

**И.М.Макеева, Т.В.Кудрявцева,
А.И.Ерохин, А.В.Акулович**

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

*Руководство к практическим занятиям
по терапевтической стоматологии для студентов
IV и V курсов стоматологических факультетов*



**Москва
«МЕДпресс-информ»
2009**

УДК 616.314-085

ББК 56.6

M15

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Составители: д.м.н., профессор **И.М.Макеева**; д.м.н., профессор **Т.В.Кудрявцева**; к.м.н., доцент **О.В.Прохорова**; к.м.н., доцент **В.Б.Лампусова**; к.м.н., доц. **А.И.Ерохин**; к.м.н., ассистент **С.Ф.Бякова**; ассистент **А.В.Акулович**

Рецензенты: проф. **Л.Ю.Орехова**, проф. **А.И.Грудянов**

Санкт-Петербургский государственный университет им. акад. И.П.Павлова; ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова; ФГУ Центральный научно-исследовательский институт стоматологии

Макеева И.М.

Заболевания пародонта: руковод. к практ. занятиям по терапевт. стоматологии для студ. IV и V курсов стомат. факультетов / И.М.Макеева, Т.В.Кудрявцева, А.И.Ерохин, А.В.Акулович. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 96 с.

ISBN 5-98322-569-3

Руководство предназначено для самостоятельной подготовки студентов IV и V курсов по разделу «Заболевания пародонта», а также для клинических ординаторов и врачей, повышающих свою квалификацию на факультетах послевузовского профессионального образования. В настоящем издании представлены сведения по этиопатогенезу заболеваний пародонта, рассмотрены основные диагностические критерии и систематизированы современные методы лечения заболеваний пародонта.

УДК 616.314-085
ББК 56.6

ISBN 5-98322-569-3

© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2009

СОДЕРЖАНИЕ

ЗАНЯТИЕ 1.

Организация современной системы пародонтологической помощи 5

ЗАНЯТИЕ 2.

Анатомо-физиологические особенности пародонта 9

ЗАНЯТИЕ 3.

Основные методы обследования пациентов с заболеваниями пародонта 15

ЗАНЯТИЕ 4.

Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями пародонта 19

ЗАНЯТИЕ 5.

Гингивит. Классификация, этиология, патогенез. 21

ЗАНЯТИЕ 6.

Клинические проявления гингивита и его диагностика 27

ЗАНЯТИЕ 7.

Лечение катарального гингивита. 32

ЗАНЯТИЕ 8.

Лечение гипертрофического гингивита 35

ЗАНЯТИЕ 9.

Лечение язвенного гингивита 37

ЗАНЯТИЕ 10.

Пародонтит. Классификация, этиология, патогенез 39

ЗАНЯТИЕ 11.

Клинические проявления пародонтита и его диагностика 44

ЗАНЯТИЕ 12.

Лечение пародонтита 47

ЗАНЯТИЕ 13.

Лечение пародонтита (*продолжение*) 51

ЗАНЯТИЕ 14.

Пародонтоз. Классификация, этиопатогенез, клиника, лечение 54

ЗАНЯТИЕ 15.	
Агрессивные формы пародонтита.	57
ЗАНЯТИЕ 16.	
Наследственные синдромы, связанные с патологией тканей пародонта.	
Пародонтомы.	61
ЗАНЯТИЕ 17.	
Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта	66
ЗАНЯТИЕ 18.	
Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта	
(продолжение).	69
ЗАНЯТИЕ 19.	
Профилактика заболеваний пародонта.	72
ЗАНЯТИЕ 20.	
Итоговое занятие.	76
ПРИЛОЖЕНИЯ	77

ЗАНЯТИЕ 1

Организация современной системы пародонтологической помощи

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: ознакомиться с новым разделом стоматологии, организацией пародонтологической помощи в Российской Федерации, оборудованием и инструментарием, лекарственными средствами и документацией, используемыми в своей работе врачом-пародонтологом.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ:

1. Пародонтология как самостоятельный раздел стоматологии.
2. Формы организации пародонтологической помощи.
3. Пародонтологический кабинет: оборудование, инструментарий, лекарственные средства, документация.

