

UDK:-613.4:616.314-089.2

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Иргашев Шохрух Хасанович

Самаркандский Государственный Медицинский Университет.

Аннотация

Самыми распространенными причинами осложнений во рту и непригодности несъемных конструкций считают воспалительные процессы, кариес и его осложнения (16,4–25,2 %), термические ожоги пульпы (4,3%), расцементировка опорных коронок (8–21 % всех осложнений). Эти процессы чаще развиваются в области края искусственных коронок и вызваны разрушением цементного слоя, который фиксирует несъемный протез. Одним из типичных осложнений зубного протезирования, которое нередко развивается уже в течение первого года после фиксации искусственной коронки, является оголение шейки корня зуба вследствие рецессии десны.

Ключевые слова: кариес, зубной протез, осложнения, искусственная коронка, эндодонтическая лечения.

Annotation

The most common causes of complications in the mouth and the unsuitability of fixed structures are considered to be inflammatory processes, caries and its complications (16.4–25.2%), thermal burns of the pulp (4.3%), cementation of the supporting crowns (8-21% of all complications). These processes often develop in the area of the edge of artificial crowns and are caused by the destruction of the cement layer that fixes the non-removable prosthesis. One of the typical complications of dental prosthetics, which often develops within the first year after fixation of the artificial crown, is the exposure of the neck of the tooth root due to gum recession.

Keywords: caries, denture, complications, artificial crown, endodontic treatment.

Аннотация

Оғиздаги асоратларнинг энг кенг тарқалган сабаблари ва тиш копламаларининг ҳамда тузилмаларининг яроқсизлиги яллиғланиш жараёнлари, кариес ва унинг асоратлари (16,4–25,2%), пулпанинг термал куйиши (4,3%), тиш тожининг яроқсиз промбалари (барча асоратларнинг 8-21%) ҳисобланади. Ушбу жараёнлар кўпинча сунъий копламаларнинг четида ривожланади ва олинмайдиган протезни тузатадиган цемент қатламининг йўқ қилиниши натижасида юзага келади. Сунъий тожни маҳкамлагандан кейин биринчи йил ичида тез-тез ривожланадиган тиш протезларининг одатий асоратларидан бири бу тиш милки рецессияси туфайли тиш илдизининг бўйнига таъсир қилишдир.

Калит сўзлар: кариес, протез, асоратлар, сунъий коплама, эндодонтик даволаш.

Введение

Возникновение пришеечного или вторичного кариеса под искусственной коронкой было отмечено в 1,78 % случаев. Это выше среднего уровня зарубежных (0,4 %), но попадает в разброс приводимых параметров (0–2,7 %). Необходимость эндодонтического лечения составляет 4,63 % [2,7,13], в зарубежной литературе (0–6%) [1,3,14]. Папиллит, гингивит и краевой пародонтит имели место в 1,07% случаев, у зарубежных исследователей — 0,6%. В отдаленные сроки до 5 лет средние параметры поражения краевого пародонта выравнивались и составляли 16,96%. Глубокие трещины, а также скол, облом облицовки отмечены в 5,22% случаев [2,8,14].

В стоматологической практике мира наблюдается высокая частота различных ортопедических и ортодонтических дефектов, в том числе форм проявляющихся в виде адентии различной степени. Распространенность адентии значительно увеличилась и по данным составляет 35,4–62,9% [5,8,10]. Несмотря на значительные успехи в области материаловедения и улучшения качества изготовления зубных протезов, различные авторы отмечают у пациентов жалобы на их непереносимость от 0,6 до 12% [1,8,11]. Многие исследователи отмечают, что у пациентов при пользовании съемными зубными протезами различный уровень адаптивных возможностей, изучение которых позволяет прогнозировать развитие непереносимости. При диагностике и прогнозировании непереносимости зубных протезов позволит получить объективную информацию об компенсаторно-приспособительных реакциях протекающих в процессе пользования съемными зубными протезами и разработать профилактические меры по ускорению адаптивных возможностей организма [3,6,10].

Таким образом, рождается необходимость формирования концепции, дающей возможность предложить

современные методы диагностики, профилактики и лечения адентии, имеющих свойства действия на гомеостаз ротовой полости и общее состояние организма.

Материал и методы

Было обследована 130 пациентов, прошедших лечение в 2020–2022 гг в поликлинике, в возрасте от 30 до 65 лет.

Наличие зон воспаления слизистой оболочки протезного ложа, а также динамика изменений этого показателя оценивалась по методике макрогистохимического исследования, предложенной Н.И.Лесных (1990). Данная методика является недорогой и позволяет провести исследование СОПР на наличие воспаления не прибегая к инструментальным методикам.

