



performed on 90 sexually mature rats (females) of the Wistar line. The glands of the vestibule of the vagina were examined on total preparations by the macroscopic method of R. D. Sinelnikov. In addition, on microscopic specimens, glands and lymphoid formations were stained with hematoxylin-eosin and Van Gieson baths, silvering according to Grimelius and histochemical staining according to Kreiberg were selectively performed. The glands of the vestibule of the vagina have a structure typical of the glands of the mucous membranes of the internal organs. The maximum development of the glands of the vestibule of the vagina occurs at 22-35 years of age. In the walls of the vestibule of the vagina there are all morphogenetic forms of lymphoid tissue. The maximum development of the lymphoid apparatus of the vestibule of the vagina occurs in early childhood. With abnormalities of the internal genital organs, a systemic reduction of the glandular and lymphoid formations of the vestibule is noted. After a course of naphthalan baths, shaping processes are activated, the amount of lymphoid tissue on the threshold of the vagina increases.

Daxil olub: 15.11.2019

Parodontu dəstəkləyən toxumalara təsir edən sistem xəstəlikləri və patologiyalar

C.R. Əhmədbəyli,¹ F.Y. Məmmədov,² V.E. Quliyeva², F.Ə.Şixəliyeva

Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Stomatologiya və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası, Bakı¹

Azərbaycan Tibb Univerisiteti, Terapevtik stomatologiya kafedrası, Bakı²

Açar sözlər: parodont xəstəlikləri, diş əti xəstəlikləri, sistem xəstəlikləri, parodontit, diş əti çəkilməsi, okklyüzion travma

Ключевые слова: заболевания пародонта, заболевания десен, пародонтит, рецессия десны, окклюзионная травма

Key words: periodontal disease, gingival disease, periodontitis, gingival recession, occlusal trauma

Parodontu dəstəkləyən toxumalara təsir edən sistem xəstəlikləri, inkişaf edən və qazanılmış patologiyalar dişlər ətrafında mukogingival patologiyalar [1]; sistem xəstəliklərin və patologiyaların [2]; travmatik okklyüzion qüvvələrin və travmanın [3]; dişlər, restavrasiyalar və ortopedik konstruksiyalar [4] ilə əlaqədar amillərin parodontu dəstəkləyən toxumalarda təzahürü [5,6] bu məqalədə ətraflı təqdim olunub. Bu kimi müxtəlif sistem xəstəlikləri və patologiyalar parodontun dəstəkləyici toxumalarına və ya parodontitin gedişatına mənfi təsir göstərə bilər. Diş əti çəkilmələri insanlarda geniş yayılıb və adətən dişlərin hiperhəssaslığı, estetik görüntünün pozulması, diş kökü səthində karies və qeyri-karies zədələnmələrin yaranması ilə əlaqələndirilir. Okklyüzion güvvələrin təsiri dişin və parodont toxumalarının zədələnməsi ilə nəticələnə bilər. Dişlər, restavrasiyalar və ortopedik konstruksiyalar ilə əlaqədar bir sıra inkişaf edən və ya qazanılmış amillər parodont xəstəliklərinə yol açır.

1. Parodontu dəstəkləyən toxumalara təsir edən sistem xəstəlikləri və patologiyalar. Parodontun dəstəkləyici toxumalarına təsir edə bilən sistem xəstəliklər və patologiyalar fərdin immun reaksiyasına və birləşdirici toxumalara təsir edən genetik xəstəliklər, metabolik və endokrin xəstəliklər və iltihabi proseslər kimi ümumi kateqoriyalara daxil edilmişdir [2]. Bu xəstəliklər və patologiyalar parodontu dəstəkləyən toxumalara parodontitin gedişatına təsir etməklə və ya diş əri mənşəli iltihabdan asılı olmadan təsir edirlər.

Parodontal iltihabın təsiri ilə parodontitin gedişində böyük rol oynayan sistem xəstəlikləri. Hipofosfataziya, Papillon-Lefevre və leykositlərin yapışma çatmamazlığı sindromları kimi nadir rast gəlinən sistem xəstəlikləri ağır dərəcəli parodontitin erkən yaşda yaranmasına səbəb olan güclü təsirə malikdirlər [2].