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ:

1. Что изучает пародонтология?
2. В чем заключается принцип трехуровневой системы оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с патологией пародонта?

Необходимость выделения пародонтологической помощи в самостоятельный раздел программы обучения определяется широкой распространенностью заболеваний пародонта, особенностями их диагностики и лечения, необходимостью проведения диспансеризации этой группы пациентов.

В зависимости от категории стоматологического учреждения выделяют три уровня оказания пародонтологической помощи: квалифицированную, специализированную и узкоспециализированную.

В учреждениях, предназначенных для оказания квалифицированной стоматологической помощи (стоматологических кабинетах, стоматологических отделениях с малым штатом врачей), помощь лицам с заболеваниями пародонта оказывается наряду с другими видами стоматологического лечения (см. табл. 1). При этом выполняется минимальный объем вмешательств, который предусматривает профессиональную гигиену, местную противовоспалительную терапию и избирательное пришлифовывание.

В учреждениях специализированной стоматологической помощи (стоматологических муниципальных поликлиниках с небольшим штатом врачей) для оказания помощи лицам с заболеваниями пародонта выделяется один или несколько врачей. Если пародонтологический прием ведут более двух

Таблица 1

Организация пародонтологической службы в стоматологических учреждениях

Вид стоматологической помощи	Стоматологические учреждения	Организация пародонтологической службы
Квалифицированная	Стоматологические кабинеты на промышленных предприятиях, в учебных заведениях	Врачебная помощь в порядке общего приема стоматолога
Специализированная	Стоматологические отделения районных и сельских поликлиник. Муниципальные стоматологические поликлиники	Прием ведут один или несколько врачей. Если прием ведут более двух врачей, может быть организован пародонтологический кабинет
Узкоспециализированная	Крупные муниципальные, городские, областные, республиканские стоматологические поликлиники	Пародонтологический центр или специализированное пародонтологическое отделение

врачей, то возможна организация дифференцированного приема в кабинете пародонтологии. Объем пародонтологических вмешательств в учреждениях специализированной помощи определяется уровнем квалификации специалистов и возможностями поликлиники в области проведения комплексного лечения. Обязательным является выполнение следующих видов помощи пациентам: профессиональной гигиенической обработки полости рта, местной противовоспалительной терапии, избирательного шлифования, хирургического лечения (коррекция мягких тканей в области преддверия, лоскутные операции).

Профессиональная гигиена и обучение правилам индивидуальной гигиены полости рта возлагаются на помощника врача или подготовленную медицинскую сестру. Для их работы выделяют рабочее место или организуют кабинет гигиены полости рта.

В учреждениях узкоспециализированной стоматологической помощи (крупных муниципальных, городских, республиканских, областных стоматологических поликлиниках) организуют специализированные пародонтологические отделения или пародонтологические центры.

В отделениях пародонтологии проводят все виды лечения заболеваний пародонта, организуют кабинет, в котором проводят консилиум нескольких специалистов: терапевта, хирурга, ортопеда, физиотерапевта, а также при необходимости рентгенолога и специалиста по функциональным методам исследования.

Пародонтологический центр является лечебным, консультативным и учебно-методическим центром, базой кафедр стоматологического факультета (рис. 1).

Оснащение пародонтологического кабинета такого центра должно включать:

- стоматологическую установку;
- ультразвуковой аппарат для проведения профессиональной гигиены полости рта (KaVo SONICflex с насадками scaler, paro, rootplaner);
- набор инструментов для проведения профессиональной гигиены полости рта;
- диатермокоагулятор стоматологический;
- электроодонтометр (Digitest);
- аппарат Кулаженко;
- аппарат для полировки твердых тканей зуба с помощью порошков (PROPHYflex, KaVo);
- лазер для проведения хирургического лечения (KEYlaser, KaVo);
- набор инструментов и материалы для терапевтического лечения заболеваний пародонта;
- набор инструментов для хирургического лечения заболеваний пародонта;
- набор инструментов и материалов для шинирования зубов (арматура Ribbond, лавсановая лента);
- инструменты и материалы для избирательного шлифования зубов;
- шприцы для инъекций;
- медикаментозные средства для местного лечения заболеваний пародонта (Метрогил Дента);
- средства для лечебных пародонтальных повязок;

