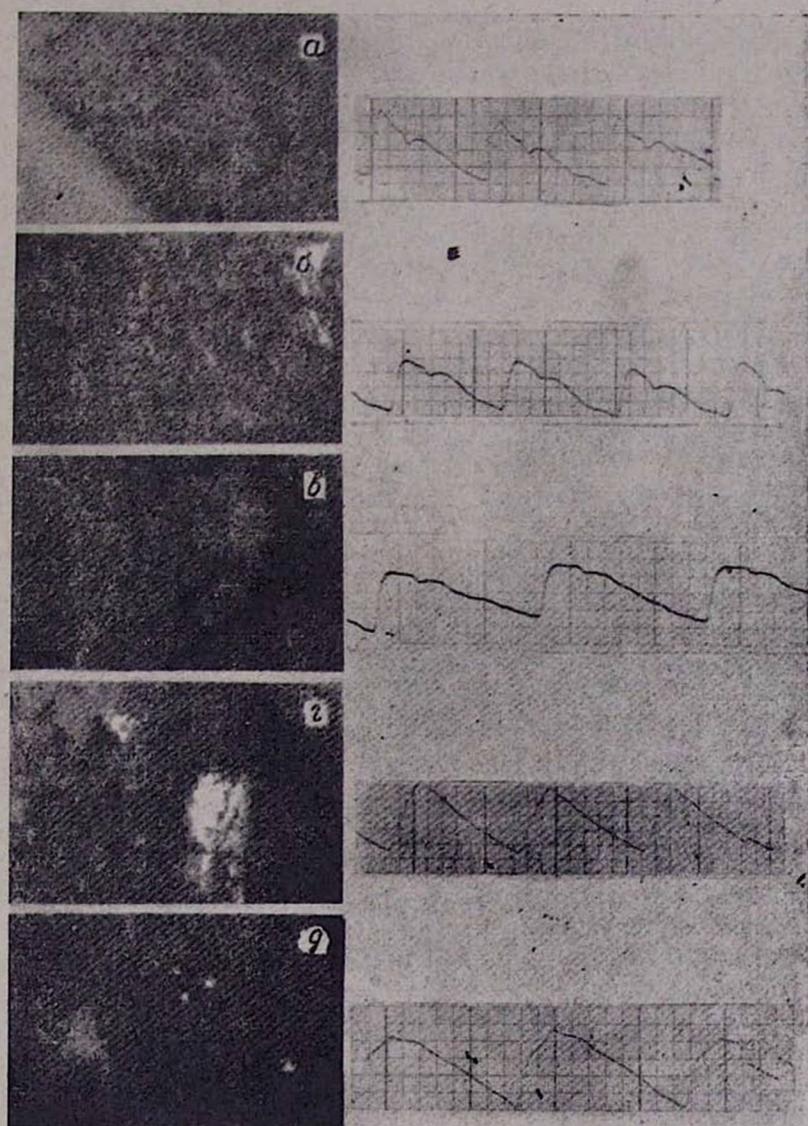


Рис. 1. Реопародонтограмма и капиллярограмма: а) здорового человека;
б) больного с острым катаральным гингивитом;
в) больного хроническим катаральным гингивитом;
г) больного с дистрофической формой пародонтоза;
д) больного с воспалительно-дистрофической формой пародонтоза

стоящей из удлиненной анакроты с дополнительным туповосходящим плато, укороченной катакротой со слабовыраженным дикротическим зубцом, смещенным к вершине или полностью отсутствующим.

При капилляроскопическом исследовании в зависимости от степени выраженности патологического процесса определяется бледный розово-синюшный или мутновато-желтый фон, капилляры удлиненные, извитые, их мало в поле зрения (20—30), субкапиллярная сеть не просматривается из-за выраженных атрофических явлений, что согласуется с данными В. Е. Приемского [8] (рис. 1, г).

При воспалительно-дистрофической форме пародонтоза реопародонтографические исследования дают возможность обнаружить более глубокие изменения не только в капиллярах, но и в сосудах более крупного калибра—артериолах. При этом анакротическая фаза удлиняется, резко выражен туповосходящий дополнительный подъем, отражающий замедленное прохождение крови по артериальному руслу, катакротическая фаза удлинена, дикротический зубец слабо выражен, смещен к вершине РПГ волны, что указывает на повышение сосудистого тонуса.