Parodont xəstəliklərinin patogenezinə təsir edən digər sistem patologiyaları. Bu xəstəliklərin və patologiyaların parodontitin gedişatına təsir miqyası müxtəlifdir, lakin onların hamısı parodontitin ağırlıq



dərəcəsinin və tezliyinin artmasına səbəb olur [2]. Hazırda baş verən global şəkərli diabet epidemiyasını və xəstəliyin vaxtında aşkar edilməsi və/və ya xəstəlikdən əziyyət çəkənlərdə qlikemik normalara nail olmaq problemini nəzərə alaraq, bu xəstəliyin xüsusi əhəmiyyətə malik olduğunu deyə bilərik [7]. Birinci və 2-ci tip şəkərli diabetin yayılma tezliyi fərqli olduğundan xəstəliyin parodont toxumasına mənfi təsiri ilə məlumatların əksər hissəsi 2-ci tip şəkərli diabetlə bağlıdır. Vaxt keçdikcə şəkərli diabetin tipindən asılı olmayaraq parodont toxumalarına təsirdən danışarkən hiperqlikemiya səviyyəsinin böyük əhəmiyyətini qeyd etmək lazımdır [8]. Diabetli xəstələrdə parodontitin əmələ gəlməsi ilə əlaqədar heç bir xarakterik fenotipik əlamətlər mövcud deyil. Buna əsasən deyə bilərik ki, şəkərli diabetə bağlı parodontit dəqiq diaqnoz deyil. Buna baxmayaraq, diabet parodontitin əmələ gəlməsi üçün mühüm amildir və parodontitin kliniki diaqnozunun təsvirinə daxil edilməlidir. Parodontitin yeni təsnifatına əsasən diabet zamanı qlikemik səviyyəyə nəzarət parodontitin dərəcəsinə təsir edir [9]. Diabetli xəstələrdə parodontitin patogenezinə spesifik mexaniki gedişatın çox sayda sübutu var [10].

Piylənmə və metabolik statusla, o cümlədən hiperqlikemiya arasında əlaqəni göstərmək və onların parodontitin əmələ gəlməsinə təsir dərəcəsini də demək çətinidir. Buna baxmayaraq, son zamanlar aparılan meta-analiz tədqiqatları piylənmə və parodontit arasında əhəmiyyətli dərəcədə əlaqənin olduğunu göstərmişdir. Lakin uzunmüddətli tədqiqatlar ilə bağlı araşdırmalar çox azdır və nəticələri də kifayət qədər deyil [11,12].

Osteoporoz və parodontit arasında əlaqənin mövcudluğu haqqında zidd fikirlər mövcuddur. Son sistemik xülasə tədqiqatlarında belə nəticəyə gəlinmişdir ki, osteoporozdan və osteopeniyadan əziyyət çəkən menopauzada olan qadınlar, sümük mineralları normal səviyyədə olan qadınlara nisbətən statistik olaraq parodontun dəstəkləyici toxumasının itkisinə daha çox məruz qalırlar [13].

Son meta-analiz tədqiqatları revmatoid artrit və parodontit arasında statistik baxımdan əhəmiyyətli, lakin zəif əlaqəni göstərmişdir. Parodontitin revmatoid artrit patogenezinə gücləndirici haqqında bəzi sübutlar olsa da, bu əlaqənin daha geniş öyrənilməsi üçün uzun müddətli tədqiqatlar aparılmalıdır [14].