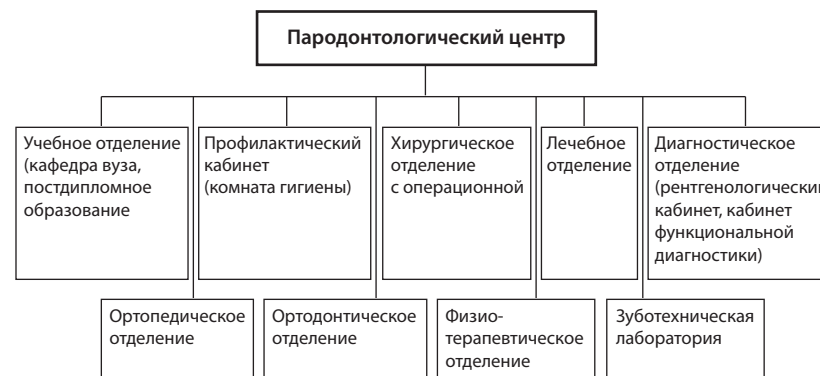


Рис. 1. Структура пародонтологического центра.

- остеотропные средства для заполнения костных карманов при хирургическом лечении пародонтита;
- набор препаратов для окрашивания зубной бляшки;
- набор гигиенических средств и моделей челюстей для обучения пациентов правилам ухода за полостью рта.

Организация врачебного приема пациентов с заболеваниями пародонта имеет некоторые особенности. Значительное время необходимо уделять приему первичного пациента для проведения основных и дополнительных методов обследования. Все полученные данные фиксируют в истории болезни, ставят предварительный диагноз, составляют план лечения. В истории болезни отражают все проводимые лечебные манипуляции. В конце лечения составляют эпикриз и указывают дату контрольного посещения.

Задачами диспансеризации являются выявление и учет лиц с начальными проявлениями патологии пародонта. Организация диспансерного наблюдения предусматривает заполнение формы №30. В диспансерной карте необходимо четко вести регистрацию сроков повторных осмотров и лечения пациентов. Кратность повторных посещений при наличии перечисленных ниже патологий должна быть следующей:

- 1) гингивита – один раз в 6 мес.;
- 2) пародонтита легкой и средней степеней тяжести – один раз в 6 мес.;
- 3) пародонтита тяжелой степени – один раз в 3 мес.;
- 4) пародонтоза – один раз в 12 мес.

На этапах диспансерного наблюдения пародонтолог следит за выполнением правил гигиены полости рта с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания.

Больные должны состоять на диспансерном учете у пародонтолога один год. Если в течение года врач отмечает ремиссию, то пациент должен быть передан для дальнейшего наблюдения участковому врачу-стоматологу.

ЗАНЯТИЕ 2

Анатомо-физиологические особенности пародонта

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить строение и функции пародонта и определить их клиническую значимость.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ:

1. Анатомо-гистологические особенности строения слизистой оболочки десны, периодонта, цемента корня и альвеолярной кости.
2. Зубодесневое соединение, физиология десневой бороздки, десневая жидкость.
3. Функции пародонта.
4. Возрастные изменения пародонта.
5. Рентгенологическая характеристика пародонта в норме.

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ:

1. Каковы отличительные особенности строения ротового эпителия, эпителия бороздки и эпителия прикрепления?
2. Дайте описание структуры зубодесневого соединения.
3. Как осуществляется кровоснабжение и иннервация тканей пародонта?
4. Каким образом осуществляется барьерная функция пародонта? Назовите факторы местной защиты.
5. Каково соотношение высоты вершины межальвеолярной перегородки и эмалево-цементного соединения у людей 18 и 50 лет без патологии пародонта?
6. Перечислите клинико-рентгенологические инволютивные изменения в тканях пародонта.

