

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО**

**КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**



Учебно-методический комплекс для студентов 4 курса  
по предмету

**«Пародонтология»**

**Бухара – 2021**

Учебно-методический комплекс разработан на основании учебной программы предмета «Пародонтология» зарегистрированной Министерством высшего и среднего специального образования под № 5510400-402.

**Составитель:**

Атаева М.А.- доцент кафедры Терапевтической стоматологии

**Рецензент:**

Г.Э. Идиев – к.м.н., доцент кафедры Ортопедической стоматологии и ортодонтии.

**Председатель МЦМК:** зав. кафедрой Терапевтической стоматологии  
Ражабов О.А.

Учебно-методический комплекс составлен на основании учебной программы и учебного плана по направлению образования 5510400 – Стоматология, обсужден и утвержден на кафедральном заседании.

Протокол № \_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

Учебно-методический комплекс обсужден и утвержден на Центральном методическом совете Бухарского Государственного медицинского института.

Протокол № \_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021г.

**Методист:** \_\_\_\_\_

Одилова Р.Х.

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО**

**КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

«Утверждаю»  
Проректор по учебной работе  
\_\_\_\_\_ Г.Ж. Жарилкасинова  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

Учебно-методический комплекс  
для студентов 4 курса по предмету  
**«Пародонтология»**

Область знаний - 500000 «Здравоохранение и социальное обеспечение»  
Область образования - 510000 «Здравоохранение»  
Направление образования - 60910100 «Стоматология»

**Бухара - 2021**

## СОДЕРЖАНИЕ

### Тематический план лекционного материала

- 1 тема** Пародонтология. Терминология. Эпидемиология пародонта, классификация. Экология ротовой полости. Развитие и причины возникновения.....
- 2 тема** Строение, функция тканей пародонта. Классификация заболеваний пародонта...
- 3 тема** Гингивит, пародонтит, пародонтоз. Местные и общие факторы. Механизм развития заболевания.....
- 4 тема** Стратегия местного лечения заболевания пародонта. Организация пародонтологической помощи. Диспансеризация. Стратегия общего лечения заболевания пародонта, профилактика.....
- 5 тема** Этиология и патогенез идиопатических и опухолеподобных заболеваний. Роль стоматологии при лечении.....

### Тематический план практических занятий

- 1 тема** Зубной налет. Методы очищения налета, инструменты.
- 2 тема** Методы обследования больных с заболеваниями пародонта
- 3 тема** Строение, функция тканей пародонта. Классификация заболеваний пародонта.
- 4 тема** Гингивит. Катаральный гингивит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Заполнение истории болезни.
- 5 тема** Язвенный гингивит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Заполнение истории болезни
- 6 тема** Гипертрофический гингивит. Клиника, дифференциальная диагностика, профилактика. Заполнение истории болезни.
- 7 тема** Клиника атрофического гингивита, дифференциальная диагностика и профилактика. Заполнение истории болезни
- 8 тема** Клиника десквамативного гингивита, дифференциальная диагностика и профилактика. Заполнение истории болезни.
- 9 тема** Пародонтит. Легкие и средние формы. Клиника, дифференциальный диагноз. Заполнение истории болезни.
- 10 тема** Пародонтит тяжелые формы. Клиника, дифференциальный диагноз. Заполнение истории болезни.
- 11 тема** Пародонтоз. Клиника, дифференциальный диагноз. Заполнение истории болезни.
- 12 тема** Принципы местного лечения заболевания пародонта. Фитопрепараты в лечении воспаления при заболевании пародонта. Рецептатура.
- 13 тема** Общее лечение заболевания пародонта. Рецептатура.
- 14 тема** Методы физиотерапевтического лечения заболевания пародонта. Рецептатура.
- 15 тема** Современные методы местной и общей профилактики пародонтита. Диспансеризация.
- 16 тема** Идиопатическое заболевание пародонта. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.

17 тема Происхождение пародонтолиза. Клиника. Пародонтомы.

18 тема Пародонтомы.

**1. УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**2. ЛЕКЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**3. ПРАКТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ**

**5. ГЛОССАРИЙ .....**

**6. ПРИЛОЖЕНИЯ .....**

**6.1. Типовая программа предмета .....**

**6.2. Рабочая программа предмета .....**

**6.3. Раздаточные материалы..... CD**

**диск**

**6.4. Тесты .....**

**6.5. Критерии оценки.....**

**6.6. Литература.....**

## Лекция №1

### Пародонтология. Терминология. Эпидемиология пародонта, классификация. Экология ротовой полости. Развитие и причины возникновения

Заболевания тканей, окружающих зуб, относятся к числу болезней, известных с древнейших времен. С прогрессом цивилизации распространенность заболеваний пародонта резко повысилась. Значимость болезней пародонта как общемедицинской и специальной проблемы определяется значительной распространенностью их в мире, большой потерей зубов и отрицательным влиянием пародонтальных очагов инфекции в связи с образованием пародонтального кармана на организм в целом.

Современные эпидемиологические данные свидетельствуют не только о значительной распространенности патологии пародонта у детей и взрослых, но и о влиянии на частоту заболевания зубных отложений, гигиены полости рта, некачественных протезов и пломб, зубочелюстных деформаций, окклюзионной травмы, нарушения строения тканей преддверия полости рта, особенностей ротового дыхания; употребляемых лекарственных препаратов, перенесенных и сопутствующих заболеваний, экстремальных факторов, приводящих к нарушению компенсаторных механизмов естественного иммунитета и др.

А. И. Грудянов и Г. М. Барер (1994) показали, что лишь у 12 % людей пародонт здоровый, у 53 % отмечены начальные воспалительные, у 23 % — начальные деструктивные изменения, а у 12 % имеются поражения средней и тяжелой степени: начальные воспалительные и деструктивные изменения очень часто (в 38 и 23 % соответственно) встречаются у лиц в возрасте 25—34 лет, однако деструктивные изменения средней и тяжелой степеней у них встречаются более чем в 3 раза чаще, чем в предыдущей группе. В возрастных группах 35—44, 45—54, 55 лет и старше число лиц с начальными изменениями пародонта прогрессивно уменьшается на 26—15 % при одновременном росте изменений средней и тяжелой степени — до 75 %.

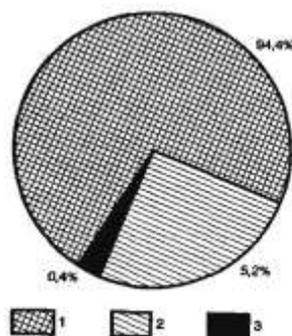


Рис. 9.1. Распространенность различных форм гингивита у школьников.

1 — катаральный; 2 — гипертрофический;  
3 — атрофический.

h Ш\*

Согласно результатам многочисленных эпидемиологических исследований отечественных и зарубежных авторов, наиболее часто встречающейся патологией пародонта в молодом возрасте является гингивит (рис. 9.1), после 30 лет — пародонтит.

По данным доклада научной группы ВОЗ (1990), в котором обобщены результаты обследования населения 53 стран, высокий уровень заболевания пародонта отмечен как в возрастной группе 15—19 лет (55—99 %), так и в группе 35-44 года (65-98 %).

Говоря о рекомендациях ВОЗ по изучению эпидемиологии заболеваний пародонта, необходимо указать на значение социальных факторов (возраст, пол, раса, социально-экономическое положение), местных причин (микробная бляшка, окклюзионная травма, ятрогения — дефекты пломбирования, протезирования, ортодонтического лечения); привычек

(несоблюдения правил гигиены полости рта, курение, жевание бетеля); системных факторов (гормональные изменения пародонта в период полового созревания, беременности, менопаузы и др.), лекарственной терапии (гидантоин, стероидные препараты, иммунодепрессанты, пероральные противозачаточные средства, соли тяжелых металлов, циклоспорин и др.).

## 9.2. КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

В современной пародонтологии можно насчитать несколько десятков классификаций заболеваний пародонта. Такое большое число классификационных схем объясняется не только многообразием видов патологии пародонта, но главным образом различием во взглядах на характер поражения и отсутствием единого принципа систематизации, т.е. того, что лежит в основе классификации — клинические проявления, патоморфология, этиология, патогенез или характер и распространенность процесса. Большое число различных классификаций заболеваний пародонта объясняется также отсутствием точных знаний как о локализации первичных изменений при поражении пародонта, так и о причинно-следственных взаимоотношениях заболеваний разных органов и систем организма и патологией пародонта.

Следует определить содержание тех основных категорий, которыми пользуются стоматологи для систематизации заболеваний пародонта. Такими категориями являются клиническая форма заболеваний пародонта с указанием характера патологического процесса и стадийности (тяжесть) течения его при данной форме.

Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что клиническими формами заболевания пародонта являются гингивит, пародонтит, пародонтоз и пародонтома. В отечественных классификациях приоритет ранее отдавался термину «пародонтоз», поскольку считалось, что в основе различных клинических проявлений поражения пародонта лежит единый патологический процесс — дистрофия тканей пародонта, ведущая к постепенной резорбции альвеолы, образованию пародонтальных карманов, гноетечению из них и в конечном итоге к элиминации зубов. Из систематизации заболеваний пародонта, отражающих эту точку зрения, следует назвать классификации А. Е. Евдокимова, И. Г. Лукомского, Я. С. Пеккера, И. О. Новика, И. М. Старобинского, А. И. Бегельмана. В дальнейшем были созданы классификации, базирующиеся на признании наличия в пародонте ряда различных по своему характеру процессов, сопровождающихся воспалительными, дистрофическими и опухолевыми изменениями. Они включают все заболевания, встречающиеся как в отдельных тканях пародонта, так и во всем функционально-тканевом комплексе независимо от того, развились ли они под влиянием местных или общих причин, на фоне каких-либо общих заболеваний или без их участия; эти представления основаны на понимании единства всех тканей пародонта (классификации АРРА, ВОЗ, Е. Е. Платонова, Д. Свракова, Н.Ф.Данилевского, Г. Н. Вишняк, И. Ф. Виноградовой, В. И. Лукьяненко, Б. Д. Кабакова, Н. М. Абрамова).

В течение 1951 — 1958 гг. международная организация по изучению заболеваний пародонта (АРРА) разработала и приняла следующую классификацию пародонтопатий:

Классификация пародонтопатий (АРРА)

I. *Paradontopathiae inflammatae*:

- *paradontopathia inflammata superficialis (gingivitis)*;
- *parodontopathia inflammata profunda (parodontitis)*.

II. *Parodontopathia dystophica (parodontosis)*.

III. *Parodontopathia mixta (parodontitis dystrophica, parodontosis inflammatoria)*.

IV. *Parodontosis idiopathica interna (desmondontosis, parodontosis juvenihs)*.

V. *Parodontopathia neoplastica (parodontoma)*.

Классификация пародонтопатий (АРРА) построена на принципе выделения трех основных и характерных процессов общей патологии — воспалительных, дистрофических и опухолевых. Как видно из этой классификации, пародонтоз (воспалительно-дистрофическая и дистрофическая формы) входит в понятие пародонтопатий. Пародонтопатий, сопровождающиеся быстрым течением процесса и встречающиеся чаще у детей при неясности этиологического фактора, получили название десмондонтоза. Быстрое разрушение тканей пародонта в детском возрасте наблюдается также при синдроме Папийона—Лефевра

(кератодермия), болезни Летерера—Зиве (острый ксантомадоз), болезни Хенда—Крисчена—Шюллера (хронический ксантомадоз), болезни Таратынова (эозинофильная гранулема), которые относят к гистиоцитозу X. При этих заболеваниях неясной этиологии образуются пародонтальные карманы с выделением гноя, прогрессирующей подвижностью зубов.

Этот нозологический принцип систематики заболеваний пародонта широко используется в классификациях ВОЗ, Франции, Италии, Англии, США, Южной Америки.

Эта классификация применялась бы и до сих пор, если бы не сам термин «пародонтопатия» как диагноз, хотя справедливости ради надо признать, что в общемедицинской практике он используется, например гепатопатия, энзимопатия, кардиомиопатия и др.

В настоящее время у нас в стране узаконены терминология и классификация болезней пародонта, утвержденные на XVI Пленуме Всесоюзного общества стоматологов (1983).

Классификация рекомендована для применения в научной, педагогической и лечебной работе. В приведенной ниже классификации использован нозологический принцип систематизации болезней, одобренный ВОЗ.

Классификация болезней пародонта

I. Гингивит — воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Форма: катаральный, гипертрофический, язвенный.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострение, ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

II. Пародонтит — воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострение (в том числе абсцедирование), ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

III. Пародонтоз — дистрофическое поражение пародонта.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: хроническое, ремиссия.

Распространенность: генерализованный.

IV. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта.

V. Пародонтомы — опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.

С точки зрения основного принципа (объединение всех известных видов поражения соединительной ткани) приведенная квалификация не имеет слабых сторон, она помогает научно обосновать терапию и профилактику каждой формы заболевания пародонта.

Представляет интерес классификация последних лет [Lisqarten, 1986; Watanabe, 1991, и др.], особенно выделение быстротекущего пародонтита у взрослых (до 35 лет).

I. Препубертатный пародонтит (7—11 лет): А локализованная форма;

▲ генерализованная форма.

II. Ювенильный пародонтит (11—21 год):

▲ локализованная форма (ЛЮП); А генерализованная форма (ГЮП).

III. Быстротекущий пародонтит взрослых (до 35 лет):

▲ у лиц, имевших ЛЮП или ГЮП в анамнезе;

А у лиц, не имевших ЛЮП или ГЮП в анамнезе.

IV. Пародонтит взрослых (без ограничения возраста).

### 9.3. СТРОЕНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

• Пародонт объединяет комплекс тканей, имеющих генетическую и функциональную общность: десна с надкостницей, периодонт, кость альвеолы и ткани зуба.

Десна. Десна делится на свободную, или межзубную, и альвеолярную, или прикрепленную. Выделяют также маргинальную часть десны.

Свободной (межзубной) называется десна, располагающаяся между соседними зубами. Она состоит из губощечных и язычных сосочков, образующих межзубный сосочек, имеющий

форму треугольника, вершиной обращенного к режущим (жевательным) поверхностям зубов, и выполняет пространство между соседними зубами.

Прикрепленной (альвеолярной) называется часть десны, покрывающая альвеолярный отросток. С вестибулярной поверхности альвеолярная десна у основания альвеолярного отростка переходит в слизистую оболочку, покрывающую тело челюсти и переходную складку; с оральной поверхности альвеолярная десна переходит на верхней челюсти в слизистую оболочку твердого неба, а на нижней челюсти — в слизистую оболочку дна полости рта.

Альвеолярная десна

В англоязычных странах принят термин «периодонт». Отсюда «periodontal disease» — болезни периодонта (пародонта).



Рис. 9.2. Циркулярная связка зуба. Микрофотография.

неподвижно прикреплена к подлежащим тканям за счет соединения волокон собственно слизистой оболочки с надкостницей альвеолярных отростков челюстей.

Маргинальной обозначают часть десны, прилежащей к шейке зуба, где вплетаются волокна циркулярной связки зуба, которая вместе с другими волокнами образует толстую мембрану, предназначенную для защиты периодонта от механических повреждений (рис. 9.2). Свободная десна, заканчивающаяся десневым сосочком, прилежит к поверхности зуба, отделяясь от нее десневым желобком. Основную массу ткани свободной десны составляют коллагеновые волокна, но, кроме них, обнаруживаются и эластичные волокна. Десна хорошо иннервирована и содержит различные виды нервных окончаний (тельца Мейснера, тонкие волокна, входящие в эпителий и относящиеся к болевым и температурным рецепторам).

Плотное прилегание маргинальной части десны к шейке зуба и устойчивость к различным механическим воздействиям объясняются тургором, т. е. внутритканевым давлением, обусловленным высокомолекулярным межфибрилярным веществом.

Десна образована многослойным плоским эпителием, собственной оболочкой (lamina propria); подслизистый слой (submucosa) не выражен. В норме эпителий десны ороговеивает и содержит зернистый слой, в цитоплазме клеток которого находится кератогиалин. Ороговение эпителия десны большинством авторов рассматривается как защитная функция в связи с частым механическим, термическим, химическим раздражением ее при жевании.

Важную роль в защитной функции эпителия десны, особенно в отношении проникновения инфекции и токсинов в подлежащую ткань, играют гликозаминогликаны (ГАГ), находящиеся в составе склеивающего вещества между клетками многослойного плоского эпителия. Известно, что кислые ГАГ (хондроитинсерная кислота А и С, гиалуриновая кислота, гепарин), являясь сложными высокомолекулярными соединениями, играют большую роль в трофической функции соединительной ткани, в процессах регенерации и роста тканей.

Нейтральные ГАГ (гликоген) обнаруживаются в эпителии десны. Гликоген локализуется главным образом в клетках шиповидного слоя, количество его незначительно и с возрастом уменьшается. Нейтральные ГАГ обнаруживаются также в эндотелии сосудов, в лейкоцитах,

находящихся внутри сосудов. Рибонуклеиновая кислота (РНК) обнаруживается главным образом в цитоплазме эпителиальных клеток базального слоя и плазматических клеток соединительной ткани.

Сульфгидрильные группы поверхностных кератинизированных слоев эпителия обнаружены в цитоплазме и межклеточных мостиках. При гингивите и пародонтите за счет отека и утраты межклеточных связей происходит исчезновение сульфгидрильных групп внутри клеток. В периодонте нейтральные ГАГ выявляются по ходу пучков коллагеновых волокон по всей линии периодонта, в первичном цементе их мало; в несколько большем количестве они обнаруживаются во вторичном цементе; в костной ткани они располагаются главным образом вокруг каналов остеонов.

Изучение распределения кислых ГАГ в тканях пародонта показало их наличие в десне, особенно в области соединительнотканых сосочков, базальной мембране; в стро-ме (коллагеновые волокна, сосуды) их мало, тучные клетки содержат кислый РАГ. В периодонте кислые ГАГ располагаются в стенках сосудов, по ходу пучков коллагеновых волокон по всей периодонтальной мембране, с некоторым увеличением их содержания в области циркулярной связки зуба. В цементе, особенно вторичном, постоянно обнаруживаются ГАГ. Кислые ГАГ в кости встречаются вокруг остецитов, на границе остеонов.

В настоящее время имеются бесспорные данные о значительной роли системы гиалуроновая кислота — гиалуронидаза в регуляции проницаемости капиллярно-соединительных структур. Гиалуронидаза, вырабатываемая микроорганизмами (тканевая гиалуронидаза) вызывает деполимеризацию ГАГ, разрушает связь гиалуроновой кислоты с белком (гидролиз), резко повышая тем самым проницаемость соединительной ткани, которая теряет барьерные свойства. Следовательно, ГАГ обеспечивает защиту тканей пародонта от действия бактериальных и токсичных агентов.

## ЛЕКЦИЯ №2

### **Гингивит, пародонтит, пародонтоз. Местные и общие факторы.**

#### **Механизм развитие заболевание.**

Группу гингивитов составляют следующие самостоятельные формы поражения маргинального пародонта: катаральный, гипертрофический, язвенный, атрофический. Здесь будут рассмотрены первые 3 формы гингивита как наиболее часто встречающиеся в клинической практике.

Катаральный гингивит. В клинике встречается чаще других. Воспаление может иметься в маргинальном пародонте 1—2 зубов или быть генерализованным. Особенности локализации воспалительного процесса в маргинальном пародонте во многом зависят от этиологических факторов. Местные причины вызывают или способствуют появлению локализованного гингивита.

Генерализованные симметричные поражения пародонта в молодом возрасте с локализацией на верхней челюсти и в области передних зубов обеих челюстей свидетельствуют о превалирующей роли в их развитии скорее общих, чем местных, факторов (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, поражения желудочно-кишечного тракта и др.). При лейкозах (лимфолейкоз, миелолейкоз) гингивит начинает развиваться на фоне анемичной слизистой оболочки. Возникшая гиперемия протекает без выраженного отека тканей. В этих случаях гиперемизированные участки десны четко выделяются в полости рта. В далеко зашедших случаях болезни появляются кровоизлияния, и затем быстро развивается язвенный гингивит. Из рта ощущается неприятный гнилостный запах. Больные боятся принимать пищу, неохотно разговаривают. Часто состояние полости рта причиняет им больше неприятностей, чем основная болезнь. Стоматологу приходится встречаться с подобными больными в связи с

кровотечениями из полости рта. Систематическое профузное кровотечение из десен становится изнурительным и приводит к общей анемии.

У пациентов, чья профессия связана с влиянием свинца, висмута, алюминия, ртути, йода, брома и др., может возникать катаральный или язвенный гингивит. При длительной профессиональной интоксикации появляются и общие симптомы: головная боль, боли в животе, диспепсические явления.

При дифференциальной диагностике не следует путать гингивит с пигментацией по краю десны, отмечающейся у представителей некоторых южных народностей — арабов, африканцев и др.

Катаральный гингивит у взрослых чаще всего протекает как хронический воспалительный процесс. Симптоматика его довольно бедна: больные жалуются на кровоточивость десен во время еды и при чистке зубов, неприятный вкус во рту и запах.

При объективном обследовании обнаруживаются отек и гиперемия десневого края и межзубных сосочков, кровоточивость из вершины сосочков при надавливании у их основания и зондировании, наличие зубных отложений, йодоположительная реакция. Общее состояние больных не нарушено, за исключением острого или обострения хронического гингивита.

При рентгенологическом обследовании патологические изменения в костной ткани альвеолярных отростков челюстей, как правило, не выявляются.

Тяжесть гингивита определяется совокупностью общих изменений организма и степенью вовлечения десны в патологический процесс.

Для гингивита легкой степени характерно поражение преимущественно десневых сосочков, средней тяжести — маргинальной десны, для тяжелого — поражение всей десны, включая альвеолярную.