Tütün məhsullarının istifadəsi də ciddi sağlamlıq problemlərinə yol açır. Əvvəllər tütün istifadəsi vərdiş kimi təsnif olunsay da, son zamanlar nikotin asılılığı və artan xroniki xəstəlik kimi qəbul olunur (Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu nəşr [ICD-10 F17]). Artıq qəbul edilmişdir ki, siqaret istifadəsi parodontun dəstəkləyici toxumaları üzərində dağıdıcı təsirə malikdir və parodontit riskini 2-5 dəfə artırır [15]. Siqaret çəkənlər üçün standart heç bir parodontal fenotipik əlamətlər mövcud deyil. Bu səbəbdən də siqaretlə bağlı parodontit birbaşa diaqnoz deyil. Buna baxmayaraq, siqaret istifadəsi parodontitin əsas təkanverici amillərindən biridir və parodontitin kliniki diaqnostikasına mütləq daxil edilməlidir. Parodontitin yeni təsnifatına əsasən tütün məhsullarının istifadəsinin cari səviyyəsi parodontitin ağırlıq dərəcəsinə ciddi təsir göstərir [9].

Parodontitdən asılı olmayaraq parodont toxumalarının itkisinə səbəb olan sistem patologiyalar. Skuamoz hüceyrəli karsinoma və Langerhans hüceyrələrinin histiositozu kimi nadir patologiyalar diş ərinin əmələ gətirdiyi iltihab prosedindən asılı olmadan əsasən parodontun dəstəkləyici toxumalarına təsir edirlər. Bunlar parodont toxumaların parçalanması ilə nəticələnən və bəziləri parodontitin klinik göstəricisini təqlid edə bilən daha heterogenik patologiyalar qrupudur [2].

2. Dişlər ətrafında mukogingival patologiyalar. Tək və çox saylı diş əti çəkilmələrinin əsas kliniki əlaməti diş əti kənarının müxtəlif hallar/patologiyalar nəticəsində apikal istiqamətdə yer dəyişməsidir. Bu hal parodontal birləşmə toxumasının itkisinə səbəb olur, diş ətrafında bütün səthlərdə (bukkal, lingval və interproksimal) təyin oluna bilər və yayılma səviyyəsi yaşla əlaqədar olaraq artır. Diş əti çəkilmələrinin inkişafı parodontal fenotiplə əlaqədardır və estetik görüntünün pozulması, dentinin hiperhəssaslığı, diş kökü səthinin kariyes və ya qeyri-kariyes zədələnmələri kimi mümkün nəticələrdən ibarətdir [1]. Parodontal fenotip diş əti fenotipi (diş əti xəstəlikləri, keratinləşmiş toxumanın eni) və dişləri əhatə edən sümük morfotipi (alveol sümüyünün bukkal lövhəsinin qalınlığı) ilə müəyyən olunur. 2017-cu ildə ABŞ-ın Çikaqo şəhərində keçirilmiş Ümumdünya parodontologiya qurultayında *parodontal biotip* termini *parodontal fenotip* termini ilə əvəz olunmuşdur və yeni təsnifata daxil edilmişdir [16]. Biotip genetik olaraq eyni spesifik genotipə malik olan orqanlar qrupasından, fenotip isə orqanın genetik əlamətlərin çox amillik kombinasiyasına və ətraf mühit amillərinə əsaslanan xarici görünüşdən ibarətdir. Fenotip ifadəsinə biotip də daxildir. Fenotip ətraf mühit amillərindən və kliniki müdaxilədən asılı olaraq dəyişə bilən və konkret mühit üçün spesifik olan əlamətləri əhatə edir (fenotip dəyişə bilər, genotip isə dəyişə bilməz) [17]. Parodontal fenotipi təyin etmək məqsədi ilə diş əti qalınlığını qiymətləndirilməsi üçün CPU 15 UNC (Hu-Friedy) və SE Probe SD12 Yellow (American Eagle Instruments) kimi müxtəlif növ zondlardan istifadə olunur. Cibə daxil olduqdan sonra həmin nahiyədə diş əti toxumasından zond görünürsə diş əti qalınlığı ≤ 1 mm, əks halda qalınlığı >1 mm olaraq təyin edilir. Üç ölçülü diş əti həcmi və sümük morfotipi