Пародонт

Пародонт – это комплекс тканей, имеющих генетическую и функциональную общность и служащих опорой для зуба. В состав пародонта входят цемент корня зуба, периодонт, альвеолярная кость и десна.

Периодонт

Периодонт – связочный аппарат зуба, состоящий из пучков коллагеновых волокон, объединяющих кость и цемент зуба (шарпеевские волокна), и не-

зрелых эластических волокон. Они идут в различных направлениях и выполняют опорно-удерживающую функцию. Между пучками волокон имеются промежутки, заполненные рыхлой волокнистой соединительной тканью, содержащей сосуды, нервные волокна, здесь же располагаются эпителиальные остатки (островки) Малассе, участвующие в развитии кист.

Клетки периодонта представлены:

- цементобластами, необходимыми для цементаобразования;
- остеобластами, расположенными в лакунах костной ткани;
- фибробластами, ориентированными вдоль коллагеновых волокон;
- малодифференцированными клетками-предшественниками.

На поверхности корня зуба и кости находятся одонтокласты (цементокласты) и остеокласты, разрушающие эти ткани; в интерстициальной ткани периодонта присутствуют макрофаги, тучные клетки, лейкоциты, которые выполняют защитные функции.

Костная стенка зубной альвеолы

Костная стенка зубной альвеолы (собственно альвеолярная кость) представляет собой тонкую костную пластинку, которая окружает корень зуба. Она образована пластинчатой костной тканью и состоит из:

- 1) компактной кости, которая выстилает лунку зуба и покрывает перегородки альвеолярной кости, имеющие разное строение (в области передних зубов они остrokонечные; премоляров – закругленные, куполообразные; в области моляров имеют вид усеченной пирамиды);
- 2) губчатой кости, которая образована анастомозирующими трабекулами с располагающимися между ними костномозговыми пространствами, заполненными костным мозгом.

Кортикальная пластинка альвеолы имеет свои особенности: в нее внедряются элементы периодонтальной связки (шарпеевы волокна), фолькмановские каналы – через них в периодонт проникают сосуды и нервы. Такая структура при развитии острого воспаления в периодонте может способствовать распространению процесса в кость, а лимфатические капилляры и вены, связанные с общим кровообращением, могут стать основой генерализации процесса вплоть до развития сепсиса и бактериального эндокардита.

Цемент зуба

Цемент зуба подразделяется на бесклеточный и клеточный (в области верхушки и бифуркации). Клеточный цемент имеет в своем составе клетки (цементциты и цементобласты) и обызвествленное межклеточное вещество. При патологических состояниях цемент может подвергаться резорбции.

Десна

Десна образована эпителиальными клетками слизистой оболочки, покрывающей альвеолярные отростки челюстей и состоящей из рыхлой соединительной ткани с обширной сетью микрососудов.

Слизистая оболочка десны является частью слизистой оболочки полости рта. По сравнению с эпидермисом кожи в эпителиальных клетках слизистой оболочки десны меньше кератогиалина и тоньше роговой слой. Это придает десне розовую окраску и позволяет наблюдать кровоток в микрососудах десны прижизненно (с помощью контактной микроскопии). Благодаря близкому расположению капилляров к поверхности слизистой также возможно измерение парциального давления кислорода неинвазивным способом (путем наложения электродов на поверхность слизистой).

Выделяют три зоны десны, различающиеся по строению:

Прикрепленная часть десны сравнительно малоподвижна, так как она не имеет подслизистого слоя и плотно сращена с надкостницей соединительнотканнвыми волокнами.

Свободная часть десны не связана с поверхностью зуба и не имеет прочного прикрепления к надкостнице соединительнотканнвыми волокнами. Свободная и прикрепленная десны выстланы многослойным плоским ороговевающим эпителием, который улучшает условия адаптации десны к механическим, химическим и температурным воздействиям.

Сулкулярная, или бороздковая, часть десны отличается тем, что эпителий, выстилающий внутреннее пространство бороздки, лишен слоя ороговевающих клеток. Расстояние между эпителиальными клетками больше, чем в других зонах, что значительно увеличивает проницаемость слизистой оболочки, как для микробных токсинов, так и для лейкоцитов, а также повышает ее регенеративные способности.

