

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Северный научный центр РАМН

Северный Государственный Медицинский Университет

Кафедра терапевтической стоматологии  
с курсом усовершенствования врачей

## **БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА**

Учебно-методическое пособие

Архангельск – 2001 г.

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Северный научный центр РАМН

Северный Государственный Медицинский Университет

Кафедра терапевтической стоматологии

Утверждено и рекомендовано  
к изданию Центральным  
координационно-методическим  
советом СГМУ

## **БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА**

Учебно-методическое пособие для студентов  
стоматологического факультета

Архангельск – 2001 г.

Учебно-методическое пособие подготовлено профессором **В.П.Зеновским** и доцентом **Б.Г. Голубевым**, предназначена для самостоятельной работы студентов стоматологического факультета.

Издание второе, переработанное и дополненное.

Рецензент: доц. А.Л.Рожков

## СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

1. Понятие о болезнях пародонта, терминология, классификация . . . . .
2. Методы обследования больных с заболеваниями пародонта . . . . .
3. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика  
гингивита . . . . .
4. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика  
пародонтита . . . . .
5. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика  
пародонтоза . . . . .
6. Организация лечебно-профилактической помощи больным с  
патологией пародонта . . . . .

## **1.Тема: ПОНЯТИЕ О БОЛЕЗНЯХ ПАРОДОНТА, ТЕРМИНОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ. ЗУБНЫЕ ОТЛОЖЕНИЯ.**

**II. Цель занятия:** 1. Освоить терминологию и классификацию болезней пародонта.

2. Определить роль зубных отложений в возникновении и течении заболеваний пародонта.

### **III. Структура практического занятия**

№ п/п	Этапы занятий	Материальное оснащение. Оборудование. Средства обучения	Место	Время
1.	Инструктаж преподавателя о содержании занятия		Учебная комната	5 мин.
2.	Проверка исходных данных	Учебные пособия, таблицы, рентгенограммы, диапроектор, слайды. Контрольные вопросы, задачи.	Учебная комната	15 мин.
3.	Самостоятельная работа студентов а) курация больных б) решение клинических задач.	Больные с патологией пародонта, рабочее место врача-пародонтолога. Задачи ЛДС	Пародонтологический кабинет, лечебный зал поликлиники	140 мин.
4.	Разбор результатов курации, контроль результатов усвоения	Заполнение истории болезни и др. документации. Контрольные задачи.	Учебная комната	15 мин.
5.	Задание на следующее занятие.	Литература по теме занятия. Программа самоподготовки.		5 мин.

### **IV. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы.**

1. Анатомия и гистология пародонта.
2. Этиология болезней пародонта.

## V. Контрольные вопросы для проверки исходных данных.

1. Понятие о пародонте и его анатомических структурах.
2. Определение межзубной, маргинальной и альвеолярной частей десны.
3. Рентгенанатомия пародонта в норме.
4. Определение терминов: гингивит, пародонтит, пародонтоз, пародонтолиз, пародонтомы.
5. Понятие о зубодесневом соединении, десневой бороздке.
6. Факторы риска, оказывающие влияние на функцию пародонта.
7. Современная классификация болезней пародонта.
8. Значение зубных отложений в возникновении заболеваний пародонта

## VI. Учебные задачи..

1. Нарисуйте схему строения пародонта.
2. Нарисуйте схему зубо-десневого соединения в норме и при патологии.
3. Укажите классификационные признаки заболеваний пародонта.

Классификационные признаки	Гингивит	Пародонтит	Пародонтоз
<p>1. Течение:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) острое</li><li>б) хроническое</li><li>в) в стадии обострения</li><li>г) ремиссия</li></ul> <p>II. Характер воспаления:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) серозное (катаральное)</li><li>б) пролиферативное (гипертрофия)</li><li>в) альтерация (язвенно-некротическое)</li></ul> <p>III. Степень тяжести:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) легкая</li><li>б) средняя</li><li>в) тяжелая</li></ul> <p>IV. Локализация:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ограниченное поражение тканей пародонта.</li><li>2. Диффузное поражение пародонта.</li></ol>			

## VII. Задания в тестовой форме.

1. Пародонт – анатомическое образование, включающее
  - 1) десну и кость альвеолы
  - 2) периодонт, кость альвеолы и десну
  - 3) компактную пластинку кости альвеолы и периодонт
  - 4) периодонт, кость альвеолы, десну с надкостницей и ткани зуба
  
2. Участок десны между соседними зубами называется
  - 1) альвеолярной десной
  - 2) межзубной десневой сосочек
  - 3) межзубной десной
  - 4) маргинальной десной
  
3. Десна состоит из
  - 1) эпителия и надкостницы
  - 2) только эпителия и подслизистого слоя
  - 3) многослойного плоского эпителия
  - 4) эпителия, собственного слоя слизистой оболочки
  
4. При интактном пародонте десневая борозда определяется
  - 1) клинически
  - 2) гистологически
  - 3) рентгенологически
  
5. При интактном пародонте в десневой бороздке содержится
  - 1) микробные ассоциации
  - 2) экссудат
  - 3) десневая жидкость
  
6. Глубина десневой борозды составляет
  - 1) 0,1-0,2 мм      2) 0,5-1 мм      3) 1-1,5 мм
  - 4) 2-3 мм          5) 3-5 мм
  
7. Указать основной причинный фактор воспалительных заболеваний пародонта
  - 1) вредные привычки
  - 2) микробный налет (бляшка)
  - 3) наследственность
  - 4) зубной камень
  - 5) угнетенная резистентность организма

8. Основными факторами образования микробного налета (бляшки) являются

- 1) аномалии прикуса
- 2) неудовлетворительная чистка зубов
- 3) пользование ортопедическими аппаратами
- 4) снижение реактивности организма
- 5) курение
- 6) нарушение качества и количества ротовой жидкости
- 7) диета (преобладание углеводов и мучных блюд)

**Примечание:** Укажите в каждом задании номера правильных ответов.

### **VIII. Задание к следующему занятию.**

Подготовиться по теме «Методы обследования больных с заболеванием пародонта».

### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

#### **Основная:**

1. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. **Терапевтическая стоматология** - М., Медицина, 1998 - 735 с.
2. Данилевский Н.Ф. **Заболевания пародонта**. Атлас. - М., Медицина, 1993.- 320 с.
2. Иванов В.С. **Заболевания пародонта**. – М.; Медицина, 1989, 272 с.

#### **Дополнительная:**

1. Барер Г.М., Лемецкая Т.И. **Болезни пародонта. Клиника диагностика и лечение**. Учебное пособие.- М.: ВУНМЦ. 1996.- 85 с.
2. **ВОЗ. Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта**. - Женева, 1980. – 66 с.
3. Логинова Н.К., Воложин А.И. **Патофизиология пародонта: Учебно - методическое пособие**. – ММСИ, 1993.- 80 с.

Приложение 1

### **Термины для характеристики здорового пародонта**

Пародонт	- морфофункциональный комплекс, включающий десну, кость альвеолы, пародонт, ткани зуба.
Десна	- эпителиально-соединительная ткань, окружающая шейку зуба и альвеолярную кость



Межзубной сосочек	- межзубная десна, расположенная между соседними зубами.
Маргинальная (свободная) десна	- десневой край, прилегающий к шейке зуба.
Альвеолярная десна	- часть десны, покрывающая альвеолярный отросток.
Десневая бороздка (щель)	- пространство между поверхностью зуба и прилегающей к ней десной.
Альвеолярная кость	- часть челюстной кости, фиксирующей зубы.
Межзубная кость (перегородка)	- часть альвеолярного отростка, расположенная между корнями соседних зубов.
Периодонт	- соединительная ткань, фиксирующая корень зуба к костной ткани альвеолы.
Круговая связка зуба	- пучки соединительно-тканых волокон, окружающих и соединяющих зубы в надальвеолярной поверхности корня.
Десневой желобок	- неглубокая бороздка параллельно краю десны на расстоянии 0,5-1,5 мм. Выявляют не у всех и примерно соответствует дну десневой борозды.

### **Термины для характеристики болезней пародонта:**

Гингивит	- воспаление десны без нарушения целостности зубо-десневого соединения.
Болезни пародонта	- заболевания пародонта независимо от этиологии.
Пародонтит	- воспалительно-деструктивный процесс в тканях пародонта.
Пародонтоз	- заболевание пародонта, основой которого является дистрофический процесс всех тканей пародонта.

Пародонтолиз	- прогрессирующий лизис тканей пародонта.
Пародонтальный карман	- клинический карман с частичным разрушением всех тканей пародонта.
Пародонтальный абцесс	- острое локальное воспаление пародонта, приводящее к локализованному скоплению гноя.
Внутрикостный карман	- пародонтальный карман, находящийся внутри альвеолярного отростка со стороны корня зуба.
Зубная бляшка (микробная зубная бляшка)	- образование на зубной поверхности, обусловленное скоплением и ростом микроорганизмов.
Зубной камень	- минерализованная зубная бляшка.
Рецессия десны	- прогрессирующее смещение десневого края в апикальном направлении (оголение корней).

Международная классификация болезней десны и пародонта  
(МКБ-С, третье издание. 1997 г.)

- K05. Гингивит и болезни пародонта**
- K05.0 Острый гингивит**
- A69.10 Острый некротизирующий язвенный гингивит  
(гингивит Венсана)
- K05.1 Хронический гингивит**
- K05.10 Простой маргинальный
- K05.11 Гиперпластический
- K05.12 Язвенный
- K05.13 Десквамативный
- K.05.2 Острый пародонтит**
- K05.20 Пародонтальный абсцесс
- K05.22 Острый перикоронит
- K05.3 Хронический пародонтит**
- K05.30 Локализованный
- K05.31 Генерализованный
- K05.32 Хронический перикоронит
- K05.4 Пародонтоз**
- Юношеский (ювенильный) пародонтоз
- K05.5 Другие болезни пародонта**
- K06. Другие изменения десны**
- K06.0 Рецессия десны**
- постинфекционная, послеоперационная
- K06.00 Локальная
- K06.01 Генерализованная
- K06.1 Гипертрофия десны**
- K06.10 Фиброматоз десны
- K06.81 Гигантоклеточный эпюлис
- K06.82 Фиброзный эпюлис
- K06.2 Поражения десны, обусловленные травмой**
- K06.20 Обусловленные травматической окклюзией
- K06.21 Обусловленные чисткой зубов щеткой
- K06.22 Гиперплазия, связанная с ношением протеза
- C03. Злокачественное новообразование десны**

Методические приемы и этапы удаления зубных отложений  
инструментальным методом

1. Антисептическая обработка полости рта. Особенно тщательно промывают шейки зубов, межзубные промежутки, пародонтальные карманы.
2. Обработка десневого края и пришеечной области зубов йод содержащим раствором. Зубной камень хорошо впитывает йод, становится заметным, менее плотным, дополнительно дезинфицируется.
3. Обезболивание. Обычно используется инфильтрационная или аппликационная анестезия.
4. Защита глаз врача защитными очками от отлетающих мелких частиц удаляемых зубных отложений.
5. Выбирают сегмент с наибольшим количеством зубных отложений, начинают удаление с наддесневых и видимых глазу поддесневых отложений, скользяще-силовыми движениями или рычаго-откалывающими снизу вверх или в стороны с вестибулярной, затем с контактных и язычной поверхностях.
6. При откалывающих движениях обязательно фиксировать рабочую руку на соседних зубах или челюсти пациента. Подвижные зубы фиксируются пальцем или временно шинируются.
7. Используемые ручные инструменты должны быть острыми, тонкими, малого и среднего размера, индивидуально подобранными (полуокружные для контактных поверхностей): экскаваторы, кюреты, крючки, заостренные гладилки, долота, рашпили и специальные наборы вплоть до персонального инструмента к определенной группе зубов.
8. Поддесневой зубной камень можно удалять тонким фиссурным бором или специальными борами (рабочие грани имеют коническую форму суплощенными, выпуклыми или вогнутыми поверхностями).
9. Снятие камня чередуется и заканчивается антисептическим промыванием межзубных промежутков и пародонтальных карманов для удаления отломков камня.

10. Полное удаление зубного камня и поверхностного инфицированного слоя цемента завершается шлифованием и полированием до гладкой поверхности без шероховатостей, царапин, микроуглублений. Используются резиновые колпачки с абразивными включениями, щеточки, деревянные полиры, штрипсы, абразивные пасты разной зернистости: пемза с глицерином, детартрин Ц, можно использовать зубной порошок, мел, порошок ф.-цемента
11. Оголенный от зубного камня корень зуба обязательно покрывают фторлаком.
12. После удаления зубных отложений на участок прилегаемой десны накладывают наддесневую лечебную повязку (солкосерил дентал, пластины ЦМ, паравит, диплен-дента и другие биополимерные пленки).

# **I. Тема: МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА.**

**II. Цель занятия:** научиться методам обследования больных с заболеваниями пародонта.

**III. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы:**

1. Схема обследования стоматологических больных.
2. Методы обследования стоматологических больных с патологией внутренних органов (желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, болезней крови, обмена веществ).
3. Рентгенанатомия пародонта, методика его изучения, схема описаний изменений пародонта.
4. Методы функциональной диагностики заболеваний пародонта.
5. Выявление патогенных факторов и патогенной ситуации, приводящих к возникновению болезней пародонта (зубной налет, зубные бляшки, нарушение физиологического стирания зубов, мелкое преддверие полости рта, аномалии уздечек языка и губ, дефекты зубных рядов, отсутствие контактных пунктов и т.д.).

## **IV. Вопросы для контроля исходных знаний.**

1. Назовите цель клинического обследования больного с заболеванием пародонта.
2. Укажите, какие методы обследования относятся к основным. Охарактеризуйте их.
3. Укажите, какие методы обследования используются как дополнительные при патологии пародонта.
4. Оценка гигиенического состояния полости рта с помощью красителей.
5. Десневая бороздка, пародонтальный карман (внекостный, костный); глубина, содержимое, способ определения.
6. Способ определения подвижности зубов.
7. Классификация зубных отложений.

## **V. Контрольные вопросы.**

1. План обследования больных с заболеваниями пародонта.
2. Информативность основных и дополнительных методов обследования.
3. Обязательные методы обследования больных с заболеваниями пародонта.
4. На чем основана и как используется проба Шиллера-Писарева?

5. Специальные методы обследования для диагностики отдельных заболеваний пародонта и раскрытия патогенеза их.

6. Инструменты, приборы и аппаратура для обследования больных с заболеваниями пародонта.

7. Что такое РМА-индекс? Для какого заболевания характерен? Методика его определения.

8. Что такое индекс ПИ? Для какого заболевания характерен? Методика его определения.

9. Назовите известные Вам индексы гигиены. Методика их определения.

10. Значение деонтологии при обследовании больных с патологией пародонта.

## **VI. Схема ориентировочной основы действий (см. приложение).**

## **VII. Задачи для контроля результатов усвоения.**

1. Больной 20 лет, жалуется на резкую кровоточивость и болезненность десен, которые появились 2-3 дня назад. При осмотре обнаружены интактные зубы, резкая отечность и гиперемия десен. По десневому краю на верхней челюсти грязно-серого цвета налет.

Перечислите необходимые методы исследования.

2. Больной 35 лет. Жалобы на кровоточивость десен, отмечает повышенную жажду. При осмотре десны слегка отечны, гиперемированны.

3. Больной 20 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов. Страдает эпилепсией. При осмотре – отечность, гиперемия десен, гипертрофия их.