Гипертрофический гингивит. Локализуется преимущественно в области передних зубов верхней и нижней челюстей. У взрослых он обнаруживается реже, чем в юношеском возрасте. В этиологии гиперпластических гингивитов существенное значение имеют гормональные сдвиги (ювенильный гингивит, гингивит беременных), прием лекарственных препаратов — дифенина (5,5-дифенилгидантоин), циклоспорина, длительный прием пероральных противозачаточных средств, дефицит витамина С, заболевания крови (лейкемические ретикулезы). Из местных факторов следует отметить патологию прикуса, нерациональное протезирование

Изменения, возникающие в результате повреждения, дают толчок развитию воспалительного процесса, последовательные стадии которого, наслаиваясь одна на другую, обуславливают развитие различно выраженных клинически и морфологически форм воспаления с превалированием процессов экссудации, альтерации или гиперплазии.

Острые формы гингивита описываются в качестве самостоятельных заболеваний и могут быть квалифицированы как отчетливо связанные с воздействием инфекционного фактора. Хронические гингивиты являются самостоятельными заболеваниями или симптомами пародонтита.

Острый катаральный гингивит. Для острого катарального гингивита типичны быстротечность, поверхностный характер (в пределах слизистой оболочки десны) и такие общие проявления острого воспаления, как выраженный отек эпителиального покрова, гиперемия сосудов подэпителиальной соединительной стромы, очаги серозной экссудации. Воспалительный инфильтрат представлен лейкоцитами, обычно располагающимися в непосредственной близости от расширенных сосудов. Скудный характер лейкоцитарной инфильтрации на фоне рыхлого построения субстрата подэпителиальной стромы свидетельствует о редком, спорадическом появлении всплеск катарального гингивита, как правило, не связанного с развитием пародонтита.

В случае, если обострения катарального гингивита являются одним из звеньев развития пародонтита, отмечается комплекс фоновых изменений тканевых структур, отражающих характер трофических нарушений, связанных с неоднократными обострениями воспалительного процесса. В частности, при этом наблюдается развитие склероза соединительнотканной стромы, утолщение, а также склерозирование стенок сосудов. Меняется

и характер воспалительного инфильтрата — он становится более плотным. Помимо нейтрофилов, в его составе появляются эозино-

Раздел написан А. С. Григорьяном.

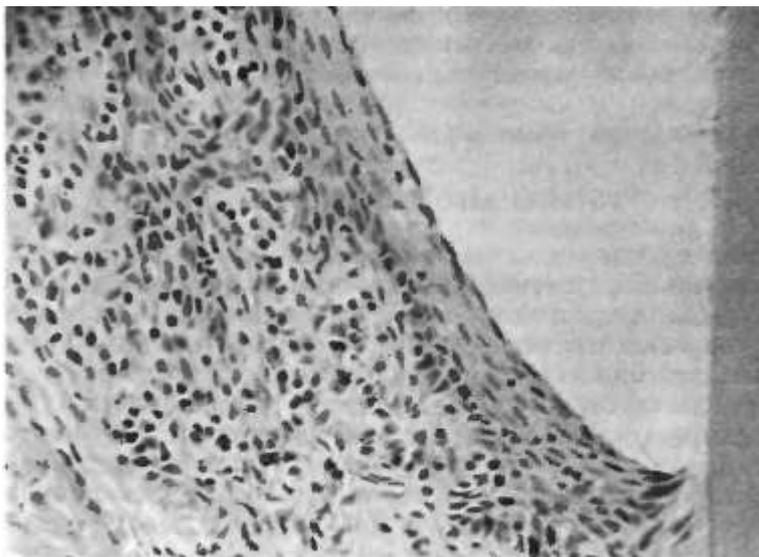


Рис. 9.11. Катаральный гингивит. Лимфомакрофагальный инфильтрат в области зубодесневого соединения. Окраска гематоксилином и эозином. Микрофотография, х 250 [Григорьян А. С., 1987].

фильные лейкоциты, в меньшей степени лимфоциты и макрофаги. Высокой плотности достигает воспалительный инфильтрат непосредственно под зубодесневым соединением (рис. 9.11).

На высоте воспаления, помимо отека, в эпителиальном покрове возникает лейкоцитарная инфильтрация, которая обычно бывает незначительной и не приводит к его деструкции. Однако иногда под микроскопом удается наблюдать пропотевание лейкоцитов на поверхность слизистой оболочки, в результате чего на ней образуется налет, в составе которого можно видеть также и десквамированные эпителиальные клетки.

Язвенный гингивит. Эта форма гингивита, как правило, в острых проявлениях связывается с воздействием таких повреждающих факторов, как токсический (например, отравление тяжелыми металлами), при хронических ожогах (мономерами), интоксикацией при тяжелых инфекционных заболеваниях, некоторых формах лейкозов и т. д. Большое значение в происхождении язвенного гингивита придают стрессу.

Характерным для таких поражений десны является острое (катастрофическое) начало на фоне общей тяжелой

интоксикации либо возникающее непосредственно после местного воздействия токсичного вещества в полости рта.

Заболевание начинается остро и характеризуется бурным течением. В соединительнотканной строме формируется фиброзный экссудат, отмечается плотная инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами под соединительнотканной стромой эпителия. Ее гиперемия быстро приобретает застойный характер. Эпителиальный покров плотно инфильтрирован лейкоцитами, подвергается некрозу с образованием вначале обширных эрозий, а затем язв.

В отличие от катарального язвенный гингивит довольно медленно подвергается обратному развитию. По мере стихания острого воспаления в составе инфильтрата начинают превалировать лейкоциты и макрофаги. Развивается ангиоматоз. Капилляры буквально пронизывают дно язвенных дефектов; формируется грануляционная ткань. Степень ее распространенности и замещение ею соединительнотканной стромы десны зависит от тяжести деструктивных процессов, развивающихся в острой фазе гингивита в поверхностных слоях слизистой оболочки. Время созревания и организации молодой соединительной ткани и эпителизации язв варьирует. В далеко зашедших случаях на месте поражений могут оставаться рубцы и деформации десен. В этих случаях отмечается истончение (атрофия)

эпителиального пласта и развитие в подэпителиальной строме полей бедной клеточными элементами и сосудами фиброзной соединительной ткани Пародонтит является самостоятельной нозологической формой заболевания пародонта, может локализоваться в области одного или нескольких зубов или носить генерализованный характер.

Локализованный пародонтит. Он развивается под влиянием местных причин: попадания пломбирочного материала или мышьяковистой пасты в межзубный промежуток, окклюзионной травмы (патология прикуса, раннее удаление больших коренных зубов и т. д.), физической травмы (посттравматический остеолит кости), плохо изготовленных протезов и др.

В клинике локализованный пародонтит встречается часто, но более серьезной проблемой является генерализованная его форма (рис. 9.20).

Генерализованный пародонтит. Он всегда начинается с катарального гингивита и характеризуется нарушением целостности зубодесневого соединения, разрушением свя-



Рис. 9.21. Образование костного кармана за счет травмы. Рентгенограмма.

зочного аппарата зуба, резорбцией костной ткани, образованием пародонтального кармана (рис. 9.21).

Пародонтит субъективно проявляется кровоточивостью, подвижностью зубов разной степени, болевыми ощущениями, гиперестезией шеек зубов (симптом непостоянен), гнойными выделениями из кармана.

При объективном обследовании отмечают кровоточивость десен, отложение поддесневого зубного камня и налета, подвижность зубов, выделение гноя при надавливании инструментом на край десны, положительная проба Шиллера. Однако основным признаком пародонтита является наличие пародонтального кармана.

Степень тяжести пародонтита определяется в основном тремя ведущими симптомами — глубиной пародонтального кармана, степенью резорбции костной ткани и как следствие этих признаков — расшатанностью зубов. Эти признаки являются основой для выбора хирургического и ортопедического лечения.

Для пародонтита легкой степени характерны глубина пародонтального кармана до 3,5 мм преимущественно в области межзубного промежутка, начальная степень деструкции костной ткани межзубных перегородок: разволокнение или исчезновение замыкающих пластинок, явления остеопороза, незначительное снижение высоты межзубных перегородок (менее  $\frac{1}{3}$ ); расшатанности зубов нет, не выражено их смещение, но имеется индуцированная кровоточивость. Обычно при легкой степени пародонтита общее состояние больного не нарушено.

Для пародонтита средней тяжести характерно следующее: глубина кармана до 5 мм; резорбция костной ткани межзубных перегородок от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{1}{2}$ ; патологическая подвижность зубов I—II степени, возможно смещение зубов, появление трем, травматическая окклюзия.

Для пародонтита тяжелой степени характерна разнообразная клиническая симптоматика: пародонтальный карман

больше 5—6 мм, II—III степень патологической подвижности зубов, резорбция костной ткани на величину более  $\frac{1}{2}$ , иногда полное рассасывание альвеолярной перегородки; зубы смещены; выражена травматическая артикуляция; значительные тремы; имеются дефекты зубных рядов.

При средней и тяжелой степени пародонтита часто наблюдаются гноетечение и абсцедирование.

Рентгенологическая картина пародонтита зависит от стадии процесса. Начальные стадии характеризуются остео- порозом и деструкцией замыкающих пластинок и межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усечен- ность вершин перегородок. Важным рентгенологическим признаком быстротекущего пародонтита у взрослых служит появление обширных очагов деструкции нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый «изъеденный» вид, отмечается отложение поддесневого зубного камня. Структура костной ткани в других отделах челюсти не изменена. Отсутствует характерный для пародонтоза остеосклероз кости. Воспалительные изменения при пародонтите могут распространяться в трех основных направлениях. После разрушения кортикальной пластинки кости межзубной перегородки воспалительно-резорбтивные явления распространяются на губчатое вещество кости — это наиболее часто встречающееся направление. Такое состояние (см. рис. 9.20) рентгенологически определяется как усеченность (деструкция) вершины межзубной перегородки (2). Распространение к периодонтальной щели (3) также сопровождается вначале резорбцией компактной пластинки кости, а затем и деструкцией губчатого вещества, но резорбция идет вертикально с образованием костных карманов и абсцессов. Третий путь распространения воспаления к надкостнице клинически проявляется образованием глубоких пародонтальных карманов (т.е. между десной и костью с вестибулярной или язычной поверхности альвеолярного отростка) с выделением гноя; при этом также возможно абсцедирование (1). В дальнейшем происходит рассасывание костной ткани. Все указанные варианты течения пародонтита наблюдаются в клинике. Кроме того, возможно сочетание указанных вариантов.

Начальная стадия пародонтита. Для нее преимущественно характерны явления развития подостро текущего, с частыми рецидивами гингивита, сопровождающегося умеренно выраженными резорбтивными изменениями в верхушках альвеолярного гребня. Плотные воспалительные инфильтраты, в основном лимфоцитарно-макрофагальные, локализуются главным образом под сулькулярным эпителием и лишь весьма скудные, преимущественно очаговые периваскулярные — в периодонте. Склеротические изменения выражены незначительно и лишь в поверхностных отделах пародонта.

Нередки случаи отложения над- и поддесневого зубного камня, который пенетрирует зубодесневое соединение. В непосредственной близости от отложения конкремента обнаруживается скопление круглых клеток.



Рис. 9.13. Гипертрофия десны. Окраска гематоксилином и эозином. Микрофотография, х 60 [Григорьян А. С, 1987].

### Лекция №3

#### **Маргинальный пародонтит -инфекционный болезнь. Заболевание пародонта и общее мед. ситуации.**

**Маргинальный периодонтит** – это воспалительный процесс, локализующийся в круговой связке зуба. Первичный очаг возникает в верхнем крае десны и постепенно расширяется, распространяясь по всему участку, окружающему зуб, и приводя к некрозу ткани. Сопровождается ноющими болями в причинном зубе, отечностью и гиперемией десны. Диагностика проводится на основании жалоб пациента и типичной клинической картины. В качестве вспомогательного метода используется дентальная рентгенография. Лечение маргинального периодонтита в первую очередь заключается в устранении этиологического фактора, после чего назначается комплекс терапевтических, а в запущенных случаях - хирургических манипуляций.

Маргинальный или краевой [периодонтит](#) представляет собой воспаление связочного аппарата зуба в шеечной зоне. Данная патология диагностируется в [стоматологии](#) достаточно редко. Заболевание может носить острую и хроническую форму. При своевременном лечении на ранней стадии острый воспалительный процесс легко купируется, но при отсутствии медикаментозного вмешательства болезнь через две недели приобретает хронический характер, а инфекция распространяется на более глубокие структуры полости рта. Хроническое течение маргинального периодонтита сопровождается снижением высоты костной перегородки и обнажением шеечной зоны зубов. Данные процессы являются необратимыми и приводят к серьезному ухудшению состояния полости рта.

#### [Причины маргинального периодонтита](#)

Одной из главных причин развития патологии является проникновение инфекционных агентов через край десны. Этим маргинальный периодонтит отличается от других форм заболевания, при которых микроорганизмы попадают в ткани пародонта через корневой канал у пациентов с осложненными формами [кариеса](#) и [пульпита](#). Маргинальный периодонтит диагностируется, как правило, у лиц с [пародонтитом](#) средней и тяжелой степени. В таком случае между челюстной костью и корнем зуба формируются пародонтальные карманы, откуда микроорганизмы и проникают в глубокие ткани пародонта, формируя там воспалительный очаг. К развитию подобных процессов приводит неудовлетворительная гигиена полости рта и образование [зубного камня](#). К другим причинам развития маргинального периодонтита относятся травмы зубов частицами пищи, острыми краями пломб и коронок, зубочистками и зубными нитями, медикаментозные ожоги. Также заболевание развивается у лиц с [аномалиями прикуса](#) (особенно при [скученности зубов](#)).

### Симптомы маргинального периодонтита

В острой форме пациент может жаловаться на наличие постоянных ноющих болей в причинном зубе, усиливающихся при накусывании, реакцию на термические и химические раздражители, а при хроническом маргинальном периодонтите чаще наблюдается полное отсутствие каких-либо дискомфортных ощущений. В редких случаях могут отмечаться болевые ощущения при перкуссии зуба и в процессе приема пищи из-за попадания ее частиц в десневые карманы.

При осмотре выявляется отечное состояние десны: она становится похожа на валик, немного отстающий от зубной поверхности и часто кровоточащий. В образующемся кармане скапливается гнойное содержимое, свободно вытекающее наружу при надавливании. Если у пациента присутствует болевой синдром, то после истечения гноя его интенсивность заметно снижается. Цвет десны и межзубного пространства при маргинальном периодонтите становится красно-синим, зубы начинают расшатываться, что сопровождается оголением и чувствительностью корней. При осмотре десны могут привлечь на себя внимание одиночные или множественные абсцессы в проекции корня, представляющие собой пузырьки с гноем. Нередко отмечается отечность щеки или губы в области причинного зуба и увеличение регионарных лимфатических узлов.

При отсутствии своевременного стоматологического вмешательства происходит [атрофия костной ткани](#) и, как следствие, увеличивается риск потери зуба. Другим неблагоприятным вариантом является распространение воспалительного процесса в полости рта с образованием крупных абсцессов, свищей, развитием [остеомиелита](#) и [периостита челюсти](#). Подобные осложнения сразу дают о себе знать повышением температуры, недомоганием, головной болью и прочими проявлениями интоксикационного синдрома.

### Диагностика

[Врач-стоматолог](#) устанавливает диагноз на основании жалоб и характерных симптомов. Рентгенологическая диагностика маргинального периодонтита, особенно в начальных стадиях, затруднена. Отметить какие-либо изменения возможно только при наличии пародонтальных карманов, которые визуализируются на рентгенограмме как интенсивные затемнения на всей протяженности от шейки и до верхушки корня зуба. Если в проекции верхушки корня также присутствует затемнение, можно говорить о наличии пародонтального абсцесса. Дифференциальную диагностику маргинального периодонтита следует проводить с апикальной формой заболевания, при которой воспалительный очаг формируется не у десневого края, а соприкасается с верхушкой корня зуба. Данную патологию также необходимо отличать от [гингивита](#) и пародонтита, при которых отсутствует поражение тканей периодонта.

### Лечение маргинального периодонтита

Главной целью лечения является устранение этиологического фактора. В большинстве случаев оно начинается с [профессиональной стоматологической чистки](#), включающей в себя удаление бактериального налета и очищение десневых карманов. В дальнейшем необходимо разъяснить пациенту все нюансы самостоятельной гигиенической обработки полости рта, чтобы избежать рецидивов заболевания. Медикаментозное лечение заключается в применении местных антисептиков в виде средств для полоскания (хлоргексидин, отвар коры дуба) и стоматологических гелей (метрогил дента). Маргинальный периодонтит, в отличие от других форм, не требует вскрытия зуба и санации корневого канала.

В тяжелых случаях требуется хирургическое вмешательство – рассечение десны по ходу корневого канала для обеспечения оттока гнойного содержимого. При самых неблагоприятных исходах, сопровождающихся значительным разрушением коронки и расшатыванием зуба III-IV

степени, рекомендуется его удаление с тщательным кюретажем лунки для профилактики развития кист.

### Прогноз и профилактика

При своевременной постановке диагноза и грамотном лечении у стоматолога прогноз заболевания благоприятный. Отсутствие лечения приводит к распространению инфекции в окружающие ткани с развитием абсцессов, флегмон, свищей и прочих гнойных осложнений. Кроме того, длительное течение маргинального периодонтита может привести к расшатыванию и потере зубов. Основной мерой профилактики является тщательная гигиена полости рта, регулярный осмотр у стоматолога и проведение гигиенических чисток. Помимо этого необходимо осторожно использовать зубные нити и зубочистки, избегать застревания между зубами твердых частичек пищи, в противном случае будет происходить постоянная травматизация десневого края.

### Пародонтит (маргинальный периодонтит)

Под пародонтитом понимают распространение воспалительного процесса с десны на подлежащие ткани — круговую связку зуба, периодонт, костную ткань альвеолярного отростка. По клиническому течению различают пародонтит острый, хронический и хронический в стадии обострения. Воспалительный процесс может локализоваться в области одного или нескольких зубов (ограниченный или локальный пародонтит), но может распространяться и на область почти всех зубов одной или обеих челюстей (диффузный пародонтит).

По тяжести патологического процесса выделяют пародонтит легкий, средней тяжести и тяжелый.

В отличие от гингивита при пародонтите нередко определяются десневой или пародонтальный карман, изменения в костной ткани челюстей воспалительно-деструктивного характера. Последние подразделяют на начальную, I, II, III степени резорбции.

**Острый пародонтит** наблюдается редко и развивается вследствие механического раздражения краевого пародонта пломбирочным материалом (при пломбировании кариозных полостей на контактных поверхностях), искусственными коронками, при активных ортодонтических мероприятиях и др. У больного появляются самопроизвольные боли острого характера, кровоточивость десны. При осмотре определяется яркая гиперемия десны, кровоточивость ее при дотрагивании; при зондировании обнаруживается неглубокий (3—4 мм) десневой карман (его образование не связано с резорбцией кости).

В клинике чаще встречается хронический и обострившийся хронический пародонтит.

При *хроническом пародонтите легкой степени* жалобы больных незначительны и сводятся к периодически появляющейся кровоточивости десен преимущественно при чистке зубов, иногда запаху изо рта, неприятным ощущениям в деснах, быстрому образованию зубных отложений. При осмотре определяется гиперемия десны с явлениями цианоза межзубных сосочков и маргинальной части десны. Определяется десневой карман глубиной более 3 мм. Всегда обнаруживается большее или меньшее количество наддесневых и поддесневых зубных отложений. При определении глубины десневого кармана — кровоточивость десны различной степени.

На рентгенограмме выявляются остеопороз вершин межальвеолярных перегородок, отсутствие компактной пластинки на их вершинах и прилегающих боковых отделах. Однако снижения высоты межальвеолярных перегородок в этой стадии заболевания нет.

При *хроническом пародонтите средней тяжести* патологические изменения выражены более значительно, появляются новые признаки заболевания. Больные предъявляют жалобы на значительную кровоточивость десен при чистке зубов (почти постоянно) и употребление

твердой пищи, а также повышенную чувствительность зубов на температурные и химические раздражители, изменение цвета и вида десны, небольшую подвижность зубов. При осмотре определяются явления выраженной застойной гиперемии межзубных сосочков, изменение их конфигурации, взбухание и неплотное прилегание к зубам. Гиперемия, цианоз распространяются частично на альвеолярную часть десны. Десна легко кровоточит при дотрагивании. Зондированием определяется пародонтальный карман, при котором наблюдается разрушение периодонта и костной ткани межальвеолярной перегородки. Различают внекостный пародонтальный карман (без деструкции кости альвеолярного отростка) и внутрикостный, при котором наблюдается деструкция костной ткани лунки. Глубина пародонтального кармана при хроническом пародонтите средней тяжести превышает 4 мм.

При снижении сопротивляемости организма и отсутствии лечения нередко развиваются пародонтальные абсцессы. Пародонтальный абсцесс — острый воспалительно-деструктивный процесс в пародонте вследствие локализованного накопления гноя. Его нужно рассматривать как осложнение пародонтита. Пародонтальный абсцесс может вскрыться самопроизвольно и в этом случае воспаление переходит в хроническую форму с образованием свищевого хода. По рентгенограмме определяется I степень изменений костных структур: снижение высоты межальвеолярной перегородки на 1/3 длины корня зуба (рис.93,94). Патологические изменения десны и костной ткани выражены неравномерно. При этом в области одних зубов определяется только десневой карман, а других — пародонтальный. Резорбция костной ткани I—II степени сочетается с изменениями начальной степени, а в отдельных участках нормальное ее состояние.