Зубодесневое соединение

Зубодесневое соединение образуют свободная и бороздковая части десны. Эпителий бороздки выстилает внутреннее пространство бороздки. Около поверхности эмали он переходит в эпителий прикрепления, а за пределами бороздки – в эпителий свободной части десны (рис. 2).

Эпителий прикрепления

Эпителий прикрепления – многослойный плоский неороговевающий, является продолжением сулкулярного эпителия (эпителия бороздки), выстилает ее дно и образует вокруг зуба манжетку, прочно связанную с поверхностью эмали, покрытой первичной кутикулой.

Существуют две точки зрения на механизм прикрепления десны к зубу в области зубодесневого соединения. **Первая** заключается в том, что поверхностные клетки эпителия

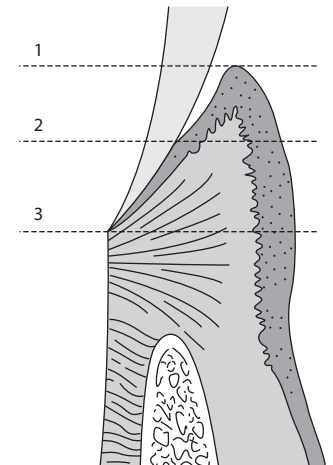


Рис. 2. Схема зубодесневого прикрепления. 1 – эпителий слизистой оболочки ротовой полости; 2 – эпителий бороздки; 3 – эпителий прикрепления.

прикрепления связаны с кристаллами апатитов зуба с помощью полудесмосом. **Вторая** предполагает образование физико-химической связи между эпителием и поверхностью зуба, причем адгезия эпителиальных клеток к поверхности зуба в норме осуществляется посредством макромолекул десневой жидкости.

Клетки, находящиеся под поверхностным слоем эпителия прикрепления, слущиваются в просвет десневой бороздки. Интенсивность десквамации эпителия прикрепления очень высока, но потеря клеток уравнивается их постоянным новообразованием в базальном слое, где для эпителиоцитов характерна очень высокая митотическая активность. Скорость обновления эпителия прикрепления в физиологических условиях составляет у человека от четырех до десяти суток.

Слизистая в области зубодесневого соединения образована рыхлой волокнистой тканью с большим количеством мелких сосудов. Четыре-пять параллельно идущих артериол образуют густое сетевидное сплетение в области десневого сосочка. Капилляры десны очень близко подходят к поверхности эпителия; в области эпителия прикрепления они покрыты лишь несколькими шиповатыми клетками. На долю кровотока десны приходится 70% от кровоснабжения других тканей пародонта. Сравнение уровней микроциркуляции в симметричных точках десны на верхней и нижней челюстях, справа и слева при биомикроскопическом исследовании показало равномерное распределение капиллярного кровотока в интактном пародонте.

Через сосудистую стенку в десну проникают гранулоциты (преимущественно нейтрофильные) и, в меньшем числе, моноциты и лимфоциты, которые затем через межклеточные щели продвигаются в направлении эпителия, а затем, выделяясь в просвет десневой бороздки, попадают в десневую и ротовую жидкость.

В соединительной ткани десны имеются миелинизированные и немиелинизированные нервные волокна, а также свободные и инкапсулированные нервные окончания.

Свободные нервные окончания относятся к болевым и температурным рецепторам, а инкапсулированные – к механорецепторам.

Наличие нервных рецепторов, относящихся к тригеминальной системе, позволяет считать пародонт обширной рефлексогенной зоной, воздействие на которую может оказывать рефлекторное влияние на сердце и органы желудочно-кишечного тракта. Топическое представительство ветвей тройничного нерва, иннервирующих ткани зуба и пародонт, обнаружено также и в гассеровом узле, что позволяет предполагать влияние парасимпатической иннервации на сосуды десны верхней челюсти. Сосуды нижней челюсти находятся под мощным контролем симпатических вазоконстрикторных волокон, идущих от верхнего шейного симпатического узла. В связи с этим сосуды верхней и нижней челюстей у одного человека могут находиться в разном функциональном состоянии (констрикции и дилатации), что часто регистрируется методами функциональной диагностики.