Дообследуйте больного.

4. Больному 49 лет. Жалобы на боли в области шеек зубов от температурных и химических раздражителей. При осмотре – обнажение шеек зубов, ретракция десневого края. Цвет десен бледно-розовый. ИГ-1. Прикус ортогнатический. Больной страдает гипертонической болезнью.

Какие дополнительные исследования необходимо провести?

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. **Терапевтическая стоматология** – М., Медицина, 1998. – 735 с.
2. Данилевский Н.Ф. и соавт. **Заболевания пародонта**. Атлас. – М.: Медицина, 1993. – 319 с.
3. Иванов В.С. **Заболевания пародонта**. – М.: Медицина, 1989. – 272 с.

## **Дополнительная литература**

1. Барер Г.М., Лемецкая Т.И. **Болезни пародонта. Клиника, диагностика,**

- лечение:** Учебное пособие.- М.: ВУНМЦ, 1996. – 85 с.
- Иванов В.С., Баранникова И.А. и др. **Диагностика состояния пародонта с использованием стандартных показателей (индексов):** Методические рекомендации. М., 1982. – 21 с.
  - Прохончуков Л.А. и др. **Функциональная диагностика в стоматологической практике** – М.: Медицина, 1980 – 272 с.
  - Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Соловьев М.М. и др. **Диагностика в амбулаторной стоматологии:** Учебное пособие.- СПб.: СпецЛит, 2000.-75 с.
  - Штурм А.А. **Пародонтология – вчера, сегодня и ...** // Пародонтология, 1997.- №1. - с.26-30.
  - Яковлева В.И. и соавт. **Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний.** – Минск, 1994, с.22-48, 98-102.

#### **VII. Задание на дом.**

- Подготовиться к следующему занятию: «Клиника, дифференциальная диагностика гингивита. Лечение»
- Составить дифференциально-диагностическую таблицу гингивита.
- Выписать противовоспалительные средства для лечения гингивита.
- Написать рецепты средств для обработки десны до и после удаления зубных отложений.

#### Приложение 1

#### **Схема ориентировочной основы действия при обследовании больных с заболеваниями пародонта**

№ п.п.	Компоненты действия	Методы и средства действия	Критерии и формы самоконтроля
1	2	3	4
<b>1. Провести опрос больного</b>			
1.	Опрос больного: 1. Выявите жалобы: а) боль в деснах;  б) зуд, жжение десен;  в) кровоточивость десен от механической травмы;	История болезни, внимательное отношение к больному, соблюдение врачебной деонтологии       Зонд, стоматологическое зеркало	Возможно при язвенно-некротическом, гипертрофическом и остром катаральном гингивите, остром пародонтите, обострении пародонтита.  Возможно при пародонтозе  При всех формах гингивита (кроме фиброзной формы гипертрофического), при пародонтите



1	2	3	4
2.	г) гноетечение из пародонтальных карманов, абсцедирование	Зонд, стоматологическое зеркало	При обострении пародонтита, абсцедировании пародонтита
	д) обнажение шеек корней зубов;		При пародонтите, при пародонтозе, в том числе после хирургического лечения.
	е) наличие зубных отложений	«	Возможно при гингивите, пародонтите, пародонтозе
	ж) расшатанность зубов, смещение зубов и, как следствие, постоянное застревание пищи;	Пинцет	При пародонтите-среднем, тяжелом, пародонтозе – тяжелом
	з) запах изо рта	Со слов больного	При недостаточной гигиене рта, множественные разрушения зубов кариесом, хронический тонзиллит, зубные отложения, гноетечение из пародонтальных карманов, при язвенно-некротическом гингивите и стоматите, болезнях желудочно-кишечного тракта, легких.
и) общее самочувствие, температура тела, общая слабость, жажда	Необходимо получение объективных данных	Повышение температуры тела возможно при абсцедировании пародонтита, язвенно-некротическом гингивите.	
а) давность заболевания и время появления первых симптомов;	Опрос	С давностью тяжесть заболевания нарастает.	

1	2	3	4
3.	б) частота рецидивов – с чем связано, когда удалили (выпали зубы)?	Опрос	Частые рецидивы свидетельствуют о неполноценном лечении, снижении резистентности организма.
	в) вероятная причина;	«	Больные, как правило, не могут указать причину, при язвенно-некротическом гингивите – переутомление, переохлаждение и т.д.
	г) лечился ли раньше (когда, чем, где)? Было ли улучшение?	«	При отсутствии положительного эффекта врач должен внести коррективы в лечение.
	Анамнез жизни: а) наследственность (наличие болезней пародонта в семье);		Возможно изменение генетического кода – у близких родственников нередко выявляются болезни пародонта.
	б) перенесенные и сопутствующие заболевания;	Заключение от других специалистов	Заболевания желудочно-кишечного тракта, гиповитаминозы, сахарный диабет, атеросклероз и др. могут вызвать гингивит, пародонтит, пародонтоз, пародонтолиз или предрасполагать к ним.
в) условия труда и быта;	Опрос	Нередко выявляются профессиональные вредности, неблагоприятное влияние районов проживания, способствующие возникновению гингивита, пародонтита	



1	2	3	4
2.	<p>Осмотр полости рта:</p> <p>а) розового цвета, плотные с заостренными верхушками межзубных сосочков в области передних зубов;</p> <p>б) гиперемия, отек десны;</p> <p>в) цианоз десен;</p> <p>г) некроз десен;</p> <p>д) гноетечение из кармана</p> <p>е) гиперплазия десен (резкая отечность, гипертрофия);</p> <p>ж) ретракция (рецессия) десны -обнажение шеек или корней зубов;</p>	<p>Набор инструментов для осмотра</p> <p>«</p> <p>«</p> <p>Турунда с йодинолом</p> <p>Пальпация альвеолярной десны</p>	<p>Основные критерии здоровой десны</p> <p>При остром и обострении хронического катарального гингивита и пародонтите, гипертрофическом гингивите.</p> <p>При хроническом гингивите, пародонтите</p> <p>При язвенно-некротическом гингивите, пародонтите с некрозом десны, ожоге десны при диатермокоагуляции в зубе, при некрозе десны от мышьяковистой пасты и др. – серовато-грязный неснимающийся налет на межзубных сосочках маргинальном крае десны.</p> <p>Обесцвечивание синей турунды</p> <p>Выделение гнойного экссудата.</p> <p>При гипертрофическом гингивите, опухолевых процессах, гормональных сдвигах (беременность, пубертатный период), лейкоемических состояниях.</p> <p>При пародонтозе, возможна при пародонтите после хирургического лечения пародонтита, после перенесенного в прошлом язвенного гингивита. Ло-</p>

1	2	3	4
3.	<p>з) серовато-коричневые пятна;</p> <p>Наличие зубных отложений:</p> <p>а) зубной налет;</p> <p>б) наддесневой камень;</p> <p>в) поддесневой зубной камень.</p>	<p>Осмотр, индикация красителями, диафаноскопия</p> <p>Растворы Люголя, Шиллера-Писарева, 4-5% раствор эритрозина, метиленовая синь.</p>	<p>кально при низком прикреплении уздечек, давлении зубного камня, дефекте протезирования.</p> <p>Участки врожденной (физиологической) пигментации (меланоплакия)</p> <p>При гингивите, пародонтите, пародонтозе.</p> <p>«</p> <p>При гингивите, пародонтите, пародонтозе.</p> <p>При пародонтите</p>
4.	<p>Нависающие края пломб, коронок, край кариозной полости ниже уровня десны, отсутствие контактных пунктов, стираемость зубов</p>	<p>Осмотр, зондирование</p>	<p>Возможен локальный гингивит, пародонтит</p>
5.	<p>Аномалии положения зубов (скупенность, вне дуги и др.) Травматическая окклюзия</p>	<p>Осмотр</p> <p>Окклюдодиаграмма с помощью копировальной бумаги, бюгельного соска</p>	<p>Возможен гингивит, пародонтит</p>
6.	<p>Вид прикуса (глубокое резцовое перекрытие и др.)</p>	<p>Осмотр</p>	<p>Патология прикуса приводит к локальному гингивиту, пародонтиту</p>
7.	<p>Смещение и патологическая подвижность зубов:</p> <p>а) по степеням:</p> <p>I степени</p>	<p>Осмотр с использованием пинцета</p>	<p>Подвижность зубов в щечно-язычном направлении</p>

1	2	3	4
8.	<p>II степени</p> <p>III степени</p> <p>б) по разным причинам; в том числе при: нарушении круговой связки зуба, убыли костной ткани альвеолы.</p> <p>Глубина десневой бороздки, карманов</p> <p>а) отсутствует или не более 1,5 мм б) не более 3-4 мм (десневой карман) в) более 4 мм</p>	<p>Рентгенография</p> <p>Зондирование пародонтальным зондом со всех сторон каждого зуба от эмалево-цементной границы до дна кармана.</p> <p>«</p>	<p>Не более чем на 1-2 мм при пародонтите легкой степени.</p> <p>Подвижность до 3-4 мм в этом же направлении, появляется подвижность в медиодистальном направлении при пародонтите средней тяжести, возможна при тяжелом пародонтозе.</p> <p>Зуб подвижен во всех направлениях (в том числе и вертикально) при пародонтите тяжелой степени.</p> <p>При с-гиповитаминозе и других заболеваниях организма.</p> <p>При обострении хронического пародонтита, пародонтолизе разной степени тяжести, тяжелом пародонтозе</p> <p>При здоровом пародонтите</p> <p>При гингивите</p> <p>При пародонтите легкой степени, гипертрофическом гингивите.</p> <p>При пародонтите средней и тяжелой степени – пародонтальный карман</p>

1	2	3	4
9.	<p>Осмотр преддверия полости рта:</p> <p>а) мелкое преддверие полости рта (глубина не более 5 мм)</p> <p>б) аномалии прикрепления уздечек.</p>		<p>Возможен локальный гингивит, пародонтит.</p> <p>Возможен локальный гингивит, пародонтит.</p>
10.	<p>Осмотр и пальпация всей слизистой рта</p>	<p>Пальпация обычная и бимануальная</p>	<p>Возможно выявление сглаженности переходных складок и других участков слизистой при абсцедировании, новообразованиях, возможность выявления других элементов поражения – см. раздел «Заболевания слизистой оболочки полости рта».</p>

### III. Поставьте предварительный диагноз

1.	<p>Наличие симптомов гингивита:</p> <p>1) острый, катаральный;</p> <p>2) хронический, катаральный</p> <p>3) обострение катарального;</p> <p>4) гипертрофический (отечная форма);</p>		<p>Резкая отечность, яркая гиперемия, кровоточивость и болезненность десен может быть при гингивите, пародонтите.</p> <p>Отечность незначительная, цианоз, кровоточивость десны при зондировании может быть при пародонтите.</p> <p>Проявляется как острый катаральный гингивит, может быть при пародонтите.</p> <p>Разрастание межзубных сосочков с явлениями выраженного отека, гиперемия, кровоточивость при чистке зубов, боль при еде.</p>
----	--	--	---

1	2	3	4
2.	<p>5) язвенно-некротический</p> <p>б) десквамативный</p> <p>По распространенности воспалительного процесса в деснах:</p> <p>1) по вертикали:</p> <p>а) гингивит легкой степени;</p> <p>б) гингивит средней степени;</p> <p>в) гингивит тяжелой степени;</p> <p>2) По горизонтали:</p> <p>а) воспалительный процесс:</p> <p>1) очаговый гингивит;</p>		<p>Как осложнение катарального гингивита, пародонтита, при язвенно-некротическом гингивостоматите, болезнях крови.</p> <p>Эритематозные пятна на вестибулярной поверхности межзубных сосочков, маргинальной и альвеолярной десны в области отдельных зубов.</p> <p>Воспалительный процесс локализован в межзубных сосочках.</p> <p>Воспаление распространяется на маргинальную часть десны. При наличии десневого кармана возможен при пародонтите легкой степени.</p> <p>Воспаление распространяется по альвеолярной десне возможно вплоть до переходной складки. Без наличия пародонтального кармана возможен при остром и обострении хронического катарального и язвенно-некротического гингивита.</p> <p>Может быть при гингивите, пародонтите, при трав-</p>



1	2	3	4
3.	<p>б) генерализованный гингивит.</p> <p>Пародонтомы: фиброматоз десен, эпюлис и др.</p>		<p>матической окклюзии, отложении зубного камня, нависании пломб, неправильном протезировании, отсутствии контактного пункта между зубами, аномалии прикуса и др.</p> <p>Может быть при негигиеническом содержании полости рта, при заболеваниях внутренних органов.</p> <p>При опухолеподобных процессах и опухолях в тканях пародонта.</p>
<b>IV. Назначьте или проведите дополнительные методы исследования</b>			
1.	<p>Рентгенологическое</p> <p>1. прицельные снимки внутриротовые</p> <p>2. панорамные снимки</p> <p>3. Ортопантограмма челюстей</p> <p>4. Компьютерный визиограф</p>	<p>Рентгенкабинет</p> <p>в области <u>21 I 12567</u> 76521 I 12 (17,16,15,12,11,21, 22,37,36,35,32,31, 41,42)</p>	<p>а) нет изменений в кости при гингивите;</p> <p>б) нарушение компактной пластинки вершин межальвеолярных перегородок, остеопороз в них при легком пародонтите;</p> <p>в) склеротическая перестройка кости (остеосклероз, остеопороз без воспалительной деструкции межзубных перегородок), при пародонтозе;</p> <p>г) резорбция альвеолярной кости до 1/2 при среднем и более 1/2 при тяжелом пародонтите;</p> <p>д) очаги резорбции в теле челюсти при новообразовании, заболевании крови, эозинофильной гранулеме и др.</p>

1	2	3	4
2.	Индексы гигиены полости рта, ПМА, ПИ, пробы Шиллера-Писарева, индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта	Средства индикации (раствор Шиллера-Писарева и др.), пародонтальный зонд	Определяют при всех заболеваниях пародонта для уточнения распространенности воспалительного процесса. Высокий индекс гигиены рта свидетельствует о наличии налета.
2.1.	Определение рН Слюны	Индикаторная бумага	При язвенном гингивите рН меняется в щелочную сторону.
3.	Определение стойкости капилляров для диагностики и оценки эффекта лечения болезней пародонта	Вакуумный аппарат Кулаженко В.И.	Стойкость капилляров снижена при пародонтите в 2-5 раз. В норме гематомы образуются на десне у фронтальных зубов за 50-60 сек, у жевательных за 70-100 сек.
4.	Электродонтометрия	Аппараты для ЭОД	Изменение ЭОД свидетельствует о характере и интенсивности патологического процесса в пульпе, в том числе обусловленной патологией пародонта. При пародонтозе, пародонтите легкой степени, ЭОД – в норме, но может быть повышена до 0,5 мкА. При среднем и тяжелом пародонтите ЭОД снижается от 15-20 мкА до 35-40 и более мкА.
5.	Лабораторные методы: 1) общий анализ крови;  2) биохимический анализ крови на сахар, железо, кальций.	В клинко-диагностическую лабораторию  «	Повышенное СОЭ, эозинофилия и т.д. данные анализа изучаются при обострении заболеваний пародонта, при подозрении на наличие заболеваний крови, интоксикации организма. При подозрении на сахарный диабет, анемию, аллергические заболевания, нарушение минерального обмена

1	2	3	4
	<p>белки крови; 3) другие дополнительные исследования (мочи, желудочного сока и т.д.)</p>		<p>При подозрении на патологию почек, гастрит</p>
6.	Полярография	Кабинет функциональной диагностики, полярограф	<p>При гингивите; пародонтите, пародонтозе – гипоксия тканей. С помощью пробы с кислородной нагрузкой четко дифференцируется гингивит от пародонтита.</p>
7.	Реопародонтография	Реограф	<p>Характеризует состояние кровеносных сосудов пародонта, гемодинамику.</p>
8.	Эхоостеометрия	Эхоостеометр ЭО-01-1	<p>При остеопорозе альвеолярной кости и тела челюсти время прохождения ультразвукового сигнала увеличивается до 18 мк/с.</p>
9.	Микробиологическое исследование пародонтального кармана	В лабораторию кожно-венерологического диспансера по показаниям	<p>Необходимо для выбора средств лечения при обнаружении, например, кандиды, простейших, для определения чувствительности микрофлоры к избранным медикаментам.</p>
10.	<p>Аллергическое исследование: а) гистаминовая проба;  б) проба с микробными аллергенами</p>	Аллергологический кабинет	<p>Делают при подозрении на аллергию, заболеваниях желудочно-кишечного тракта и др. Положительной может быть при инфекционной аллергии</p>

1	2	3	4
11.	Изучение десневой жидкости для диагностики интенсивности патологического процесса и выбора метода лечения	С помощью стандартных фильтровальных бумажек	Количество десневой жидкости увеличивается с 0,05 мг при интактном парадонте до 0,23 при пародонтите. Увеличение количества протеиназы свидетельствует о необходимости назначения ингибиторов этого фермента.
12.	Консультации других врачей для уточнения фоновой патологии, выбора методов лечения	Консилиум с участием ортопеда, физиотерапевта. Направление к терапевту, эндокринологу	Ортопед определяет патогенные факторы: травматическую окклюзию, бруксизм, дефекты зубных рядов, окклюзионные контакты, тонус жевательных мышц и т.д. Обследование терапевтом при всех болезнях пародонта, других специалистов – по показаниям.