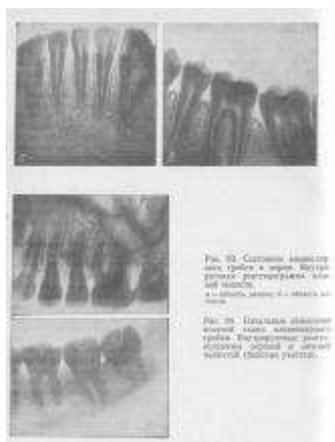


Рис. 93. Сильное уменьшение высоты альвеолярной перегородки. Встречаются деструкция костной ткани в альвеолярной лунке и в области шейки зуба.

Рис. 94. Периодонтальный абсцесс. Встречаются деструкция костной ткани в альвеолярной лунке и в области шейки зуба.

В некоторых случаях может определяться преимущественно так называемый горизонтальный тип резорбции альвеолярного отростка, в других — вертикальный тип с образованием пародонтальных костных карманов. Нельзя исключить возможность сочетания горизонтальной и вертикальной резорбции кости.

#### Лекция №4

#### **Стратегия местного лечения заболевания пародонта. Организация пародонтологической помощи. Диспансеризация. Стратегия общего лечения заболевания пародонта, профилактика**

Лечение строится на принципе максимально индивидуализированного подхода к каждому больному с учетом данных общего и стоматологического статуса. Лечение поэтому всегда носит комплексный характер с применением местной и общей терапии, которые нельзя рассматривать в отрыве друг от друга. В зависимости от характера процесса, причины и

механизма его развития лечение может быть ▲ этиотропным (все заболевания пародонта, развивающиеся под влиянием местных причин); ▲ патогенетическим (пародонтит, пародонтоз); А симптоматическим (идиопатические формы заболевания пародонта); А или в нем сочетаются элементы патогенетического и симптоматического лечения.

Лечение должно быть направлено не только на ликвидацию воспалительного процесса в пародонте, но и на укрепление общего состояния организма, повышение его защитных сил.

#### 9.9.1. Местное лечение

Независимо от формы и стадии патологического процесса в пародонте местное лечение начинают с тщательного удаления зубных отложений. Удаляют зубной камень с помощью скалера или вручную, применяя для этой цели острые экскаваторы и крючки. Удаление зубного камня заканчивают антисептической обработкой десневого края.

Кроме того, лечение предусматривает устранение дефектов пломбирования и протезирования, а именно: удаление избытков пломбировочного материала из межзубных промежутков, глубоко продвинутых под десну коронок, неправильно сконструированных мостовидных протезов, коррекция или изготовление новых съемных протезов, своевременное протезирование, лечение различных видов патологии прикуса (тесное расположение нижних фронтальных зубов, открытый и глубокий прикус и др.).

Гингивиты. Местное лечение гингивита определяется особенностями клинической картины (катаральный, язвенный, гипертрофический, гингивит).

Катаральный гингивит. Лечение состоит в проведении следующих лечебных мероприятий. В первую очередь

обучают пациента навыкам ухода за полостью рта. Удаляют зубной камень, налет; назначают рутин (витамин Р), аскорбиновую кислоту (витамин С), витамины В<sub>1</sub>, А, Е (витамины С, Р, В, можно вводить с помощью электрофореза).

Из лекарственных средств применяют 1—3% растворы резорцина, 2—10% растворы хлорида цинка, болгарский препарат «Пиноксадин», фурилин; 0,05—0,1% растворы хлоргексидина. Хороший эффект дают аппликации хлорофиллипта (препарат из листьев эвкалипта), 0,2% раствора сальвина (препарат из шалфея), ромазулон, настойка прополиса (1:10), 5% бутадиеновая мазь, солкосерил, мундизал-гель, викасол местно (аппликации) и внутрь (при упорной кровоточивости); массаж десен, ортодонтическое и ортопедическое лечение (по показаниям), контролируемая гигиена полости рта с применением флоссов, паст и полосканий, оказывающих противовоспалительное и антиэкссудативное действие (ротокан, хлоргексидин).

Необходимо отметить, что генерализованные формы катарального гингивита довольно плохо поддаются лечению. Устранение причин, способствующих их возникновению и развитию, является основным и необходимым условием успешной терапии.

Гипертрофический гингивит. В отечной стадии гипертрофического гингивита выбор метода лечения определяется этиологическими факторами. После снятия зубных отложений целесообразно прибегнуть к склерозирующей терапии — инъекциям 50—60% растворов глюкозы, которые вводят в вершину сосочка по 0,1—0,2 мл 3—8 раз в каждый с перерывом в 1—2 дня. Если после 2—3 инъекций эффекта не отмечается, необходимо применить другие средства, например стероидные мази в виде лечебной повязки, для чего их смешивают с порошком искусственного дентина; с успехом используются лизоцим и гепаринсодержащие мази. В качестве кератолитического средства применяют резорцин в виде 20—30% растворов на турунде, проспидин в виде 30—50% мази, хлорид цинка (10—25 % растворы), сок подорожника, пиноксадин. При наличии патологии прикуса показано ортодонтическое лечение. На дом назначаются полоскания, дающие противотечный эффект: раствор хлорида натрия и отвар ромашки, препараты нитрофуранового ряда.

При фиброзной форме гипертрофического гингивита прибегают к хирургическому иссечению сосочков с последующей электрокоагуляцией. В последнее время используется криохирургическая и лазерная техника.

Язвенный гингивит. Учитывая, что основное значение в этиологии язвенного гингивита принадлежит микробному фактору, успех его лечения во многом зависит от местного применения антибактериальных препаратов. Лечение начинают с антисептической обработки

десен с помощью пероксида водорода, раствора перманганата калия (1:1000), 0,05 % раствора этакридина лактата (риванол), 0,05—0,2 % раствора хлоргексидина, фурацилина и др. Межзубные промежутки обрабатывают с помощью турунд, после чего приступают к тщательному и осторожному удалению зубных отложений. Успеху способствует аппликационная анестезия, особенно в виде аэрозолей или мази на основе пиромекаина, лидокаина.

Хорошие результаты дает применение антибиотиков или их сочетаний с кортикостероидами в виде аппликаций, паст, мазей и лечебных повязок. Успешно используются мази «Фастин-1» и «Фастин-2», содержащие фурацилин, синтомицин, анестезин, а также 3 % октатиновая мазь, оказывающая фунгицидное и фунгистатическое действие, и солкосерил под повязку. Показаны аппликации ферментов — трипсина, химотрипсина, лучше в сочетании с антибиотиками, а также лизоцим. Местную терапию заканчивают наложением лечебной твердеющей повязки. Хорошие результаты дает назначение метронидазола (трихопол, флагил) с хлоргексидином под повязку. Трихопол применяют по следующей схеме: внутрь по 0,25 г в течение 10 дней (первые 4 дня по 0,25 г 3 раза в день, остальные 6 дней по 0,25 г 2 раза в день). При лечении язвенного гингивита обязательно назначают поливитамины (особенно весной) и проводят десенсибилизирующую (хлорид кальция, тиосульфат натрия и др.) и общестимулирующую (при затяжном течении процесса) терапию. На дом назначают полоскания или ванночки 4—6 раз в день 0,25% раствора хлорамина, «кислые» полоскания 1% раствором борной кислоты, 0,05% раствором хлоргексидина и др.

Из других препаратов следует назначать кератопластические средства: масло шиповника и облепиховое, каротин, ингалипт, линимент алоэ, 10% метилурациловая мазь. Показаны также препараты лекарственных растений (ромашула, лист шалфея, корневище змеиного, трава зверобоя, кора дуба), ротокан; комбинированные аэрозольные препараты, содержащие анестезин, лидокаин или тримекаин, а также метилурацил, стрептоцид, мочевины и др.; масляные растворы витаминов А и Е (аевит). Хорошие результаты дают аппликации солкосерила-адгезива, обладающего

обезболивающим, противовоспалительным и кератопластическим эффектом.

Хорошо зарекомендовал себя при лечении язвенного гингивита ингалипт в аэрозольном варианте, содержащий норсульфазол, стрептоцид, тимол, эвкалиптовое и мятное масла, спирт, сахар, глицерин, стабилизированное поверхностно-активным веществом. Перед орошением желательно прополоскать рот раствором фурацилина и снять некротический налет. После орошения препарат необходимо удерживать в полости рта в течение 5—7 мин. Показаны также аппликации лизоцима. Из импортных препаратов следует назначать мундизал-гель под повязку. Показаны лазеротерапия и систематический прием комплекса витаминов с микроэлементами. Диета должна включать молочнокислые продукты, сырые яйца, свежие сырые овощи<sup>1</sup>.

Ниже приводится последовательность лечебных мероприятий при язвенном гингивите, дающих хороший результат:

- ▲ аппликационная анестезия;
- ▲ протеолитические ферменты (трипсин, химопсин, лизоамидаза) — аппликации на десну;
- ▲ обработка каждого межзубного промежутка пероксидом водорода с помощью турунд;
- ▲ хлоргексидин (0,03—0,3% растворы) держать во рту в течение 2—3 мин;
- ▲ трихопол с солкосерилом-желе под повязку;
- ▲ лазеротерапия;

А соблюдение гигиены полости рта.

Гингивит на фоне лучевой болезни. Лучевые поражения полости рта в виде гингивитов могут возникать как при непосредственном воздействии на десны проникающей радиации, так и при лучевой болезни. Лечение гингивита на фоне лучевой болезни нужно начинать с санации полости рта, чтобы быстрее устранить очаги инфекции, так как при лучевых поражениях она крайне опасна. При наличии эрозий применяют масляные эмульсии со стероидами (гидрокортизон и др.), витаминами, метацил с антибиотиками. При упорной кровоточивости показано назначение дицинона. Пища должна быть богата белками, витаминами, микроэлементами. Одновременно следует применять специфические средства.

1 Если это лечение в течение 10—14 дней не дает эффекта, надо думать о ВИЧ-инфекции или заболевании крови.

Лечение гингивита при гормональных расстройствах начинается с санации полости рта независимо от стадии процесса. Очень важен тщательный уход за полостью рта.

Пародонтоз. При пародонтозе необходимо применение препаратов и методов, направленных в основном на улучшение кровообращения и регенерационных способностей пародонтальных тканей. С этой целью назначают витамин С, электрофорез витамина В, показаны все виды массажа, лазеротерапии.

Пародонтит. Местное лечение при пародонтите зависит от степени выраженности процесса, индивидуальных особенностей его течения, однако противовоспалительная терапия всегда предшествует другим лечебным манипуляциям. Она всегда проводится после очень тщательного удаления налета и зубного камня. При легкой степени поражения применяют антисептики, глюкокортикоиды в сочетании с антибиотиками, препараты, оказывающие кератоли- тическое и фибролизующее действие: резорцин' (20—30% растворы), мараславин, 25% раствор хлорида цинка, 0,1% раствор новоиманина, 1% раствор йодиола. Кроме того, используют антибиотики в сочетании с кортикостероида- ми и метацилом, сочетание ортофена и этония, бисептол- канестен-метилурациловой пасты и физиотерапевтические методы лечения, которые рекомендуются по строгим показаниям и только после устранения воспалительных явлений.

Из других препаратов для местного лечения при пародонтите используют индометациновую мазь, препараты нитрофуранового ряда, 0,2% раствор сангвинорина, 10% эмульсию дибунола (как антиоксидант), 0,1% раствор новоиманина, бисептол, 1% раствор мефенамина натрия; 1% раствор диоксидина, 0,01% раствор мирамистина; клиостом, мазь левосин. Для нормализации микроциркуляции в тканях пародонта и снятия воспалительных явлений в микрососудах следует назначать троксевазин в виде 2 % геля аппликационно (легкая и средняя тяжесть пародонта) под повязку или пленку, курс 8—10 процедур; лингезин под повязку.

При углублении пародонтального кармана и нарастании остеолита проводят те же противовоспалительные мероприятия и широко применяют хирургические методы лечения — кюретаж, гингивотомию, радикальные операции.

1 Резорцин вводят в пародонтальный карман на турундах при наличии пролиферации десневого края 2 раза в неделю.

Появляющаяся окклюзионная травма диктует необходимость ортопедического лечения, избирательного шлифования, шинирования, протезирования.

Наличие постоянного очага хронической пародонталь- ной инфекции и интоксикации при заболеваниях с аутоиммунным генезом (болезни почек, ревматизм и ревматоидные состояния, анемии и др.), когда промедление с удалением зубов причиняет больному непоправимый вред, является абсолютным показанием к удалению таких зубов.

Депульпация зубов как метод лечения пародонтита не дает ощутимых клинических результатов, однако она широко используется при пародонтозе и пародонтите перед хирургическими и ортопедическими вмешательствами, если есть опасность вызвать пульпит и периодонтит; при наличии отдельных костных карманов и пониженной электровозбудимости пульпы зубов.

Гистиоцитоз. Местная терапия предусматривает удаление зубных отложений под аппликационным обезболиванием, кюретаж карманов, удаление зубов, находящихся в терминальной стадии, ортопедическое лечение.

## Лекция №5

### Этиология и патогенез идеопатических и опухолоподобных заболеваний. Роль стоматологии при лечении.

К пародонтомам относятся фиброматоз десен, эпюлис, пародонтальная киста и другие новообразования тканей пародонта. В этом разделе классификации рассматривают заболевания, которые требуют хирургических вмешательств и подробные сведения о которых излагаются в учебнике хирургической стоматологии.

Фиброматоз десен. Встречается чаще у взрослых. Этиология неизвестна. Относится к генетически обусловленным заболеваниям. Отличается медленным течением с образованием плотных на ощупь безболезненных бугристых разрастаний, располагающихся по всему альвеолярному отростку или в области отдельных, чаще фронтальных зубов. Цвет десны не изменен. Гистологически фиброматоз десен характеризуется наличием плотной соединительной ткани, бедной сосудами, с мелкоклеточной инфильтрацией. Рентгенологически определяются явления остеопороза, реже разрушение межзубных перегородок. Лечение оперативное.

Эпюлис. Образование грибовидной формы по клиническим проявлениям напоминает гипертрофию межзубного десневого сосочка. Располагается на ножке, что обеспечивает эпюлису некоторую подвижность. Наблюдается как у

взрослых, так и у детей. Различают фиброзные, сосудистые и гигантоклеточные эпюлисы. Окончательный диагноз ставят после гистологического исследования. Эпюлис часто определяется у беременных и может несколько уменьшаться после родов. Для рентгенологической картины характерны явления ограниченного остеопороза. Лечение хирургическое с обязательной электрокоагуляцией; при рецидивах опухоль удаляют вместе с одним или двумя зубами.

Пародонтальная киста. Развивается при хроническом течении основного заболевания; при этом эпителий полностью выстилает внутреннюю поверхность кармана, отслаивая надкостницу. Процесс протекает вначале бессимптомно, лишь в дальнейшем по мере увеличения кисты обнаруживается выбухание.

На рентгенограмме виден четко очерченный участок разрежения костной ткани округлой формы; патологические изменения в апикальном периодонте зубов могут отсутствовать, что подтверждается проверкой электровозбудимости пульпы. Контуры пародонтальной кисты на рентгенограмме могут быть нечеткими в связи с тем, что она накладывается на рисунок тела челюсти. Поэтому лучшие результаты дает ортопантомография. Лечение оперативное, с обязательной дополнительной фиксацией лоскута заранее изготовленной временной пластинкой.

Идиопатическое заболевание не является проявлением, симптомом или последствием другой патологии. Оно является первичным и не связано никакой зависимостью с другими проблемами со здоровьем. Идиопатические расстройства способны возникать практически во всех органах и системах организма. Диагностика их основывается на регистрации аномалий со стороны работы пораженных органов и систем; а лечение – на устранении выявленной при обследовании и описанной пациентом симптоматики. В случае комплексного индивидуального подхода возможно вполне успешное лечение идиопатических заболеваний. При формулировке диагноза врач вместе с наименованием патологии указывает признак «идиопатический». Это значит, что речь идет о самостоятельном заболевании (пример: «ювенильный идиопатический артрит»). Можно ли спрогнозировать? В ряде случаев удастся лишь установить комплекс провоцирующих факторов, способных спровоцировать то или иное идиопатическое заболевание, и очертить таким образом приблизительные границы групп риска для каждой из известных патологий. Внутри такой группы риска данное заболевание действительно будет встречаться чаще, однако четкой количественной зависимости не установлено. Идиопатическая

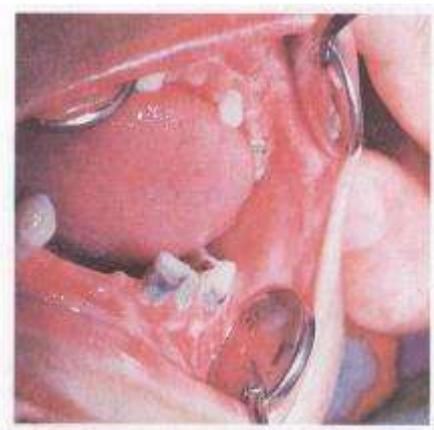
Особенности питания различных групп людей Уникальные медицинские фото: органы, болезни, паразиты Рождение ребенка – важный шаг в жизни каждой семьи Симптомы, диагноз, развитие, лечение.

Слово «идиопатический» – это медицинский термин, используемый для описания заболевания, которое имеет неизвестную причину. Так, если заболевание пациента описывается как идиопатическое, это означает, что врачам неизвестно, чем это заболевание вызвано. Это может быть проблемой, так как в некоторых случаях определение причины заболевания играет важную роль в выборе правильных методов лечения. Также идиопатические заболевания могут быть источником проблем для медработников в связи с тем, что отсутствие понимания причины заболевания затрудняет предупреждение повторного его появления или возникновения новых его случаев у других пациентов. Некоторые люди шутят, намекая на некомпетентность врача, который не может даже определить причину заболевания, что термин «идиопатический» происходит от слова «идиот». В действительности этот термин состоит из греческих слов «idios», что означает «собственный», и «pathos», т.е. «страдания». Хотя обвинять врача в неспособности установить причину проблемы бывает проще всего, некоторые заболевания, по всей видимости, действительно возникают спонтанно, без какой-либо известной на то причины, и упреки в сторону врача обычно являются бесполезными. Термин «идиопатический» входит в группу медицинских терминов из области нозологии, занимающейся классификацией заболеваний. Этиология или причина заболевания нередко обсуждается в процессе выбора тактик лечения. К примеру, ятрогенное заболевание – это заболевание, возникающее по вине врача, либо косвенной – в случае появления подтачивающих здоровье побочных эффектов, либо прямой – в случае медицинской халатности, приведшей к нанесению вреда пациенту. Так как причина ятрогенного заболевания известна, лечить это заболевание проще, потому как возможно устранение или коррекция этой причины с последующим излечением пациента. Иногда причина заболевания, которое представляется идиопатическим, бывает просто неясной, но не неизвестной. Врачи, сталкивающиеся со сложными медицинскими случаями, часто консультируются у своих коллег, а иногда обращаются за советом к специалистам, которые имеют опыт лечения подобных случаев. Такие консультации нередко дают доступ к дополнительной информации, которая может использоваться для устранения причины заболевания, что способствует лечению. Заболевание может быть идиопатическим у одного человека, но объяснимым у другого. Бывает, что это приводит к путанице, если пациенты обмениваются информацией о диагнозах и лечении, так как они могут не понимать, почему кого-то лечат средствами, которые не были предложены им.

#### **Идиопатические заболевания пародонта**

Течение и развитие таких болезней не укладываются в описанные клинические формы различных заболеваний пародонта. Прогноз их также различен. Общим для идиопатических заболеваний является локализация процесса. Они встречаются редко и поэтому изучены недостаточно.

В группу идиопатических заболеваний относят симптомы и синдромы других общих заболеваний, преимущественно детского и молодого возраста: болезни крови, сахарный диабет, эозинофильную гранулему, синдромы Хенда-Шюллера-Крисчена, Папийона-Лефевра, Ослера, болезни Литтерера-Зиве, Иценко-Кушинга, гистиоцитоз Х.



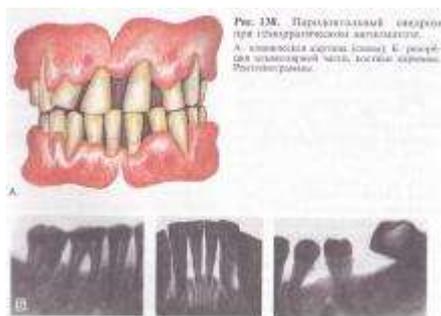
**Пародонтальный синдром при болезни Иценко-Кушинга** характеризуется множественным поражением желез внутренней секреции с первичным поражением гипофизарного аппарата и вовлечением в процесс половых желез, надпочечников и поджелудочной железы.

У больных наблюдаются ожирение, кровоизлияния на кожных покровах, нарушение функции половых желез, диабет, психические расстройства и др. Обнаруживаются резкая гиперемия, отечность десен и кровоизлияния в них; подвижность и смещение зубов, разрастание межзубных сосочков, пародонтальные карманы с гнойным отделяемым.

На рентгенограммах челюстей выявляются очаги остеопороза губчатого вещества и деструкция альвеолярного отростка. Процесс не обязательно начинается с вершин межальвеолярных перегородок. Он может локализоваться в основании или теле нижней челюсти, альвеолярной части ее. Остеопороз можно выявить и в других костях скелета человека (рис. 136, 137).

**Пародонтальный синдром при геморрагическом ангиоматозе (синдром Ослера)** - семейное наследственное заболевание мелких сосудов (венул и капилляров), проявляющееся геморрагиями. Этиология его изучена недостаточно. Клинические проявления характеризуются частыми профузными кровотечениями, не связанными с внешними причинами (носовые, внутренних органов, слизистой оболочки рта и др.). Заболевание может быть обнаружено в любом возрасте, но наиболее отчетливо проявляется в возрасте 40-50 лет, нередко на фоне гипохромной анемии.

Протекает в виде катарального гингивита. Слизистая оболочка рта резко отечна, легко кровоточит, на ней множество телеангиэктазий пурпурно-фиолетового цвета, кровоточащих при незначительном механическом воздействии.