Также в целях определения функциональной пригодности протезов использовалась анкета из 10 вопросов, разработанная М.Ю. Огородниковым (2004), анкетирование проводилось через 1, 6 и 12 месяцев после прохождения ортопедического лечения:

Клиническая оценка эффективности ортопедического лечения включала в себя выявление признаков воспаления слизистой оболочки протезного ложа, определение сроков адаптации пациентов к установленным протезам.

Процесс адаптации к полным съемным протезам включает в себя три этапа: первая фаза – это фаза раздражения, которая имеет место в день наложения протеза и характеризуется эффектами повышенной саливации, нарушением дикции, выраженном рвотном рефлекс, низкой жевательной эффективностью.

Вторая фаза – частичного торможения – характеризуется восстановлением фонации, уменьшением саливации, повышается эффективность жевания, угасает рвотный рефлекс. Данная фаза длится в период с 1-го по 5-ый день после наложения протеза.

Третья фаза – полного торможения – наступающая в период 5-го по 33-й день, характеризуется тем, что пациент не ощущает протез как инородное тело, при этом его извлечение, наоборот, вызывает дискомфорт (Трезубов В.Н., 2011).

Статистическую обработку полученных данных выполняли с вычислением средней арифметической, среднего квадратического отклонения, ошибки средней арифметической. Достоверность различий двух выборок оценивалась с помощью параметрического критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Наблюдение за пациентами с несъемными цельнолитыми комбинированными конструкциями зубных протезов показало, что во 2-й подгруппе, где адгезивные пленки применили с профилактической целью, воспалительного процесса в краевом пародонте во все сроки наблюдений ни в одном случае не наблюдалось. На 2-е сутки после препарирования опорных зубов при осмотре под лупой определяли незначительные повреждения эпителия краевого пародонта. Проба «Шиллера-Писарева» была негативной, толуидиновая проба — слабо позитивной. Индекс гингивита составил $0,42 \pm 0,1$. В последующие сроки наблюдений — на 3-й, 5-й, 7-й и 14-й день — отмечали отсутствие воспалительного процесса в маргинальном пародонте.

На вторые сутки от начала лечения в участках поражения происходило уменьшение интенсивности воспалительного процесса в обеих исследуемых группах, но они были выражены по-разному, в зависимости от способа лечения.

У пациентов 1-й подгруппы отмечали незначительное уменьшение боли и кровоточивости десен. При обследовании болезненность, отек и гиперемия десен наблюдались у 86,6 %. Индекс гингивита при интактном пародонте — $1,5 \pm 0,3$. Проба

«Шиллера-Писарева» изменялась так же не значительно и составляла, соответственно, к интактному пародонту $3,9 \pm 0,32$.

На третий день наблюдения за пациентами воспалительный процесс в маргинальном пародонте был выявлен у 80,9 % пациентов 1-й подгруппы, хотя интенсивность его была выражена меньше в сравнении со 2-ми сутками, но пациенты предъявляли жалобы на боль и кровоточивость десен в области отпрепарированных зубов. Индекс гингивита составил $1,32 \pm 0,2$ (Рис.**). Проба «Шиллера-Писарева» была позитивной: $3,8 \pm 0,28$.

На 5-й день лечения у пациентов 2-й подгруппы жалоб на боль, кровоточивость, неприятные ощущения во рту не выявлено (Рисунок 43). Лишь у 1-й подгруппы воспалительный процесс в области маргинального пародонта уменьшился незначительно и наблюдался у 52 % пациентов.

На 7-е сутки наблюдения у пациентов 2-й подгруппы клинические проявления воспалительного процесса в тканях краевого пародонта отсутствовали. Десна была бледно-розового цвета, плотная, без признаков воспаления и кровоточивости, безболезненная при дотрагивании. У пациентов 1-й подгруппы воспалительный процесс оставался на прежнем уровне. И лишь на 14-й день у пациентов данной подгруппы отмечалось стихание воспалительного процесса, но не полностью (на 72,5 %).

В процессе лечения у пациентов обеих исследуемых подгрупп значительно улучшился индекс гигиены рта. Данные наблюдения свидетельствуют о том, что в конце лечения достоверной разницы во всех подгруппах пациентов не отмечено. Так, в 1-й подгруппе гигиенический индекс составил $2,3 \pm 0,2$, а во 2-й группе в конце лечения эти данные соответствовали $1,2 \pm 0,1$.