## Приложение 2

### Задания в тестовой форме по теме «Методы обследования больных с заболеваниями пародонта»

1. Основные методы обследования больного при патологии пародонта
  - 1) индекс гигиены
  - 2) сбор анамнеза
  - 3) рентгенограмма
  - 4) бактериоскопия
  - 5) осмотр больного
  - б) заключение врача-терапевта
2. Количественную выраженность катарального гингивита можно определить с помощью
  - 1) индекса ПМА
  - 2) индекса Грина-Вермильона
  - 3) пародонтального индекса
3. Глубина пародонтальных карманов определяется
  - 1) в межзубных промежутках боковых поверхностей зуба
  - 2) с вестибулярной и оральной поверхностей зуба

- 3) с вестибуло-оральной поверхности зуба, боковой поверхности зуба (межзубных промежутках)
4. Состояние капилляров десны определяют с помощью
  - 1) полярографии
  - 2) капилляроскопии
  - 3) пробы Кулаженко
  - 4) реографии
5. Виды рентгенограммы при болезнях пародонта
  - 1) контактная (внутриротовая)
  - 2) ортопантограмма
  - 3) внутриротовая в прикусе
  - 4) панорамная
  - 5) боковая
6. Инструментальный осмотр полости рта относится к дополнительным методам исследования
  - 1) да
  - 2) нет
7. К каким методам обследования относится определение индексов РМА, ПИ
  - 1) основным
  - 2) дополнительным.
8. Для постановки пробы Шиллера-Писарева используются красители
  - 1) Бисмарк коричневый
  - 2) Раствор метиленовой сини
  - 3) Любой йодосодержащий раствор
  - 4) Флюоресцирующий натрий
  - 5) Любой из предложенных выше
9. При проведении пробы Шиллера-Писарева регистрируется
  - 1) Резорбция компактной пластинки альвеолы
  - 2) Подвижность зубов
  - 3) Наличие скрытого воспаления в тканях десны
  - 4) Обнажение шеек зубов
10. Окрашивание зубов проводится с целью
  - 1) Выявление микробного налета (бляшки)
  - 2) Определение индексов гигиены
  - 3) Определение индекса ПМА
  - 4) Контроля чистки зубов
  - 5) Проведение пробы Шиллера-Писарева
11. Средства индикации микробного налета (бляшки)
  - 1) раствор Фуксина
  - 2) раствор эритрозина
  - 3) раствор метиленового синего
  - 4) раствор Люголя
  - 5) раствор сангвиритрина

Примечание: укажите в каждом задании номера правильных ответов.

### Приложение 3

#### Индексная оценка состояния пародонта

1. Индекс гигиены полости рта /по Федорову-Володкиной/  
Губная поверхность 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубов окрашивают любым красителем.

Оценка налета	Уровень гигиены
1 - нет окраски	1,1-1,5 – хороший
2 - окрашено $\frac{1}{4}$ поверхности коронки	1,6-2,0 – удовлетворительный
3 - окрашено $\frac{1}{2}$ поверхности коронки	2,1-2,5 – неудовлетворительный
4 – окрашено $\frac{3}{4}$ поверхности коронки	2,6-3,4 - плохой
5 – окрашена вся коронка	3,5-5,0 - очень плохой

Сумма оценки налета у каждого зуба делится на число окрашенных зубов.

2. Индекс гингивита (РМА)

- 0 – нет воспаления
- 1 - воспаление десневого сосочка (Р)
- 2 - воспаление края десны (М)
- 3 - воспаление альвеолярной десны

$$РМА = \frac{\text{сумма показателей} \times 100\%}{3 - \text{число зубов}}$$

3. Проба Шиллера-Писарева

Выявляет интенсивность и границы воспаления смазыванием раствором Люголя.

- 0 – бледно-желтая окраска десны (проба отрицательна)
- 2 - коричневая окраска десневого сосочка
- 4 - коричневая окраска края десны вокруг зуба
- 8 - коричневая окраска альвеолярной десны.

4. Пародонтальный индекс (ПИ)

- 0 – нет воспаления
- 1 – воспален десневой сосочек
- 2 – воспалена маргинальная десна вокруг шейки зуба, пародонтальный карман отсутствует
- 4 – начальная резорбция альвеолярного гребня (при условии использования рентгенографии)
- 6 – гингивит, пародонтальный карман до 5 мм, зуб неподвижен
- 8 – зуб легко подвижен, пародонтальный карман глубиной до 6 мм.

Сумма оценок у каждого зуба

$$ПИ = \frac{\text{сумма оценок}}{\text{число обследованных зубов}}$$

Критерии индексов ПИ

- 0 – здоровая десна

- 0,1-1,0 – гингивит
- 0,5-1,9 – гингивит, пародонтит легкой степени
- 1,5-4,0 – пародонтит средней степени
- 4,0-8,0 – пародонтит тяжелой степени.

5. Индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта (индекс CPITN)

На каждой челюсти выделяют 3 сегмента: передний, два боковых. Осматривают 10 зубов (17, 16, 11, 26, 27, 31, 36, 37, 46, 47-й), но регистрируют по 1-му зубу в каждом сегменте с более тяжелым состоянием пародонта.

Баллы каждого сегмента

- 0 – отсутствуют признаки заболевания
- 1 – кровоточивость десен при зондировании
- 2 – над и поддесневой зубной камень
- 3 – пародонтальный карман глубиной 4-5 мм
- 4 – пародонтальный карман глубиной 6 мм и более.

Индекс предназначен для изучения распространенности, интенсивности, потребности в различных видах лечебной помощи больным с патологией пародонта.

## **1. Тема: КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ГИНГИВИТА**

- II. Цель занятия:**
1. Научиться диагностировать различные формы гингивита.
  2. Научиться проводить дифференциальную диагностику гингивита.
  3. Научиться составлять комплексный план лечения каждой формы гингивита.
  4. Научиться лечить больных гингивитом.
  5. Уметь выписывать лекарственные препараты, применяемые для лечения гингивита.

## **III. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения темы данного занятия:**

1. Классификация болезней пародонта.
2. Методы обследования больных с заболеваниями пародонта.
3. Фармакодинамическое действие лекарственных препаратов, применяемых для лечения гингивитов (кафедра фармакологии).







1	2	3	4	5	6	7	8	9
Гиперплазия десен без изменения цвета: на 1/3 коронки зуба 1/2 коронки зуба 2/3 коронки зуба								

**Примечание:** отметить знаком «+» характерные признаки каждой формы гингивита.

#### V. Учебные задачи.

1. При лечении зубов у пациента врач обратил внимание на яркую гиперемию межзубной, маргинальной и альвеолярной десны на верхней и нижней челюстях, большое количество налета и наддесневого зубного камня.

Определите вид гингивита, степень его тяжести, распространенность, план лечения.

2. У 60-летнего больного при объективном исследовании отмечается язвенно-некротический гингивит средней тяжести.

Проведите необходимые дополнительные методы диагностики и определите свою тактику в отношении лечения этого больного.

3. У больного 25 лет, практически здорового, индекс гигиены полости рта равен 3,0, РМА – 33% или 1,0; катаральный характер воспаления на верхней и нижней челюстях.

Определите форму гингивита, степень его тяжести, распространенность, причину возникновения.

Определите план лечения.

4. Больной 18 лет, жалуется на кровоточивость десен и изменение их формы. В анамнезе – эпилепсия, в связи с чем пациент лечится у врача психиатра. При осмотре: прикус ортогнатический, отмечается гиперемия и отечность межзубной и маргинальной десны, десна покрывает коронки фронтальных зубов нижней челюсти, имеются ложные карманы. На рентгенограммах изменений в костной ткани нет.

Поставьте диагноз, объясните причину возникновения патологии, наметьте план лечения и прогноз.

5. Выпишите лекарственные препараты для антисептической обработки десен.

6. Составьте план обследования и местного лечения больного гипертрофическим гингивитом (отечная форма).

7. Больной 20 лет, жалуется на сильную болезненность десен, усилива-

ющуюся при приеме раздражающей пищи, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°. 7 дней назад перенес острое респираторное заболевание. При осмотре – межзубная и маргинальная десна на верхней и нижней челюсти отечная, гиперемированная. На всем протяжении имеются участки изъязвления, покрытые некротическим налетом, неприятный запах изо рта.

Проведите дополнительные исследования, поставьте диагноз, наметьте план лечения.

8. Больной 26 лет, жалуется на общую слабость, кровоточивость десен, запах изо рта. При осмотре определяются изъязвления маргинальной десны, При внешнем осмотре – бледность кожных покровов, наличие кровоизлияний. На рентгенснимках изменений в костной ткани не выявлено.

Проведите необходимые дополнительные исследования, поставьте диагноз.

### **Домашнее задание:**

Подготовиться к занятию «Клиника, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика пародонтита».

Составить таблицу клинических признаков различных видов пародонтита. Методы и средства лечения больных пародонтитом: показания к выбору. Выписать рецепты лекарственных веществ для лечения пародонтита: мазь ацетилсалициловой кислоты, трихопол, бутадионовая мазь, гепариновая мазь, аскорутин, пангексавит, аминокaproновая кислота, салицилат натрия, витамин, сульфодиметоксин.

### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Барер Г.М., Лемецкая Т.И. **Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение:** Учебное пособие. – М.: ВУНМЦ, 1996.-85 с.
2. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. **Терапевтическая стоматология.** – М., Медицина, 1998. – 735 с.
3. Данилевский Н.Ф. и соавт. **Заболевания пародонта.** Атлас. – М., Медицина, 1993. - 320 с.
4. Иванов В.С. **Заболевания пародонта.** – М.: Медицина; 1989.- 272 с.
5. Яковлева В.И. и соавт. **Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний.** – Минск, 1994, с.219-224, 229-246.

## ЛДС темы «ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГИНГИВИТА»

а)

Хронический катаральный гингивит	Хронический катаральный гингивит в стадии обострения
<b>1. Жалобы, общее состояние, анамнез</b>	
Кровоточивость десен, неприятные ощущения в виде тяжести, парестезии, зуда и ноющих болей. Больные затрудняются с определением начала заболевания. Общее состояние не нарушено. Нередко жалоб нет.	Спонтанная или обильная кровоточивость, появление боли при приеме пищи. Снижение аппетита, изменение вкусовых ощущений. Лимфаденит, иногда повышение температуры. Подобное состояние может рецидивировать обычно при ОРЗ, ангине, гриппе.
<b>2. Локальный статус</b>	
Десневые сосочки цианотичны, отечны, безболезненны, при легком надавливании кровоточат. Проба Шиллера-Писарева положительная. Пародонтальные карманы не выявляются.	Десневые сосочки и десневой край имеют выраженный отек и цианотичность, рыхлые, легко кровоточат, слабоблезненные при еде.
<b>3. Зубные отложения</b>	
Довольно часто в участках воспаления десен, отложение наддесневого зубного камня.	Небольшое количество рыхлого налета и мягкий слабопигментированный наддесневой зубной камень.
<b>4. Состояние зубов и прикуса</b>	
Возможна аномалия прикуса. Подвижность зубов не определяется.	В тяжелых случаях определяется подвижность зубов 1 степени.
<b>5. Данные рентгенографии</b>	
При длительном течении иногда выявляются остеопороз вершин межальвеолярных перегородок и расширение периодонтальной щели у шеек зубов.	Изменений нет, но возможны признаки остеопороза вершин межзубных костных перегородок.
<b>6. Патологические изменения</b>	
Умеренный отек и очаговая клеточная инфильтрация, застойная гиперемия сосудов, десквамация эпителия внутренней поверхности десневых сосочков.	Васкулит сосудов, прилежащих к эпителиальному прикреплению, отек, инфильтрация лейкоцитов и плазматических клеток.