При проведении капилляроскопии характерно изменение фона (синюшно-красный), количество капилляров 15—25 в поле зрения, капилляры удлинены, венозное колено расширено, с перетяжками. Наряду с этим обнаруживаются средние по размерам капилляры, малоизмененные. Артериальное колено расширено. Четко определяется шерикапиллярный отек в виде бледно-розового венчика (рис. 1, д).

Использование капилляроскопии, микрокапиллярофотографии и реопародонтографии при исследованиях, проведенных у 350 лиц с различным состоянием тканей пародонта, позволяет установить наличие конкретных и достаточно четких параллелей.

Эти данные говорят об имеющихся место функциональных, а также морфологических изменениях. Нужно подчеркнуть, что даже при отсутствии клинически выраженной патологии в пародонте изменения сосудистого тонуса, улавливаемые с помощью реопародонтографии, облегчают возможность ранней диагностики патологического процесса.

Таким образом, можно считать, что капиллярография и реопародонтография в настоящее время являются наиболее точными показателями для уточнения диагноза при заболеваниях тканей пародонта.

Кафедра терапевтической
стоматологии Кемеровского
медицинского института

Поступила 14/VII 1973 г.

Ռ. Յա Պեկեր, Ի. Վ. Սևոբոսով, Ա. Ս. Սոկոլով, Է. Ի. Կսենզով

Ռեոպարոդոնտոգրաֆիկական և Կապիլլարոսկոպիկական զոնոգրաֆիկական

Ա մ փ ո փ ու մ

Ուսումնասիրված է 350 հոգու տարբեր տարիքային խմբերի պարադոնտի անոթային սխեմների կապիլյարասկոպիկ, կապիլյարագրաֆիկ և ռեոպարադոնտոգրաֆիկ մեթոդներով, որոնք թույլ են տալիս որոշելու կոնկրետ և բավականին պարզ դոզաչեղանակների առկայությունը:

Ստացված տվյալները ցույց են տալիս ֆունկցիոնալ, ինչպես նաև մորֆոլոգիական փոփոխությունները: Նույնիսկ պարադոնտում կլինիկորեն արտահայտված պաթալոգիայի բացակայության դեպքում, անոթային տոնուսի փոփոխությունը նշմարվում է ռեոպարադոնտոգրաֆով, հեշտացնում է վաղ ախտորոշման դիագնոստիկայի պաթալոգիկ պրոցեսի հնարավորությունը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гейкин М. К. Дисс. докт. М., 1941.
2. Евдокимов А. И. Тезисы докладов VIII расшир. пленума Всесоюз. об-ва стомат. 4-й выездной сессии ЦНИИС. М., 1966, стр. 3.
3. Кедров А. А. Клиническая медицина, 1941, I, XIV, стр. 71.
4. Карницкий В. И. Дисс. докт. М., 1971.
5. Ласовский И. И. Дисс. канд. М., 1969.
6. Литвик И. И. В. М. Ж., 1953, стр. 10.
7. Михайлова Р. И., Прохончуков А. А., Федоровский Ю. Н. Стоматология, 1973, 3, стр. 21.
8. Приемский В. Е. Дисс. канд. М., 1968.
9. Тронева О. С. Проблемы стоматологии. Киев, 1966.
10. Ярулич Х. Х. Клиническая реоэнцефалография. М., 1967.
11. Dunker H. Naturwissenschaften, 1962, 49, 3, 210.
12. Frochlich. Dtsch. zahnärztl. L. 1964, 19, 2, 153.
13. Franke J. Dtsch. zahnärztl. L. 1964, 19, 2, 177.
14. Götze W. Dtsch. zahnärzth. L. 1968, 23, 6, 1279.
15. Bees S., Balodimos M., Pometta D., Causfield J., Kuwabara T., Clason R. and Marble A. 4-th Europ. Conf. Microcirculation. Cambridge, 1966, Bibl. anat. Kargen, Basel, N.—Y., 1967, 9, 506.