Всё выше сказанное свидетельствует о высокой терапевтической эффективности

метода профилактики воспалительных изменений краевого пародонта при стоматологическом ортопедическом лечении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов.

После установки протезов пациентам всех групп было рекомендовано посещение стоматолога в течение последующих 3 месяцев с интервалом в две недели.

В ходе исследования во всех группах оценивалась скорость адаптации к протезу: временные рамки фазы раздражения, фазы частичного торможения и фазы полного торможения. Также оценивалось количество проведенных перебазировок в каждой из групп.

В каждой группе у пациентов с установленным полным съемным протезом

верхней челюсти оценивалась частота возникновения рефлексной тошноты.

Оценивалась частота возникновения аллергических реакций на акрилаты. Также проводилась оценка наличия участков воспаления у пациентов трех исследуемых групп на различных этапах восстановительного периода. При оценке адаптации к протезам оценивались средние сроки фазы раздражения, первичного торможения и полного торможения по группам.

Так в основной группе (с физиотерапией) фаза раздражения длилась $1,12 \pm 0,3$ дня. В контрольной группе сроки завершения фазы раздражения составили $1,17 \pm 0,2$ дня. В группе первичного протезирования данный срок составил до 1 день у всех пациентов.

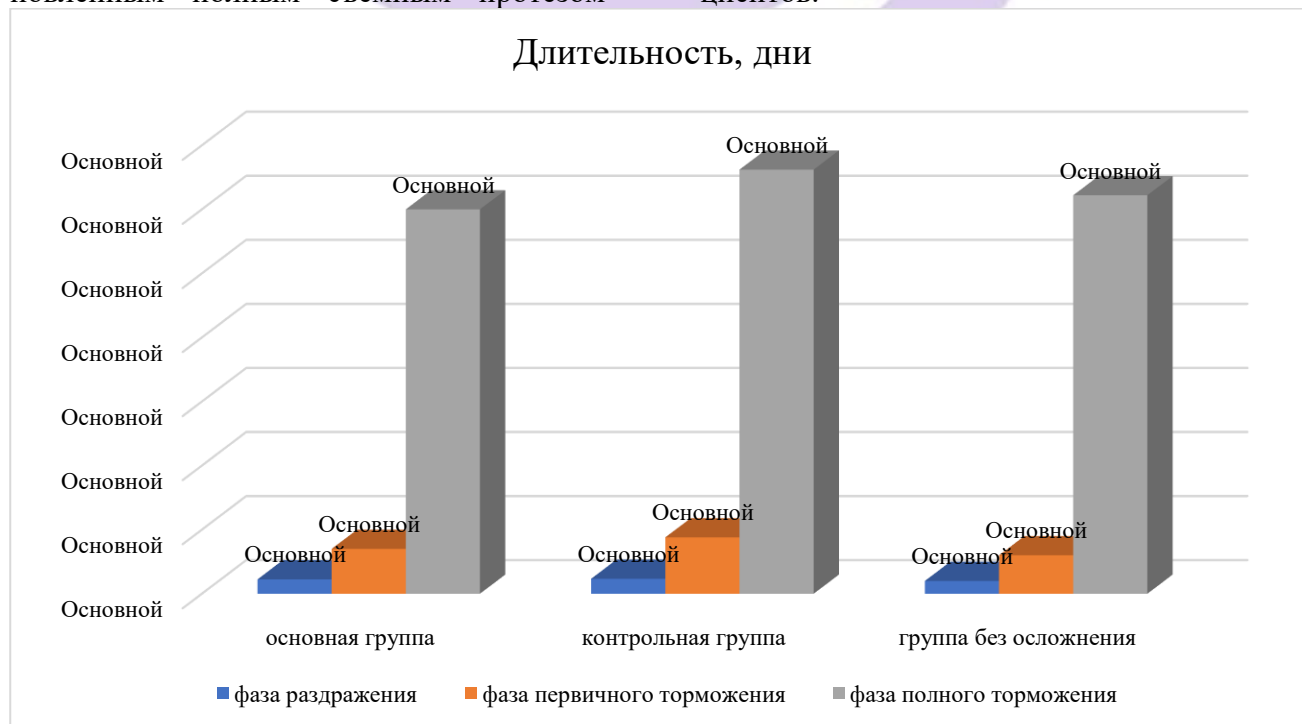


Рис.1. Длительность фазы торможения, фазы полного торможения и первичного торможения у обследованных больных (распределение по группам).