В зависимости от давности заболевания при клинико-рентгенологическом обследовании тканей пародонта выявляется симптомо-комплекс, напоминающий тяжелую степень пародонтоза,

осложненного воспалительным процессом с генерализованной деструкцией костной ткани альвеолярного отростка.

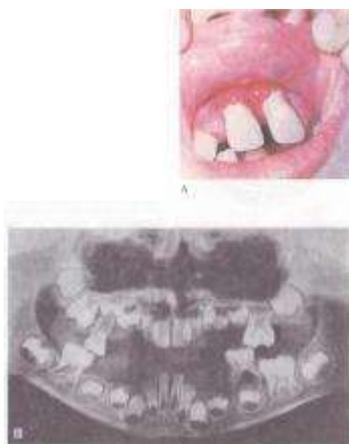
Аналогичные изменения в полости рта и тканях пародонта отмечаются при синдроме Чедиака-Хигаси. При диагностике необходимо дифференцировать клинические признаки общих заболеваний и прежде всего отсутствие ангиэктазий (рис. 138).

**Пародонтальный синдром при гистиоцитозе Х** объединяет различные проявления гистиоцитозов: эозинофильную гранулему (болезнь Таратынова), болезнь Хенда-Крисчена-Шюллера, Литтерера-Зиве.

Выделены четыре основные клинические формы заболевания:

- 1) поражение одной из костей скелета;
- 2) генерализованное поражение костной системы;
- 3) генерализованное поражение костной и лимфатической систем;
- 4) генерализованное поражение костной и лимфатической систем в сочетании с висцеральными проявлениями.

Первой формой гистиоцитоза Х является эозинофильная гранулема-локализованный ретикулогистиоцитоз, сопровождающийся деструктивными изменениями в одной из костей скелета. Патологический процесс развивается хронически, прогноз благоприятный.



В полости рта (чаще в области премоляров и моляров) появляются отечность и цианоз десневых сосочков, которые вскоре гипертрофируются, зубы расшатываются, изменяют положение. Быстро развиваются абсцедирование, отек мягких тканей, иногда изъязвления, как при язвенном стоматите. Появляются глубокие костные пародонтальные карманы, из которых выделяется гной, неприятный запах изо рта. На рентгенограммах в альвеолярном отростке выявляется вертикальный характер деструкции костной ткани с наличием овальных или круглых кистозных дефектов с четкими контурами (рис. 139).

Удаление зубов не купирует патологического процесса. Кроме челюстей, могут поражаться и другие кости, например черепа, при этом появляются упорные головные боли.

При гистологическом исследовании выявляются поля ретикулярных клеток, среди которых большое количество эозинофилов.

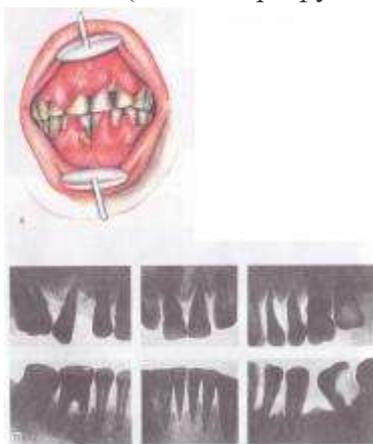
В периферической крови - увеличенное количество эозинофилов, ускоренная СОЭ.

При 2-й и 3-й формах заболевание развивается медленно, с периодами ремиссии. Клиническая картина гингивита предшествует выраженным общим симптомам болезни, что помогает более ранней диагностике и эффективному лечению.

Наиболее характерны для пародонтального синдрома язвенный гингивит, гнилостный запах изо рта, обнажение корней и подвижность зубов, глубокие пародонтальные карманы, заполненные грануляциями. На рентгенограммах - лакунарный тип деструкции в различных участках альвеолярного отростка (части), тела челюстей, ветвей и др. (см. рис. 139). Отмечается также генерализованное поражение других костей скелета.

При 4-й форме заболевания быстро нарастает не только генерализованное поражение костной, лимфатической систем и многих внутренних органов, но и пародонтальный синдром.

**Болезнь Хенда-Крисчена-Шюллера является ретикулоксантоматозом.** В основе его лежит нарушение липидного обмена (расстройство ретикулоэндотелиальной системы). Классическими признаками заболевания считают также деструкцию костной ткани челюстей, черепа и других отделов скелета (характерные признаки гистиоцитоза X), несahарный диабет, экзофтальм. Болезнь сопровождается увеличением селезенки и печени, нарушением деятельности нервной, сердечно-сосудистой систем и др.; протекает с периодическими обострениями. В полости рта нарастают язвенно-некротический стоматит и гингивит тяжелой степени, пародонтит с глубокими пародонтальными карманами и гнойным отделяемым, обнажением корней, пришеечная область которых может быть покрыта оранжевым мягким налетом (пигмент разрушенных ксантомных клеток) (рис. 140).



Близка к описанному клиническая картина болезни Литтерера-Зиве. Это системное заболевание, относящееся к ретикулезу или острому ксантоматозу, с образованием во внутренних органах, костях, на коже и слизистой оболочке очагов разрастания ретикулярных клеток. Нередко встречается в детском возрасте (до 2 лет), что облегчает дифференциальную диагностику.



Рис. 141. Пародонтальный синдром при сахарном диабете. Изменение положения зубов.

**Пародонтальный синдром при сахарном диабете у детей** отличается характерным набухшим ярко окрашенным, с цианотичным оттенком, десквамированным десневым краем, легко кровоточащим при прикосновении, пародонтальными карманами с обилием гнойно-кровянистого содержимого и сочных грануляций наподобие ягод малины, выбухающими за пределы кармана, значительной подвижностью и смещением зубов по вертикальной оси. Зубы покрыты обильным мягким налетом, имеются над- и поддесневые камни (рис. 141, 142).



Рис. 142. Пародонтальный синдром при сахарном диабете. Разрастание грануляций («ягоды малины»).

Отличительной особенностью рентгенологических изменений челюстей является воронко- и кратероподобный тип деструкции костной ткани альвеолярного отростка, не распространяющейся на тело челюсти (рис. 143).



Рис. 143. Вертикальное резорбции альвеолярной части и образованием лунок в области БАТГ при сахарном диабете. Ортопантомограмма.

Многие эндокринологи и терапевты патологию тканей пародонта рассматривают как ранний диагностический признак развития сахарного диабета у детей.

**Синдром Папийона-Лефевра** - врожденное заболевание, которое относят также и к кератодермии. Изменения в пародонте характеризуются резко выраженным прогрессирующим деструктивно-дистрофическим процессом. Они сочетаются с резко выраженным гиперкератозом, образованием трещин на ладонях, стопах и предплечьях (рис. 144).



Рис. 144. Синдром Папийона-Лефевра. Кератодермия стопы.

Болезни подвержены дети в раннем возрасте. Десна вокруг молочных зубов отечна, гиперемирована, отмечаются глубокие пародонтальные карманы с серозно-гнойным экссудатом. В костной ткани значительные деструктивные изменения с образованием кист, воронкообразное рассасывание кости, что приводит к выпадению молочных, а затем и постоянных зубов. Деструкция и лизис альвеолярного отростка (альвеолярной части) продолжают и после выпадения зубов вплоть до окончательного

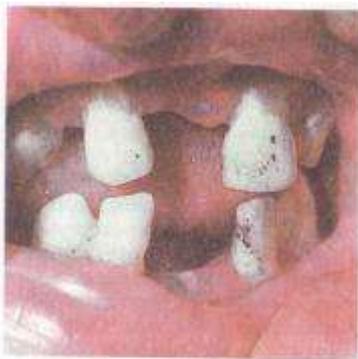


Рис. 145. Синдром Папийона-Лефевра. Генерализованный пародонтит.

рассасывания кости (рис. 145).

## Практические занятия

### Тема № 1. Зубной налет. Методы очищения налета, инструменты.

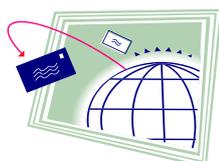
#### Технологическая карта практического занятия

<i>Время: 310 минут</i>	<i>Количество студентов: 8-12</i>
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1. Введение 2. Теоритическая часть. 3. Аналитическая часть: - Органайзеры - Тесты 4. Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о зубном налете. Методы очищение налета, инструментарий. ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.
<b>Студент должен знать</b>	- правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об гистологическом строение налёта;
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с зубным налетом (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследование: термометрия, ЭОД, чтение Rn-снимок).
<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о зубном налете; - изложить о вредах зубного налета; - объяснить этиологию зубного налета; - ознакомить студентов с классификацией зубного налета;	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о зубном налете; - излагают о вредах зубного налета; - объясняют этиологию зубного налета; - называют и дают краткую характеристику классификацию зубного налета; - комментируют и излагают классификацию зубного налета;
<i>Методы обучения</i>	Лекция, демонстрация, мозговой штурм, пинборд
<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой работы.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный опрос, письменный опрос

**Технологическая карта учебного занятия**  
**Зубной налет. Методы очищение налета, инструменты.**

Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	Студентов
1 этап. Введение в учебное занятие 10 минут 10 минут 20 минут 5 минут 5 минут	<p>1.1.Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме: <b>Зубной налет. Методы очищение налета, инструменты.</b> Знакомит с планом, особенностями учебного занятия.</p> <p>1.2.Называет список литературы (примечание №8)</p> <p>1.3.Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре практического занятия.</p> <p>1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5).</p> <p>Перемена</p>	<p>Слушают, записывают</p> <p>Слушают, записывают</p> <p>уточняют, задают вопросы, слушают</p>
2-этап Основная часть 40 минут 5 минут 15 минут 20 минут 25 минут 5 минут 45 минут 45 минут 45 минут 5 минут 45 минут	<p>2.1.Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) ва контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы. Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просить записывать в тетрадь о текущих информациях</p> <p>Перемена</p> <p>2.3.Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2) Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3 ).</p> <p>Перемена</p> <p>2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее (коллективно/индивидуально) полученную информацию.Обобщает воспроизведенные знания ( примечание №3).</p> <p>Перемена</p> <p>2.4.Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3).</p> <p>Перемена</p> <p>2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4)</p> <p>Перемена</p>	<p>Отвечают</p> <p>Конспектируют.</p> <p>Слушают, Переписывают схемы и таблицы. Задают вопросы и отвечают, презентуют результаты групповой работы Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.</p> <p>Обсуждают тестовые задачи и выполняют Выполняют мануальные навыки Систематизируют информацию, выделяют главное,</p>

15минут 20минут	2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение	обмениваются мнениями
3 этап. Заключительное зультивирующ ий 20.5 минут	3.1. Делает заключение по теме в целом. 3.2. Предлагает группам сообщить итоги самооценки. Комментирует результаты (Примечание №5). 3.3. Даёт задание для самостоятельной работы (Примечание №7).	Группы сообщают итоги самооценки. Записывают задание для самостоятельной работы.



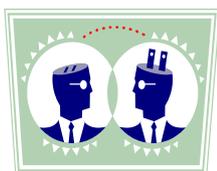
## 1. Место проведения занятия, оснащение

стоматологический кабинет, фантомный кабинет, флормастер, муляжи фантомы, резиновые перчатки, марлевая маска, инструменты для осмотра больных, стоматологическая зеркала, зонд, пинцет, аппараты для проведения дополнительных методов исследования (ЭОД), стоматологическая карта «0 43 У» слайды, видеофильмы..



### 1.1. Мотивация

Знание обследование больных с периодонтитом имеет важное значение при правильно постановке диагноза и проведение целенаправленного лечение. Теоретическое знание строение периодонта и функции дает возможность представление о болезнях периодонта.



### 1.2. Межпредметные и внутрпредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, гистологии, физиологии периодонта. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении смежных предметов стоматологии.



## 2. Содержание занятия

### 2.1 Теоретическая часть

Зубной налёт (иногда используется термин «зубная бляшка» как дословный перевод с аналогичного английского термина) — скопление бактерий в виде плёнки, образующееся на зубах (в том числе и здорового человека). Зубной налёт включает как аэробные, так и факультативно анаэробные бактерии и начинает образовываться уже через 1—2 часа после чистки зубов. Наиболее значимым для развития кариеса является стрептококк *S.mutans*.

Бактерии зубного налёта выделяют кислоту, но в первые часы она нейтрализуется [слюной](#). А через несколько часов налёт становится толстым и плотным, слюна перестает проникать в него, и кислота начинает растворять эмаль зуба, что со временем приводит к оголению [дентина](#) и развитию [кариеса](#), возможно возникновение [зубного камня](#)<sup>[1]</sup>, [пародонтоза](#)<sup>[2]</sup>.

Устойчивая структура зубного налёта обеспечивается липким матриксом ([биоплёнкой](#)), который защищает входящие в его состав бактерии от действия [антибиотиков](#) и других лекарств. □

## Содержание

- Зубной налёт может образовываться на поверхности [пломб](#).
- Состав налёта на зубах верхней и нижней [челюсти](#) различается.
- С течением времени количество и качество бактерий в налёте меняется. Если зубы были очищены от налёта несколько часов назад, бактерий мало (десятки тысяч в 1 г вещества) и они преимущественно аэробные, если прошло несколько суток — их много (до сотен миллиардов) и они по большей части [анаэробные](#); данные факты подтверждают утверждение о том, что зубы стоит чистить часто и тщательно.

Прогрессируя, зубной налёт создаёт условия для колонизации поверхности отдельных зубов и межзубного пространства бактериями, которые могут вызвать [кариес](#).

Исследования последних лет направлены на доказательство пользы зубного налета для сохранения состояния зубной ткани. Согласно теории, пленка зубного налета предохраняет его от разрушения кислотными средами.

В этой статье речь пойдет: о вредных свойствах зубного налета; о том, какие виды налета различают стоматологи; о способах удаления налета с зубов. Налет на зубах представляет собой скопление многочисленных вредоносных микроорганизмов. Налет формируется во рту каждого человека ежедневно, и предотвратить этот процесс нельзя, поэтому зубные отложения приходится регулярно удалять с помощью зубной щетки. Постоянно счищать отложения с зубных тканей – означает преследовать не только эстетические цели, но и поддерживать здоровье зубов. Когда микробы надолго остаются на зубах, они размножаются и агрессивно действуют на зубные ткани, к тому же застарелый зубной налет самостоятельно убрать изо рта невозможно. По консистенции различают твердые и мягкие зубные отложения. Формирование налета обусловлено особенностями микрофлоры ротовой полости и употреблением пищи. Рассмотрим формирование зубных отложений более детально. Во рту находятся миллионы микробов, многие из этих микроорганизмов проявляют стойкость к химическим веществам, к которым человек прибегает для очистки зубов, следовательно, они остаются в полости рта все время. Коронки сегментов зубного ряда снаружи покрыты полупроницаемой очень тонкой пленкой – пелликулой. Пелликула незаметна глазу, ее функция состоит в обеспечении процессов обмена между слюной и эмалью зубов. Микробы, проживающие во рту, выделяют вещества, позволяющие бактериям закрепляться на пелликуле. Когда на пелликуле фиксируется большое количество микробов, зубные ткани покрываются мягкой и пористой оболочкой, которую называют налетом. С течением времени зубной налет плотнее соединяется с зубами, становится заметнее и трансформируется в зубную бляшку. Бляшка имеет сложную структуру и является целой системой, пронизанной каналами, по которым движутся продукты

обмена бактерий и вода. Проходит еще немного времени, и микробный состав бляшки дополняется минеральными веществами, мягкая зубная бляшка становится твердым зубным камнем. Если на стадии бляшки налет можно убрать с зубов в домашних условиях, то зубной камень удаляется только в стоматологии. Этапы образования налета на зубах Мягкий зубной налет появляется в соответствии с такой схемой: Первый этап формирования налета начинается после чистки зубов и длится четыре часа. Бактерии, оставшиеся во рту после гигиенической процедуры, размножаются и передвигаются по тканям ротовой полости. За четыре часа количество микробов достигает миллиона. Продолжительность второго этапа составляет три часа, он подходит к завершению спустя семь часов после чистки зубов. Численность бактерий достигает почти десяти миллионов, микробы присоединяются к поверхностям зубов, образуется тонкий слой мягкого налета. Бактерии, прикрепившиеся к зубам, выделяют кислоты, разрушительно действующие на зубную эмаль, и являющиеся основной причиной возникновения кариеса. О начале третьего этапа можно говорить, когда зубы не чистятся восемь часов подряд. Налет приобретает видимые очертания, оформляется его структура. По большей части налет состоит из анаэробных бактерий, которые могут существовать в безвоздушном пространстве, благодаря чему эти бактерии с успехом обитают внутри микробных наслоений. С формировавшийся налет на зубах неизбежно контактирует со слюной и свободно передвигающимися в полости рта микроорганизмами, из-за чего твердеет и увеличивается в объеме. Если с начала первого этапа формирования налета проходят сутки, но мягкие зубные отложения не счищаются, начинается преобразование налета в бляшку. Самыми благоприятными для скопления мягких отложений с последующим преобразованием их в камень считаются те участки зубного ряда, которые мало контактируют с языком, поверхностями других зубов, употребляемой пищей. К участкам такого рода относят естественные и искусственные неровности на зубных тканях, промежутки между зубами, пришеечные районы единиц зубного ряда. Отвердевшая зубная бляшка, то есть зубной камень, состоит из слоев бактерий и слоев минеральных веществ, чередующихся между собой. Бляшка начинает превращаться в камень через два-три дня после того, как заканчивается ее формирование. Процесс отвердевания бляшки занимает около двух недель. Максимальный объем зубной камень приобретает за шесть-девять месяцев. На скорость образования зубного камня влияет уровень местной гигиены, также этот показатель зависит от индивидуальных особенностей организма. Излюбленным местом зубных камней являются шейки зубов и внутренние поверхности резцов. Как различается зубной налет? Зубной налет формируется на всех единицах зубного ряда, он покрывает не только видимые поверхности зубных коронок, но и обнаруживается в пространствах между зубами, а иногда его вычищают даже из-под десен. Межзубные пространства уязвимы ко всяческим загрязнениям, так как их не всегда получается качественно чистить щеткой, а если человек не пользуется зубной нитью, между зубами постоянно сохраняются микробы, что предрасполагает к формированию налета. Что касается поддесневого налета, то в норме у человека его быть не должно, так как здоровые десны плотно прилегают к зубным тканям, защищая шейки и корни зубов от бактерий. Но если десневая ткань отслаивается от зуба, между десной и зубом появляется углубление, куда довольно быстро попадают микроорганизмы, которым очень удобно развиваться в этом зубодесневом кармане. В ходе формирования в пародонтальном кармане зубного камня, загрязнения могут проникать под воспаленную десну. Налет на зубах бывает разных цветов. По цвету налета чаще всего можно определить фактор, поспособствовавший появлению зубных отложений. Ткани зубов могут покрываться таким налетом: 1. Черный. Если черный налет атакует детские зубы, то, вероятнее всего, это указывает на такие патологические состояния, как дисбактериоз,

нарушение пищеварения, заражение глистами, усиленное размножение грибков во рту. Черный налет на зубах у взрослых появляется по следующим причинам: злоупотребление кофе; пристрастие к алкоголю; курение; наркомания; общая интоксикация; присутствие меди во рту; аллергия; нарушение баланса кислоты и щелочи в полости рта; длительное лечение антибиотиками; химиотерапия; заболевания инфекционные и паразитарные, поражения эндокринной системы, печени, сбой в работе селезенки, нарушение обмена веществ. Удаление зубного налета черного цвета – это задача специалиста. С данной проблемой нужно идти к врачу, чтобы врач определил, от чего появляется зубной налет. Параллельно с чисткой зубных отложений нужно бороться с причиной патологии – тогда черный налет после удаления больше не потревожит Вас.

2. Желтый. От природы эмаль зубов отнюдь не белоснежная. Эмалевое покрытие зубов обладает светопроницаемостью, когда свет проходит через эмаль, создается особый оттенок, из-за чего зубы выглядят желтоватыми, голубоватыми или сероватыми. Выраженная желтизна зубов встречается у людей, в организме которых присутствует чрезмерное количество минеральных веществ. Желтый налет на зубах очистке поддается, но если причина желтизны зубов не в налете, то нужно искать причину пигментации. Налет желтого цвета всегда мягкий, формированию отложений способствует: пристрастие к кофе; курение; любовь к сладкому (имеются в виду продукты, содержащие искусственный сахар); регулярное соблюдение диет (если рацион не сбалансирован и человек часто меняет вкусовые предпочтения, налет на зубах образуется быстрее); возрастные изменения; неудовлетворительная гигиена; ортопедическое либо ортодонтическое лечение (когда во рту у человека установлены брекеты или протезы, уход за полостью рта усложняется, что способствует скоплению и развитию микробов на стыках лечебных конструкций с естественными тканями полости рта).

3. Белый. Зубные отложения белого цвета наиболее часто встречаются и являются наименее опасными. Они легко удаляются и при условии своевременного удаления не причиняют вреда зубной эмали. Формируется белый налет на зубах в основном вследствие: дефицита витаминов; отсутствия в меню твердой пищи; несбалансированного рациона; неудовлетворительной гигиены.

4. Коричневый. Как убрать налет на зубах коричневого оттенка постоянно спрашивают курильщики, а также любители черного чая и кофе. Красящие вещества, содержащиеся в темных напитках, так же, как и никотиновая смола, образуют на зубах коричневую пленку. Ввиду регулярности курения и употребления чая или кофе от пигментной пленки на зубах трудно избавиться, не привлекая стоматолога. Помимо вышеуказанных причин, коричневый налет на зубах может появляться вследствие: полоскания рта раствором марганца; полоскания йодовым раствором; патологической секреции железа в слюну; потребления хлорированной воды; кислотного некроза; вдыхания паров металлов; несовпадения резус-факторов ребенка и матери.