haqqında əlavə məlumatlar kliniki olaraq keratinləşmiş toxumanın diş əti kənarından mukogingival birləşməyə qədər olan eninin və kompüter tomoqrafiyası vasitəsi ilə sümük morfotipi ölçülməsi ilə əldə edilə bilər. Optimal ağız gigiyenasının mövcutluğunda parodont sağlamlığının qorunması və uzun müddətli təmin olunması üçün diş ətinin istənilən minimal ölçüləri kifayət edir. Dişlərin sərt və düzgün fırçalanmaması diş əti çəkilmələrinin əmələ gəlməsi və inkişafına təsir edən əsas amillərdən biridir. Nazik fenotip diş əti çəkilmələrinin yaranma və yayılma riskini artırır. İncə parodontal fenotipə malik olan insanlarda restavrasiya və ya ortopedik konstruksiya kenarlarının subgingival yerləşməsi diş əti çəkilmələrinin yaranmasına və inkişafına səbəb ola bilər.

Ortodontik müalicə sırasında dişlərin hərəkət istiqaməti və diş ətinin bukkal-linqval qalınlığı diş əti çəkilmələrinin yaranmasına böyük rol oynaya bilər [18]. Xüsusən incə parodontal fenotipə malik alt çənə dişlərinin əyilmə bucağının ortodontik düzəldilməsi sırasında müalicə sonunda diş əti çəkilmələrinin yayılma səviyyəsi 5%-12%, uzunmüddətli (5 il) müşahidələr nəticəsində isə 47%-ə qədər artma ehtimalı olduğunu bildirmişdir [19]. Fərdi anatomik və morfoloji fərqlilik çərçivəsində “normal mukogingival mühit” dedikdə, diş əti çəkilməsi, gingivit, parodontit kimi patologiyalarının olmaması nəzərdə tutulur. Ağız boşluğunda “normal” sayılan haldan kənara çıxma hallarının fərdi dəyişkənlik çərçivəsini aşmasına səbəb olacaq, aşkar patologiya sayılmayan ekstremal şərtlər müşahidə oluna bilər. Kliniki halların mukogingival qiymətləndirilməsi zamanı bütün diş sırasında və ya ayrı-ayrı hissələrdə interproksimal parodontal birləşmənin səviyyələri; diş ətinin fenotipi (diş əti qalınlığı və keratinləşmiş toxumanın eni); çəkilmələrin sayı (tək və ya çox saylı), diş kökü səthinin vəziyyəti (kariyəsə və ya qeyri-kariyəsə zədələnmələr); mina-sement birləşməsinin aşkar edilməsi; dişlərin yerləşmə mövqeyi; vestibulyar dəhliz dərinliyi və qeyri-normal yüyənin varlığı nəzərə alınmalıdır [1].

Müalicə yönümlü olan diş əti çəkilmələrinin yeni təsnifatı [20] interproksimal parodontal birləşmə itkisinə əsaslanır, eləcə də dişin kök səthinin açılması və mina-sement birləşməsinin qiymətləndirilməsini də özündə əks etdirir (Cədvəl 2).

Cədvəl 2

Mukogingival halın (diş əti fenotipi) və diş ətinin çəkilməsinin təsnifatı [20]

Sinif	Diş əti nahiyəsi			Diş nahiyəsi	
	Çəkilmənin yüksəkliyi	Diş əti qalınlığı	Keratinləşmiş toxumanın eni	Mina-sement birləşməsi (Sinif A/B)	Pazvari qüsür (Sinif +/-)
RT1					
RT2					
RT3					

Qeyd: RT = diş əti çəkilməsinin tipi; Sinif A = təsbit edilə bilən birləşmə / Sinif B = təsbit edilə bilməyən birləşmə; Sinif + = 0.5mm-dən dərin qüsür / Sinif - = 0.5mm-dən az qüsür [21]

I tip diş əti çəkilməsi (RT1): İnterproksimal toxuma itkisi olmayan diş əti çəkilməsi. İnterproksimal mina-sement birləşməsi dişlərin mezial və distal nahiyədə kliniki cəhətdən müəyyən edilə bilmir.