Фаза частичного торможения в основной группе длилась $3,5 \pm 1,2$ дня. В контрольной группе фаза частичного торможения длилась в среднем $4,4 \pm 0,9$. В группе по-

сле первичного протезирования длительность данной фазы составила в среднем $3 \pm 0,3$ дня.

Окончания фазы полного торможения пациенты основной группы достигли в

среднем через $30 \pm 0,7$ дней. В группе контроля данный показатель составил $33,1 \pm 0,4$ дней. А в группе после первичного протезирования $31,1 \pm 0,9$ дней.

Таким образом, имело место укорочение сроков полной адаптации к протезу в группе с применением физиотерапии на 3 дня по сравнению с группой контроля и, в среднем, на 1 день по сравнению с группой первичного протезирования без осложнений.

Таблица 2

Число перебазировок, сроки восстановления фонетики и число перебазировок в ранние сроки

Группа	Основная	Контрольная	Группа без осложнений (впервые установленные протезы)
Число перебазировок	$0,4 \pm 0,2$	$2,0 \pm 0,1$	$0,6 \pm 0,3$
Срок восстановления фонетики (дни)	7 ± 3 $7 (\pm 3)$	30 ± 5 $30 (\pm 5)$	25 ± 5 $25 (\pm 5)$
Число перебазировок	$0,4 \pm 0,2$	$8 \pm 0,2$	$0,6 \pm 0,3$

У пациентов с установленными полными съемными протезами верхней челюсти оценивалось наличие таких симптомов как появление рефлекторной тошноты и повышенного слюноотделения. Так, в основной группе данное осложнение в легкой степени встречалось у одного пациента, т.е. в 9,1%. В контрольной группе жалобы на легкую тошноту и дискомфорт предъявляли 3 пациента (23,1%). В группе после первичного протезирования данный симптом не выявлялся.

В контрольной группе зафиксировано два случая аллергии на акрилаты. Пациенты обратились на 5 и 7 сутки после установки протеза с жалобами в первом случае на жжение слизистой оболочки в области протезного ложа, слабость, во втором случае – на жжение в области языка, которое проходит при снятии протеза на ночь.

Далее оценивалось число перебазировок установленных протезов. В основной группе число таких обращений составило $0,4 \pm 0,2$, замен протеза не производилось, тогда как в контрольной группе данный показатель составил $2,0 \pm 0,1$, в данной группе было произведено две замены протеза. В группе после первичной установки протеза коррективная производилась в среднем $0,6 \pm 0,3$ раз (замен протеза не производилось).

При полном съемном протезировании оценивались также сроки восстановления фонетики. В основной группе средний срок восстановления произношения звуков речи до первоначального уровня был равен в среднем 7 ± 3 дней, тогда как в группе контроля данный срок составил 30 ± 5 дней. В группе после первичного протезирования данный срок составил в среднем 25 ± 5 дней.

На поздних сроках контроля (до 3 месяцев) в основной группе не появлялось новых симптомов осложнений со стороны СОПР, тогда как в контрольной группе у 5 пациентов было произведено дополнительно от 1 до 2 корректировок протеза по поводу чувства сильного дискомфорта при принятии пищи. В группе с первичным протезированием клиническая картина в сроки от 1 до 3х месяцев, также как в основной группе, не менялась.

Литература

1. Kulak-Ozkan Y., Kazazoglu E., Arikan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts, and stomatitis in elderly people. // J Oral Rehabil.- 2002.-N 29.-P. 300-304
2. Lynch E. Leczenie próchnicy z wykorzystaniem systemu HealOzon. //eDentico. 2004. - Vol. 134. - P. 3.
3. Marchini L., Tamashiro E., Nascimento D.F.F., et al. Self-reported denture hygiene of a sample of edentulous attendees at a University dental clinic and the relationship to the condition of the oral tissues.// Gerodontology.- 2004.-N 21.-P. 226-228
4. Marchini L., Vieira P.C., Bossan T.P., et al. Self-reported oral hygiene habits among institutionalised elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubate, Brazil.// Gerodontology.- 2006.-N 23.-P. 33-37.
5. McGrath C., Broder H., Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: Implications for research and practice. //Community Dent Oral Epidemiol. - 2004.-N 32.-P. 81-85.
6. Monroy T.B., Maldonado V.M., Martinez F.F., et al. Candida albicans, Staphylococcus aureus and Streptococcus mutans colonization in patients wearing dental prosthesis.// Oral Med Pathol 2005.-N 10.-P. E27-E39.
7. Mumcu G., Cimilli H., Sur H., et al. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. //Oral Dis.- 2005.-N 11.-P. 81-87.
8. Neppelenbroek K.H., Pavarina A.C., Spolidorio D.M., Vergani C.E., Mima E.G., Mashado A.L. // J. Prosthodont. 2003. - Vol. 16, N 6. - P. 616-20.
9. Peltola P., Vehkalahti M.M., Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly.// Gerodontology. 2004 . - Vol. 21, N 2. - P. 93-99.
10. Peltola P., Vehkalahti M.M., Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly.// Gerodontology.- 2004.-N 21.-P. 93-99.
11. Pires F.R., Santos E.B.D., Bonan P.R.F., et al. Denture stomatitis and salivary Candida in Brazilian edentulous patients.// J Oral Rehabil.- 2002.-N 29.-P. 1115-1119.
12. Pjetursson B.E., Tan K., Lang N.P., Brägger U., Egger M., Zwahlen M. A systematic review of the survival and complication rate of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of the least 5 years. // Clin. Oral Implant. Research. – 2004. – V.15. – N 6. – P. 667-676.
13. Pjetursson B.E., Tan K., Lang N.P., Brägger U., Egger M., Zwahlen M. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. // Clin. Oral Implants Res. - 2004. - V.15. - N 6. – P. 625-642.
14. Ramage G., Tomsett K., Wickers B.L., et al. Denture stomatitis: a role for Candida biofilms. //Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.- 2004.-N 98.-P. 53-59.