5. Красный, зеленый, оранжевый. Зубные отложения таких необычных цветов появляются у детей и подростков. Налет на зубах у ребенка зеленого и оранжевого оттенка свидетельствует о поражении тканей полости рта грибковой инфекцией. Такой налет исчезает после того, как будет проведено качественное лечение грибка. Красная пигментация на зубах говорит о порфирии – нарушении пигментного обмена. Иногда зубные ткани могут краснеть после повреждения пульпы. Очистка зубов в домашних условиях

Когда темный налет на зубах начинает доставлять эстетические неудобства, устранить зубные отложения можно попробовать, не вовлекая стоматолога в процесс удаления налета. Существует несколько способов борьбы с зубными отложениями, еще не успевшими трансформироваться в зубной камень. Если Вас интересует, как убрать зубной налет в домашних условиях с помощью подручных средств, то вот несколько действенных рекомендаций: Используйте пищевую соду.

Соду необходимо немного разбавить водой, чтобы получилась паста. Этой пастой следует осторожно почистить зубы. Такой способ не подходит для регулярного применения, так как частое воздействие пищевой соды отрицательно влияет на зубную эмаль. Используйте соль и соду. Эти два ингредиента разбавляются в кипяченой воде, полученным раствором нужно полоскать рот перед тем, как Вы начнете чистить зубы (обыкновенной пастой). Используйте перекись водорода. Трехпроцентную перекись водорода надо разбавить в воде, в этом растворе смочить ватный диск и протереть эмалевую поверхность зубов. Этот способ, как первый, не предназначен для частого применения. Чтобы убрать налет на зубах без риска повреждения эмали можно применять специальные ополаскиватели для ротовой полости. Эти средства продаются в аптеках и магазинах, большинство из них отличается выраженным противомикробным эффектом, а некоторые ополаскиватели даже немного отбеливают зубы. Ополаскивая полость рта после каждого приема пищи или употребления красящих напитков, можно устранить из рта много бактерий и сделать зубы чуть светлее. Если Вы соберетесь покупать ополаскиватель, то ознакомьтесь с инструкцией по его применению – некоторые средства для постоянного применения не предназначены. Народные методы против зубного налета Для борьбы с зубным налетом подходят некоторые народные средства. Они считаются не очень эффективными, зато эти средства естественные и безопасные. Очистку зубных отложений можно попробовать произвести следующим образом: После еды употреблять морковь или яблоко (при разжевывании твердых фруктов или овощей налет счищается с зубных тканей). Смешать сок лимона с соком тертой редьки и немного подержать во рту. После процедуры рот нужно прополоскать чистой водой. Натирать зубы мягкой стороной кожуры банана или цитрусовых в течение пяти минут. По окончании процедуры зубы очищаются зубной пастой и щеткой. Почаще есть клубнику и землянику (в этих ягодах содержатся вещества, размягчающие зубной налет). Залить стаканом кипятка высушенный полевой хвощ в количестве тридцати граммов и настоять. Настойкой нужно в течение месяца полоскать рот дважды в день. Залить кипятком сухой чистотел и четыре часа топить его на водяной бане. Настойку охладить и использовать для ополаскивания рта после еды. Сжечь баклажан и раскрошить пепел, посыпать пеплом зубную щетку и нанести пепел на эмалевое покрытие зубов. Чистить зубы не нужно, пепел немного держится во рту, затем его надо выплюнуть и прополоскать рот. Сварить измельченный корень лопуха в количестве одной столовой ложки и несколько подсушенных стручков фасоли. Варить ингредиенты нужно три часа, полученный отвар используется для полоскания рта с частотой от пяти до шести раз в день. Стоматологические методы очистки зубных отложений Убрать зубной налет своим клиентам современная стоматология предлагает различными способами. Профессиональные методы очистки зубных отложений гораздо эффективнее всех домашних методик, они не представляют опасности для зубных тканей. Кроме того, после проведения чистки налета в стоматологии эффект сохраняется дольше, чем если ликвидировать налет самостоятельно. В зависимости от состояния Вашей ротовой полости и анатомических особенностей зубного ряда, стоматолог может порекомендовать Вам одну или несколько процедур чистки зубов. К основным методикам профессионального удаления зубных отложений относят: Механический способ. Этот метод профессиональной чистки начали практиковать самым первым. Он подразумевает применение ручных инструментов для удаления твердых отложений и использование специальных щеток для снятия мягких отложений. На данный момент чистка налета ручными инструментами устарела. Стоматологи применяют ее в частных случаях, например, когда нужно убрать налет со скученных зубных единиц. Химическая методика. Заключается в нанесении специальных растворов на эмалевую поверхность зубных единиц. Такие растворы

содержат химические средства, размягчающие зубной камень, то есть облегчающие его удаление. К сожалению, химическая методика не подходит для очистки межзубных и поддесневых отложений, потому используется, как дополнительный способ чистки налета.

**Лазерный метод.** Лазеру нашли применение в стоматологии совсем недавно. Лазерные процедуры не имеют противопоказаний, они очень эффективные, но не каждому по карману. Очищение зубного налета при помощи лазера происходит вследствие контакта лазерного луча с загрязнениями. Под лазерным лучом погибают все микробы, благодаря чему происходит не только очистка зубных отложений, но и профилактика инфекционных заболеваний ротовой полости.

**Воздушно-абразивная методика.** Очищение зубных поверхностей производится с применением специальных приборов, наиболее распространенным аппаратом для чистки налета считается Air-Flow. Принцип действия прибора состоит в направлении контролируемого потока измельченных частиц специального порошка с водой и воздухом под давлением. В результате такой обработки зубных поверхностей налет размягчается и отклеивается от эмали.

**Ультразвуковой способ.** Очистка зубов осуществляется с помощью ультразвукового прибора скейлера. Волны ультразвука направляются на зубные отложения и отслаивают их от тканей зубов. В результате чистки ультразвуком зубная эмаль приобретает гладкость, что затрудняет фиксацию микробов на ней. Поскольку микробам становится сложнее прикрепляться к зубам, эффект от чистки налета держится долго. Прежде чем просить стоматолога очистить зубной налет с Ваших зубов, Вы должны убедиться в том, что причина изменения цвета зубных тканей кроется в налете. Если Ваши зубы потеряли привлекательность не из-за налета, то профессиональная чистка улучшит вид зубов, но не значительно. Для осветления зубной эмали в стоматологии существуют отдельные методики. Процедуры отбеливания осуществляются по показаниям или по просьбе пациента при условии отсутствия противопоказаний. Отбеливать зубы можно и в домашних условиях, используя гель или пасту, купленную в аптеке, но эффект будет слабее по сравнению с профессиональным отбеливанием.

**Профилактика налета на зубах**

Избежать появления зубного налета невозможно, но свести к минимуму образование зубных отложений по силам каждому человеку. Для этого достаточно выполнять несколько несложных действий: Своевременно и качественно чистить зубы. Зубной ряд нужно очищать каждый раз после завтрака и каждый раз перед сном. Процедура очистки зубов должна продолжаться минимум три минуты. Чтобы повысить эффективность чистки зубов следует обращать особое внимание на те средства, которые Вы используете. Помимо этого, существует техника чистки зубов. Лучше всего попросить стоматолога посвятить Вас в тонкости стоматологической гигиены. Использовать зубную нить (флосс). С помощью флосса можно убрать загрязнения из межзубных пространств, куда не проходят щетинки зубной щетки. Использовать флосс желательно каждый раз после чистки зубов щеткой. Если после еды нет возможности почистить зубы, то флосс Вам тоже пригодится. Использовать ополаскиватель. Если Вы не планируете чистить зубы после еды, приостановить размножение микробов во рту поможет ополаскиватель. Правильно и полноценно питаться. В здоровом рационе питания должны присутствовать витамины и минералы. Не стоит забывать, что сладкие и кислые продукты для зубов вредны. Отказаться от вредных привычек (курения и частого употребления алкоголя). Регулярно посещать стоматолога-гигиениста. Гигиенист занимается снятием зубных отложений. Самостоятельно счищать с зубов весь налет очень трудно – стоматолог поможет Вам удалить загрязнения, которые Вы пропустите. Хотите избавиться от зубного налета? Налет на зубах кажется небольшой проблемой, но решать ее нужно обязательно, если Вы не настроены регулярно ходить в стоматологию лечить кариес, развивающийся под воздействием микробов. Современная стоматология гарантирует безопасное и качественное удаление любых

зубных отложений. Обращайтесь в стоматологическую клинику «МистоДентал Plus», чтобы проститься с некрасивым налетом, портящим Вашу улыбку. У нас работают высококвалифицированные специалисты, клиника оснащена по последнему слову техники. Всего за один визит к нашему стоматологу Вы полностью избавитесь от зубного налета. Все процедуры, предлагаемые нашим стоматологическим центром, эффективные и абсолютно безболезненные. Позаботьтесь о красоте и здоровье Ваших зубов – запишитесь на профессиональную чистку зубов в «МистоДентал Plus»!

### Зубной налет



Зубной налет – плотно прилегающие к коронке зуба или десневому краю специфические отложения, образующиеся в полости рта из бактерий, слюны, остатков пищи, тканевого детрита. Зубной налет способствует изменению цвета эмали, ощущению шероховатости поверхности зубов, появлению неприятного запаха изо рта. Диагностика зубного налета включает консультацию стоматолога-гигиениста, визуальный осмотр полости рта после окрашивания зубов специальными красителями, оценку гигиенического индекса. Для удаления зубного налета прибегают к механической чистке зубов при помощи зубных щеток и паст, а также к проведению процедуры профессиональной гигиены полости рта. Источник: [https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya\\_stomatology/dental-plaque](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_stomatology/dental-plaque)

### Общие сведения

Зубной налет – клейкие наслоения на поверхности зубной эмали, основу которых составляют скопления микроорганизмов и продуктов их обмена. Зубной налет образуется на коронке зуба (особенно, на контактных поверхностях, в фиссурах, углублениях, ямках, пришеечной области, межзубных промежутках), а также вдоль и ниже десневого края. Зубной налет в [стоматологии](#) относится к неминерализованным зубным отложениям и может встречаться в любом возрасте. Его поверхность покрыта слизистой мукоидной пленкой, поэтому зубной налет не смывается слюной и водой, но может частично удаляться во время приема пищи. Через несколько часов после полного удаления зубной налет появляется вновь. При существовании более 1-3 суток (в среднем 48 ч) зубной налет созревает и за счет огромной концентрации бактерий, выделяющих агрессивные ферменты, вещества, растворяющие кальций, и эндотоксины, он приобретает патогенный потенциал.

### Причины образования зубного налета

Зубной налет возникает в период покоя жевательно-речевого аппарата при отсутствии или ненадлежащем качестве гигиенического ухода за зубами и полостью рта. На скорость и степень образования зубного налета влияют правильность и тщательность соблюдения гигиены полости рта, анатомическое строение зубов (в т. ч., наличие пломб, [протезов](#), [ортодонтических аппаратов](#) и конструкций), микробная обсемененность ротовой полости, уровень процессов самоочищения (количество, вязкость слюны, pH и защитные свойства ротовой жидкости), характер пищевого рациона и интенсивность жевания, состояние ЖКТ, курение.

Зубной налет образуется быстрее во время сна, при недостаточности акта жевания, гипосаливации, [ксеростомии](#), при избыточном употреблении рафинированных углеводов

(сахарозы, глюкозы, фруктозы, лактозы и крахмала), продуктов с высоким содержанием белков и низкой жирностью, мягкой по консистенции пищи, приеме препаратов железа.

### **Механизм образования зубного налета**

В возникновении зубного налета основную роль играют микроорганизмы, обитающие в полости рта (стрептококки, вейлонеллы, нейссерии, дифтероиды, лактобактерии, стафилококки, лептотрихии, фузобактерии, актиномицеты, дрожжеподобные грибки и др.). Процесс образования зубного налета протекает в несколько этапов. Поверхность зуба покрыта очень тонкой (толщиной до 1 мкм) бесструктурной пленкой – пелликулой, состоящей из электростатически связанных между собой кислых протеинов, гликопротеинов, энзимов, сывороточных белков и иммуноглобулинов слюны. Являясь полупроницаемой, пленка участвует в обменных процессах с ротовой жидкостью. За счет секреции специфических высокоадгезивных гетерополисахаридов (гликанов, леванов и декстранов) микроорганизмы из полости рта легко адсорбируются на поверхности пелликулы с образованием мягкого зубного налета, не имеющего постоянной внутренней структуры. Благодаря пористому строению в него могут проникать мельчайшие остатки пищи, разрушенные клетки эпителия, лейкоциты, макрофаги. Аккумуляция микробных отложений осуществляется за счет деления и налипания новых колоний, накопления продуктов их жизнедеятельности.

Зрелый зубной налет (зубная бляшка) на 50-70% объема состоит из плотного слоя бактерий. Микробный состав зубного налета быстро меняется, изначально доминируют аэробные формы, затем начинают преобладать анаэробы. В процессе анаэробного гликолиза из поступающих с пищей углеводов кариесогенными микроорганизмами продуцируется большое количество органических кислот (молочной, пировиноградной, муравьиной), которые, близко и длительно контактируя с эмалью зуба, деминерализуют твердые ткани. Из-за ограничения процесса диффузии в зрелом зубном налете нейтрализации этих кислот не происходит. Сами микроорганизмы устойчивы к образованной кислоте. Со временем происходят качественные изменения зубного налета, он минерализуется с образованием зубного камня.

### **Классификация зубного налета**

По локализации выделяют наддесневой (находящийся на открытой поверхности зуба) и поддесневой, расположенный ниже десневого края (в зубодесневой бороздке или десневом кармане) зубной налет.

В зависимости от анатомо-топографических участков прикрепления наддесневой зубной налет может быть зубодесневым (образующимся на гладких поверхностях зуба в области десневого края) и проксимальным (образующимся на контактных поверхностях); поддесневой - зубоприсоединенным (к поверхности зуба) и эпителиально-присоединенным (к эпителию десны). В десневой бороздке также выделяют зону неприсоединенного поддесневого зубного налета.

### **Симптомы зубного налета**

Зубной налет проявляется изменением цвета и потерей блеска зубной эмали, ощущением шершавости зуба, неприятным запахом изо рта (галитозом). Зубной налет может быть белого, зеленого и коричневого цвета. Обычно наблюдается мягкий зубной налет в виде беловатой или слегка желтоватой вязкой массы, тонким слоем покрывающей поверхность зуба. Чаще всего белый зубной налет накапливается в пришеечной области коронки, межзубных промежутках, фиссурах жевательных поверхностей, по десневому краю, вокруг пломб, на ортопедических и ортодонтических конструкциях.

Пигментированный зубной налет образуется вследствие окрашивания эмали при употреблении кофе, крепкого чая. Появление коричневого зубного налета может быть связано с курением -

воздействием никотина и смол. Налет курильщика с трудом поддается очищению с помощью обычной зубной щетки и пасты.

Коричневый зубной налет у некурящих может возникать при большом количестве пломб из медной амальгамы, а также у работников, изготавливающих изделия из меди, латуни и бронзы. У детей коричневый зубной налет на временных зубах может появиться при соединении избытка невосстановленного железа, выделяемого слюной, и серы, образующейся в ротовой полости при распаде протеинов.

Зеленый зубной налет появляется при развитии в полости рта хлорофиллсодержащих микроорганизмов (например, грибка *Lichen clentalis*). Зеленый зубной налет наблюдается преимущественно на губной и щечной поверхностях фронтальной группы зубов верхней челюсти, встречается у лиц любого возраста, чаще у детей и молодых пациентов.

Длительно существующий зубной налет подвергается минерализации (кальцификации) и приводит к образованию твердых отложений (зубного камня), к глубоким изменениям в тканях зуба - развитию [кариеса](#), [пульпита](#). По мере продвижения под десневой край зубной налет вызывает повреждение эпителия десневой бороздки, раздражение окружающих опорных тканей, развитие воспалительных заболеваний пародонта ([гингивита](#) и [пародонтита](#)) и потерю зуба.

### Диагностика зубного налета

Диагностировать зубной налет можно самостоятельно в домашних условиях, при помощи обычного зеркала или во время осмотра полости рта у [стоматолога](#).

При наличии признаков зубных отложений важно определить их вид (мягкий зубной налет, зубной камень). Для визуализации зубного налета применяются специальные красители (фуксин, эритрозин, бисмарк коричневый) в виде растворов, ополаскивателей, таблеток, окрашивающих области, пораженные налетом, в яркий цвет.

Количественная и качественная оценка зубного налета проводится на основании [гигиенического индекса](#) Федорова–Володкиной, начисляемому в баллах по интенсивности окрашивания отложений йод-йодисто-калиевым раствором (жидкостью Шиллера-Писарева).

### Лечение зубного налета

Своевременное удаление мягкого зубного налета способствует оздоровлению органов полости рта, предупреждению заболеваний зубов и пародонта. Наиболее простой и эффективный способ удаления мягкого зубного налета – [механическая чистка зубов](#) помощью зубной пасты, щетки и других средств гигиены. Плотный зубной налет и налет курильщика можно удалить при обработке зубов жесткими щетками и специальными мелкодисперсными пастами. Возможно использование ирригатора полости рта для чистки труднодоступных участков (межзубных пространств, зубодесневых складок), [брекет-систем](#), [коронки](#), мостов, зубных протезов.

При массивных скоплениях зубного налета, который невозможно снять дома самостоятельно, необходимо посетить стоматолога-гигиениста для проведения [профессиональной гигиены полости рта](#), включающей этапы [ультразвукового скейлинга](#), чистки с помощью [аппарата Air-flow](#), [полировки](#) абразивной пастой и [глубокого фторирования эмали](#) зубов. Иногда для восстановления обычного цвета зубной эмали может потребоваться химическое или [фотоотбеливание](#).

### Прогноз и профилактика зубного налета

Зубной налет представляет не только эстетический недостаток, поскольку является потенциально опасным, приводит к образованию зубного камня, развитию кариеса, пульпита,

гингивита, пародонтита, преждевременной потере зубов. Поэтому удаления зубного налета должно являться частью ежедневного гигиенического ухода за полостью рта.

Мерами предупреждения накопления зубного налета является тщательная и правильная чистка зубов зубной щеткой и пастой 2 раза в день, применение зубной нити (флосса) и специальных ершиков для межзубных промежутков, полоскание рта в течение 15-30 сек. после каждого приема пищи, прохождение регулярной профессиональной гигиены полости рта.

Профилактику зубного налета у детей начинают проводить с момента появления первого молочного зуба; для коррекции гигиенических мер необходимо посещение детского стоматолога после исполнения ребенку 1,5 лет. Важно исключение или ограничение потребления простых сахаров, курения.

Источник: [https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya\\_stomatology/dental-plaque](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_stomatology/dental-plaque)

## **ЗУБНОЙ НАЛЕТ И ЗУБНОЙ КАМЕНЬ**

### **Определение**

Зубной налет – это липкая бесцветная бактериальная пленка, которая постоянно образуется на поверхности зубов и вдоль десневого края. В зубном налете содержатся бактерии, вызывающие образование кариозных полостей и развитие заболеваний десен.

Зубной камень – это кальцифицированный или затвердевший зубной налет, прикрепляющийся к зубной эмали коронки зуба и ниже десневого края.

### **Признаки и симптомы**

Зубной налет образуется у всех, поскольку в полости рта постоянно происходит рост бактерий, и его непросто заметить. Если не удалять зубной налет вдоль десневого края, это может привести к воспалению и раздражению десен.

Зубной камень – это минерализованный зубной налет, зубной камень легко заметить в случае его расположения выше десневого края. Наиболее распространенным признаком наличия зубного камня являются желтые или коричневые отложения между нижними передними зубами или вдоль десневого края.

### **Связанные проблемы или заболевания**

## **3 основных способа профилактики образования ЗУБНОГО НАЛЕТА И ЗУБНОГО КАМНЯ**

1. Тщательная чистка зубов как минимум два раза в день в течение 2 минут
2. Ежедневное использование зубной нити
3. Планирование как минимум двух регулярных посещений врача-стоматолога в год для профессиональной гигиены полости рта и стоматологического обследования

### **Остановите формирование зубного налета немедленно**

Зубной налет представляет собой липкую бактериальную пленку, которая образуется на зубах. Если не удалить зубной налет с помощью зубной щетки и зубной нити, он превратится в зубной

камень. Попробуйте одну из наших зубных паст, снижающих уровень зубного налета и предотвращающих формирование зубного камня.

### **Интерактивный метод**

#### **«ТЁМНАЯ ЛОШАДКА»**

##### **Для работы необходимо:**

1. Напечатанные на листах варианты вопросов.
2. Номерки по количеству вариантов вопросов.
3. Номерки для жеребьевки студентов.

##### **Ход работы:**

1. Группа делится жеребьевкой на 2 подгруппы по 5-6 студентов в каждой.
2. Из каждой подгруппы по одному студенту подходят к преподавателю, выбирают номер варианта вопросов и получают лист протокола.
3. В каждой подгруппе на листе протокола записывают дату, номер группы и ф. и.о. студентов подгруппы, название игры, тему занятия.
4. На обсуждение вопросов студентам дается 5 минут, затем они приступают к конкурсу.
5. Одна из двух подгрупп задаёт вопросы, другая отвечает.
6. В подгруппе, которая задаёт вопросы выбирают 3 консультанта: 1-задаёт вопросы, 2-й - отмечает на месте количество правильных ответов, 3-й - следит за временем.
7. Отвечающая подгруппа в течении 10 минут должна ответить на большое количество вопросов.
8. Преподаватель следит за правильностью ответов.
9. Каждый правильный ответ оценивается в 0,1балл. По количеству правильных ответов вся подгруппа получает одинаковое количество баллов.
10. Затем студенты 2-й подгруппы начинают задавать вопросы своего варианта студентам 1-й подгруппы.
11. По окончании конкурса подводятся итоги и в течении 15 минут обсуждаются вопросы.
12. Полученный студентами балл учитывается при выставлении текущего рейтинга занятия.
13. В журнале ставится запись о проведении данной деловой игры в нижней свободной части листа с подписью старосты.
14. Протоколы игры сохраняются у преподавателя.