II tip diş əti çəkilməsi (RT2): İnterproksimal toxuma itkisi olan diş əti çəkilməsi. İnterproksimal toxuma itkisinin miqdarı (mina-sement birləşməsindən cibin apikal dərinliyinə qədər məsafə) bukkal nahiyədəki toxuma itkisindən daha azdır və ya eynidir.

III tip diş əti çəkilməsi (RT3): İnterproksimal toxuma itkisi olan diş əti çəkilməsi. İnterproksimal toxuma itkisinin miqdarı (mina-sement birləşməsindən cibin apikal dərinliyinə qədər məsafə) bukkal nahiyədəki toxuma itkisindən daha çoxdur.

3. Travmatik okklyüzion qüvvələr və travma. *Travmatik okklyüzion qüvvələr* dişlərin və/və ya parodontun dəstəkləyici toxumalarına zədələyici təsir göstərən okklyüzion qüvvələrdir. Bu kimi həddindən artıq qüvvələr hər hansı bir fərdin qəbul edə biləcəyi adaptiv qüvvədən artıq olan qüvvələr kimi müəyyən edilir. Travmatik okklyüzion qüvvələrin varlığı fremitus, dişlərin laxlaması, termal həssaslıq, çeynəmə səthinin həddindən artıq sürtülməsi (aşınması), dişlərin yer dəyişməsi, çeynəmə sırasında ağrı/diskomfort, sınımış dişlər, periodontal yarığın rentgenoloji olaraq genişlənməsi, diş kökünün rezorbsiyası və hipersementoz kimi amillərin biri və ya bir neçəsinin mövcudluğu ilə təyyin olunur. Bu halın kliniki müalicəsi həmin əlamətlərin və simptomların qarşısının alınması ilə aradan qaldırılmasından ibarətdir. Müxtəlif tədqiqatlarda həmin qüvvələrin parodontotrafi toxumalarda iltihabə səbəb olaraq parodontitin kəskinləşməsinə səbəb olduğu göstərilmişdir. Diş hərəkətiliyinin travmatik okklyüzion qüvvələrin aradan qaldırılması ilə azaldılması uğurlu parodontal müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırır [3].

Okklyüzion travma travmatik okklyüzion qüvvələrin nəticəsində periodont bağı, sement və alveol sümüyü toxumalarında yaranan zədələnmədir. Əslində bu hal zədələnməni təsvir etmək üçün istifadə olunan



histoloji termindir, lakin bu travmanın mövcudluğu dişlərin laxlaması, fremitus, periodontal yarığın rentgenoloji olaraq genişlənməsi, dişlərin yer dəyişməsi, çeynəmə sırasında ağrı/diskomfort və diş kökünün rezorbsiyası kimi klinik göstəricilər ilə aşkar olunur. Travmatik okklyuzion qüvvələrin və okklyuzion travmanın bu kimi əlamətləri və simptomlarının bəziləri başqa patologiyalarla da əlaqədar ola bilər. Bu səbəblə bu qüvvələrin təsnifatına əsaslanaraq digər etioloji meyarların müəyyən edilməsi ilə dəqiq differensial diaqnostika aparılmalıdır. Parodonta təsir edən travmatik okklyuzion qüvvələrin təsnifatı aşağıdakılardan ibarətdir:

A. Birincili okklyuzion travma; B. İkincili okklyuzion travma; C. Ortodontik qüvvələr

Birincili okklyuzion travma intakt parodonta sahib diş və ya dişlərə təsir edən travmatik okklyuzion qüvvələrin nəticəsində toxumalarda baş verən zədələnmələrdir. Bu hal özünü kliniki olaraq dişlərin adaptiv laxlaması ilə göstərir və progressiv deyildir.