UDK:-616.314.2:616-006:616-07

TUMOR-LIKE PERIODONTAL DISEASES: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Nazarova Nodira Sharipovna

Head of the Department of Postgraduate Education, Faculty of Postgraduate Education, Samarkand State Medical University.

Khatamova Madina Anvarovna

Department of Dentistry, Faculty of Postgraduate Education, Samarkand State Medical University.

Abstract:

The study emphasizes the need for comprehensive histological examinations to enhance diagnostic accuracy and differentiate between genuine neoplasms and inflammatory or reactive lesions in periodontal conditions, due to the complex multifactorial nature of periodontitis.

Keywords: histological research, examination of periodontal diseases, periodontal tissues, periodontal ligament attachment loss, tumor-like diseases, ulcerative necrotic gingivitis, acute periodontitis.

Аннотация

Исследование подчеркивает необходимость комплексного гистологического исследования для повышения точности диагностики и дифференциации истинных новообразований от воспалительных или реактивных поражений при заболеваниях пародонта, что обусловлено сложной многофакторной природой периодонтита.

Ключевые слова: Гистологическое исследование, Исследование заболеваний пародонта, Ткани пародонта, Потеря прикрепления периодонтальной связки, Опухолеподобные заболевания, Язвенно-некротический гингивит, Острый периодонтит.

Annotatsiya

Tadqiqot periodontitning murakkab ko'p omilli tabiati tufayli, periodontal holatlarda diagnostika aniqligini oshirish hamda haqiqiy neoplazmalar (o'smalar) bilan yallig'lanishli yoki reaktiv shikastlanishlar o'rtasidagi farqni aniqlash (differensirovka) uchun kompleks gistologik tekshiruvlar o'tkazish zarurligini ta'kidlaydi..

Калит сўзлар: Gistologik tadqiqot, Periodontal kasalliklarni tekshirish, Periodontal to'qimalar, Periodontal boylam birikmasining yo'qolishi, O'smaga o'xshash kasalliklar, Yarali-nekrotik gingivit, O'tkir periodontit.

Introduction: The differential diagnosis of tumor-like periodontal disorders is a complicated domain necessitating meticulous evaluation of diverse clinical presentations and underlying pathophysiological processes. Numerous research have enhanced our comprehension of these disorders, underscoring the necessity of precise diagnosis to distinguish

between authentic neoplastic processes and inflammatory or reactive lesions.

The periodontal symptoms linked to Histiocytosis X were examined by (Artzi et al., 1989), who emphasised that because of its clinical presentation, this disorder can resemble periodontal disease(1). The authors emphasised that histological investigation is essential

C
A
R
J
I
S

for differentiating Histiocytosis X from other periodontal illnesses, as it may exhibit considerable periodontal involvement that could be confused with more prevalent forms of periodontitis.

In a more general setting, looked at whether individuals with various types of periodontitis had autoantibodies against extracellular matrix components (4). Their findings show that changes in immune response may aid in the differential diagnosis of periodontal illnesses, since increased levels of certain autoantibodies could signify a more aggressive disease phenotype, potentially reflecting tumor-like manifestations.