Десневая жидкость

Десневая жидкость является физиологической средой организма сложного состава, включающей в себя лейкоциты, слущенные эпителиальные клетки, микроорганизмы, электролиты, белковые компоненты и ферменты. Смотри состав и функции десневой жидкости в Приложении 1.

Функции пародонта:

1. Опорная (удерживающая, амортизирующая) функция. Под воздействием нагрузки коллагеновые волокна выпрямляются, что позволяет им удлиняться, а зубу смещаться относительно стенки альвеолы. После прекращения давления волокна принимают первоначальную форму, а зуб возвращается в исходное положение. Таким образом, в системе зуб–пародонтальная связка–альвеолярный отросток реализуется демпферная функция.

2. Функция «сосудистого насоса». В области шейки зуба и вокруг верхушки корня зуба в пародонте располагаются артериовенозные анастомозы. Перивазальные зоны пародонта в норме построены из рыхлой соединительной ткани, что позволяет сосудам значительно расширяться. Это тем более важно, что вблизи артериовенозных анастомозов в пародонте и стенке альвеолы с закономерным постоянством располагаются крупные тонкостенные венозные сосуды, способные играть роль накопителей (коллекторов) крови.

Во время акта жевания в пародонте возникают постепенно смещающиеся зоны повышенного и пониженного давления, в результате чего кровь попеременно то поступает в эти участки ткани, то выбрасывается из них. На пике механического давления вследствие смещения зуба в соответствующих участках пародонта происходит сброс крови. Минувя микрососудистое русло, она поступает в венозные коллекторы зон с пониженным давлением, а на ее место происходит активный приток крови из артериальных сосудов.

Функциональная целесообразность такого «сосудистого насоса» очевидна, поскольку он обеспечивает гармонизацию транспорта крови и уровня функционального напряжения в пародонтальном комплексе.

3. Барьерная функция. Эпителий десны имеет значительную толщину, низкую проницаемость, химическую и механическую устойчивость рогового слоя. Защиту от механического воздействия (сдавление, растяжение, разрыв) также обеспечивает наличие коллагеновых и эластических волокон. Лейкоциты, макрофаги, тучные клетки, плазматические клетки, содержащиеся в тканях и проникающие в десневую бороздку, обеспечивают иммунный ответ на экзогенные патогены.

4. Трофическая функция. Интенсивное кровоснабжение и иннервация обеспечивают высокий обмен веществ и митотическую активность.

5. Рефлекторная регуляция жевательного давления.

6. Пластическая функция. Образование тканей, их восстановление и перестройка в ходе физиологических и патологических процессов.

Инволютивные процессы в пародонте

Здоровая сформированная кость альвеолярного отростка рентгенологически характеризуется наличием четкой кортикальной пластинки. Расположение вершин межзубных перегородок ниже эмалево-цементной границы на 2 мм при отсутствии явлений остеопороза и сохранении кортикальной пластинки не рассматривается как патология.

Знание инволютивных процессов в пародонте имеет большое практическое значение для правильной постановки диагноза. Возрастные изменения десны, связанные с процессами старения организма, заключаются в склонности к гиперкератозу, истончении базального слоя, атрофии эпителиальных клеток, уменьшении числа капилляров и количества коллагена, расширении и утолщении стенок сосудов, уменьшении содержания лизоцима в тканях десны.

Инволютивные процессы в костной ткани в норме начинаются у человека в возрасте 40–50 лет в виде слабовыраженного остеопороза. Замедляется интенсивность процессов в костной ткани. После 50 лет наступает диффузный остеопороз с атрофией альвеолярного края. После 60 лет клинико-рентгенологические возрастные изменения в тканях пародонта характеризуются обнажением корня при отсутствии пародонтальных карманов и воспалительных изменений в десне, остеопорозом (особенно постклимактерическим) и остеосклерозом.