İkincili okklyuzion travma parodont dəstəyi azalmış diş və ya dişlərə düşən normal və ya travmatik okklyuzion qüvvələrin nəticəsində zədələnmə kimi müəyyən edilir. Laxlaması artan dişlərdə çeynəmə sırasında ağrının mövcudluğu və dişlərin yerinin dəyişməsi müşahidə olunur. Mövcud parodontal müalicə üsulları xəstəliyin əsas etioloji amillərindən biri olan travmatik okklyuzion qüvvələrin birbaşa ortadan qaldırılmasına istiqamətlənir. Zədələnmələrin qarşısının alınması və insanın rahatlığı üçün diş cərgəsində hərəkətliliyi artan dişlərin şınalanması tətbiq oluna bilər.

Müəyyən ortodontik qüvvələr diş kökünün rezorbsiyasına, pulpanın zədələnməsinə, diş əti çəkilməsinə və alveol sümüyünün itkisinə səbəb olaraq parodonta mənfi təsir göstərə bilər. Lakin, bəzi tədqiqatların nəticələri yüksək səviyyəli ağız gigiyenasına malik insanlarda dəstəyi azalmış sağlam parodont toxumalara sahib olan dişlərə ortodontik qüvvələr tətbiq olunduqda həmin nahiyədə parodonta zərər vurmadan dişlərin hərəkət etdirilməsinin mümkünlüyünü göstərmişdir [22,23].

4. Dişlər, restavrsiyalar və ortopedik konstruksiyalar ilə əlaqədar amillər. Dişlər, restavrsiyalar və ortopedik konstruksiyalar ilə əlaqədar bir sıra amillər parodont xəstəliyindən xəbər verə bilər. Bu amillərin xəstəliyin yaranmasına təsir dərəcəsi insanın fərdi həssaslığından asılı ola bilər [5] (Cədvəl 2).

Cədvəl 3

Diş ərpi mənşəli diş əti xəstəlikləri/parodontitin yaranmasına və gedişatına təsir edən bilən dişlər, restavrsiyalar və ortopedik konstruksiyalar ilə əlaqədar amillərin təsnifatı [5]

Dişlərlə əlaqədar yerli amillər
Dişin anatomik amilləri
Diş kökünün sınımları
Servikal diş kökü rezorbsiyası, sement artımları
Diş kökü sıxlığı
Dişlərin passiv çıxması
Restavrsiyalar və ortopedik konstruksiyalar ilə əlaqədar yerli amillər
Sümüküstü birləşdirici toxuma daxilində yerləşdirilən restavrsiya kənarları
Çıxmayan ortopedik konstruksiyaların kənarının sümüküstü birləşdirici toxuma daxilində yerləşdirilməsi
Stomatoloji materiallara qarşı hiperhəssaslıq/toksiklik reaksiyası

Anatomik qüsurlar (servikal mina çuxuru, minanın sədəfi, inkişaf şırımları), diş kökünün sıxlığı, anomaliyalar və qırılmalar, eləcə də dişlərin diş qövsündə qeyri-düzgün yerləşməsi diş ərpinin yığılması ilə diş ərpi mənşəli diş əti iltihabının yaranması və parodontun dəstəkləyici toxumalarının itkisi ilə nəticələnə bilər. Dişlərin passiv çıxması anormal diş-diş əti/alveol sümüyü əlaqəsi ilə xarakterizə olunan inkişaf qüsurudur. Klinik cəhətdən bu hal diş əti kənarlarının dişin daha çox koronal səviyyədə yerləşməsi ilə xarakterizə olunur və yalançı ciblərin və/və ya estetik problemlərin yaranmasına səbəb olur. Bu vəziyyətin aradan qaldırılması parodontal cərrahiyyə vasitəsilə həyata keçirilə bilər. Dişlərin passiv çıxması anormal diş-diş əti/alveol sümüyü əlaqəsi ilə xarakterizə olunan inkişaf qüsurudur. Klinik cəhətdən bu hal diş əti kənarlarının dişin daha çox koronal səviyyədə yerləşməsi ilə xarakterizə olunur və yalançı ciblərin və/və ya estetik problemlərin yaranmasına səbəb olur. Bu vəziyyətin aradan qaldırılması parodontal cərrahiyyə vasitəsilə həyata keçirilə bilər.