In their discussion of the function of antimicrobial peptides (AMPs) in periodontal innate defence, (6) sease may function as a diagnostic biomarker. The expression levels of AMPs may aid in distinguishing between different periodontal diseases, particularly those exhibiting tumor-like characteristics.

The categorisation of periodontal lesions has also been addressed by (7), who presented a new clinical classification for endodontic-periodontal lesions. This classification seeks to enhance diagnostic precision, especially in instances where the clinical manifestation may indicate a neoplastic process instead of an inflammatory one. The differential diagnosis of tumor-like periodontal disorders necessitates a comprehensive approach encompassing clinical evaluation, histological analysis, and assessment of immunological responses. The reviewed studies highlight the importance of differentiating between genuine neoplasms and inflammatory or reactive lesions to guarantee suitable management and treatment approaches.

Currently, we conduct a fundamental set of clinical examinations in an outpatient setting to diagnose periodontal diseases(11). These evaluations include assessment of gingival health, measurement of periodontal ligament attachment loss, detection of supra- and

subgingival deposits, and analysis of alveolar bone resorption with radiographs (12). Although patient history, clinical examination, and periodontal indices are all important components of the diagnostic process, the dental community has held varying opinions on the utility of these indices owing to the lack of standardization among them. Therefore, numerous practitioners continue to hesitate to integrate these indices into their daily practices. Furthermore, evaluating oral hygiene status and the severity of existing periodontal damage has a limited diagnostic value. The purpose of periodontal diagnosis is not primarily concerned with the identification of disease presence; rather, it is designed to identify the specific disease that is responsible for observable changes in periodontal tissues. This process necessitates the differentiation between diagnostic signs, which frequently exhibit comparable clinical presentations and symptoms. Conventional examination methods, when strictly focused on inflammatory and degenerative changes within periodontal tissues, are generally sufficient to distinguish these conditions. Unfortunately, conventional diagnostic methods are inadequate for tumors and tumor-like diseases that affect the buccal cavity and periodontium.

Additionally, the constraints of ambulatory settings in modern dental clinics frequently preclude the use of supplementary laboratory investigations such as histological analysis of biopsies obtained through surgical periodontal treatments. The purpose of the work: The aim of our work was to clearly illustrate the necessity of a more thorough and in-depth examination of a patient with periodontal illness for diagnostic purposes, including the identification of tumors and tumor-like periodontal diseases.

Methods and materials: This study examines the basic principles of the differential diagnosis of inflammatory dystrophic periodontal diseases. In this study, gingivitis was identified as the primary differential diagnosis. Gingivitis

should be identified as different from other periodontal diseases because there are no changes in the bone tissue of the alveoli, which is an important part of the periodontal complex.

The severity of gingivitis is based on the overall changes in the body noted during patient interviews and the extent to which the gums are affected by the disease. Differential diagnoses of chronic, catarrhal, and hypertrophic (edematous form) gingivitis are linked by similar signs: patients often mention bleeding gums and changes in the appearance of the gum line. Tartaral inflammation typically precedes proliferation, which is indicative of hypertrophic gingivitis. Consequently, one mandible displayed catarrhal gingivitis, whereas the other displayed hypertrophic gingivitis. The presence of various general somatic diseases that cause gingivitis in the examined patients is a major cause of these distinctive indications. Cardiovascular, gastrointestinal, infectious, and blood diseases (lymphocytic and myeloleukemia) are the most common causes of catarrhal gingivitis. Endocrine disorders, certain medications, and blood diseases (e.g., leukemic reticulosis) are potential causes of hypertrophic gingivitis. As a result, the signs will be different: catarrhal gingivitis will show swelling and redness of the gum tissue between the teeth and along the gum line, whereas hypertrophic gingivitis will have larger gum areas, noticeable changes in the gum shape, a bluish color, and the development of false pockets around the teeth. In the acute stage, there are some symptoms that distinguish ulcerative necrotic gingivitis from generalized periodontitis: the patient's overall health deteriorates, intoxication symptoms appear, and pain syndrome is severe in both conditions. These two conditions are linked to bad breath, painful gums when touched, loss of the normal gum shape, swelling and redness at the gum line, and poor oral hygiene (many soft plaques and hard tartar). Sharp hemorrhage followed by suppuration upon palpation as well as trauma

to the gingival margin. Ulcerative necrotic gingivitis is characterized by flattened gingival papillae and necrotic plaques on the gums. Significant bleeding is a consequence of plaque removal and is exceedingly excruciating.