### **3. Органайзеры: Кластер и концептуальная таблица**

## КЛАСТЕР

(Кластер - пучок, связка)

-способ составления карты информации – сбора идей вокруг какого-либо основного фактора для фокусирования и определения смысла всей конструкции.

- Стимулирует актуализацию знаний, помогает свободно и открыто вовлекать в мыслительный процесс новые ассоциативные представления по теме.

Знакомятся с правилами составления кластера. В центре классной доски или большого листа бумаги пишется ключевое слово или название темы из 1-2-х слов.

По ассоциации с ключевым словом приписывают сбоку от него в кружках меньшего размера «спутники» - слова или предложения, которые связаны с данной темой. Соединяют их линиями с «главным» словом. У этих «спутников» могут быть «малые спутники» и т.д. Запись идет до истечения отведенного времени или пока не будут исчерпаны идеи.

Обмениваются кластерами для обсуждения.

## Концептуальная таблица

### КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ТАБЛИЦА

- Обеспечивает сравнение изучаемых явлений, понятий, взглядов, тем и пр. по двум и более аспектам.
- Развивает системное мышление, умения структурировать, систематизировать

Знакомятся с правилами составления концептуальной таблицы. Определяют то, что подлежит сравнению, выделяют характеристики, по которым будет проводиться

Индивидуально или в мини-группах строят и заполняют концептуальную таблицу

- *по вертикали* располагается то, что подлежит сравнению (взгляды, теории, ),
- *по горизонтали* – различные характеристики, по которым проводится

Презентация результатов работы.

## Тесты

**1. При определении гигиенического состояния полости рта, для окрашивания зубного налета целесообразно использовать:**

- а) 5% настойку йода
- б) раствор Шиллера-Писарева
- в) 2% настойка йода

**2. У детей до 5 лет гигиеническое состояние полости рта оценивают с помощью индекса:**

- а) Грина-Вермилиона
- б) Федорова-Володкиной
- в) РНР

**3. При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова-Володкиной окрашивают:**

- а) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов
- б) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов
- в) язычные поверхности первых постоянных моляров

**4. При определении индекса гигиены РНР оценивается зубной налет:**

- а) по кариесогенности
- б) по интенсивности
- в) по локализации

**5. РНР-это индекс:**

- а) упрощенный гигиены полости рта
- б) эффективности гигиены полости рта
- в) папиллярно-маргинально-альвеолярный

**6. При определении индекса РМА окрашивают язычные поверхности зубов:**

- а) 16,26
- б) 16,36
- в) 36,46

**7. При профилактическом осмотре определить наличие поддесневого камня можно с помощью:**

- а) визуального осмотра
- б) зондирования
- в) рентгенологического исследования

**8. При определении индекса Грина-Вермилиона обследуют зубы:**

- а) 43,42,41,31,32,33
- б) 16,11,26,36,31,46
- в) 16,12,24,36,32,44

**9. Родители должны начинать чистить детям зубы:**

- а) с 1 года
- б) после прорезывания первого временного зуба
- в) после прорезывания временных резцов

**10. При чистке зубов зубная щетка должна охватывать зубы:**

- а) 1-1,5 рядом стоящих
- б) 2-2,5 рядом стоящих
- в) 1 сегмента

**11. Зубная щетка подлежит замене в среднем один раз:**

- а) в 1 месяц
- б) в 3 месяца
- в) в 6 месяцев

**12. Индекс РНР окрашивает вестибулярные поверхности зубов:**

- а) 16,26,11,31
- б) 16,26,36,46
- в) 16,11,31,36

**13. РНР-это индекс:**

- а) упрощенный гигиены полости рта
- б) эффективности гигиены полости рта
- в) папиллярно-маргинально-альвеолярный

**14. Информацию о наличии зубного камня дает индекс**

- а) Федорова-Володкиной
- б) РНР
- в) ИГР-У
- г) КПУ

**15. Кутикула зуба представляет собой**

- а) производное гликопротеидов слюны
- б) редуцированные клетки эпителия эмалевого органа
- в) скопление микроорганизмов и углеводов
- г) скопление микроорганизмов с органическими и минеральными компонентами

**16. Пелликула образуется на поверхности зуба**

- а) до прорезывания
- б) после прорезывания

**17. С помощью йодсодержащих растворов можно выявить наличие на зубах**

- а) кутикулы
- б) зубного налета
- в) пищевых остатков

**18. Зубной щеткой с поверхности зуба удаляется**

- а) пелликула
- б) мягкий зубной налет
- в) налет курильщика
- г) наддесневой зубной камень

**19. При определении гигиенического состояния полости рта для окрашивания зубного налета целесообразно использовать**

- а) 5% настойку йода
- б) раствор Шиллера-Писарева
- в) 2% настойку йода
- г) 10% настойку йода

**20. При определении индекса РНР окрашивают язычные поверхности следующих зубов**

- а) 16, 26
- б) 16, 36
- в) 36, 46
- г) 16, 46 .

**21. При определении индекса ГРИНА-ВЕРМИЛЛИОНА обследуют зубы**

- а) 43, 42, 41, 31, 32, 33
- б) 16, 11, 26, 36, 31, 46
- в) 16, 12, 24, 36, 32, 44
- г) 16, 26, 36, 46

**22. Наличие налета на зубах можно определить при помощи индексов**

- а) КПУ
- б) СРІТN
- в) РНР
- г) нет правильного ответа

**23. Для детей в возрасте от 2 до 4 лет в качестве средства гигиены следует рекомендовать**

- а) зубной порошок
- б) фторидсодержащие детские зубные пасты

в) гигиенические детские зубные пасты

г) солевые зубные пасты

**24. Зубная щетка подлежит замене в среднем один раз:**

а) в 1 месяц

б) в 3 месяца

в) в 6 месяцев

**Критерии оценки текущего контроля**

	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.

7.	66-70	Удовлетворитель Но «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворитель Но «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворитель Но «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

## Тема № 2 Методы обследования больных с заболеваниями ткани пародонта.

### Хронологическая карта практического занятия:

<i>Время: 310.5 минут</i>	<i>Количество студентов: 8-12</i>
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1. Введение 2. Теоритическая часть. 3. Аналитическая часть: - Органайзеры - Тесты 4. Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о основные и вспомогательные методы обследования больных с заболеваниями ткани пародонта. ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.
<b>Студент должен знать</b>	- правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об заболеваниях ткани пародонта; - о основными обследованиями больных;
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с заболеваниями пародонта (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследования: термометрия, ЭОД, чтение Rn-снимок).
<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о основными обследованиями больных; - изложить о методах обследования больных; - объяснить этиологию воспалительных процессов в периодонте; - ознакомить студентов с классификацией	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о основными обследованиями больных; - излагают о методах обследования больных; - объясняют этиологию воспалительных процессов в периодонте; - называют и дают краткую характеристику классификацию периодонтитов - комментируют и излагают классификацию

периодонтитов	периодонтитов
<i>Методы обучения</i>	Лекция, демонстрация, мозговой штурм, пинборд
<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой работы.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный опрос, письменный опрос

### Технологическая карта учебного занятия

Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	студентов
1 этап. Введение в учебное занятие 10 минут	1.1. Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме: периодонт, клетки Малассе, рыхлая и коллагеновая ткань, острые и хронические периодонтиты. Знакомит с планом, особенностями учебного занятия.	Слушают, записывают
10 минут	1.2. Называет список литературы (примечание №8)	Слушают, записывают
20 минут	1.3. Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре практического занятия.	уточняют, задают вопросы, слушают
5 минут	1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5).	
5 минут	Перемена	
2-этап Основная часть 40 минут	2.1. Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) и контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы. Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просит записывать в тетрадь о текущих информациях	Отвечают Конспектируют. Слушают, Переписывают схемы и таблицы. Задают вопросы и отвечают,
5 минут	Перемена	презентуют результаты групповой работы
15 минут	2.3. Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2)	Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.
20 минут	Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3).	
25 минут	Перемена	
5 минут		

45 минут	2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее (коллективно/индивидуально) полученную информацию. Обобщает воспроизведенные знания ( примечание №3). Перемена	Обсуждают тестовые задачи и выполняют
45 минут	2.4. Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3).	Выполняют мануальные навыки
45 минут	Перемена	Систематизируют информацию,
5 минут	2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4)	выделяют главное,
45 минут	Перемена	обмениваются
15 минут	2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение	мнениями
20 минут		
3 этап. Заключительно результатиру ющих 20.5 минут	3.1. Делает заключение по теме в целом. 3.2. Предлагает группам сообщить итоги взаимной оценки. Комментирует результаты (Примечание №5). 3.3. Дает задание для самостоятельной работы (Примечание №7).	Группы сообщают итоги взаимной оценки. Записывают задание для самостоятельной работы.

Целью обследования больного с пародонтитом и пародонтозом и другими заболеваниями этой группы является установление диагноза, степени тяжести болезни, выяснение отдельных патогенетических звеньев патологического процесса, определение роли некоторых местных и общих факторов в возникновении и развитии заболевания.

При опросе больного выясняют жалобы. При этом важно установить время обнаружения первых симптомов болезни и появления новых признаков, уточнить, сколько зубов на протяжении последнего времени было удалено в связи с расшатанностью. Выясняют наличие вредных привычек, профессиональных вредностей, характер питания (регулярность, преобладание в пищевом рационе углеводов, белков и других веществ, кулинарная обработка пищи). Устанавливают, когда, чем и как чистит больной зубы. У лиц молодого возраста следует выяснить, не страдали ли родители и другие члены семьи подобным заболеванием. Выясняют, проводилось ли лечение данной болезни и каковы были его результаты. Наряду с уточнением особенностей клинического течения заболеваний пародонта определяют общее состояние больного не только из анамнеза, но и по заключению терапевта о состоянии больного.

Исключительно важное значение имеет осмотр больного и непосредственно полости рта. Определяют положение зубов, характер прикуса, наличие диастем и трем, положение зубов в зубном ряду и т. д. Одновременно оценивают глубину преддверия рта, выраженность тяжелой слизистой оболочки, место прикрепления уздечек губ. Стоматолог должен оценить имеющиеся во рту больного ортопедические конструкции, выяснить время их изготовления, окклюзионные

соотношения. Затем осматривают слизистую оболочку рта (степень увлажненности, наличие морфологических элементов и т. д.) и приступают к оценке тканей пародонта. При определении конфигурации межзубных сосочков и других участков десны анализируют причину их деформации: за счет отека, гипертрофии, некроза и т. д. Обращают внимание на цвет десны. Различные ее оттенки— от ярко-красного до цианотичного — свидетельствуют о наличии острого или хронического воспаления. Обнаружение геморрагий на десне и пигментации возможно как проявление геморрагического синдрома при лейкозе, а проявление висмутовой каймы—при интоксикации производственного характера или в результате приема медикаментов.

Изменения в деснах могут иметь ограниченный или диффузный характер; воспаление может быть локализовано областью межзубного сосочка или распространяться на маргинальную или альвеолярную часть десны.

Количественную выраженность и протяженность гингивита можно определить с помощью специального папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (ПМАИ по Parma). Оценку воспаления производят следующим образом. Состояние десны оценивают у каждого зуба. Критерии оценки индекса: 1—воспаление десневого сосочка; 2 — воспаление маргинальной десны; 3 — воспаление альвеолярной десны.

Индекс вычисляется по формуле:

$$\text{ПМАИ} = \frac{\text{сумма показателей каждого зуба}}{\text{З: количество зубов}} \times 100\%$$

Количество зубов (при сохранении целостности зубных рядов) принимается в зависимости от возраста: 6—11 лет — 24 зуба, 12—14 лет — 28 зубов, 15 лет и старше — 30 зубов. 3 — наивысшая оценка индекса.

При пародонтите и других заболеваниях с поражением всех тканей пародонта определяют пародонтальный индекс (ПИ) по Rüssel. Пародонтальный индекс позволяет учесть не только тяжесть гингивита, но и наличие других симптомов (десневой или пародонтальный карман, расшатанность зуба). Приняты следующие оценки: 0—нет изменений; 1—легкий гингивит (воспаление не охватывает всю десну вокруг зуба); 2 — гингивит без повреждения дна десневой бороздки (клинического кармана нет); 6 — имеется десневой карман, но зуб неподвижен, нарушения его функции нет; 8 — выраженная деструкция всех тканей пародонта (зуб расшатан, может быть смещен, имеется пародонтальный карман).

Степень кровоточивости десен устанавливают по Kotzschke (1975): I степень — кровоточивость появляется редко; II — кровоточивость наблюдается во время чистки зубов; III— кровоточивость возникает как во время еды, так и спонтанно.

По рекомендации научной группы ВОЗ (1977) кровоточивость определяется после зондирования карманов. Оценку производят визуально с помощью зеркала. Отсутствие кровоточивости оценивается как 0, наличие ее— 1.

Глубину десневой и пародонтального карманов определяют с помощью специального зонда с насечками с четырех поверхностей зуба, во внимание принимают высшую оценку.

Важное значение придают определению вида и количества зубных отложений с использованием различных индексов.

Упрощенный индекс гигиены рта (УИГР), по Greene и Vermillian (1964), складывается из суммы индекса зубного налета и индекса зубного камня. Для этого исследуют вестибулярные поверхности 11, 16, 26, 31 и оральные поверхности 36, 46 зубов, для определения индексов как зубного налета, так и зубного камня.

Значения индекса зубного налета: 0 — нет налета; 1 — налет покрывает не более 1/3 поверхности зуба; 2 — налет покрывает 2/3 поверхности зуба; 3 — налет покрывает более 2/3 поверхности зуба.

Значения индекса зубного камня: 0—нет камня; 1 — наддесневой камень определяется на 1/3 поверхности зуба; 2 — наддесневой камень покрывает до 2/3 поверхности зуба; 3 — наддесневой камень покрывает более 2/3 поверхности зуба, наличие поддесневой зубного камня.

Индекс гигиены рта по Федорову — Володкиной. Раствором Писарева—Шиллера (йода кристаллического 1 г, йодида калия 2 г, дистиллированной воды 40 мл) смазывают вестибулярные поверхности следующих шести зубов: 31, 32, 33, 41, 42, 43. Затем производят количественную и качественную оценку гигиенического состояния, используя определенные оценки.

Значения количественной оценки: 1 балл — окрашивание отсутствует; 2 — окрашивание 1/4 поверхности зуба; 3 — окрашивание 1/2 поверхности зуба; 4 — окрашивание 3/4 поверхности зуба; 5 — окрашивание всей поверхности зуба.

Количественный индекс определяют по формуле:

$$K_{\Sigma} = \frac{\sum K_n}{n}$$

Где  $K_n$  - сумма значений индекса у всех зубов;  $n$  - число зубов(6).

Степень расшатанности зуба определяют с помощью пинцета, различают три степени расшатанности: I — смещение зуба в вестибулооральном направлении; II — смещение зуба в вестибулооральном и медиодистальном направлениях; III — смещение зуба во всех направлениях. При расшатанности зуба II-III степени необходимо определить состояние пульпы. Понижение возбудимости зубных тканей свидетельствует о вовлечении в патологический процесс пульпы, что иногда создает показания к трепанации коронки зуба и удалению пульпы. При обнажении корней зубов определяют степень ретракции десны. Таким образом, опрос и осмотр позволяют не только судить о наличии патологии пародонта, но и определить тяжесть некоторых клинических признаков заболевания.

Для уточнения диагноза важное значение имеют дополнительные методы исследования. Среди них рентгенографии челюстей отводят ведущее место, поэтому рентгенологический метод является обязательным в обследовании больного с патологией пародонта. По рентгенограмме определяют степень выраженности, протяженность патологических изменений и их характер. С этой целью используют внутривисочную или панорамную рентгенографию, а также ортопантомографию. Для исследования состояния пародонта у всех групп зубов при внутривисочной рентгенографии делают 4 снимка в области резцов верхней и нижней челюстей, премоляров и моляров верхней челюсти справа и нижней челюсти слева.

Применение указанных методов рентгенологического исследования в пародонтологии позволяет судить не только о выраженности, но и о патогенезе костных изменений челюстей. Выделяют следующие три типа изменений костной ткани челюстей при патологии пародонта: I—деструкция костной ткани альвеолярного отростка без распространения на другие участки челюсти и без изменений в других костях скелета; II — дистрофические изменения, выражающиеся в склеротической перестройке костной ткани альвеолярного отростка и тела челюсти. Эти изменения иногда сочетаются с перестройкой других костей скелета; III — сочетание деструктивных и дистрофических изменений в костных структурах челюстей и других костей.

Различают четыре степени деструктивных изменений костной ткани альвеолярного отростка (начальная, I, II, III) по величине резорбции (убыли) межальвеолярных перегородок на 1/3, 1/2, и 2/3 ее высоты. Для начальной степени характерны исчезновение кортикальной пластинки и остеопороз самой вершины межальвеолярной перегородки.

Из других методов дополнительного исследования для определения распространенности воспалительной реакции используют пробу Шиллера — Писарева. В ранних стадиях болезней пародонта интересные данные получают при изучении количественного и качественного состава десневой жидкости и определение величины биопотенциалов десны. В развившихся стадиях гингивита и пародонтита-цитологическое и микроскопическое исследования содержимого десневого или пародонтального кармана позволяют уточнить характер микрофлоры, степень

выраженности воспаления по клеточному составу. Эти данные могут служить для выбора антимикробных препаратов и контроля за эффективностью проводимого лечения.

Для оценки воспаления в динамике, определения неспецифической реактивности организма может быть использована проба Ясиновского (подсчет эмигрировавших лейкоцитов и слущенных клеток эпителия в смешанной слюне). В зависимости от активности воспаления в десне число лейкоцитов ротовой жидкости увеличивается в 2—6 раз.

### Тесты

1. Наибольшее количество кальция содержат

- А) молоко, сыр, зеленые овощи\*
- Б) желток, яйца, печень, хлеб
- В) рыба, мясо, птица
- Г) морковь, сыр, хлеб
- Д) кефир, молоко, шоколад

2. Для адсорбции кальция необходим витамин

- А) D\*
- Б) В
- В) С
- Г) А
- Д) Е

3. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов - это

- А) фосфор и кальций\*
- Б) железо и фосфор
- В) кальций и натрий
- Г) цинк и кальций
- Д) фосфор и кадмий

4. При высокоуглеводной диете наблюдается

- А) гипосаливация и увеличение Са/Р соотношения\*
- Б) гиперсаливация и уменьшение Са/Р соотношения
- В) гипосаливация и увеличение F/Р соотношения
- Г) гипосаливация и увеличение Са/Zn соотношения
- Д) гиперсаливация и уменьшение Са/ Zn соотношения

5. Повышение концентрации минеральных элементов в слюне способствует

- А) изменению вязкости слюны\*
- Б) повышению резистентности зубов к воздействию кислот
- В) понижению резистентности зубов к воздействию кислот
- Г) изменения не озникают
- Д) повышению резистентности зубов к воздействию щелочи

21. Функциональная травма обусловлена:

- А. неравномерным распределением нагрузки\*
- Б. продолжительным превышением нагрузки\*
- В. частичной потери зубов\*
- Г. иммунными и неспецифическими факторами защиты
- Д. дегенеративными изменениями, недостаточностью нагрузки
- Е. микробы и токсины

22. Микробная бляшка является причиной процессов:

- А. воспалительных\*
- Б. дистрофических\*
- В. нарушение биоценоза полости рта\*
- Г. гиперфункциональных
- Д. функциональной недостаточности

- Е. дегенеративных
23. Факторы развития микробной бляшки:
- А. рацион, консистенция пищи и её задержка\*
  - Б. плохая гигиена полости рта\*
  - В. микробиоценоз полости рта\*
  - Г. механизмы защиты пародонта
  - Д. патология желудочно-кишечного тракта
  - Е. дегенеративные процессы в пародонте
24. Фазы роста микробной бляшки:
- А. грамположительные кокки палочки\*
  - Б. грамотрицательные кокки, жгутиковые\*
  - В. жгутиковые, спириллы и спирохеты\*
  - Г. жгутиковые, спириллы и спирохеты, грам (+) кокки
  - Д. эширохоли, бациллы
  - Е. нормальная микрофлора
25. Лизоцим слюны:
- А. разрушает мембраны бактерий \*
  - Б. это фермент слюны\*
  - В. фактор неспецифического иммунитета\*
  - Г. восстанавливает органеллы бактерий
  - Д. является фактором роста микроорганизмов
  - Е. разрушает парадонт
26. Иммуноглобулины А, G, M:
- А. нейтрализуют экзотоксины бактерий\*
  - Б. нейтрализуют эндотоксины бактерий\*
  - В. фактор специфического иммунитета\*
  - Г. участвуют в бактериальной инвазии
  - Д. активизируют экзотоксины бактерий
  - Е. разрушает мембраны бактерий
27. Поддержание гомеостаза полости рта невозможно без:
- А. эффективной работы фагоцитов\*
  - Б. макрофагов\*
  - В. плазматических клеток\*
  - Г. ингибирования фермента миелопероксидазы
  - Д. присутствия пародонтопатогенов в десневой борозде
  - Е. воспаления парадонта
28. Внутриклеточные цитокин-модулирующие молекулы бактерий необходимы для:
- А. выживания бактерий на поверхности эпителия\*
  - Б. для колонизации бактерий\*
  - В. индуцируют резорбцию костной ткани\*
  - Г. поддержания целостности эпителия
  - Д. эффективной работы фагоцитов
  - Е. ингибирования фермента миелопероксидазы
29. Короткоцепочечные жирные кислоты:
- А. подавляют пролиферацию фибробластов\*
  - Б. снижается резистентность микрофлоры\*
  - В. подавляет хемотаксис и фагоцитоз\*
  - Г. способствуют эпителизации десны
  - Д. стимулируют пролиферацию фибробластов
  - Е. является фактором роста микроорганизмов
30. Бактериальная капсула из протеинов и полисахаридов:
- А. препятствует прикреплению к лейкоцитам\*
  - Б. снижает фагоцитоз\*