ЗАНЯТИЕ 3

Основные методы обследования пациентов с заболеваниями пародонта

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить основные методы обследования пациентов с патологией пародонта.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ:

1. Особенности обследования пародонтологических пациентов.
2. Опрос пациента (жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни).
3. Осмотр пациента (внешний осмотр, осмотр полости рта).

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ*:

1. Какие методы обследования пациента являются субъективными?
2. Какие методы обследования пациента являются объективными?
3. Чем отличается специальный пародонтологический зонд от стандартного зубо врачебного? Когда его следует применять?
4. Опишите степени подвижности зубов.

Обследование пациентов с патологией пародонта должно проводиться по определенному плану, состоящему из основных и дополнительных методов исследования.

Основные методы включают опрос и осмотр. При опросе следует выяснить жалобы пациента, анамнез болезни, анамнез жизни, которые отражают субъективные представления пациента о его болезни и общем состоянии.

Причины посещения и жалобы пациента

При начальных формах заболеваний пародонта пациент чаще всего не предъявляет никаких жалоб. Стоматолог выявляет наличие патологических процессов в тканях пародонта случайно, при оказании терапевтической (санация) или ортопедической помощи. При прогрессировании заболевания пациенты, как правило, предъявляют следующие жалобы:

1. Кровоточивость десен при чистке зубов или самопроизвольная кровоточивость, запах из полости рта, подвижность и смещение зубов, обнажение корней зубов, появление свищей и абсцессов, повышенная чувствительность

* Для подготовки к занятиям 3 и 4 рекомендуется также использовать методические рекомендации кафедры терапевтической стоматологии СПбГМУ «Диагностика заболеваний пародонта». СПб., 1998.

зубов к температурным и химическим раздражителям. Жалобы на отечность десневого края, зуд и боли в деснах очень редки.

2. Ухудшение общего самочувствия пациентов, что, как правило, включает быструю утомляемость, слабость, повышение температуры при явлениях обострения, очень редко – головную боль.

Анамнез заболевания

При сборе анамнеза заболевания следует получить следующую информацию:

1. Давность заболевания и возможные причины его развития.
2. Особенности течения заболевания: наличие обострений, их причина и частота.
3. Причины потери отсутствующих зубов.
4. Проводилось ли лечение ранее и каковы были его результаты, какие процедуры обеспечивали наибольший эффект.

Анамнез жизни

При сборе анамнеза жизни следует получить следующую информацию:

1. Возраст пациента.
2. Профессия пациента, характер производства и наличие профессиональных вредностей. Условия быта.
3. Заболевания, которыми пациент страдает в настоящее время, или какие заболевания и оперативные вмешательства он перенес ранее. Установлено, что сахарный диабет, гематологические заболевания, болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы, бронхит и бронхиальная астма, заболевания почек, ревматизм, полиартрит, беременность, опухоли, травмы головы и шеи, прием ряда лекарственных средств увеличивают риск развития заболеваний пародонта и ухудшают их прогноз.
4. Характер питания: регулярность, доля в пищевом рационе белков и углеводов, консистенция употребляемой пищи, жевание на одной стороне, регулярность питания.
5. Наличие хронической интоксикации за счет таких вредных привычек, как курение, употребление алкоголя и наркотиков.
6. Наследственные факторы.
7. Адекватность гигиены полости рта и ее регулярность.

Осмотр пациента

Осмотр пациента, относящийся к основным клиническим методам обследования, позволяет объективно оценить состояние тканей пародонта. При осмотре следует выполнять следующие этапы.

Оценка общего состояния пациента:

На данном этапе следует оценить следующие параметры общего состояния пациента:

1. Общая слабость, повышение температуры. Большое значение имеют психологический статус и эмоциональный настрой пациента, его контактность.

2. Цвет кожных покровов, наличие рубцов, асимметрии лица, состояние красной каймы губ.

3. Тонус жевательных мышц, наличие парафункций.

4. Состояние регионарных лимфатических узлов: их увеличение, болезненность при пальпации.

5. Объем и правильность движения нижней челюсти, наличие хруста в области височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) при открывании рта.

Осмотр полости рта:

На данном этапе следует оценить следующие параметры состояния полости рта пациента:

1. Глубина преддверия, состояние уздечек и тяжей, уровень их прикрепления и выраженность.