2017-cü ildə ABŞ-ın Çikaqo şəhərində keçirilmiş Ümumdünya parodontologiya qurultayında *bioloji genişlik* termini *sümüküstü birləşdirici toxuma* termini ilə əvəz olunmuşdur və yeni təsnifata daxil edilmişdir [16]. Bioloji genişlik sümüküstü birləşdirici toxumaların apiko-koronal istiqamətdə dəyişən ölçülərinin təsvir olunması üçün geniş istifadə olunan kliniki termindir. Sümüküstü birləşdirici toxuma histoloji olaraq birləşdirici epitel və sümüküstü birləşdirici toxumalardan ibarətdir. Sümüküstü birləşdirici



toxuma daxilində restavrasiya kənarların subgingival yerləşdirilməsi bu sahənin zədələnməsi ilə iltihabın yaranmasına və parodont toxumalarının itkisi ilə bağlı olması insanlar və heyvanlar üzərində aparılmış müxtəlif kliniki və histoloji tədqiqatlar ilə təsdiq olunmuşdur. Həmin restavrasiyaların bu nahiyədə diş ərpini, travmanı, stomatoloji materialların toksikliyi və ya bu amillərin birgə təsiri nəticəsində parodont toxumalarında mənfi təsiri artırmaqdadır. Diş dəstəklə çıxmayan ortopedik konstruksiyaların dizaynı, tərkibi, hazırlanma metodları və dişlərə subgingival yapışdırılması sümüküstü birləşdirici toxuma sahəsində diş ərpinin yığılması ilə iltihabın və diş əti çəkilməsinin yaranması, həmçinin parodontun dəstəkləyici toxumalarının itkisi ilə nəticələnmə bilər. Ağız boşluğunun gigiyenası yüksək olan və stomatoloqu mütəmadi olaraq ziyarət edən insanlarda bu kimi restavrasiya və konstruksiya kənarlarının diş əti şırımı nahiyəsində düzgün yerləşdirilməsi diş əti iltihabına səbəb olmur. Çıxan ortopedik konstruksiyalar ağız boşluğu gigiyenası aşağı səviyyədə olan və stomatoloqu mütəmadi olaraq ziyarət etməyən insanlarda diş ərpini daha çox yığılması ilə gingivit və parodontitin yaranması üçün əlverişli şərait yaradır, dişlərin laxlaması və diş əti çəkilməsinə səbəb olur. Ağız boşluğunda stomatoloji materiallara qarşı fərdi hiperhəssaslıq özünü yerli iltihab kimi büruzə verə bilər. Hiperhəssaslığın dəqiq təsdiq edilməsi üçün əlavə diaqnostik tədbirlər tələb oluna bilər [5].