б)

острый катаральный гингивит, обострение	Язвенный гингивит
<b>1. Жалобы, общее состояние, анамнез</b>	
<p>Ноющие боли в деснах, усиливающиеся при приеме пищи и чистке зубов. Неприятный запах изо рта. Слабость, может быть озноб, нарушение сна, плохой аппетит. В анамнезе перенесенные простудные заболевания (ОРВИ).</p>	<p>Сильные боли в деснах, иногда невозможность приема пищи и ухода за полостью рта. Плохое самочувствие, нарушение сна, тошнота, иногда диспептические расстройства, гиперсаливация, температура до 39°C. В анамнезе факторы, снижающие резистентность организма (переохлаждение, гиповитаминоз С, инфекционные заболевания, может быть заболевание крови, СПИД).</p>
<b>2. Локальный статус</b>	
<p>Гиперемированные, отечные десневые сосочки напряжены, болезненны, легко кровоточат, из десневой бороздки ложных карманов выделяется серозно-гнойный экссудат. Иногда воспалительные явления распространяются на альвеолярную десну и слизистую оболочку рта.</p>	<p>Десневые сосочки отечны, изъязвлены, резко болезненны, покрыты грязно-серым налетом, выделяется сукровичный или серозно-гнойный экссудат. Неприятный запах изо рта. В тяжелых случаях некротические язвы обнаруживаются на слизистой полости рта. Развивается регионарный лимфаденит. После выздоровления межзубные сосочки принимают усеченную форму.</p>
<b>3. Зубные отложения</b>	
<p>Рыхлый налет на зубах, деснах, языке, а иногда на слизистой оболочке полости рта.</p>	<p>Мягкий налет покрывает зубы, спинку языка и другие участки слизистой оболочки рта из-за невозможности выполнить гигиену рта.</p>
<b>4. Состояние зубов и прикуса</b>	
<p>Состояние зубов и прикуса обычно без особенностей.</p>	<p>Полость рта часто не санирована. Нередко перикоронит.</p>
<b>5. Данные рентгенографии</b>	
<p>Как правило, альвеолярная кость имеет нормальную структуру.</p>	<p>При тяжелой степени поражения десен возможна деструкция альвеолярного края.</p>

б)

Острый катаральный гингивит, обострение	Язвенный гингивит
<b>6. Патологические изменения</b>	
Отек, сосуды резко расширены, вдоль них и в толще десневых сосочков скопление лейкоцитов, лимфоцитов, нередко эритроцитов. Эпителиальный покров обычно не поврежден.	Гиперемия сосудов, воспалительная клеточная инфильтрация, деструкция с некрозом тканей десневых сосочков на различную глубину.
<b>в)</b>	
Гипертрофический гингивит, отечная форма	Гипертрофический гингивит, фиброзная форма
<b>1. Жалобы, общее состояние, анамнез</b>	
Кровоточивость и разрастание десен, боли при приеме жесткой пищи. Чаще наблюдается в периоде эндокринной перестройки у подростков, беременных женщин.	Разрастание десны, неудобства при приеме пищи, иногда беспокоит косметический дефект. У некоторых в анамнезе длительный прием противосудорожных препаратов.
<b>2. Локальный статус</b>	
Десневые сосочки увеличены, цианотичны, лоснящиеся, пастозные, легко кровоточат, при надавливании болезненные, остается след, выбухают из межзубных промежутков, образуя ложный патологический карман, из которого выделяется сукровичный или серозно-гнойный экссудат. Проба Шиллера-Писарева положительна. Пролиферация десны может носить ограниченный и диффузный характер.	Десневые сосочки увеличены, имеют обычный цвет, плотные, безболезненные, к зубам плотно не прилегают, покрывают часть или всю коронку зуба, имеются ложные десневые карманы. Гипертрофия десен может быть по всей челюсти, но чаще носит локальный характер.
<b>3. Зубные отложения</b>	
Может быть легкий зубной налет, остатки пищи и очаги плотного, пигментированного зубного камня.	Зубные отложения обнаруживаются не всегда.
<b>4. Состояние зубов и прикуса</b>	
Нередко имеются аномалии положения зубов и прикуса. Иногда отмечается подвижность зубов 1 степени.	Подвижность зубов не отмечается.

в)

Гипертрофический гингивит, отечная форма	Гипертрофический гингивит, фиброзная форма
<b>5. Данные рентгенографии</b>	
Нередко обнаруживается резорбция кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок.	Изменения в костной структуре альвеолярного края обычно не выявляются.
<b>6. Патологические изменения</b>	
Отек и разрастание грануляционной ткани, богатой капиллярами, часто встречаются очаги инфильтрации лимфоцитами, лейкоцитами	Разрастание волокнистой соединительной ткани, содержащий мало сосудов. Эпителиальный слой не изменен.

Приложение 2

**СХЕМА ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЯ  
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГИНГИВИТА**

№ п/п	Компоненты действия	Методы и средства действия	Критерий самоконтроля
1	2	3	4
1.	<p>Проведите опрос больного</p> <p>1. Выявите жалобы: нет жалоб</p> <p>боль в деснах</p> <p>Кровоточивость десен при приеме жесткой пищи, чистке зубов.</p> <p>Нарушение общего состояния,</p>	<p>Опрос, внимательное отношение к больному</p>	<p>Может не быть при катаральном и пролиферативном (гипертрофическом) гингивите.</p> <p>Острый гингивит и обострение хронического катарального, гипертрофический (отечная форма), язвенный гингивит.</p> <p>При всех видах гингивита (кроме фиброзной формы гипертрофического)</p> <p>Язвенный гингивит. Обострение хронического ката-</p>

1	2	3	4
	<p>повышения температуры тела и др.</p> <p>2. Соберите анамнез:</p> <p>1) давность заболевания</p> <p>вероятная причина</p> <p>частота обострений</p> <p>2) сопутствующие заболевания</p> <p>3) профессиональные вредности; работа с солями тяжелых металлов, химичес-</p>	<p>Заключение других врачей.</p> <p>Клинический анализ крови.</p> <p>Биохимический анализ крови, желудочного сока и т.д.</p>	<p>рального.</p> <p>Острый процесс не более 2-х недель; большие сроки указывают на хроническое течение гингивита.</p> <p>Больной может указать на наличие в анамнезе эндокринных, хронических заболеваний внутренних органов; при язвенном гингивите – на ОРЗ, переутомление и др.</p> <p>Частое обострение может указать на несвоевременное обращение к врачу, отсутствие комплексного полноценного лечения, наличие профессиональных вредностей и вредных привычек (курение, прием алкоголя и др.), снижение резистентности организма, несоблюдение гигиены полости рта.</p> <p>Заболевание пищеварительной, сердечно-сосудистой систем и другие могут predispose к возникновению гингивита или вызвать его (гиповитаминоз «С», аллергические состояния и др.).</p>



1	2	3	4
<p>II.</p>	<p>кими веществами и др.</p> <p>Гигиеническое состояние полости рта</p> <p>Осмотр больного</p> <p>1. Внешний осмотр</p> <p>Бледная кожа лица</p> <p>Покраснение кожи лица</p> <p>Увеличение, уплотнение, болезненность регионарных лимфоузлов.</p> <p>2. Осмотр полости рта</p> <p>1) осмотр зубов</p> <p>Аномалии положения зубов, прикуса</p> <p>2) Осмотр преддверия полости рта.</p> <p>Мелкое преддверие полости рта и аномалии прикрепления уздечек губ</p>	<p>Опрос</p> <p>Опрос</p> <p>Осмотр</p> <p>Пальпация</p> <p>Набор инструментов для осмотра, история болезни</p> <p>Осмотр</p>	<p>Возможны все виды гингивита (преимущественно катаральный, язвенный). Недостаточный уход за полостью рта может вызвать гингивит.</p> <p>Возможна при язвенном гингивите. Исключить заболевание крови, хроническую интоксикацию и др. Исключить болезнь Вакеза (эритремия)</p> <p>Возможно при обострении катарального гингивита и язвенно-некротическом гингивите</p> <p>Наличие разрушенных зубов, отсутствие контактных пунктов между зубами, наличие мягкого налета и наддесневого зубного камня способствует возникновению и обострению гингивита.</p> <p>Могут привести к развитию гингивита (чаще к хроническому, катаральному и пролиферативному)</p> <p>Предрасполагают к очаговому гингивиту.</p>

1	2	3	4
<p>III.</p>	<p>3)осмотр десен: яркая гиперемия, отек,  цианоз, кровоточивость  некроз десен гипертрофия десен</p> <p>Проведите дополнительное исследование</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рентгенологическое исследование</li> <li>2. Определение эффективности гигиены рта: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) количественный и качественный гигиенический индекс по Федорову-Володкиной</li> <li>б) папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА)</li> </ol> </li> <li>в) определение зубного налета с помощью красителей</li> </ol>	<p>Мелкое зондирование десневой бороздки</p> <p>Рентгенкабинет</p> <p>Раствор Шиллера- Писарева, раствор Люголя</p> <p>Осмотр</p> <p>6% раствор фуксина (15 капель на ¼ стакана воды). Таблетки содержащие эритрозин и др.</p>	<p>Острый катаральный гингивит, его обострение, гипертрофический гингивит (отечная форма). Десквамативный гингивит.</p> <p>Хронический катаральный гингивит, гипертрофический гингивит (отечная форма)</p> <p>Гингивит язвенный. Гипертрофический гингивит. Исключить фиброматоз десен.</p> <p>При гингивите нет четких изменений в костной ткани челюстей.</p> <p>Производят окрашивание вестибулярных поверхностей 33,32,31,41,42,43 зубов. В норме гигиенический индекс не должен превышать 1,0</p> <p>Производят оценку состояния десен у каждого зуба. В зависимости от тяжести гингивита показатели могут быть высокими. Для легкой степени индекс РМА равен до 33,3%; для средней – 66,6%; для тяжелой – 99,9%</p> <p>Происходит окрашивание поверхностей зуба, покрытых налетом.</p>

1	2	3	4
	<p>3. Полярография</p> <p>4. Клинический анализ крови</p> <p>5. Биохимический анализ крови</p> <p>6. Бактериоскопическое исследование</p> <p>7. Обследование у врачей других специальностей (терапевт, эндокринолог и др.) по показаниям</p>	<p>Полярограф</p> <p>Клиническая лаборатория</p> <p>Клиническая лаборатория</p> <p>Клинико-диагностическая лаборатория</p> <p>Поликлиническое отделение</p>	<p>При хроническом катаральном гингивите снижена кислородная насыщенность десны.</p> <p>Могут быть изменения при язвенном гингивите, заболеваниях крови, хронических воспалительных заболеваниях, внутренних органов (лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг формулы влево и т.д.).</p> <p>При подозрении на сахарный диабет, болезни крови и т.д.</p> <p>При язвенном гингивите преобладают фузобактерии и спирохеты.</p> <p>Для уточнения этиологии, патогенеза гингивита.</p>

**Схема ориентировочной основы действия при лечении  
гипертрофического гингивита (отечная форма)**

Компоненты действия	Средства действия	Критерий самоконтроля
1	2	3
1. Проведите антисептическую обработку полости рта: полоскание, ротовые ванночки, аппликации рыхлым ватным тампоном, туширование ватным шариком	3% раствор перекиси водорода; 0,5% раствор перманганата калия; 0,06% раствор хлоргексидина; 1% раствор этония; 0,2% раствор хлорфиллипта; 0,2% раствор фурациллина	Уменьшение количества микрофлоры в полости рта
2. Обезбольте десну: а) аппликации б) инъекционный метод обезболивания	1-2% раствор пиромекаина 5% мазь пиромекаина 10% раствор лидокаина, 2% растворы новокаина, лидокаина, из группы артикаина, мепивокаина	Безболезненное проведение всех этапов лечения
3. Наденьте защитные очки и перчатки	Противоспидные очки и резиновые перчатки	Обеспечивается защита врача от инфицирования
4. Удалите зубные отложения  Тщательная санация полости рта	Набор инструментов для профессиональной гигиены полости рта; Ультразвуковой аппарат для снятия зубных отложений Заменяются все изношенные и неправильно поставленные пломбы, ревизия ортопедических конструкций	Устраняются все раздражающие факторы
5. Проведите противовоспалительную терапию гипертрофиро-	Орошение, аппликации минеральными растворами: полиминерол или	Аппликации на гипертрофированные десневые сосочки ежедневно

1	2	3
ванных участков десны	поликатана (1:4); фиторастворы: ромазулана, ротокана, сангвивитрина, 0,25% сальвина, 10% раствор димекида, 1% раствор этония, 1% раствор сангвивитрина	до исчезновения признаков воспаления: проба Шиллера-Писарева отрицательна
6. Проведите поверхностную склерозирующую терапию (рассывающую, противовоспалительную, цитостатика)	Аппликации: мараславин, поликатан; растворы бефунгина, ваготила, чистотела; ронидазы, настойка чаги, прополиса; сок подорожника, мазь проспидина, гидрокортизона, фторокорта, гиоксизона	Устраняется или уменьшается гипертрофия десны
7. Проведите физиолечение	Фонофорез 15% раствором дибунола в подсолнечном масле; электрофорез гепарина лидазы, йодида калия, глюконата кальция; вакуум и гидромассаж; лазертерапия	Десна становится плотной, уменьшается гипертрофия десны
8. Проведите глубокую склерозирующую терапию (при неэффективности предыдущего лечения)	Инъекции в гипертрофированные сосочки: лидаза с анестетиком; 0,25% раствор кальция хлорида, эмульсии гидрокортизона, новоэмбихина	Проводится от 3 до 8 процедур
9. Частичная гингивэктомия	Экономное иссечение гипертрофированной десны в виде клина; электрокоагуляция, криодеструкция; лазерхирургия, дарсонвализация (обызвращение)	Сохраняется внутренняя часть десны

**Схема ориентировочной основы действия при местном  
лечении язвенного гингивита**

Компоненты действия	Средства действия	Критерии самоконтроля
1	2	3
<p>1. Проведите антисептическую обработку полости рта: полоскания, ротовые ванночки, туширование рыхлым тампоном</p> <p>2. Проведите обезболивание: а) аппликационная анестезия б) инъекционная анестезия</p> <p>3. Наденьте очки, перчатки</p> <p>4. Смажьте настойкой йода в области воспаленного участка</p> <p>5. Удалите мягкий налет, наддесневой зубной камень, легко удаляемый некротический налет десны. Устранить острые края зубов, протезов</p>	<p>Теплые растворы: 3% раствор перекиси водорода, 0,1% раствор калия перманганата, 0,25% раствор хлорамина, 0,1-0,2% раствор хлоргексидина («Корсодил», «Элюдрил»), 0,3-0,5% раствор мексенамина натрия, 0,3-0,5% раствор этония, 1% раствор йодиола и др.</p> <p>1-2% раствор пиромекаина; 10% раствор лидокаина; 4% раствор дикаина; 1-2% растворы лидокаина, мепивокаина, артикаина</p> <p>Защитные очки, резиновые перчатки</p> <p>3% настойка йода</p> <p>Набор для профессиональной гигиены</p>	<p>Уменьшение микрофлоры полости рта</p> <p>Безболезненное проведение всех этапов лечения</p> <p>Обеспечивается защита врача от инфицирования</p> <p>Обеззараживается операционное поле</p> <p>Устранение всех раздражающих и инфицирующих факторов</p>

1	2	3
6. Проведите дополнительное очищение десны от участков некроза	Ферменты: растворы трипсина, химотрипсина, террилитина, рибонуклеазы, пепсина, лизоамидазы, панкреотин, папаин (“периодонтон”)	Аппликации до полного очищения десны
7. Проведите аппликации антимикробных, противовоспалительных средств	Взвесь трихопола с 0,1-0,2% раствором хлоргексидина, растворы 10% димексида, 1% раствор этония; 0,3-0,5% раствор мефенамината натрия. Мази: ируксола, профезима, этония, пропосола, гиоксизона, микроцид, таблетки сибедина под язык, фитопрепараты и настои: сальвин, хлорофиллин, шиповник, ротокан, ромазулан	Аппликации ежедневно 2-3 раза в день
8. Аппликации кератопластических препаратов	Мази: солкосерил, актовегин, метилурацилова. Фитомасла: облепихи, шиповника, ромашки, сок коланхоэ, винилин аскол, олазоль, гипозоль, каротолин, «Пансорал», «Сангвикол», «Облекол», «Дигестол А»	Через 2-3-5 дней (после отторжения некротических участков на десне)  Ежедневно на дом 2-3 раза в день до полного заживления десны

**Задания в тестовой форме по теме: «Гингивит»**

1. Количественную выраженность катарального гингивита можно определить с помощью
  - 1) индекса ПМА
  - 2) индекса Грина-Вермильона
  - 3) пародонтального индекса
  - 4) пробы Шиллера-Писарева.
2. Клинические признаки хронического катарального гингивита
  - 1) зуд
  - 2) боль
  - 3) отек
  - 4) гиперемия десен
  - 5) пародонтальный карман.
3. Для диагностики катарального гингивита необходимо рентгенологическое исследование:
  - 1) да
  - 2) нет
4. Катаральный гингивит необходимо дифференцировать с пародонтитом:
  - 1) да
  - 2) нет
5. Катаральный гингивит дифференцируют с
  - 1) пародонтитом
  - 2) язвенно-некротическим гингивитом
  - 3) гипертрофическим гингивитом
  - 4) герпетическим гингиво-стоматитом
  - 5) пародонтозом
6. Для диагностики язвенно-некротического гингивита необходим общий клинический анализ крови:
  - 1) да
  - 2) нет
7. При хроническом катаральном гингивите страдает общее состояние организма:
  - 1) да
  - 2) нет
8. Жалобы больного при остром язвенно-некротическом гингивите:
  - 1) кровоточивость при чистке зубов
  - 2) разрастание десен
  - 3) подвижность зубов
  - 4) неприятный запах изо рта
  - 5) боль при еде
  - 6) гноетечение из карманов
  - 7) повышение температуры тела
  - 8) общее недомогание