2. Состояние слизистой оболочки полости рта, наличие патологических элементов.

3. Состояние десневого края, его цвет (бледно-розовый, гиперемизированный, цианотичный или анемичный); форма (гипертрофия или атрофия); наличие изъязвлений; кровоточивость (используют индекс Мюлеманна (Muhlemann H.R., 1971) в модификации Коуэлла (Cowell I.G., 1975) для оценки интенсивности кровоточивости при зондовой пробе); распространенность указанных клинических проявлений (индекс PMA (papillar-marginal-alveolar) по I.Shour, M.Massler, 1947, модифицированный С.Parma, 1960).

4. Наличие зубных отложений, их консистенция, локализация, количество (метод Грина–Вermильона (Greene J.C., Vermillion J.R., 1960), метод Силнесс–Лоэ (Silness J., Loe H., 1964)).

5. Глубина зубодесневой бороздки или пародонтального кармана на четырех поверхностях каждого зуба (с использованием специального градуированного пародонтологического зонда), при оценке учитывается наибольшее значение показателя. Этот признак очень важен, так как является одним из критериев, определяющих тяжесть пародонтита, и учитывается в ряде дополнительных методов обследования. Измерение проводят от десневого края до дна пародонтального кармана. Глубина пародонтального кармана не всегда соответствует величине истинной деструкции тканей пародонта. При выраженном отеке или гипертрофии десневой край располагается выше цемента-эмалевой границы, а при наличии рецессии – смещен апикально. Величину рецессии десны измеряют от цемента-эмалевой границы до десневого края (для оценки рецессии десны используют классификацию Миллера (Miller P.D., 1985)), уровень потери зубодесневого прикрепления – от цемента-эмалевой границы до дна пародонтального кармана.

6. Характер отделяемого из пародонтальных карманов (серозное или гнойное), который определяется с помощью гладилки при легком надавливании на десневой край параллельно шейке зуба.

II класс. Рецессия выходит за пределы прикрепленной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует. Подкласс А: узкая. Подкласс В: широкая. Прогноз: возможно закрытие на 100%.

III класс. Рецессия II класса сочетается с поражением аппроксимальных поверхностей. Подкласс А: без вовлечения соседних зубов. Подкласс В: с вовлечением соседних зубов. Прогноз: невозможно закрытие корня на 100%.

IV класс. Потеря десны и кости в межзубных промежутках – циркулярная. Подкласс А: у ограниченного количества зубов. Подкласс В: генерализованная горизонтальная потеря десны. Прогноз: закрытие корня невозможно.

Наиболее распространенными техниками операций по устранению рецессий десны являются методики коронарного смещения лоскута, латерально смещенного лоскута, «конвертная» методика с использованием субэпителиального лоскута с нёба.

Проведение последней методики требует высокой квалификации специалистов.

Особенности ведения больных после хирургических вмешательств

Послеоперационный уход за пациентами проводится в течение 7–10 дней. Для этого ежедневно проводится гигиеническая обработка операционного участка с помощью слабых растворов антисептиков. Швы снимают на 7–10-й день после операции.

В течение следующих 2 недель назначают вяжущие и дубящие полоскания, тщательное соблюдение правил гигиены, щадящую диету. Зондирование карманов противопоказано в течение 6 нед.

**Макеева Ирина Михайловна, Кудрявцева Татьяна Васильевна,
Ерохин Алексей Иванович, Акулович Андрей Викторович**

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

ISBN 5-98322-569-3



9 785983 225695

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*
Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*
Редактор: *О.В.Агафонова*
Корректор: *Е.А.Бакаева*
Компьютерный набор и верстка:
С.В.Шацкая, Д.В.Давыдов, А.Ю.Кишканов

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г. Подписано в печать 04.08.09.
Формат 60×90/16 Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 6,00
Гарнитура Таймс. Тираж 1000 экз. Заказ №

Издательство «МЕДпресс-информ». 119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3
E-mail: office@med-press.ru www.med-press.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов в ОАО «Типография «Новости»
105005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46