Acute periodontitis is characterized by the presence of pus-filled pockets, probable abscesses, gumline smoothing, swelling, pulse upon palpation, and possible fistula development. In areas of active inflammation, X-rays demonstrate mixed bone resorption with vertical resorption and cavity formation. The severity of periodontitis is directly proportional to the profundity of bone pockets. It is important to note that ulcerative necrotic gingivitis does not exhibit any changes in the bone structure on radiography. The identification of specific clinical features is necessary to differentiate chronic (catarrhal and hypertrophic) gingivitis from mild chronic generalized periodontitis. Abnormal periodontal indices, swollen and red gums, soft and firm plaque accumulation, and bleeding gums were common symptoms in both conditions. The Schiller-Pisarev test result was positive in both instances. Subsequently, periodontitis results in bone resorption of the interalveolar septum by up to one-third of its length, as well as periodontal fissures as deep as 4 mm. Polarography and rheoparodontography are not beneficial functional examination methods for differential diagnoses. Localized hypertrophic gingivitis and epulis share several characteristics, including the presence of localized gum overgrowth around 1-2 teeth. In contrast, Epulis exhibits a unique leaf or mushroom shape with a reddish-brown or bluish color. Bone changes such as thinning at the base of the epulis were also observed. Periodontal involvement near the causative tooth is frequently observed in the epulis.

Periodontitis is an autonomous disease that is associated with periodontal disease. It is characterized by inflammatory and destructive processes that affect the periodontal tissues. To distinguish between acute and worsened chronic periodontitis, common signs such as

feeling unwell, tooth pain (especially when chewing or clenching your jaw), swelling and redness in the gums, and often an abscess should be considered. The main difference is that acute cases usually have single abscesses that appear in different spots for approximately 5-7 days. The primary distinguishing factor is the periodic occurrence of single abscesses at various locations for a period of 5-7 days. Radiographs indicate that alveolar processes are characterized by predominant vertical bone pocket resorption, and these abscesses are situated at the attached gum, unconnected to periodontal pockets, and frequently discharged through fistulas. Chronic periodontitis can be difficult to diagnose because of overlapping symptoms with other conditions.

Determining the differences between chronic periodontitis and other conditions

Inflammation Complicates Periodontosis: Both conditions exhibit symptoms such as gingival redness and swelling, periodontal pockets, plaque and tartar accumulation, and tooth mobility. However, in periodontosis worsened by inflammation, X-rays show gums pulling back without cavities and V-shaped gaps in the bone, with areas of both high and low bone density.

Desmodontosis: This condition is characterized by tooth displacement, spaces between teeth, loosening of periodontal pockets, and vertical bone loss, similar to chronic localized periodontitis. Desmodontosis, characterized by symmetrical gum inflammation that primarily affects the front incisors and molars, does not have an obvious local cause. The signs of eosinophilic granuloma are similar to those of chronic generalized periodontitis, including bleeding gums, molar and premolar movements, and periodontal pockets. However, eosinophilic granulomas do not have a specific cause, grow rapidly in about 1.5 to 2 months, and show unique oval or round patterns of bone loss on X-rays near the jaw angle, ascending branch, or roots of teeth. The severity of

periodontitis is determined by the degree of tooth mobility and extent of alveolar bone loss.

Comparing Involutional Changes with Periodontosis: Both conditions are characterized by bone loss, tooth mobility, and receding gum. Nevertheless, gum recession and tooth mobility are common and can vary in severity during natural aging. In addition, the jawbone does not exhibit any indications of generalized or localized bone thinning (osteoporosis) on radiography, and tooth wear is evident. The objective of this paraphrased version is to emphasize the key distinguishing features of each condition and shed light on the diagnostic challenges of overlapping symptoms. It is imperative to incorporate systemic factors, including blood disorders and infectious diseases, such as tuberculosis and syphilis, in addition to oral health, when diagnosing periodontal diseases. Although improvements in diagnostic tools, particularly functional methods, have significantly improved our understanding of periodontal pathology, these methods frequently lack the specificity necessary to distinguish distinct strains of the disease. Understanding the complex relationship between factors that lead to periodontal disease, such as oral hygiene, gum inflammation, blood vessel health, and changes in bone, is restricted by numerical measures often used in periodontology. The administrative functions of these indices are primarily associated with insurance claims. Additionally, the requirement for histological confirmation increases the difficulty of diagnosing tumorlike conditions in periodontal tissues. Special laboratories are required to collect and analyze tissue samples, which presents logistical challenges for individual dental practices.

Conclusion. The study concludes that the differential diagnosis of tumor-like periodontal disorders necessitates a comprehensive approach encompassing clinical evaluation, his-

tological analysis, and assessment of immunological responses, and that conventional diagnostic methods are inadequate for tumors and

tumor-like diseases that affect the buccal cavity and periodontium.