9. Клинические проявления язвенного гингивита:
  - 1) большое количество мягкого зубного налета
  - 2) некроз межзубных сосочков и края десны
  - 3) разрастание десны
  - 4) цианоз десневого края
10. Клинические признаки хронического катарального гингивита:
  - 1) зубо-десневое соединение сохранено
  - 2) кровоточивость при зондировании десневой бороздки
  - 3) гиперемия десневых сосочков с цианотичным оттенком
  - 4) мягкий зубной налет
  - 5) наддесневой зубной камень
  - 6) поддесневой зубной камень
  - 7) пародонтальные карманы до 5 мм
11. При лечении хронического катарального гингивита проводят:
  - 1) обработку десны резорцином
  - 2) обучение чистке зубов
  - 3) удаление наддесневого зубного камня
  - 4) аппликацию протеолитических ферментов
  - 5) аппликацию с противовоспалительными мазями
  - 6) КУФ – терапию
  - 7) гидромассаж десны
  - 8) аутомассаж десны
12. К противовоспалительным мазям относятся:
  - 1) дибуноловая
  - 2) гепариновая
  - 3) аспириновая
  - 4) бутадионовая
  - 5) оксолиновая
  - 6) мазь солкосерила
  - 7) хонсурид
  - 8) витамин «А»
13. Клиническими признаками гипертрофического гингивита отечной формы являются:
  - 1) гиперемия межзубных десневых сосочков
  - 2) деформация межзубных сосочков
  - 3) изъязвление десны
  - 4) ложный карман
  - 5) нарушение зубо-десневого соединения
14. Клиническими признаками гипертрофического гингивита фиброзной формы являются:
  - 1) кровоточивость при чистке и откусывании пищи
  - 2) разрастание неизменной в цвете десны
  - 3) резкая гиперемия и отек десневых сосочков

- 4) боль при жевании
- 5) отсутствие кровоточивости
- 15. Рентгенологическая картина при гипертрофическом гингивите:
  - 1) нет изменений
  - 2) равномерная деструкция межальвеолярных перегородок.
- 16. Применяют ли хирургические методы лечения при гипертрофическом гингивите:
  - 1) да
  - 2) нет
- 17. При фиброзной форме гипертрофического гингивита применяют:
  - 1) склерозирующую терапию
  - 2) гингивэктомию
  - 3) различные виды массажа
  - 4) дарсонвализацию
- 18. При местном лечении гипертрофического гингивита используют прижигающие средства (пиоцид, резорцин, мараславин):
  - 1) да
  - 2) нет
- 19. Гепариновая мазь применяется с целью:
  - 1) ингибировать медиаторы воспаления (простогландины)
  - 2) нормализовать сосудисто-тканевую проницаемость
- 20. Гингивит подразделяют по форме патологического процесса:
  - 1) катаральный
  - 2) гипертрофический
  - 3) язвенный
  - 4) атрофический
  - 5) десквамативный.
- 21. Катаральный гингивит подразделяют на
  - 1) острый
  - 2) хронический
  - 3) обострившийся
  - 4) в фазе ремиссии;
  - 5) отечная форма;
  - 6) фиброзная форма.
- 22. Гипертрофический гингивит подразделяют:
  - 1) острый
  - 2) хронический
  - 3) обострившийся
  - 4) в фазе ремиссии;
  - 5) отечная форма;
  - 6) фиброзная форма.
- 23. Основные жалобы при хроническом катаральном гингивите:
  - 1) повышение температуры тела
  - 2) кровоточивость десен
  - 3) зуд и жжение в деснах
  - 4) боль в деснах
  - 5) обнажение шеек и корней зубов
  - 6) запах изо рта
  - 7) изменение формы десен

Примечание: укажите в каждом задании номера правильных ответов.

# **I. Тема: КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА**

## **II. Цель занятия:**

1. Научиться диагностировать пародонтит в зависимости от характера воспаления, степени тяжести и распространенности патологического процесса.
2. Научиться проводить дифференциальную диагностику пародонтита со сходными заболеваниями.
3. Овладеть методами лечения пародонтита.

## **III. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения темы данного занятия:**

1. Классификация болезней пародонта.
2. Основные дифференциально-диагностические признаки гингивита.
3. Механизм образования пародонтального кармана.
4. Рентгенологическая картина костной ткани челюстей в норме.
5. Теории образования зубных отложений.

## **IV. Контрольные вопросы.**

1. Определение пародонтита.
2. Методы определения пародонтального кармана, подвижности зубов.
3. Пародонтальный индекс, значение в определении тяжести пародонтита.
4. Способы выявления и удаления зубных отложений.
5. Признаки глубокого воспаления тканей пародонта.
6. Клинико-рентгенологическая характеристика пародонтита легкой, средней и тяжелой степени, при абсцедировании, стадии ремиссии.
7. Основная цель и методика избирательной пришлифовки зубов.
8. Особенности местного лечения больных пародонтитом легкой, средней и тяжелой степени.
9. Хирургические и ортопедические методы лечения, применяемые в клинике терапевтической стоматологии.
10. Роль физических факторов в лечении пародонтита.
11. Общее лечение пародонтита.
12. Задача для контроля исходных знаний по диагностике пародонтита (знаком «+» отметьте признаки, характерные для пародонтита).

Симптомы	Пародонтит – активное течение						Пародонтит в фазе ремиссии
	легкий	средний	тяжелый	ограниченный	диффузный	абсцедирование	
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Жалобы</b>							
<p>Боль в деснах Зуд, жжение, кровоточивость десен Запах изо рта Подвижность зубов и их смещение Обнажение шеек и корней зубов Гноетечение из карманов Абсцедирование Повышение чувствительности шеек зубов Изменение общего состояния больного</p>							
<b>Объективно</b>							
<p>Десна гиперемирована, отечна: на ограниченном участке; на всем протяжении челюстей Гипертрофия десен. Изъязвление десны. Зубные отложения: мягкий зубной налет наддесневой зубной камень поддесневой зубной камень Подвижность зубов: I степени II степени III степени Наличие карманов: десневых</p>							

1	2	3	4	5	6	7	8
пародонтальных до 4 мм пародонтальных до 5 мм пародонтальных более 5 мм Выделение гноя из карманов Индекс ПИ-2 ПИ-6 ПИ-8							
<b>Рентгенологическая картина</b>							
Нет изменений в кости Расширение пародонтальной щели и разрыхление компактной пластинки Резорбция костной ткани: на 1/3 длины корня до 1/2 длины корня более 1/2 длины корня Уплотнение костной ткани альвеолярного отростка							

### 13. Лечебные мероприятия при пародонтите.

	легкий	средний	тяжелый
Антисептическая обработка полости рта Антисептическая обработка карманов Снятие над- и поддесневых отложений Противовоспалительная терапия Кюретаж карманов в межзубных промежутках Открытый кюретаж Наложение лечебных повязок Лоскутная операция			

## V. Учебные задачи

1. Больной 35 лет, обратился с жалобами на кровоточивость десен (давность около 6 месяцев). При осмотре: гиперемия и отек десны верхней и нижней челюстей, имеются десневые карманы, на рентгенограмме отмечаются разрыхление компактной пластинки межзубных перегородок. Определите степень тяжести пародонтита.

2. При анализе панорамной рентгенограммы определяются: крупнопетлистое строение костной ткани челюсти, имеется расширение периодонтальной щели, равномерная резорбция костной ткани на  $\frac{1}{2}$  межзубной перегородки. Определите степень тяжести пародонтита, тип и степень изменений костной ткани.

3. Больной 40 лет, отмечает, что в течение последних 2-х лет его беспокоит кровоточивость десен, припухлость, гиперемия в области 12,11,21,22 зубов появившаяся после протезирования (металлические коронки). При объективном исследовании выявлена подвижность 13,12,11,21,22,23,35,31,41,42 I-II степени. Десна в области этих зубов отечна, гиперемирована, отмечаются пародонтальные карманы до 5 мм. При рентгенологическом исследовании выявлен смешанный тип резорбции костной ткани с наличием костных карманов.

Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

4. Больной 40 лет, предъявляет жалобы на кровоточивость десен, повышенную чувствительность зубов от температурных раздражителей, периодическое появление абцессов на десне, общую слабость. При осмотре полости рта – отек и гиперемия межзубной, маргинальной и альвеолярной десны. Пародонтальные карманы 5-6 мм, абцессы в области 36,44,45 зубов, наддесневой и поддесневой зубной камень.

Проведите дополнительное обследование больного, определите вид и тяжесть патологии.

5. Больной 30 лет, жалуется на подвижность зубов, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта.

Объективно: десна у всех зубов гиперемирована с цианотичным оттенком, кровоточит при зондировании. Зубы подвижны I-II степени, определяется большое количество зубного налета. На язычной поверхности 31,32,33,41,42,43 зубов, обильное отложение зубного камня светло-желтой окраски с нависанием на десневые сосочки и маргинальный край десны, полностью закрывает межзубные промежутки. Пародонтальные карманы в области большинства зубов 3-4 мм. В области депульпированных 37,36 зубов на смежных контактных поверхностях глубокие кариозные полости. На рентгенограмме генерализованная резорбция межзубных костных перегородок более чем на  $\frac{1}{3}$  высоты. Выраженные явления остеопороза в области 36,37 зубов.

Поставьте диагноз. Укажите пародонтозогенную ситуацию и мероприятия по ее устранению.

6. Составьте план комплексного лечения пародонтита.

7. Препараты для общего лечения пародонтита. Выписать рецепты.
8. Наметьте комплексный план лечения больному с диагнозом – пародонтит генерализованный, тяжелая степень.

#### **V. Задачи для контроля результатов усвоения.**

1. Больной 48 лет, жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов. При осмотре полости рта отмечается цианоз десны обеих челюстей. Пародонтальные карманы в области моляров и премоляров 5-8 мм, подвижность зубов II – III степени.

Проводите дополнительное обследование больного, поставьте диагноз, наметьте план комплексного лечения.

2. Больной 19 лет, жалобы на сильную болезненность десен, неприятный запах изо рта, слабость. При осмотре полости рта – отсутствие межзубной десны в области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей, изъязвление маргинальной и альвеолярной десны в этой области, некротический налет, отек и гиперемия десны в области остальных зубов верхней и нижней челюстей. Большое количество наддесневого и поддесневого зубного камня, пародонтальные карманы в области фронтальных зубов до 6 мм.

Проведите дополнительное обследование больного, поставьте диагноз, наметьте план лечения.

3. Больной 45 лет, жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов. При осмотре – десна нижней и верхней челюстей отечная, гиперемизированная с синюшным оттенком, пародонтальные карманы 6 – 7 мм, наддесневой и поддесневой зубной камень. На рентген-снимке верхней и нижней челюсти деструкция костной ткани на  $\frac{1}{2}$  -2/3.

Поставьте диагноз, наметьте план лечения.

4. Больной 50 лет, жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов, частое появление абцессов на деснах, плохое самочувствие с периодическим повышением температуры тела. Кровоточивость десен появилась 10 лет назад, но за последние 3 года усилилась, появилась подвижность зубов, гноетечение из карманов.

Составьте план обследования больного, поставьте диагноз, наметьте план лечения.

#### **Задание к следующему занятию:**

1. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение пародонтоза.
2. Составьте схему: «дифференциально-диагностические признаки пародонтоза».
3. Составить план комплексного лечения больного пародонтозом.
4. Рецепты лекарственных веществ для лечения больного пародонтозом (никотиновая кислота, аскорутин, экстракт алоэ, АТФ, фтористые препараты).

## ЛИТЕРАТУРА

### Основная:

1. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. **Терапевтическая стоматология.** – М.: Медицина, 1998, - 735 с.
2. Иванов В.С. **Заболевания пародонта.** – М.: Медицина, 1989, - 272 с.  
Дополнительная:
  1. Барер Г.М., Лемецкая Т.И. **Болезни пародонта. Клиника, диагностика, лечение:** Учебное пособие. - М.: ВУНМЦ, 1996. - 85 с.
  2. Данилевский Н.Ф. **Заболевания пародонта. Атлас.** – М., “Медицина”, 1993. - 320 с.
  3. Ковалевский А.М. **Комплексное лечение пародонтита.** – СПб.: Нордмед, - Издат., 1999. - 133 с.



**ЛДС темы “Клиника пародонтита по различным  
степеням тяжести**

**пародонтит легкой степени**

<p align="center"><b>Жалобы</b></p> <p>Зуд, жжение в области десен (может не быть жалоб), кровоточивость десен при чистке зубов, откусывании твердой пищи.</p>	<p align="center"><b>Анамнез</b></p> <p>Кровоточивость появилась давно, периодически обращался к врачу, практически здоров, может быть патология ЖКТ, диабет, гипертоническая болезнь и т.д.</p>
<p align="center"><b>Данные рентгенограммы</b></p> <p>Расширение периодонтальной щели, исчезновение непрерывности компактной пластинки, межальвеолярной перегородки, резорбция вершин межзубных перегородок до 1/3 длины корня, очаги остеопороза</p>	<p align="center"><b>Осмотр</b></p> <p>Десна гиперемирована с цианозом, отечна, может быть гипертрофия и изъязвление. Патологический процесс распространяется по всей челюсти или на отдельные участки. Наличие над- и поддесневых зубных отложений. В межзубных промежутках пародонтальные карманы не более 3-3,5 мм у отдельных групп зубов. Патологической подвижности зубов, их смещения нет.</p>
<p align="center"><b>Пародонтит средней степени</b></p>	
<p align="center"><b>Жалобы</b></p> <p>Зуд, жжение, иногда боль. Кровоточивость, запах изо рта, подвижность зубов.</p> <p align="center"><b>Данные рентгенограммы</b></p> <p>Неравномерная резорбция костной ткани альвеол до 1/2 длины корня.</p>	<p align="center"><b>Осмотр</b></p> <p>Десна гиперемирована, отечна с синюшным оттенком, может быть гипертрофия, изъязвление десны, выбухание грануляций из карманов, обнажение шеек зубов, выделение гноя из карманов. Карманы глубиной до 5 мм. Подвижность зубов I-II степени. Над- и поддесневые зубные отложения</p>
<p align="center"><b>Пародонтит тяжелой степени</b></p>	
<p align="center"><b>Жалобы</b></p> <p>Боль при приеме пищи, кровоточивость десен, подвижность зубов, запах изо рта, затруднения в разжевывании пищи.</p>	<p align="center"><b>Анамнез</b></p> <p>Заболевание началось постепенно, давно, обострялось и прогрессировало. Может быть диабет и другие заболевания</p>