ƏDƏBİYYAT

1. Cortellini P., Bissada N.F. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions and diagnostic considerations // *J. Clin. Periodontol.*, 2018, v.45(Suppl 20), S190-S198.
2. Albandar J.M., Susin C., Hughes F.J. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: case definitions and diagnostic considerations // *J. Clin. Periodontol.* 2018, v.45(Suppl 20), S171-S189.
3. Fan J., Caton J.G. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: narrative review, case definitions and diagnostic considerations // *J. Clin. Periodontol.*, 2018, v.45(Suppl 20), S199-S206.
4. Ercoli C., Caton J.G. Dental prostheses and tooth-related factors // *J. Clin. Periodontol.*, 2018, v.45(Suppl 20), S207-S218.
5. Jepsen S., Caton J.G. et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions // *J. Clin. Periodontol.*, 2018, v.45(Suppl 20), S219-229.
6. Seyidbəyov O., Əhmədbəyli C., Pənahov N. və b. Parodont və peri-implant xəstəliklərinin klinika, diaqnostika və müalicəsi üzrə rəhbərlik. M., 2019
7. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017.
8. Sanz M., Ceriello A., Buysschaert M. et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology // *J. Clin. Periodontol.*, 2018, v.45, p.138-149.
9. Tonetti M.S., Greenwell H., Kornman K.S. Staging and grading of periodontitis: framework and proposal of a new classification and case definition // *J. Clin. Periodontol.*, 2018, v.45(Suppl 20), S149-S161.
10. Polak D., Shapira L. An update on the evidence for pathogenic mechanisms that may link periodontitis and diabetes // *J. Clin. Periodontol.*, 2018, v.45, p.150-166.
11. Gaio E.J., Haas A.N., Rosing C.K. et al. Effect of obesity on periodontal attachment loss progression: a 5-year population-based prospective study // *J. Clin. Periodontol.*, 2016, v.43, p.557-565.
12. Suvan J., D'Aiuto F., Moles D.R. et al. Association between overweight/obesity and periodontitis in adults. A systematic review // *Obes. Rev.*, 2011, v.12, e381-404.
13. Penoni D.C., Fidalgo T.K., Torres S.R. et al. Bone density and clinical periodontal attachment in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis // *J. Dent. Res.*, 2017, v.96, p.261-269.
14. Fuggle N.R., Smith T.O., Kaul A., Sofat N. Hand to mouth: a systematic review and meta-analysis of the association between rheumatoid arthritis and periodontitis // *Front. Immunol.* 2016, v.7, p.80.
15. Warnakulasuriya S., Dietrich T., Bornstein M.M. et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation // *Int. Dent.*, 2010, v.60, p.7-30.
16. Caton J., Armitage G., Berglundh T. et al. A new classification scheme for periodontal and periimplant diseases and conditions-Introduction and key changes from the 1999 classification // *J. Clin. Periodontol.*, 2018, v.45(Suppl 20), S1-8.



17. Chambrone L., Tatakis D.N. Long-term outcomes of untreated buccal gingival recessions: a systematic review and meta-analysis // *J. Periodontol.*, 2016, v.87, p.796-808.
18. Kim D.M., Neiva R. Periodontal soft tissue non-root coverage procedures: a systematic review from the AAP regeneration workshop // *J. Periodontol.*, 2015, v.86(S2), S56-S72.
19. Morris J.W., Campbell P.M., Tadlock L.P. et al. Prevalence of gingival recession after orthodontic tooth movements // *Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop.*, 2017, v.151, p.851-859.
20. Cairo F., Nieri M., Cincinelli S. et al. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study // *J. Clin. Periodontol.*, 2011, v.38, p.661-666.
21. Pini-Prato G., Franceschi D., Cairo F. et al. Classification of dental surface defects in areas of gingival recession // *J. Periodontol.*, 2010, v.81, p.885-890.
22. Stenvik A., Mjor I.A. Pulp and dentine reactions to experimental tooth intrusion. A histologic study of the initial changes // *Am. J. Orthod.*, 1970, v.57, p.370-385.
23. Eliasson L.A., Hugoson A., Kurol J., Siwe H. The effects of orthodontic treatment on periodontal tissues in patients with reduced periodontal support // *Eur. J. Orthod.*, 1982, v.4, p.1-9.

Резюме

Влияние системных заболеваний и различных патологий на состояние тканей пародонта Д.Р. Ахмедбейли, Ф.Ю. Мамедов, В.Е. Гулиева, Ф.А. Шихалиева

Классификация заболеваний пародонта, опубликованная в 1999 году, была обновлена на международном съезде, организованный Американской академией пародонтологии и Европейской федерацией пародонтологии в 2017 году в США. В этой статье описывается раздел системных заболеваний и патологий, влияющие на состояние тканей пародонта, новой международной классификации заболеваний пародонта и тканей вокруг имплантатов.

Summary

Systemic diseases and conditions affecting periodontal supporting tissues C.R. Ahmedbeyli, F.Y. Mammadov, V.E. Guliyeva, F.A. Shihaliyeva

The classification of periodontal disease published in 1999 was updated at the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions in the USA, co-organized by the American Academy of Periodontology and European Federation of Periodontology. This article describes the section on systemic diseases, developing and acquired conditions affecting periodontal supporting tissues of the newly approved international classification of periodontal and peri-implant diseases.

Daxil olub: 11.12.2019