References

1. Z Artzi; M Grosky; M Raviv; "Periodontal Manifestations of Adult Onset of Histiocytosis X", JOURNAL OF PERIODONTOLOGY, 1989. (IF: 3)
2. I D Mandel; "Salivary Diagnosis: More Than A Lick and A Promise", JOURNAL OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 1993. (IF: 3)
3. E W Gerharz; M Grueber; M D Melekos; K Weingaertner; P Barth; H Riedmiller; "Tumor-forming Eosinophilic Cystitis in Children. Case Report and Review of Literature", EUROPEAN UROLOGY, 1994. (IF: 3)
4. Luiz A De-Gennaro; José D Lopes; Mario Mariano; "Autoantibodies Directed to Extracellular Matrix Components in Patients with Different Clinical Forms of Periodontitis", JOURNAL OF PERIODONTOLOGY, 2006. (IF: 3)
5. Emanuela Caroli; Maurizio Salvati; Luigi Ferrante; "Tumor-Like Multiple Sclerosis: Report of Four Cases and Literature Review", TUMORI JOURNAL, 2006. (IF: 3)
6. Sven-Ulrik Gorr; "Antimicrobial Peptides in Periodontal Innate Defense", FRONTIERS OF ORAL BIOLOGY, 2011. (IF: 3)
7. Khalid S Al-Fouzan; "A New Classification of Endodontic-periodontal Lesions", INTERNATIONAL JOURNAL OF DENTISTRY, 2014. (IF: 3)
8. Pedro Henrique Cossu Vallejo; H. Tanimoto; "Granuloma Periférico De Células Gigantes: Revisão Da Literatura", 2017.
9. Amarpreet Sabharwal; Kevin Ganley; J. Miecznikowski; E. M. Haase; V. Barnes; F. Scannapieco; "The Salivary Microbiome of Diabetic and Non-diabetic Adults with Periodontal Disease", JOURNAL OF PERIODONTOLOGY, 2018. (IF: 3)
10. Nuno M F Campos; Vânia Almeida; Luís Curvo Semedo; "Peritoneal Disease: Key Imaging Findings That Help in The Differential Diagnosis", THE BRITISH JOURNAL OF RADIOLOGY, 2021. (IF: 3)
11. Kwon, T., Lamster, I. B., & Levin, L. (2020). Current concepts in the management of periodontitis. International Dental Journal, 71(6), 462–476. <https://doi.org/10.1111/idj.12630>
12. Salam, E., Katariya, A., & D, D. (2020). Recent advances in clinical periodontal diagnosis and periodontal treatment procedures: A brief review. Journal of Advanced Clinical and Research Insights, 7(4), 45–50. <https://doi.org/10.15713/ins.jcri.303>
13. Nurmatov Ortiq Sattarovich, Zulpanov Qilichbek Nazarali ug'li, . (2025). DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TUMOR-LIKE PERIODONTAL DISEASES. ИКРО журнал, 14(01), 65–69. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/iqro/article/view/69407>
14. Dahlen, G., Fejerskov, O. & Manji, F. Current concepts and an alternative perspective on periodontal disease. BMC Oral Health 20, 235 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01221-4>
15. Dahlen, G., Fejerskov, O., & Manji, F. (2020). Current concepts and an alternative perspective on periodontal disease. BMC Oral Health, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01221-4>
16. Kinane, D., Stathopoulou, P. & Papapanou, P. Periodontal diseases. Nat Rev Dis Primers 3, 17038 (2017). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.38>

16. Irfan UM, Dawson DV and Bissada NF: Epidemiology of periodontal disease: A review and clinical perspectives. J Int Acad Periodontol. 3:14–21. 2001.PubMed/NCBI
17. G Caton J, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, S Kornman K, L Mealey B, Papanou PN, Sanz M and S Tonetti M: A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. 45 (Suppl 20):S1–S8. 2018. View Article : Google Scholar : PubMed/NCBI
18. Mann, J., Bernstein, Y., & Findler, M. (2019). Periodontal disease and its prevention, by traditional and new avenues (Review). Experimental and Therapeutic Medicine. <https://doi.org/10.3892/etm.2019.8381>
- 19.T. Y. M. Akutagawa et al. (2021). Clinical And Complementary Diagnosis Of Sinus Neoplasia In Horses. *Acta Scientiae Veterinariae*. <https://doi.org/10.22456/1679-9216.112304>.