<b>Данные рентгенограммы</b>	<b>Осмотр</b>
<p>Неравномерная резорбция костной ткани на 2/3 длины корня зуба. Костные карманы иногда до апекса в области отдельных корней многокорневых зубов. В итоге костная ткань альвеолы резорбируется полностью.</p>	<p>Гиперемия десны с синюшными оттенками, может быть гипертрофия, изъязвления десен, ее неравномерная атрофия с обнажением корней вплоть до апекса в области отдельных корней многокорневых зубов, расхождение зубов (особенно передних зубов верхней челюсти), травматическая окклюзия. Карманы от 5 до 8 мм. Подвижность зубов II-III степени. ПИ-8, имеются удаленные зубы, феномен Годона-Попова. Выражена окклюзионная травма, веерообразное расхождение зубов.</p>

**Кюретаж пародонтальных карманов**

Цель показания	Удаление поддесневых зубных отложений, грануляций, вросшего эпителия.
Противопоказания	<p>Пародонтит легкой степени, средней степени.</p> <p>Местные: неудовлетворительный уход за полостью рта, гноетечение из карманов, резкое истончение или фиброзное изменение десны, костные карманы, патология прикуса без коррекции, заболевания слизистой оболочки полости рта (афтозный стоматит, острые воспаления и др.).</p> <p>Общие: заболевания крови, некомпенсированная форма диабета, системный остеопороз, активная форма туберкулеза, онкологические заболевания.</p>
Предоперационная подготовка	<p>Обучение гигиене полости рта с проведением контролируемой чистки зубов, избирательное пришлифовывание зубов, медикаментозная обработка карманов (в среднем 2-3 посещения).</p>
Этапы проведения простого кюретажа	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Антисептическая обработка полости рта и пародонтальных карманов слабым раствором антисептика;</li> <li>- Проводниковая или инфильтрационная анестезия;</li> <li>- Удаление поддесневых зубных отложений и разрушенного цемента острыми инструментами, разными по форме и размерами (экскаваторы, крючки, рашпильные гладилки, тонкий фиссурный бор) или ультразвуком;</li> <li>- Окончательная обработка корня зуба (шлифовка, полировка) финирами, деревянными полирами, резиновыми головками, используя полировочные пасты;</li> <li>- Промывание пародонтального кармана 1% раствором перекиси водорода для удаления мелких отломков, удаляемых твердых образований;</li> <li>- Кюретаж дна кармана: острым экскаватором или кюреткой последовательно выскабливают грануляции, размягченный слой края альвеолярной лунки и межальвеолярной перегородки;</li> <li>- Деэпитализация кармана в области 3-6 зубов: вводя до дна кармана острый экскаватор или маленькую кюретку, прижимают десну к зубу и непрерывным движением инструмента по направлению к коронке зуба срезают грануляции и тяжи эпителия;</li> <li>- Промывают карман 1% раствором перекиси водорода, вымывая остатки грануляций, эпителия;</li> </ul>

## Продолжение приложения 6

Итоги кюретажа	<p>-Чистым экскаватором проводя по внутренней поверхности кармана, заполняя его сгустком крови;</p> <p>- Стерильными тампонами обжимают вестибулярную и оральную поверхность десны и накладывают лечебную повязку на 2-4 часа;</p> <p>-Назначают полоскание слабыми растворами антисептиков после еды, а в промежутках полоскание фиторастворами в течение 4-5 дней. Через двое суток после кюретажа необходимо чистить зубы, направляя щетинки мягкой зубной щетки от десны на зуб.</p> <p>- Получают чистую раневую поверхность. Кровяной сгусток организуется в соединительную ткань, волокна которой врастают в слой новообразованного цемента. Восстановление и эпителизация десневого желобка происходит через 7-10 дней, созревание коллагеновых волокон на 21 день.</p>
----------------	---

## Приложение 7

### **Примерный план комплексного лечения: пародонтит средней тяжести**

1. Устранение местных раздражающих факторов в полости рта.  
Санация полости рта.
2. Гигиена полости рта (контрольная чистка).
3. Консультации у специалистов (терапевт, эндокринолог и др.).
4. Рентгенологическое обследование.
5. Антисептическая обработка полости рта, десны и пародонтальных карманов.
6. Открытый кюретаж.
7. Наложение лечебной повязки.
8. Ортопедическое лечение.
9. Физические методы лечения.
10. Общее лечение.

## Приложение 8

### Техника проведения «открытого» кюретажа

1. антисептическая обработка полости рта и карманов (0,06% раствор хлоргексидина, 0,25% раствор хлорамина и др.).

2. Инфильтрационная или проводниковая анестезия (1-2% растворы тримекаина, лидокаина с 0,1% раствором адреналина, ультракаина, скандикаина и др.).

3. Разрез по вершинам межзубных сосочков от зуба к зубу, отслаивая губощечные и язычные сосочки межзубной десны в области выбранной группы зубов на глубину кармана.

4. Экскаваторами, крючками, рашпильной гладилкой удаляют зубные отложения с обнаженной после разреза поверхности корней зубов.

5. Ножницами иссекают грануляции, проводят дэпителизацию с прикорневой внутренней поверхности десневых сосочков, удаляют измененную часть десны (1-1,5 мм), формируя десневой край.

6. Промывают раствором хлоргексидина обработанные межзубные сосочки, укладывают на место и фиксируют лечебной повязкой на основе 3% ацетилсалициловой мази, бутатионовой или другой мази.

При наличии костных карманов используют различные биоматериалы для стимуляции остеогенеза: костные опилки, брeфокость, гидроксипатит на коллагеновых полосках или в виде гранул, тефлоновые и биорассасывающие материалы, «Коллаост».

## Приложение 9

### Задания в тестовой форме по разделу «Пародонтит»

1. Хронический пародонтит легкой степени дифференцируют со следующими заболеваниями:
  - 1) катаральный гингивит
  - 2) пародонтоз
  - 3) гипертрофический гингивит
  - 4) хронический пародонтит средней степени.
2. Хронический пародонтит тяжелой степени дифференцируют с:
  - 1) хроническим пародонтитом средней степени
  - 2) катаральным гингивитом
  - 3) гипертрофическим гингивитом
  - 4) пародонтитом на фоне сахарного диабета.
3. Глубина пародонтального кармана при хроническом пародонтите

средней степени равна

- 1) 4-5 мм
  - 2) более 5 мм
  - 3) 1-2 мм
4. Хронический пародонтит в стадии ремиссии дифференцируют с
- 1) катаральным гингивитом
  - 2) пародонтозом
  - 3) состоянием десны после излечения язвенно-некротического гингивита
  - 4) хроническим пародонтитом тяжелой степени
5. Для хронического пародонтита легкой степени характерны следующие признаки:
- 1) обнажение шеек зубов
  - 2) обнажение шеек и корней зубов
  - 3) яркая гиперемия десен
  - 4) цианоз межзубных десневых сосочков
  - 5) наличие десневого кармана глубиной 3 мм.
6. Отсутствие контактных пунктов между зубами вследствие неправильного наложения пломб приводит к развитию
- 1) пародонтоза
  - 2) генерализованного пародонтита
  - 3) локализованного пародонтита.
7. Для хронического пародонтита тяжелой степени характерны следующие признаки
- 1) выделение гноя из пародонтальных карманов
  - 2) подвижность зубов различной степени
  - 3) десневые карманы до 4 мм
  - 4) яркая гиперемия десен
  - 5) цианоз десен
  - 6) пародонтальные карманы более 5 мм
8. Для хронического пародонтита средней тяжести характерна следующая рентгенологическая картина
- 1) нарушение целостности компактной пластинки вершин межальвеолярных перегородок и остеоророз в них
  - 2) резорбция межальвеолярных перегородок I и II степени, остеопороз
  - 3) остеопороз, остеосклероз в теле челюсти.
9. Кровоточивость и боль в десне характерны для
- 1) острого пародонтита
  - 2) стадии обострения хронического пародонтита
  - 3) хронического пародонтита легкой степени
10. Гноетечение из пародонтальных карманов характерно для
- 1) хронического пародонтита тяжелой степени
  - 2) гипертрофического гингивита

- 3) пародонтоза
- 4) обострения хронического пародонтита
11. Подвижность зубов имеет место при
  - 1) хроническом пародонтите средней тяжести
  - 2) катаральном гингивите
  - 3) отежной форме гипертрофического гингивита.
12. Общее состояние организма страдает при
  - 1) хроническом катаральном гингивите
  - 2) обострении хронического пародонтита (пародонтальный абсцесс)
  - 3) язвенно-некротическом гингивите
  - 4) обострении катарального гингивита
  - 5) пародонтозе
13. Удаление наддесневого зубного камня проводят
  - 1) до кюретажа пародонтальных карманов
  - 2) в процессе кюретажа
  - 3) после кюретажа.
14. Для подавления фузобактерий и спирохет Венсана при язвенно-некротическом гингивите целесообразно использовать местно
  - 1) ацетилсалициловую мазь
  - 2) метронидазол (трихопол)
  - 3) – аминокaproновую кислоту
  - 4) хлоргексидин
  - 5) сангвиритрин (раствор, линимент)
15. Критерием для выбора метода хирургического вмешательства в комплексном лечении пародонтита является
  - 1) жалобы больного
  - 2) глубина пародонтальных карманов
  - 3) длительность заболевания
  - 4) общее состояние больного
  - 5) возраст больного
16. Подготовка к хирургическому вмешательству на пародонте включает
  - 1) обучение гигиене полости рта и контроль ее выполнения
  - 2) удаление поддесневых зубных отложений
  - 3) избирательное шлифовывание зубов
  - 4) удаление наддесневых зубных отложений
  - 5) медикаментозная обработка пародонтальных карманов
  - 6) лекарственный электрофорез
  - 7) аутомассаж
  - 8) полоскание полости рта настоями трав

17. При подготовке к хирургическому лечению пародонтита используют противомикробные препараты
- 1) масло шиповника
  - 2) сангвиритрин
  - 3) 0,06% раствор хлоргексидина
  - 4) раствор тримекаина
  - 5) трихопол
18. При проведении кюретажа пародонтальных карманов удаляют
- 1) наддесневой зубной камень
  - 2) грануляции
  - 3) поддесневой зубной камень
  - 4) межзубные десневые сосочки
  - 5) врастший эпителий с внутренней поверхности пародонтального кармана
19. При пародонтите на фоне сахарного диабета
- 1) лечение не проводится до нормализации содержания глюкозы в крови
  - 2) проводится только местное лечение
  - 3) одновременное лечение у эндокринолога и стоматолога
20. “Открытый” кюретаж показан при глубине пародонтальных карманов
- 1) 2-3 мм
  - 2) 4-5 мм
  - 3) 6-8 мм.
21. При пародонтите прибегают к депульпированию зубов при подвижности
- 1) II степени
  - 2) III степени
  - 3) I степени
22. Для проведения хирургических вмешательств на пародонте применяют обезболивание
- 1) для кюретажа
  - 2) для «открытого» кюретажа и лоскутной операции:
    - а) аппликационное (10% аэрозоль лидокаина, 5% пиромекаиновая мазь)
    - б) проводниковую анестезию
    - в) инфильтрационную анестезию
    - г) масочный наркоз
23. Укажите противопоказания к «открытому» кюретажу
- 1) язвенно-некротический гингивит
  - 2) глубина пародонтального кармана до 5 мм
  - 3) гноетечение из пародонтальных карманов, абсцедирование
  - 4) подвижность зубов III степени
  - 5) острое воспалительное заболевание слизистой оболочки рта



- б) глубина пародонтального кармана 7 мм
- 24. Для лечения хронического пародонтита в стадии обострения (абсцедирование) применяют
  - 1) протеолитические ферменты
  - 2) гингивэктомия
  - 3) трихопол внутрь
  - 4) линкомицин внутрь
  - 5) хлоргексидин для ротовых ванночек
- 25. Для временного шинирования зубов перед хирургическим лечением применяют
  - 1) имедиат-протез
  - 2) бюгельный протез
  - 3) проволочные шины
  - 4) шины из «эвикрола»
  - 5) шины из быстротвердеющих пластмасс
  - 6) мостовидные протезы
- 26. Критерии эффективности кюретажа пародонтальных карманов в процессе выполнения
  - 1) полное отсутствие кровоточивости
  - 2) отсутствие выраженной кровоточивости
  - 3) отсутствие поддесневого зубного камня, грануляций и вросшего эпителия
  - 4) десна плотно прилежит к зубам.
- 27. При подвижности зубов III степени депульпирование
  - 1) показано
  - 2) не показано.

Примечание: Укажите в каждом задании номера правильных ответов.

# 1. Тема: КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТОЗА.

## II. Цель занятия:

1. Научиться диагностировать пародонтоз с учетом степени тяжести.
2. Научиться дифференцировать пародонтоз со сходными заболеваниями.
3. Овладеть методами лечения пародонтоза.

## III. Вопросы, освоенные ранее и необходимые для изучения данной темы занятия.

1. Понятие о дистрофии (кафедра патологической физиологии).
2. Методы обследования больных с заболеваниями пародонта.
3. Рентгенодиагностика заболеваний пародонта, в том числе в фазе ремиссии.

## IV. Контрольные вопросы.

1. Определение пародонтоза.
2. Назовите этиологические факторы пародонтоза.
3. Клиника пародонтоза.
4. Рентгенологическая картина пародонтоза легкой, средней и тяжелой степени.
5. Дифференциальная диагностика пародонтоза со сходными заболеваниями.
6. Лечение пародонтоза.
7. Роль физических факторов в лечении пародонтоза.

## V. Вопросы для контроля исходных знаний.

1. Укажите клинические признаки пародонтоза соответственно его тяжести.

Клинические признаки	Пародонтоз		
	Степень тяжести		
	легкий	средний	тяжелый
1	2	3	4
1. Жалобы больного: а) зуд, жжение в деснах б) гиперестезия твердых тканей зубов. 2. При осмотре: а) отмечается воспаление десны			

1	2	3	4
б) изменение цвета десны, формы десневых сосочков не обнаруживается в) ретракция десны до 1/3 длины корня г) ретракция десны на 1/2 и более длины корня зуба, зияние межзубных промежутков д) наличие зубных отложений: - наддесневых - поддесневых - легкий налет е) наличие карманов: десневых пародонтальных ж) карманы отсутствуют. 3. Патологическая подвижность зубов: нет подвижности подвижность I – II степени.			

3. Укажите рентгенологические признаки пародонтоза в зависимости от степени тяжести

Рентгенологические признаки	Пародонтоз		
	степень тяжести		
	легкий	средний	тяжелый
1	2	3	4
1. Воспалительная резорбция компактных пластинок межальвеолярных перегородок 2. Наличие вертикального типа межальвеолярных перегородок. 3. Горизонтальный тип изменения костной ткани межальвеолярных перегородок, симметричность поражения альвеолярного отростка челюстей. 4. Изменения в теле челюстей с явлениями остеопороза и остеосклероза. 5. Изменения в других костях скелета. 6. Снижение высоты межальвеолярных перегородок с сохранением плотности костной ткани альвеолярной части			

1	2	3	4
челюстей: а) до 1/3 высоты перегородки б) до 1/2 высоты перегородки в) более 1/2 высоты перегородки.			