- В. поверхностная структура микроорганизмов\*
  - Г. способствует эффективному фагоцитозу
  - Д. является признаком эффективной антибиотикотерапии
  - Е. ингибирования фермента миелопероксидазы
31. Количество сывороточных иммуноглобулинов М, G при воспалении
- А. увеличивается в начале болезни\*
  - Б. снижается по мере её прогрессирования\*
  - В. фактор гуморального иммунитета\*
  - Г. остается неизменным
  - Д. интенсивно увеличивается
  - Е. вначале резко увеличивается потом остается неизменным
32. Функция иммунокомпетентных клеток хозяина:
- А. угнетается компонентами бактерий\*
  - Б. продуктами бактерий их жизнедеятельности\*
  - В. снижается при низком количестве антибактериальных пептидов\*
  - Г. не подавляется продуктами метаболизма пародонтопатогенов
  - Д. стимулируют пролиферацию фибробластов
  - Е. является фактором роста микроорганизмов
33. Активизация перекисного окисления липидов при воспалении свидетельствует о:
- А. нарушении антиоксидантной защиты организма\*
  - Б. нарушении микроциркуляции\*
  - В. нарушении агрегации и адгезии тромбоцитов\*
  - Г. низкой реактивности организма
  - Д. репаративных процессах в пародонте
  - Е. стимулируют пролиферацию фибробластов
34. Травматический периодонтит возникает от(исключите лишнее):
- А) клиновидного дефекта\*
  - Б) травмы\*
  - В) удара
  - Г) прямого прикуса
  - Д) завышенной пломбы
35. Медикаментозный периодонтит возникает от(исключите лишнее):
- А) дистиллированной воды\*
  - Б) мышьяковистой пасты
  - В) формалина
  - Г) трикрезол формалина
  - Д) фенола
36. Найдите соответствие.
- Классификация периодонтитов
- І. по происхождению (автор классификации ММСИ)
    - А) инфекционный, травматический, медикаментозный\*
    - Б) по расположению: апикальный, маргинальный\*
  - В) по клиническому течению: острый, хронический, хронический в стадии обострения

### 3. Практическое занятие

#### Тема: Строение, функции пародонта. Классификация заболеваний пародонта

<i>Время: 310.5 минут</i>	<i>Количество студентов:8-12</i>
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1.Введение 2.Теоритическая часть. 3.Аналитическая часть: - Органайзеры -Тесты 4.Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о строении и функции ткани пародонта, о заболеваниях происходящих в пародонте; ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.
<b>Студент должен знать</b>	-правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об анатомическом, гистологическом строение пародонта; - о функциях пародонта
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с пародонтитами (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследования: термометрия, ЭОД, чтение Rn-снимок).
<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о строении пародонта; -изложить о функциях пародонта; -объяснить этиологию воспалительных процессов в пародонте; - ознакомиь студентов с классификацией пародонтитов	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о строении пародонта; - излагают о функциях пародонта; -объясняют этиологию воспалительных процессов в пародонте; - называют и дают краткую характеристику классификацию пародонтитов  -комментируют и излагают классификацию пародонтитов;
<i>Методы обучения</i>	Лекция,демонстрация, мозговой штурм,пинборд
<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой

	работы.
Мониторинг и оценка	Устный опрос, письменный опрос

### Технологическая карта учебного занятия

Схема и правила заполнения истории болезни. Строение и функции периодонтита

Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	студентов
1 этап. Введение в учебное занятие 10 минут 10 минут 20 минут 5 минут 5 минут	<p>1.1.Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме:периодонт, клетки Малассе, рыхлая и коллагеновая ткань,острые и хронические периодонтиты. Знакомит с планом, особенностями учебного занятия.</p> <p>1.2.Называет список литературы (примечание №8)</p> <p>1.3.Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре практического занятия.</p> <p>1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5).</p> <p>Перемена</p>	<p>Слушают, записывают</p> <p>Слушают, записывают</p> <p>уточняют, задают вопросы, слушают</p>
2-этап Основная часть 40 минут 5 минут 15 минут 20 минут 25 минут 5 минут 45 минут	<p>2.1.Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) ва контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы. Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просить записывать в тетрадь о текущих информациях</p> <p>Перемена</p> <p>2.3. Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2) Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3 ).</p> <p>Перемена</p> <p>2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее</p>	<p>Отвечают</p> <p>Конспектируют.</p> <p>Слушают, Переписывают схемы и таблицы. Задают вопросы и отвечают, презентуют результаты групповой работы Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.</p> <p>Обсуждают</p>

45 минут 45 минут 5 минут 45 минут 15 минут 20 минут	(коллективно/индивидуально) полученную информацию. Обобщает воспроизведенные знания ( примечание №3). Перемена 2.4. Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3). Перемена 2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4) Перемена 2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение	тестовые задачи и выполняют Выполняют мануальные навыки Систематизируют информацию, выделяют главное, обмениваются мнениями
3 этап. Заключительную результатирующий 20.5 минут	3.1. Делает заключение по теме в целом. 3.2. Предлагает группам сообщить итоги самооценки. Комментирует результаты (Примечание №5). 3.3. Даёт задание для самостоятельной работы (Примечание №7).	Группы сообщают итоги самооценки. Записывают задание для самостоятельной работы.

### Текст

Заболевания тканей, окружающих зуб, относятся к числу болезней, известных с древнейших времен. С прогрессом цивилизации распространенность заболеваний пародонта резко повысилась. Значимость болезней пародонта как общемедицинской и специальной проблемы определяется значительной распространенностью их в мире, большой потерей зубов и отрицательным влиянием пародонтальных очагов инфекции в связи с образованием пародонтального кармана на организм в целом.

Современные эпидемиологические данные свидетельствуют не только о значительной распространенности патологии пародонта у детей и взрослых, но и о влиянии на частоту заболевания зубных отложений, гигиены полости рта, некачественных протезов и пломб, зубочелюстных деформаций, окклюзионной травмы, нарушения строения тканей преддверия полости рта, особенностей ротового дыхания; употребляемых лекарственных препаратов, перенесенных и сопутствующих заболеваний, экстремальных факторов, приводящих к нарушению компенсаторных механизмов естественного иммунитета и др.

А. И. Грудянов и Г. М. Барер (1994) показали, что лишь у 12 % людей пародонт здоровый, у 53 % отмечены начальные воспалительные, у 23 % — начальные деструктивные изменения, а у 12 % имеются поражения средней и тяжелой степени: начальные воспалительные и деструктивные изменения очень часто (в 38 и 23 % соответственно) встречаются у лиц в возрасте 25—34 лет, однако деструктивные изменения средней и тяжелой степеней у них встречаются более чем в 3 раза чаще, чем в предыдущей группе. В возрастных группах 35—44, 45—54, 55 лет и старше число лиц с начальными изменениями пародонта прогрессивно уменьшается на 26—15 % при одновременном росте изменений средней и тяжелой степени — до 75 %.

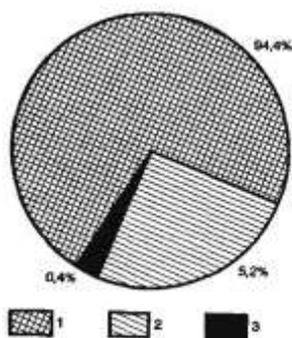


Рис. 9.1. Распространенность различных форм гингивита у школьников.  
1 — катаральный; 2 — гипертрофический;  
3 — атрофический.

Согласно результатам многочисленных эпидемиологических исследований отечественных и зарубежных авторов, наиболее часто встречающейся патологией пародонта в молодом возрасте является гингивит (рис. 9.1), после 30 лет — пародонтит.

По данным доклада научной группы ВОЗ (1990), в котором обобщены результаты обследования населения 53 стран, высокий уровень заболевания пародонта отмечен как в возрастной группе 15—19 лет (55—99 %), так и в группе 35-44 года (65-98 %).

Говоря о рекомендациях ВОЗ по изучению эпидемиологии заболеваний пародонта, необходимо указать на значение социальных факторов (возраст, пол, раса, социально-экономическое положение), местных причин (микробная бляшка, окклюзионная травма, ятрогения — дефекты пломбирования, протезирования, ортодонтического лечения); привычек (несоблюдения правил гигиены полости рта, курение, жевание бетеля); системных факторов (гормональные изменения пародонта в период полового созревания, беременности, менопаузы и др.), лекарственной терапии (гидантоин, стероидные препараты, иммунодепрессанты, пероральные противозачаточные средства, соли тяжелых металлов, циклоспорин и др.).

#### КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

В современной пародонтологии можно насчитать несколько десятков классификаций заболеваний пародонта. Такое большое число классификационных схем объясняется не только многообразием видов патологии пародонта, но главным образом различием во взглядах на характер поражения и отсутствием единого принципа систематизации, т.е. того, что лежит в основе классификации — клинические проявления, патоморфология, этиология, патогенез или характер и распространенность процесса. Большое число различных классификаций заболеваний пародонта объясняется также отсутствием точных знаний как о локализации первичных изменений при поражении пародонта, так и о причинно-следственных взаимоотношениях заболеваний разных органов и систем организма и патологией пародонта.

Следует определить содержание тех основных категорий, которыми пользуются стоматологи для систематизации заболеваний пародонта. Такими категориями являются клиническая форма заболеваний пародонта с указанием характера патологического процесса и стадийности (тяжесть) течения его при данной форме.

Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что клиническими формами заболевания пародонта являются гингивит, пародонтит, пародонтоз и пародонтома. В отечественных классификациях приоритет ранее отдавался термину «пародонтоз», поскольку считалось, что в основе различных клинических проявлений поражения пародонта лежит единый патологический процесс — дистрофия тканей пародонта, ведущая к постепенной резорбции альвеолы, образованию пародонтальных карманов, гноетечению из них и в конечном итоге к элиминации зубов. Из

систематизации заболеваний пародонта, отражающих эту точку зрения, следует назвать классификации А. Е. Евдокимова, И. Г. Лукомского, Я. С. Пеккера, И. О. Новика, И. М. Старобинского, А. И. Бегельмана. В дальнейшем были созданы классификации, базирующиеся на признании наличия в пародонте ряда различных по своему характеру процессов, сопровождающихся воспалительными, дистрофическими и опухолевыми изменениями. Они включают все заболевания, встречающиеся как в отдельных тканях пародонта, так и во всем функционально- тканевом комплексе независимо от того, развились ли они под влиянием местных или общих причин, на фоне каких- либо общих заболеваний или без их участия; эти представления основаны на понимании единства всех тканей пародонта (классификации АРРА, ВОЗ, Е. Е. Платонова, Д. Свракова, Н.Ф.Данилевского, Г. Н. Вишняк, И. Ф. Виноградовой, В. И. Лукьяненко, Б. Д. Кабакова, Н. М. Абрамова).

В течение 1951 — 1958 гг. международная организация по изучению заболеваний пародонта (АРРА) разработала и приняла следующую классификацию пародонтопатий:

Классификация пародонтопатий (АРРА)

I. Parodontopathiae inflammatae:

- paradontopathia inflammata superficialis (gingivitis);
- paradontopathia inflammata profunda (parodontitis).

II. Parodontopathia dystophica (parodontosis).

III. Parodontopathia mixta (parodontitis dystrophica, parodontosis inflammatoria).

IV. Parodontosis idiopathica interna (desmondontosis, parodontosis juvenihis).

V. Parodontopathia neoplastica (parodontoma).

Классификация пародонтопатий (АРРА) построена на принципе выделения трех основных и характерных процессов общей патологии — воспалительных, дистрофических и опухолевых. Как видно из этой классификации, пародонтоз (воспалительно-дистрофическая и дистрофическая формы) входит в понятие пародонтопатий. Пародонтопатий, сопровождающиеся быстрым течением процесса и встречающиеся чаще у детей при неясности этиологического фактора, получили название десмонтоза. Быстрое разрушение тканей пародонта в детском возрасте наблюдается также при синдроме Папийона—Лефевра (кератодермия), болезни Летерера—Зиве (острый ксантоматоз), болезни Хенда—Крисчена—Шюллера (хронический ксантоматоз), болезни Таратынова (эозинофильная гранулема), которые относят к гистиоцитозу X. При этих заболеваниях неясной этиологии образуются пародонтальные карманы с выделением гноя, прогрессирующей подвижностью зубов.

Этот нозологический принцип систематики заболеваний пародонта широко используется в классификациях ВОЗ, Франции, Италии, Англии, США, Южной Америки.

Эта классификация применялась бы и до сих пор, если бы не сам термин «пародонтопатия» как диагноз, хотя справедливости ради надо признать, что в общемедицинской практике он используется, например гепатопатия, энзимопатия, кардиомиопатия и др.

В настоящее время у нас в стране узаконены терминология и классификация болезней пародонта, утвержденные на XVI Пленуме Всесоюзного общества стоматологов (1983).

Классификация рекомендована для применения в научной, педагогической и лечебной работе. В приведенной ниже классификации использован нозологический принцип систематизации болезней, одобренный ВОЗ.

Классификация болезней пародонта

I. Гингивит — воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Форма: катаральный, гипертрофический, язвенный.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострение, ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

II. Пародонтит — воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией пери- одонта и кости.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострение (в том числе абсцедирование), ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

III. Пародонтоз — дистрофическое поражение пародонта.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: хроническое, ремиссия.

Распространенность: генерализованный.

IV. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта.

V. Пародонтомы — опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.

С точки зрения основного принципа (объединение всех известных видов поражения соединительной ткани) приведенная квалификация не имеет слабых сторон, она помогает научно обосновать терапию и профилактику каждой формы заболевания пародонта.

Представляет интерес классификация последних лет [Lisqarten, 1986; Watanabe, 1991, и др.], особенно выделение быстротекущего пародонтита у взрослых (до 35 лет).

I. Препубертатный пародонтит (7—11 лет): А локализованная форма;

▲ генерализованная форма.

II. Ювенильный пародонтит (11—21 год):

▲ локализованная форма (ЛЮП); А генерализованная форма (ГЮП).

III. Быстротекущий пародонтит взрослых (до 35 лет):

▲ у лиц, имевших ЛЮП или ГЮП в анамнезе;

А у лиц, не имевших ЛЮП или ГЮП в анамнезе.

IV. Пародонтит взрослых (без ограничения возраста).

### 9.3. СТРОЕНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

• Пародонт<sup>1</sup> объединяет комплекс тканей, имеющих генетическую и функциональную общность: десна с надкостницей, периодонт, кость альвеолы и ткани зуба.

Десна. Десна делится на свободную, или межзубную, и альвеолярную, или прикрепленную. Выделяют также маргинальную часть десны.

Свободной (межзубной) называется десна, располагающаяся между соседними зубами. Она состоит из губощеч- ных и язычных сосочков, образующих межзубный сосочек, имеющий форму треугольника, вершиной обращенного к режущим (жевательным) поверхностям зубов, и выполняет пространство между соседними зубами.

Прикрепленной (альвеолярной) называется часть десны, покрывающая альвеолярный отросток. С вестибулярной поверхности альвеолярная десна у основания альвеолярного отростка переходит в слизистую оболочку, покрывающую тело челюсти и переходную складку; с оральной поверхности альвеолярная десна переходит на верхней челюсти в слизистую оболочку твердого неба, а на нижней челюсти — в слизистую оболочку дна полости рта. Альвеолярная десна

<sup>1</sup> В англоязычных странах принят термин «периодонт». Отсюда «periodontal disease» — болезни периодонта (пародонта).



Рис. 9.2. Циркулярная связка зуба. Микрофотография.

неподвижно прикреплена к подлежащим тканям за счет соединения волокон собственно слизистой оболочки с надкостницей альвеолярных отростков челюстей.

Маргинальной обозначают часть десны, прилежащей к шейке зуба, где вплетаются волокна циркулярной связки зуба, которая вместе с другими волокнами образует толстую мембрану, предназначенную для защиты периодонта от механических повреждений (рис. 9.2). Свободная десна, заканчивающаяся десневым сосочком, прилежит к поверхности зуба, отделяясь от нее десневым желобком. Основную массу ткани свободной десны составляют коллагеновые волокна, но, кроме них, обнаруживаются и эластичные волокна. Десна хорошо иннервирована и содержит различные виды нервных окончаний (тельца Мейснера, тонкие волокна, входящие в эпителий и относящиеся к болевым и температурным рецепторам).

Плотное прилегание маргинальной части десны к шейке зуба и устойчивость к различным механическим воздействиям объясняются тургором, т. е. внутритканевым давлением, обусловленным высокомолекулярным межфибрилярным веществом.

Десна образована многослойным плоским эпителием, собственной оболочкой (*lamina propria*); подслизистый слой (*submucosa*) не выражен. В норме эпителий десны ороговеет и содержит зернистый слой, в цитоплазме клеток которого находится кератогиалин. Ороговение эпителия десны большинством авторов рассматривается как защитная функция в связи с частым механическим, термическим, химическим раздражением ее при жевании.

Важную роль в защитной функции эпителия десны, особенно в отношении проникновения инфекции и токсинов в подлежащую ткань, играют гликозаминогликаны (ГАГ), находящиеся в составе склеивающего вещества между клетками многослойного плоского эпителия. Известно, что кислые ГАГ (хондроитинсерная кислота А и С, гиалуроновая кислота, гепарин), являясь сложными высокомолекулярными соединениями, играют большую роль в трофической функции соединительной ткани, в процессах регенерации и роста тканей.

Нейтральные ГАГ (гликоген) обнаруживаются в эпителии десны. Гликоген локализуется главным образом в клетках шиповидного слоя, количество его незначительно и с возрастом уменьшается. Нейтральные ГАГ обнаруживаются также в эндотелии сосудов, в лейкоцитах, находящихся внутри сосудов. Рибонуклеиновая кислота (РНК) обнаруживается главным образом в цитоплазме эпителиальных клеток базального слоя и плазматических клеток соединительной ткани.

Сульфгидрильные группы поверхностных кератинизированных слоев эпителия обнаружены в цитоплазме и межклеточных мостиках. При гингивите и пародонтите за счет отека и утраты межклеточных связей происходит исчезновение сульфгидрильных групп внутри клеток. В периодонте нейтральные ГАГ выявляются по ходу пучков

коллагеновых волокон по всей линии пародонта, в первичном цементе их мало; в несколько большем количестве они обнаруживаются во вторичном цементе; в костной ткани они располагаются главным образом вокруг каналов остеонов.

Изучение распределения кислых ГАГ в тканях пародонта показало их наличие в десне, особенно в области соединительнотканых сосочков, базальной мембране; в стро-ме (коллагеновые волокна, сосуды) их мало, тучные клетки содержат кислый РАГ. В пародонте кислые ГАГ располагаются в стенках сосудов, по ходу пучков коллагеновых волокон по всей пародонтальной мембране, с некоторым увеличением их содержания в области циркулярной связки зуба. В цементе, особенно вторичном, постоянно обнаруживаются ГАГ. Кислые ГАГ в кости встречаются вокруг остеоцитов, на границе остеонов.

В настоящее время имеются бесспорные данные о значительной роли системы гиалуроновая кислота — гиалуронидаза в регуляции проницаемости капиллярно-соединительных структур. Гиалуронидаза, вырабатываемая микроорганизмами (тканевая гиалуронидаза) вызывает деполимеризацию ГАГ, разрушает связь гиалуроновой кислоты с белком (гидролиз), резко повышая тем самым проницаемость соединительной ткани, которая теряет барьерные свойства. Следовательно, ГАГ обеспечивает защиту тканей пародонта от действия бактериальных и токсичных агентов.

### **Интерактивный метод**

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.8б. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие. Работы студентов сохраняются преподавателем.

#### **Вопросы по теме**

- 1) Расскажите анатомия и гистология строение пародонта?
- 2) Какие функции выполняет пародонт?
- 3) Расскажите классификацию периодонтитов по ARPA?
- 4) Какие классификации периодонтитов вы знаете?

#### **Тесты.**

1. Пародонт это:

- а) комплекс тканей, имеющих генетическую и функциональную общность: десна с надкостницей, пародонт, кость альвеолы и ткани зуба
- б) сложное анатомическое образование соединительнотканного происхождения, расположенная между компактной пластинкой зубной ячейки и цементом корня зуба
- в) комплекс тканей, имеющих общее генетическое начало: пульпа, пародонт, десна
- г) комплекс образований: десна, пульпа, пародонт
- д) нет правильного ответа.

2. Десна делится на:....

- а) свободную, межзубную, прикрепленную

- б) прикрепленную, альвеолярную, маргинальную
- в) свободную, прикрепленную, маргинальную
- г) межзубную, альвеолярную, маргинальную
- д) в, г.

3. Свободная десна состоит:...

- а) из слизистой оболочки и переходной складки
- б) из губощечных и язычных сосочков
- в) из небных и язычных сосочков
- г) из коллагеновых и эластических сосочков
- д) из губных, щечных и язычных сосочков.

4. Прикрепленной называется часть десны:....

- а) покрывающая альвеолярный отросток
- б) располагающая между соседними зубами
- в) прилежащая к шейке зуба
- г) образованная многослойным плоским эпителием
- д) плотно прилежащая к маргинальной части зуба.

5. Маргинальной обозначают часть десны:

- а) располагается между соседними зубами
- б) покрывающей альвеолярный отросток
- в) образованная многослойным плоским эпителием
- г) прилежащей к шейке зуба
- д) нет правильного ответа.

6. Десна образована:....