3. Укажите основные дифференциально-диагностические признаки пародонтоза и сходных заболеваний

Признаки	Пародонтоз	Пародонтит в стадии ремиссии	Состояние после лечения язвенного гингивита	Инволютивные изменения челюстей
1	2	3	4	5
<b>I. Жалобы больного</b>				
а) жалоб нет б) жалобы на зуд и жжение десен в) обнажение шеек зубов без кровоточивости десен г) боль в зубах от термических раздражителей				
<b>II. Анамнез заболевания</b>				
1. Зуд десен и гиперестезия зубов появились несколько лет назад 2. Медленное обнажение корней зубов без лечения. 3. Обнажение корней и изменение конфигурации десны с зиянием межзубных промежутков появились после лечения заболеваний десны. 4. Из анамнеза выявлено, что больной лечился по поводу заболеваний пародонта, сопровождающегося кровоточивостью десен, воспалением их, подвижностью зубов. Проводилось лечение.				

1	2	3	4	5
5. Атрофия десны идет медленно, медленное обнажение корней зубов.				
<b>III. Осмотр</b>				
<p>1. Десна соответствует понятию здоровой (бледно-розового цвета, плотно прилежит к зубам).</p> <p>2. Десна бледная, атрофия межзубных сосочков, возможно обнажение корней зубов, не связанных с лечением.</p> <p>3. Десна бледная, ретракция десны, межзубные промежутки зияют. Возможны клиновидные дефекты, эрозия эмали.</p> <p>4. Обнажение шеек зубов: неравномерное в результате изменение конфигурации десны, возможно зияние отдельных межзубных промежутков в результате отсутствия межзубных сосочков.</p> <p>5. Обнажение шеек зубов после хирургического лечения заболевания пародонта.</p>				
<b>IV. Рентгенологическая характеристика костной ткани челюстей</b>				
<p>1. Нет изменений в костной ткани.</p> <p>2. Равномерное снижение высоты альвеолярных перегородок на различную величину без явлений остеопороза и воспалительной их резорбции, при сохранении плотности костной ткани</p>				

1	2	3	4	5
<p>альвеолярного отростка. В теле челюсти склеротические изменения. Возможны изменения в других костях скелета.</p> <p>3. Уменьшение высоты альвеолярных перегородок различной степени, расширение периодонтальной щели. Исчезновение или уменьшение размеров очагов остеопороза (при сравнении рентгенограмм). Уплотнение края альвеолярного отростка. Изменений в других костях скелета нет.</p> <p>4. Мелкопетлистое строение костной ткани челюстей, смазанность структуры рисунка, неправильное расположение костных балочек в области премоляров. Равномерное уменьшение межальвеолярных перегородок (атрофия их), при сохранении компактной пластинки.</p>				

4.Проведите дифференциальную диагностику болезней пародонта.

Основные дифференциальные признаки	Гингивит	Пародонтит	Пародонтоз
1	2	3	4
<p>Воспаление десны</p> <p>Наличие зубного налета</p> <p>Наддесневой зубной камень</p> <p>Поддесневой зубной камень</p> <p>Обнажение шеек корней зубов</p> <p>Десневые карманы</p> <p>Пародонтальные карманы</p> <p>Абсцедирование</p> <p>Гноетечение из карманов</p>			

1	2	3	4
Гиперестезия тканей зуба Клиновидные дефекты Эрозия зубов Патологическая подвижность зубов На рентгенограмме: изменений нет; изменена компактная пластинка; нарушение тела челюсти с сохранением компактной пластинки межзубных перегородок; уплотнение края костной ткани альвеолярного отростка. Изменение общего состояния организма.			

## VI. Учебные задачи

1. Больной 30 лет, считает себя практически здоровым. Обратился с жалобами на зуд десен, обнажение шеек зубов, боль от термических раздражителей. Из анамнеза выяснено медленное прогрессирование этих симптомов. При осмотре слизистая десны на всем протяжении верхней и нижней челюстей несколько анемична, десневых карманов нет. Ретракция десны от 1/3 до 1/4 длины корня. Отмечаются эрозии твердых тканей зубов. При рентгенологическом обследовании – горизонтальный тип изменения костной ткани: снижение высоты альвеолярных перегородок до 1/3 при сохранении плотности альвеолярного края челюсти, симметричность поражения, изменение в теле челюсти.

Укажите на необходимые методы исследования, поставьте окончательный диагноз.

Наметьте план лечения.

2. Больной 25 лет, обратился с целью санации полости рта. При сборе анамнеза выявлено, что больной раньше лечился по поводу заболеваний десен. При осмотре выявлено: десна бледно-розового цвета, конфигурация сосочков изменена, обнажение шеек, зияние отдельных межзубных промежутков. На рентгенограмме изменений в костной ткани не выявлено.

Определить, по поводу какого заболевания пародонта больному проводилось лечение.

3. Больной 65 лет, обратился с жалобами на обнажение шеек зубов, Считает себя практически здоровым. При осмотре отмечается атрофия десневых сосочков, зияние межзубных промежутков, десна анемична. При

рентгенологическом обследовании отмечается мелкопетлистое строение челюсти, без четкости рисунка, снижение высоты межальвеолярных перегородок при сохранении компактной пластинки.

Какому состоянию тканей пародонта соответствует клинико-рентгенологическая картина?

4. Больной 55 лет страдает гипертонической болезнью I-II степени, обратился с жалобами на зуд десен, обнажение шеек зубов. Боль в зубах от термических раздражителей без анамнеза. Первые признаки заболевания несколько лет назад, постоянно прогрессируют. При осмотре десна бледная, ретракция ее на  $\frac{1}{2}$  длины корня, зияют межзубные промежутки, карманов нет. На зубах клиновидные дефекты, незначительное количество мягкого зубного налета и наддесневого зубного камня.

Поставьте предварительный диагноз, проведите необходимые дополнительные исследования больного и поставьте окончательный диагноз.

5. Больной 40 лет обратился с жалобами на обнажение корней зубов. Болен 2 месяца. При осмотре: обнажение корней 41 I 3 до анекса, вертикальные щелевидные дефекты альвеолярного отростка в области этих зубов. Пародонт, других зубов без патологии ИГ-1 (по Федорову-Володкиной).

Проведите дополнительные исследования и поставьте диагноз.

6. У практически здорового пациента имеется пародонтоз средней степени тяжести. Проведите необходимое дополнительное обследование. Какое предполагается изменение костной ткани? Наметьте план лечения.

7. У больного диагностирован пародонтоз легкой степени. Зубные отложения тщательно удалены. Показано ли физиотерапевтическое лечение и какое?

8. Больному 50 лет. Обратился с жалобами на обнажение шеек зубов, боль от термических раздражений, наличие клиновидных дефектов.

Проведите обследование, поставьте диагноз, составьте план комплексного лечения.

9. Назовите ведущие жалобы и клинические симптомы пародонтоза тяжелой степени. Данные рентгенограммы при этом.

### **VII. Задачи для контроля результатов усвоения.**

1. У больного пародонтозом имеются клиновидные дефекты зубов в пределах дентина (в области отдельных зубов). В области остальных зубов гиперестезия твердых тканей зуба.

Назначьте больному местное лечение.

2. У больного диагностирован пародонтоз легкой степени. По данным реопародонтограммы определяются изменения тонуса сосудов, приведшего к гипоксии тканей пародонта.

Назначьте больному физиотерапевтические методы лечения.

Какое местное лечение необходимо провести перед этим?

3. Больной 40 лет, жалобы на обнажение корней зубов. При осмотре об-



наружено обнажение корней зубов до  $1/3$  длины корня. Цвет десен бледный. На рентгенограмме – уменьшение высоты альвеолярных перегородок с уплотнением края альвеолярной кости.

Из общих заболеваний – атеросклероз.

Поставьте диагноз, наметьте план лечения.

4. Больной 45 лет обратился с жалобами на подвижность зубов (считает себя больным в течение нескольких лет). При осмотре: цвет десен бледный, обнажение корней зубов до  $2/3$  длины, патологическая подвижность зубов I-II степени.

Поставьте диагноз, наметьте план лечения.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

### Основная

1. Боровский Е.В. и др. **Терапевтическая стоматология.** – М., Медицина, 1998. – с.422-423, 431.
2. Иванов В.С. **Заболевания пародонта.** – М., Медицина, 1989. – с.99-102.
3. Барер Г.М., Лемецкая Т.М. **Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение.** – М., 1966. – с.59-63.
4. Яковлева В.И. и соавт. **Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний.** – Минск, 1994. – с.226-229, 250-251.

**Схема ориентировочной основы действия  
(графологическая структура) по теме  
«Пародонтоз»**

<p align="center"><b>Жалобы</b></p> <p>Отсутствуют, иногда чувство зуда, оскомины</p> <p align="center"><b>Рентгенологическая картина</b></p> <p>Системная атрофия тела челюсти и межзубных перегородок, компактная пластинка сохранена, убыль костной ткани до 1/3 длины корня</p>	<p>Легкой степени</p>	<p align="center"><b>Анамнез</b></p> <p>Начало заболевания не помнит. Могут быть системные заболевания, но больной считает себя практически здоровым.</p> <p align="center"><b>Осмотр</b></p> <p>Десна бледная на всем протяжении. Карманы отсутствуют. Наличие зубных наддесневых отложений, обнажение шеек зубов. Подвижности зубов нет.</p>
<p align="center"><b>Жалобы</b></p> <p>Чувство зуда и онемение десен, боль от химических и термических раздражителей, оседание десны.</p> <p align="center"><b>Рентгенологическая картина</b></p> <p>Склеротические изменения костной ткани (уменьшение костно-мозговых пространств, мелкочаеистый рисунок), атрофические процессы-убыль костной ткани до 1/2 длины корня.</p>	<p>Средней степени</p>	<p align="center"><b>Анамнез</b></p> <p>Считает себя практически здоровым, но могут быть системные заболевания: атеросклероз, гипертония.</p> <p align="center"><b>Осмотр</b></p> <p>Десна бледная по всей челюсти. Карманов нет, наддесневые зубные отложения. Подвижности зубов нет, наличие клиновидных дефектов. Обнажение корня и шейки зуба, боль при дотрагивании к ней.</p>
<p align="center"><b>Жалобы</b></p> <p>Повышение чувствительности к термическим и химическим раздражителям, чувство зуда в деснах</p>	<p>Тяжелой степени</p>	<p align="center"><b>Анамнез</b></p> <p>Больной может указать на давность заболевания, его медленное развитие, считает себя здоровым, но при обследовании у специалистов выявляют-</p>

--	--	--

Продолжение приложения 1

<p><b>Рентгенологическая картина</b></p> <p>Атрофия костной ткани превышает 2/3 длины межальвеолярных перегородок.</p>		<p>системные заболевания.</p> <p><b>Осмотр</b></p> <p>Десна бледная, карманов нет. Корни оголены, зияют межзубные промежутки. Могут появиться симптомы смещения зубов, клиновидные дефекты. Может быть безболезненное и безкровное выпадение зубов.</p>
--	--	---

Приложение 3

**Схема ориентировочной основы действия при дифференциальной диагностике заболеваний пародонта**

1. Пародонтоз	II. Пародонтолиз
<b>1. Жалобы, общее состояние, анамнез</b>	
<p>Жалобы на оседание десен и оголение корней зубов, иногда боль в зубах от холодного. Заболевание развивается в зрелом возрасте медленно.</p>	<p>Подвижность, смещение и потеря зубов. Общее состояние соответствует течению основного заболевания на фоне иммунологической недостаточности (дефицит Т – лимфоцитов, СПИД и др.). Выраженные процессы разрушения всех тканей пародонта на протяжении 2-4 лет.</p>
<b>2. Локальный статус</b>	
<p>Отмечается неравномерная ретракция десневого края, соответствующая уровню убыли костной ткани. Десна плотная, анемичная, хорошо охватывает зубы, без образования пародонтального кармана.</p>	<p>Десна имеет неравномерную окраску, пастозная, кровоточивость не характерна. Обычно обнаруживаются глубокие патологические карманы с гнойным содержанием.</p>
<b>3. Зубные отложения</b>	
<p>Иногда небольшое количество наддесневого пигментированного зубного камня.</p>	<p>Может быть небольшое количество мягкого налета.</p>

<b>4. Состояние зубов и прикус</b>	
Оголение шеек и корней зубов, которые хорошо фиксированы. Оголенная часть пигментирована. Нередко отмечается патологическая стираемость зубов, клиновидные дефекты, эрозия эмали	Значительная подвижность и смещение многих зубов, а иногда и самопроизвольной их выпадание. Развитие травматической окклюзии.
<b>5. Данные рентгенографии</b>	
Неравномерная атрофия межзубных перегородок с сохранением их плотности и кортикальной пластинки. В глубоких отделах альвеолярного отростка и тела челюсти выявляются очаги остеосклероза и остеопороза.	Воронкообразная резорбция альвеолярного отростка с образованием костных карманов, нечеткими контурами края вплоть до полного растворения костной ткани. Очаги остеолитов в теле челюсти и других костях.
<b>6. Патологические изменения</b>	
Выраженная в различной степени атрофия альвеолярной кости с признаками уплотнения ее края, признаки склероза тканей десны и маргинального периодонта. В зубах сужение полостей, дентикли, гиперцементоз.	Зубодесневое прикрепление нарушено, межзубные костные перегородки расплавлены, замешены грануляционной тканью, иногда резорбция цемента корня.

Приложение 5

**Вопросы для тестового контроля**

Укажите в каждом задании номера правильных ответов.

1. Пародонтит – это воспалительное заболевание пародонта:
  - 1) да
  - 2) нет
2. Катаральный гингивит – характерный признак пародонтита:
  - 1) да
  - 2) нет
3. Окраска десны при пародонтите:
  - 1) цианотичная
  - 2) бледная
  - 3) гиперемированная
4. Укажите глубину пародонтальных карманов при пародонтите:
  - 1) до 3 мм
  - 2) от 3 до 5 мм
  - 3) более 5 мм

- 4) отсутствуют
5. Для пародонтоза характерно обилие мягкого зубного налета:
  - 1) да
  - 2) нет
6. Клиническим признаком пародонтоза является воспалительная резорбция межальвеолярных перегородок альвеолярного отростка челюстей:
  - 1) да
  - 2) нет
7. Характерные жалобы больного при пародонтозе:
  - 1) отсутствуют
  - 2) кровоточивость десны
  - 3) запах изо рта
  - 4) обильные отложения наддесневого зубного камня
  - 5) зуд в десне
  - 6) обнажение шеек и корней зубов
  - 7) подвижность фронтальных зубов
  - 8) наличие пародонтальных карманов
  - 9) гиперестезия эмали.
8. Для пародонтоза характерна ранняя подвижность зубов:
  - 1) да
  - 2) нет
9. Пародонтоз дифференцируют с пародонтитом в стадии ремиссии по результатам:
  - 1) анамнеза
  - 2) по данным рентгенологического обследования
  - 3) клинического определения состояния пародонта
  - 4) анализа крови на содержание глюкозы
  - 5) клинического анализа крови
10. При лечении пародонтоза используют:
  - 1) кюретаж пародонтальных карманов
  - 2) противовоспалительную терапию
  - 3) покрытие фторлаком обнаженных корней зубов
  - 4) электрофорез никотиновой кислотой на десну
  - 5) выравнивание окклюзионных поверхностей зубов
  - 6) ремтерапию
11. Лекарственные средства, необходимые для патогенетического лечения пародонтоза:
  - 1) аскорбиновая кислота
  - 2) рутин
  - 3) продектин, трентал
  - 4) витамины группы «В»
  - 5) викасол

12. Для лечения гиперестезии твердых тканей зуба при пародонтозе используют зубные пасты:
- 1) противовоспалительные
  - 2) фторсодержащие и кальцийсодержащие
  - 3) солевые
13. При пародонтозе в комплексной терапии используют физические методы:
- 1) УВЧ
  - 2) КУФ
  - 3) дарсонвализацию
  - 4) электрофорез лекарственных веществ
  - 5) фонофорез лекарственных веществ.
14. Депульпирование зубов проводят при:
- 1) легкой и средней степени пародонтита
  - 2) резорбции костной ткани на уровне 2/3 корня зуба
  - 3) пародонтозе с изолированным поражением одного или группы зубов
15. Пародонтолиз развивается при:
- 1) нейтрофилии
  - 2) агаммаглобулинемии
  - 3) сахарном диабете
  - 4) калькулезе
  - 5) синдроме Папийон-Лефевра
16. Метронидазол является этиотропным средством при лечении:
- 1) катарального гингивита
  - 2) язвенного гингивита
  - 3) пародонтоза
  - 4) пародонтита легкой степени
  - 5) гипертрофического гингивита

## **Ответы на задания в тестовой форме**

### **Тема: «Понятие о болезнях пародонта, терминология, Классификация, зубные отложения»**

1-4; 2- 2; 3-4; 4-2; 5-2; 6-3; 7-2; 8-2,6,7.

### **Тема: «Методы обследования больных с заболеваниями пародонта»**

1-2,5; 2-1; 3-3; 4-2; 5-1,2,4; 6-1; 7-1; 8-3; 9-3; 10-1,2,4; 11-1,2,4.

### **Тема: «Клиника, дифференциальная диагностика, лечение гингивита»**

1-1; 2-1,3,4; 3-2; 4-1; 5-1,3; 6-1; 7-2; 8-1,4,5,7,8; 9-1,2; 10-1,2,3,4,5;  
11-2,3,5,7,8; 12-1,3,4; 13- 1,2,4; 14-2,5; 15-1; 16-1; 17-2; 18-2; 19-2;  
20-1,2,3,4,5; 21-1,2,3; 22-5,6; 23-2,3.

### **Тема: «Клиника, дифференциальная диагностика, Лечение пародонтита»**

1-1,4; 2-1,4; 3-1; 4-2,3; 5-1,4,5; 6-3; 7-1,2,5,6; 8-2; 9-1,2; 10-1,4; 11-1;  
12-2,3; 13-1; 14-2,4,5; 15-2,4; 16-1,3,4,5; 17-2,3,5; 18-2,3,5; 19-3;  
20-2; 21-1,2; 22-1а,1в,2б,2в; 23-1,3,4,5,6; 24-1,3,4,5; 25-3,4,5; 26-2,3;  
27-1.

### **Тема: «Клиника, дифференциальная диагностика, Лечение пародонтоза»**

1-2; 2-2; 3-2; 4-4; 5-2; 6-2; 7-5,6,9; 8-2; 9-1,2; 10-3,4,6; 11-3,4;  
12-2; 13-3,4,5; 14-2; 15-2,5; 16-2.

**Тема: ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.**

- I. Цель занятия.**
1. Знать организацию приема больных с патологией пародонта.
  2. Научиться основам диспансеризации пародонтологических больных.

**II. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы:**

1. Эпидемиология болезней пародонта.
2. Система учреждений, обеспечивающих стоматологическую помощь населению.
3. Задачи и методы диспансеризации стоматологических больных.
4. Методы обследования стоматологических больных.

**III. Вопросы для выявления исходных знаний:**

1. Назовите методы определения распространенности заболеваний пародонта, интенсивности поражений тканей пародонта.
2. Организационные формы пародонтологической помощи населению.
3. Пародонтологический кабинет: функции, оборудование, план работы.
4. Диспансеризация больных с патологией пародонта и ее задачи.
5. Этапы диспансеризации. Документация. Показатели диспансеризации больных с патологией пародонта.

**IV. Вопросы для контроля результатов усвоения:**

1. Задачи и методы пародонтологической службы.
2. Организация работы пародонтологического кабинета.
3. Из каких элементов состоит диспансеризация больных с заболеванием пародонта.
4. Нормы приема больных с патологией пародонта.
5. Кратность посещения больных с различной патологией пародонта.
6. Методы диспансерного обслуживания пародонтологических больных.
7. Какие лечебные и профилактические мероприятия включает диспансеризация больных с патологией пародонта.



## **Методические материалы к теме занятия.**

Организация приема больных с патологией пародонта имеет ряд особенностей. Они обусловлены высокой распространенностью различных видов поражений пародонта, необходимостью осуществления комплекса лечебных и профилактических мероприятий с обязательным участием стоматологов различного профиля (хирург, ортопед, терапевт) и врачей других медицинских специальностей (по показаниям).

В настоящее время выделяются три этапа пародонтологической помощи:

1 этап – квалифицированная врачебная помощь в системе стоматологических кабинетов: больницы, диспансеры, женские консультации, медико-санитарная часть или здравпункт на промышленном предприятии, ПТУ, средние учебные заведения, ВУЗы и др.

2 этап – специализированная пародонтологическая помощь: территориальная поликлиника со стоматологическим отделением, городская стоматологическая поликлиника, хозрасчетная поликлиника, медицинское учреждение страховой медицины, кооперативы.

3 этап – узкая специализированная стоматологическая помощь: пародонтологический центр; пародонтологическое отделение республиканской, краевой, областной, крупный городской стоматологических поликлиник; медицинский институт (кафедры стоматологии).

В зависимости от уровня медицинского учреждения меняется объем и сложность стоматологических мероприятий. Однако для всех уровней обязательным остается осмотр, определение индексов (ИГ, ПМА, ПИ), рентгенологическое исследование, удаление зубных отложений, обучение гигиене полости рта и контроль за ее выполнением, местная противовоспалительная терапия. Хирургические вмешательства (кюретаж, «открытый кюретаж»), ортопедическое лечение целесообразно проводить на 2 и 3 этап.

На современном этапе развития специализированной помощи пародонтологическим больным наиболее приемлемым является организация пародонтологического кабинета при стоматологической поликлинике, располагающей необходимыми возможностями для проведения комплексного хирургического, ортопедического и физиотерапевтического лечения.

В обязанность персонала этих кабинетов входит:

- оказание высококвалифицированной специализированной помощи больным с патологией пародонта;
- организация консультативной помощи врачам-стоматологам общего приема в лечении больных с патологией пародонта;
- организация диспансеризации;
- обеспечение методического руководства врачами, проводящими диспансеризацию больных с патологией пародонта (см. приложение 1).

Врач-пародонтолог должен владеть всеми видами оказания стоматологической помощи: медикаментозной, хирургической (кюретаж), ортопе-

дической (избирательное шлифование, временное и постоянное шинирование).

Хирургическую помощь осуществляет либо пародонтолог по принципу выделения фиксированных операционных дней, либо специально подготовленный хирург, что более эффективно.

Запись к врачам-пародонтологам проводится через регистратуру (смотровой кабинет) или по направлению стоматологом терапевтического профиля после лечения и удаления зубов (по показаниям), удаление наддесневых зубных отложений.

На лечебном приеме врач-пародонтолог перегружен повторными посещениями. Так, для получения стойкой стабилизации патологического процесса затрачивается, в среднем, 6 посещений (19,5 УЕТ) при лечении катарального гингивита, 10 посещений (30,5 УЕТ) – при лечении пародонтита легкой степени, 12 посещений (44,0 УЕТ) – при лечении пародонтита средней степени, 17 посещений (54,0 УЕТ) – при лечении пародонтита тяжелой степени.

На первичного больного затрачивается 40-50 мин., на осмотр диспансерного – 30-40 мин., для повторного больного выделяется 2—25 мин.

Врач пародонтологического кабинета может принять в смену 10-12 больных (из них 1-2 первичных) и закончить лечение 1-2 больным.

Для получения стойкого лечебного эффекта, стабилизации патологического процесса в пародонте обычно требуется 3-5 курсов и после 2-3 лет от начала диспансеризации наступает длительная ремиссия заболевания.

За месяц врач-пародонтолог выполняет 200-220 посещений и принимает 2—25 первичных больных и 180-200 повторных, при этом у 70-110 больных удаляет зубные отложения, 50-80 пациентов обучает и контролирует гигиену полости рта, проводит кюретаж у 45-60 пациентов, накладывает лечебные повязки 60-100 раз, выравнивает окклюзионную поверхность у 304 больных. За месяц выполняет 400-450 условных единиц трудоемкости.

### **Диспансеризация больных с патологией пародонта.**

Лучшей организационной формой лечения больных с патологией пародонта является диспансеризация.

Основные задачи диспансеризации:

- активное выявление больных;
- полное клиническое обследование;
- осуществление комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья больных;
- санитарно-просветительная работа;
- обобщение данных об эффективности диспансеризации.

Все стоматологи независимо от профиля должны участвовать в выпол-

нении основной задачи диспансеризации – выявление и учет лиц с начальным проявлением патологии пародонта, наличием предрасполагающих интра и экстраоральных факторов.

Приказом Минздрава СССР №1026 от 31.07.85 г. определены следующие диспансерные группы:

Д1 – здоровые, не нуждаются в лечении.

Д2 – практически здоровые, у которых наблюдают стабилизацию процесса (при гингивитах до 1 года, при пародонтите и пародонтозе – в течение 2-х лет). К этой группе относятся лица до 30 лет без клинических признаков заболевания, но с выявленными факторами риска (общие заболевания, зубо-челюстные деформации, травматическая окклюзия и др.).

Дз – больные с патологией различной степени тяжести.

Поскольку в настоящее время невозможно брать на учет всех страдающих заболеванием пародонта, каждое лечебное учреждение в соответствии с имеющимися возможностями само определяет диспансерные группы.

Наиболее целесообразно выделять следующие группы больных.

Первая группа – в возрасте до 20 лет с наличием факторов риска.

Вторая группа – больные с патологией пародонта в легкой форме.

Третья группа – больные в возрасте до 50 лет с патологией пародонта средней степени тяжести.

Четвертая группа – больные моложе 30 лет с пародонтолизом и пародонтитом тяжелой степени на фоне общесоматических заболеваний (диабет, болезни крови и др.).

Сроки активных вызовов диспансерных больных зависят от течения заболевания. При ремиссии достаточно проводить 1 раз в год, при легкой степени – 1-2 раза в год (см. приложение 2), при средней степени 2-3 раза в год, тяжелой степени 3-4 раза в год.

Основной критерий для снятия с диспансерного учета является полное выздоровление, либо стойкая ремиссия на срок не менее 3-х лет.

Регламентируемых нормативов по диспансерному наблюдению не существует, но практический опыт работы пародонтологов показывает, что в течение года врач-пародонтолог может закончить диспансеризацию 100-120 больных, иметь на учете 300-350 больных при наличии медсестры. При отсутствии пародонтолога стоматолог терапевтического отделения может обслужить в течение года 7—75 пародонтологических больных.

Непременным условием эффективной диспансеризации является : четкое оформление документации:

1. Амбулаторная карта.

2. Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф.№ 30).

3. Листок ежедневного учета (ф. № 037/у).

Данные документы не дают возможность полноценно отразить пародонтологический статус больного, провести анализ работы пародонтолога.

Поэтому, в различных учебных учреждениях в настоящее время используют свои, специально разработанные карты (вкладные листы, история болезни пародонтологического больного).

Эффективность диспансерной работы анализируют на основании показателей:

1. Процент охвата диспансеризацией – отношение числа больных с патологией пародонта взятых на диспансерный учет в течение года к числу лиц первично обратившихся.
2. Процент лиц, снятых с диспансерного учета.
3. Средняя кратность активность осмотров на 1 больного в год.
4. Процент не явившихся на осмотр в текущем году.
5. Длительность ремиссии.

Результаты диспансеризации оцениваются спустя 2-3 года от начала ее проведения.

#### Литература

1. Боровский Е.В. и соавт. **Терапевтическая стоматология.** – М., Медицина, 1998. – с.454-458.
2. Иванов В.С. **Заболевания пародонта.** – М., Медицина, 1989.- с.205-221.
3. Барер Т.М., Лемецкая Т.И. **Болезни пародонта, клиника, диагностика, лечение.** – М., 1996. – с.67-78.
4. Данилевский Н.Ф. и соавт. **Заболевания пародонта.** Атлас. – М., Медицина, 1993. – с.301-309.

### Оснащение пародонтологического кабинета

- стоматологическое кресло и установка (по числу врачей);
- ультразвуковой аппарат для снятия зубных отложений (на одно кресло);
- аппарат одонтодиагностики (один на кабинет);
- инструменты для кюретажа в укладках или специальных маркированных лопаточках (по 3-4 набора на врача);
- зонды градуированные для измерения глубины пародонтального кармана (в зависимости от количества больных на одного врача в смену);
- шприцы-пульверизаторы для орошения полости рта (по одному на врача);
- средства для окрашивания зубной бляшки (2% раствор фуксина, специальные таблетки, раствор Шиллера-Писарева);
- анестетики для аппликационной и инфильтрационной анестезии;
- набор медикаментов для проведения лечения болезней пародонта;
- препараты, стимулирующие остеогенез (коллаген, гидроксиапатит или др.);
- восковые пластинки для контроля окклюзии или набор копировальной бумаги;
- набор шлифовальных камней, головок и паст для выравнивания окклюзии и полирования поверхности зуба;
- набор медикаментов для оказания неотложной помощи в случае обморока или коллапса;
- стенд, видеокассеты, памятки с иллюстрациями средств гигиены полости рта;
- набор гигиенических средств (зубные пасты, флоссы, щетки, «ершики» межзубные и модели челюстей для обучения пациентов правилам ухода за полостью рта.

Указанный перечень оснащения пародонтологического кабинета является ориентировочным и может быть изменен в зависимости от объема оказываемой помощи, материально-технической базы учреждения.

## **ПЕРЕЧЕНЬ**

### **практических навыков (умений), которыми должен овладеть студент на кафедре терапевтической стоматологии по теме “Болезни пародонта”**

- проводить клиническое обследование больных с заболеваниями пародонта (последовательность и комплекс приемов);
- определять индекс гигиены полости рта по Федорову-Володкиной
- описывать рентгенограммы;
- определять степень подвижности зубов (I, II, III);
- определять вид налета на зубах, зубного камня, его цвет, консистенцию
- определять состояние анатомических участков десны (свободная и прикрепленная десна);
- определять глубину карманов градуированным зондом;
- определять наличие поддесневого зубного камня, экссудата из карманов;
- определять степень тяжести патологии пародонта (легкая, средняя, тяжелая);
- проводить пробу Шиллера-Писарева для уточнения границ воспаления;
- определять папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (ПМА);
- определять пародонтальный индекс (ПИ);
- определять индекс CP; TN – индекс потребности в лечении болезней пародонта;
- назначать и проводить обучение гигиене полости рта;
- удалять зубные отложения: налет, над- и поддесневой зубной камень;
- полировать зубы после снятия зубных отложений;
- промывать пародонтальные карманы с помощью шприца, пульверизатора;
- проводить аппликации лекарственных препаратов на краевую десну;
- вводить турунды с лекарственными веществами в карманы;
- рассечь пародонтальный карман при наличии абсцесса;
- проводить кюретаж карманов;
- приготовить и накладывать лечебные повязки;
- вводить в гипертрофированный десневой сосочек лекарственные вещества с целью склерозирования;
- шинировать зубы при болезнях пародонта (лигатурное связывание, шины из быстротвердеющей пластмассы и композитов);
- делать инъекции в переходную складку;
- устранять местные травмирующие пародонт факторы;
- правильно оформлять историю болезни и другую медицинскую документацию (направления в другие подразделения и др.)