- а) многослойным цилиндрическим эпителием
- б) однослойным плоским эпителием
- в) многослойным ороговевающим эпителием
- г) многослойным не ороговевающим эпителием
- д) многослойным плоским ороговевающим эпителием.

7. Десневой эпителий состоит из:....

- а) рогового, эпителия бороздки и соединительнотканного, или эпителия прикрепления
- б) промежуточного между многослойным плоским и соединительным эпителием
- в) фибробластов, гистиоцитов и лимфоцитов
- г) многослойного плоского эпителия
- д) а, в.

8. Связочный аппарат периодонта состоит из:....

- а) из эластических волокон, располагающихся параллельно друг другу
- б) из коллагеновых волокон, расположенных в виде пучков
- в) из эластических и коллагеновых волокон, расположенных параллельно друг другу
- г) из клеточных элементов
- д) из соединительной ткани.

9. Кость межзубной перегородки состоит из:....

- а) цемента корня и альвеолярный кости
- б) остеобластов и остеокластов
- в) костных пластинок с системой остеобластов
- г) компактного костного вещества, образующего альвеолярную пластинку, состоящую из костных пластинок с системой остеокластов
- д) компактного костного вещества, образующего пластинку, которая состоит из костных пластинок с системой остеонов.

10. Ткани пародонта снабжаются артериальной кровью из:....

- а) бассейна наружно сонной артерии, ее ветвью – челюстной артерии
- б) бассейна внутренней сонной артерии, ее ветвью – челюстной артерии
- в) верхнечелюстной и нижнечелюстной артерии
- г) нижней сонной артерии, артериолы, прекапилляры

д) нет правильного ответа.

11. Иннервация пародонта осуществляется за счет:

- а) первой и третьей ветвей тройничного нерва
- б) ветвей зубных сплетений первой и второй ветвей тройничного нерва
- в) ветвей зубных сплетений второй и третьей ветвей тройничного нерва
- г) всех ветвей тройничного нерва
- д) все ответы верны.

12. Функции пародонта:

- а) трофическая
- б) барьерная
- в) рефлекторная регуляция жевательного давления
- г) пластическая и амортизирующая
- д) все ответы верны.

13. К клеточным факторам местной защиты пародонта относятся:

- а) Т- и В- лимфоциты, нейтрофилы
- б) лейкоциты В-лимфоциты
- в) макрофаги, тучные клетки
- г) лейкоциты, Т-лимфоциты, макрофаги
- д) а, в.

14. Трофическая функция пародонта обусловлена:

- а) сетью капилляров и нервных рецепторов
- б) лимфатическими и кровеносными сосудами
- в) хорошей иннервацией
- г) артериолами, прекапиллярами
- д) сетью капилляров и лимфатическими сосудами.

15. Ход пародонта – мускулярного рефлекса показали:

- а) Е.В. Боровский
- б) В.К. Леонтьев
- в) И.С. Рубинов
- г) В.С. Иванов
- д) А.П. Капканян.

16. Пластическая функция пародонта заключается в:

- а) регуляции жевательного давления
- б) воссозданию тканей пародонта
- в) сохранен и клеток
- г) регуляции иннервации
- д) все ответы верны.

17. Амортизирующая функция выполняет:

- а) эластические волокна
- б) коллагеновые волокна
- в) клеточный состав пародонта
- г) эластические волокна и клетки
- д) а, б.

18. Классификация пародонтопатии построены на:

- а) принципы выделения трех основных и характерных процессов общей патологии: воспалительных, дистрофических и опухолевых
- б) воспалительно-дистрофических и дистрофических изменениях
- в) этиологических факторах, вызывающих данные заболевания
- г) нозологическом принципе систематизации болезней
- д) нет правильного ответа.

19. Заболевания пародонта составляющие классификацию, принятую на XVI Пленуме Всесоюзного общества стоматологов (1983:

- а) гингивит, пародонтит

б) пародонтоз, пародонтомы

в) идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта

г) а, б, в

д) а, б.

### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным

			вопросам.
8	61-65	Удовлетворительно «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.

#### №4. Практическое занятие

**Тема: Гингивиты Катаральный гингивит. Клиника и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика**

#### Технологическая карта практического занятия

	<i>Количество студентов:8-12</i>
<i>Время: 310.5 минут</i>	
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1.Введение 2.Теоритическая часть. 3.Аналитическая часть: - Органайзеры -Тесты 4.Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о строении и функции ткани периодонта, о заболеваниях происходящих в периодонте; ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.
<b>Студент должен знать</b>	-правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об анатомическом, гистологическом строение периодонта; - о функциях периодонта
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с периодонтитами (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследования: термометрия, ЭОД, чтение Rn-снимок).
<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о строении периодонта; -изложить о функциях периодонта; -объяснить этиологию воспалительных процессов в периодонте; - ознокомить студентов с классификацией периодонтитов	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о строении периодонта; - излагают о функциях периодонта; -объясняют этиологию воспалительных процессов в периодонте; - называют и дают краткую характеристику классификацию периодонтитов -комментируют и излагают классификацию периодонтитов;
<i>Методы обучения</i>	Лекция,демонстрация, мозговой штурм,пинборд

<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой работы.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный опрос, письменный опрос

### Технологическая карта учебного занятия

Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	студентов
1 этап. Введение в учебное занятие 10 минут  10 минут 20 минут  5 минут  5 минут	<p>1.1.Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме:периодонт, клетки Малассе, рыхлая и коллагеновая ткань,острые и хронические периодонтиты. Знакомит с планом, особенностями учебного занятия.</p> <p>1.2.Называет список литературы (примечание №8)</p> <p>1.3.Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре практического занятия.</p> <p>1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5).</p> <p>Перемена</p>	<p>Слушают, записывают</p> <p>Слушают, записывают</p> <p>уточняют, задают вопросы, слушают</p>
2-этап Основная часть 40 минут  5 минут  15 минут  20 минут  25 минут	<p>2.1.Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) ва контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы. Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просить записывать в тетрадь о текущих информациях</p> <p>Перемена</p> <p>2.3. Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2)</p> <p>Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3 ).</p> <p>Перемена</p>	<p>Отвечают</p> <p>Конспектируют.</p> <p>Слушают, Переписывают схемы и таблицы.</p> <p>Задают вопросы и отвечают, презентуют результаты групповой работы</p> <p>Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.</p> <p>Обсуждают тестовые задачи и выполняют</p> <p>Выполняют мануальные навыки</p> <p>Систематизируют</p>

5 минут 45 минут	2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее (коллективно/индивидуально) полученную информацию. Обобщает воспроизведенные знания ( примечание №3). Перемена	информацию, выделяют главное, обмениваются мнениями
45 минут 45 минут	2.4. Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3).	
5 минут 45 минут	Перемена 2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4)	
15 минут 20 минут	Перемена 2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение	
3 этап. Заключительно результатиру ющих 20.5 минут	3.1. Делает заключение по теме в целом. 3.2. Предлагает группам сообщить итоги самооценки. Комментирует результаты (Примечание №5). 3.3. Дает задание для самостоятельной работы (Примечание №7).	Группы сообщают итоги самооценки. Записывают задание для самостоятельной работы.

Группу гингивитов составляют следующие самостоятельные формы поражения маргинального пародонта: катаральный, гипертрофический, язвенный, атрофический. Здесь будут рассмотрены первые 3 формы гингивита как наиболее часто встречающиеся в клинической практике.

Катаральный гингивит. В клинике встречается чаще других. Воспаление может иметься в маргинальном пародонте 1—2 зубов или быть генерализованным. Особенности локализации воспалительного процесса в маргинальном пародонте во многом зависят от этиологических факторов. Местные причины вызывают или способствуют появлению локализованного гингивита.

Генерализованные симметричные поражения пародонта в молодом возрасте с локализацией на верхней челюсти и в области передних зубов обеих челюстей свидетельствуют о превалирующей роли в их развитии скорее общих, чем местных, факторов (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, поражения желудочно-кишечного тракта и др.). При лейкозах (лимфолейкоз, миелолейкоз) гингивит начинает развиваться на фоне анемичной слизистой оболочки. Возникшая гиперемия протекает без выраженного отека тканей. В этих случаях гиперемизированные участки десны четко выделяются в полости рта. В далеко зашедших случаях болезни появляются кровоизлияния, и затем быстро развивается язвенный гингивит. Из рта ощущается неприятный гнилостный запах. Больные боятся принимать пищу, неохотно разговаривают. Часто состояние полости рта причиняет им больше неприятностей, чем основная болезнь. Стоматологу приходится встречаться с подобными больными в связи с кровотечениями из полости рта. Систематическое профузное кровотечение из десен становится изнурительным и приводит к общей анемии.

У пациентов, чья профессия связана с влиянием свинца, висмута, алюминия, ртути, йода, брома и др., может возникать катаральный или язвенный гингивит. При длительной профессиональной интоксикации появляются и общие симптомы: головная боль, боли в животе, диспепсические явления.

При дифференциальной диагностике не следует путать гингивит с пигментацией по краю десны, отмечающейся у представителей некоторых южных народностей — арабов, африканцев и др.

Катаральный гингивит у взрослых чаще всего протекает как хронический воспалительный процесс. Симптоматика его довольно бедна: больные жалуются на кровоточивость десен во время еды и при чистке зубов, неприятный вкус во рту и запах.

При объективном обследовании обнаруживаются отек и гиперемия десневого края и межзубных сосочков, кровоточивость из вершины сосочков при надавливании у их основания и зондировании, наличие зубных отложений, йодоположительная реакция. Общее состояние больных не нарушено, за исключением острого или обострения хронического гингивита.

При рентгенологическом обследовании патологические изменения в костной ткани альвеолярных отростков челюстей, как правило, не выявляются.

Тяжесть гингивита определяется совокупностью общих изменений организма и степенью вовлечения десны в патологический процесс.

Для гингивита легкой степени характерно поражение преимущественно десневых сосочков, средней тяжести — маргинальной десны, для тяжелого — поражение всей десны, включая альвеолярную.

## ЭТИОЛОГИЯ

Воспаление десны при катаральном гингивите носит неспецифический характер, клинически и морфологически развивается так же, как в других органах и тканях. Причинные факторы: микробный; механическая, химическая, физическая травма и др. В настоящее время общепризнано ведущее значение микробного налёта (микробная бляшка, или биоплёнка) в этиологии катарального гингивита. Под влиянием токсинов микробной бляшки через 3–4 дня развивается первоначальное острое воспаление, или острый катаральный гингивит. В подавляющем большинстве пациенты не обращаются к специалистам в связи с кратковременным мало- либо асимптоматичным течением острой фазы. В связи с этим клиническая значимость этой формы несущественная. Через 3–4 нед воспаление принимает характер хронического со всеми клинико-морфологическими признаками. Это хронический катаральный гингивит.

Микробная бляшка — это структурное образование на вторичной кутикуле эмали зуба (пелликуле), плотно соединённое с ней. Вначале более чем на 75% её составляют аэробные микроорганизмы, или сапрофиты: стрептококки, стафилококки, актиномицеты и др. Позднее начинают преобладать анаэробы (фузобактерии, трепонемы, амёбы, трихомонады и др.). Главная причина образования микробного налёта — неудовлетворительная чистка зубов. Нарушение их естественного самоочищения, изменение количества выделяемой слюны и её качества, ротовое дыхание, преобладание в пищевом рационе углеводов, мягкой пищи, придесневые кариозные полости — это те местные факторы, которые усиливают накопление микроорганизмов и соответственно их влияние.

Для реализации повреждающего потенциала микробных скоплений имеет значение состояние защитных сил организма, его иммунный статус, который подвержен изменению, ослаблению под неблагоприятным воздействием не только общих заболеваний организма, но и экологических факторов, питания, приёма некоторых лекарственных препаратов (иммунодепрессанты, цитостатики и др.).

Таким образом, гингивит развивается лишь в том случае, когда основной этиологический фактор (микробный) находит соответствующие условия в организме пациента.

### **ПАТОГЕНЕЗ**

Механизм патологических изменений в десне можно кратко представить следующим образом. Для стадии раннего воспаления характерно проникновение в ткани десны большого количества (до 70% от общего количества клеток) лимфоцитов мелкого и среднего размера, а также полиморфноядерных лейкоцитов, макрофагов, плазматических и тучных клеток. Поэтому морфологическая особенность ранней стадии воспаления — именно плотные мелкоклеточные инфильтраты с преобладанием лимфоцитов на препаратах. В здоровой десне Т-лимфоциты численно преобладают над В-лимфоцитами во всех её зонах. При хроническом пародонтите в десне обнаруживают многочисленные В-лимфоциты и плазматические клетки. Чем тяжелее течение заболевания, тем выше содержание В-лимфоцитов и плазматических клеток, продуцирующих IgG, IgA, IgM. Морфологически фаза установившегося воспаления характеризуется преобладанием в клеточном инфильтрате плазматических клеток, которые отражают иммунный ответ на повреждение.

В стадию установившегося воспаления наблюдают картину смешанного инфильтрата, состоящего из полиморфноядерных лейкоцитов, мелких и средних лимфоцитов, крупных плазматических клеток. Это свидетельствует о том, что в тканях одновременно наблюдается картина хронического и острого воспаления. Главное отличие фазы прогрессирующего воспаления состоит в том, что плазматические клетки составляют до 80% всех клеток экссудата. Это свидетельствует о хронизации воспаления и активном вовлечении иммунных механизмов воспаления. Плазматические клетки — это конечный этап развития В-лимфоцитов, они обеспечивают гуморальный иммунитет путём активной выработки иммуноглобулинов. В очагах поражения пародонта количество плазматических клеток нарастает пропорционально тяжести процесса и степени разрушения тканей.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА**

Характерные признаки катарального гингивита:  
-заболевание выявляют у детей и подростков или у лиц молодого возраста;  
-десна гиперемирована, отёчна или в области всех зубов, или нескольких зубов;  
-зубодесневое соединение сохранено;  
-в зависимости от интенсивности воспаления отмечается разная степень кровоточивости, но зондовая проба на кровоточивость всегда положительная;  
-имеется неминерализованный зубной налёт и(или) зубной камень;  
-на рентгенограмме нет признаков деструкции межальвеолярных перегородок;  
-общее состояние больных обычно не нарушено, за исключением острого и обострения хронического катарального гингивита. Как правило, при этом причиной бывает либо травма (в том числе при некорректном изготовлении ортопедических конструкций) или химические повреждения. Обычно он встречается у детей вследствие резкого повышения патогенного действия микробной бляшки при условии значительного снижения активности факторов местной и общей защиты, как правило, вследствие вирусной или иной инфекции (ОРВИ, грипп и др.), поэтому его справедливо расценивают как почти закономерное осложнение этих и ряда других общих заболеваний. Острая стадия длится от 3 до 7 дней. В случае выздоровления ребёнка острое воспаление либо проходит полностью, либо переходит в хроническую форму. У взрослых хронический катаральный гингивит как самостоятельная форма встречается редко.

Жалобы при катаральном гингивите весьма скудны. В большинстве случаев больные долгое время не подозревают о наличии заболевания, так как начало гингивита обычно не сопровождается значительной болью и другими неприятными симптомами. Главным же симптомом является кровоточивость десны, но пациенты обычно с этим справляются сами: они либо вообще перестают чистить зубы, либо начинают пользоваться мягкой щёткой, полоскать полость рта настоями трав и т.д. Поскольку в большинстве случаев кровоточивость либо спонтанно, либо под действием предпринимаемых мер прекращается или значительно уменьшается, то пациенты редко обращаются к врачу самостоятельно. Обычно лечение рекомендует врач-стоматолог. Иногда обратиться к специалисту заставляет появление запаха

из рта.

Клинико-лабораторные методы диагностики  
Для объективизации местного статуса при катаральном гингивите используют несколько показателей. Количество микробного налёта определяют по величине его скопления в пришеечной области — по индексу Силнесса–Лоэ (Silness J., Loe H., 1964) (рис. 14-4) или по гигиеническому упрощённому индексу Грина–Вермильона (Green J.C., Vermillion J.R., 1967). Интенсивность воспаления определяют с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (Shour J., Massler M., 1947, в модификации Parma C., 1960) или индекса кровоточивости Мюлеманна (Muhlemann H.R., 1971, в модификации Cowell J., 1975), (рис. 14-5) с помощью так называемой зондовой пробы.

Для практических врачей этих показателей достаточно. В научных целях представляет интерес изучение состояния микроциркуляторного русла десны методом витальной микроскопии, реопародонтографии, лазерной доплеровской флоуметрии; напряжения кислорода (pO<sub>2</sub>) в десне — методом полярографии; количественного и качественного состава десневой жидкости. При клиническом анализе в крови не выявляют специфические изменения, характерные для катарального гингивита. Только изучение капиллярной крови десны позволяет выявить определённые изменения уже в начальных стадиях воспаления (увеличение содержания полиморфноядерных лейкоцитов, иммуноглобулинов, интерлейкинов, белковых фракций комплемента и др.) по сравнению с показателями периферической крови. Однако для практиков это не представляет интереса.

Рентгенологически изменения костной ткани на ранних стадиях развития гингивита отсутствуют (компактная пластинка межзубных перегородок сохранена). Однако при хронизации процесса или его обострении в верхушках межзубных перегородок определяют мелкие очаги остеопороза, которые обычно исчезают после проведённого лечения или самостоятельно — в случае ремиссии.

Катаральный хронический гингивит дифференцируют с гипертрофическим (его отёчной формой), пародонтитом лёгкой степени, проявлениями на десне некоторых дерматозов — КПЛ, пузырчатка и др.

## ЛЕЧЕНИЕ

Лечение больных хроническим катаральным гингивитом должно включать в первую очередь устранение главной причины воспаления — зубных отложений — с помощью набора ручных инструментов (рис. 14-6) или ультразвуковых аппаратов (рис. 14-7). Это следует проводить обязательно под местной анестезией, после предварительной обработки полости рта растворами антисептиков [листерина<sup>®</sup>, фурацилина<sup>♣</sup>, хлоргексидина, асепты (полоскания) и др.]. Затем необходимо устранить местные факторы, которые способствуют усиленному скоплению зубного налёта; восстановить контактные пункты, запломбировать

пришеечные полости, преимущественно с применением светоотверждаемых композитов либо керамических вкладок.

Обязательно нужно не только обучить пациента правилам чистки зубов, но и проконтролировать умение пациента выполнять их. С помощью красителей для индикации налёта пациенту демонстрируют микробные скопления до чистки и оставшиеся после чистки плохо очищенные участки. Индивидуально рекомендуют средства гигиены: зубные щётки, флоссы, ирригаторы, межзубные ёршики, стимуляторы, а также пасты и полоскания, содержащие лечебные добавки. Контроль над выполнением правил гигиены полости рта проводят в первую неделю каждое посещение, а затем 1 раз в неделю на протяжении месяца. В процессе лечения целесообразно после чистки зубов назначать пациенту полоскания растворами листерина<sup>®</sup>, хлоргексидина, асепты в концентрации от 0,05 до 0,3% по 1 мин 2 раза в день в течение не более 7–10 дней.

Профессиональную гигиену полости рта дополняют тщательным полированием поверхности зуба специальными пастами, содержащими абразивы, с помощью щёточек, пластиковых головок и механического наконечника. После завершения лечения для закрепления лечебных результатов рекомендуют зубные пасты, содержащие антисептики типа триклозана, хлоргексидина, ферменты или другие противовоспалительные средства (см. главу «Гигиена полости рта»). При этом пасты на основе хлора следует использовать не более 3 недель, а затем в течение месяца рекомендовать пациентам обычные гигиенические пасты. Очень важно помнить, что нежелательно применять пасты красного или бордового цвета, маскирующие первый признак воспаления — кровоточивость дёсен. Если же и после профессиональной гигиенической обработки сохраняются гиперемия и отёчность десны, то следует использовать медикаментозные средства воздействия на конкретные проявления. Как правило, это противовоспалительные препараты, нормализующие сосудистую проницаемость и устраняющие отёчность тканей, т.е. действующие на патогенетические механизмы воспалительной реакции: ингибиторы простагландинов (3% ацетилсалициловая, индометациновая, бутадионозная мази и др.), то есть противовоспалительные средства нестероидного ряда, которые не снижают устойчивости тканей к инфекции; антиоксиданты и антигипоксанты — мексидол-гель<sup>♣</sup>, троксевазин, гепариновая мазь. В целях нормализации процессов коллагенообразования и тканевого метаболизма наряду с перечисленными лечебными повязками и лечебно-профилактическими пастами и полосканиями бывает оправдано назначение внутрь витаминных комплексов. Желательно минимизировать мягкую, богатую сахарами пищу и липкие продукты во избежание усиленного скопления бактериальных бляшек. Однако следует помнить, что это не имеет значения при условии, если после приёма пищи пациент будет тщательно чистить зубы. Лишь после нормализации состояния десны для улучшения и восстановления метаболических процессов в десне можно назначить пальцевой аутомассаж дёсен, гидромассаж, рекомендовать повышение жевательной нагрузки за счёт приёма твёрдой пищи (морковь, яблоко и т.д.). Лицам, предрасположенным к усиленному скоплению зубного налёта и камня, рекомендуют полоскания. Не менее двух раз в год пациенты должны проходить профилактический осмотр, в процессе которого при необходимости проводят профессиональную гигиеническую обработку и обязательно повторяют правила чистки зубов. Своевременная диагностика и адекватное лечение катарального гингивита при условии мотивированного ухода за полостью рта, как правило, обеспечивают излечение без остаточных явлений и предупреждают переход воспалительного процесса в другую форму — пародонтит. Обострение хронического катарального гингивита характеризуется выраженными

клиническими проявлениями и субъективными ощущениями пациентов. При этом могут быть жалобы на боли в дёснах, общее недомогание вследствие интоксикации. Объективно воспалительные явления в десне интенсивно выражены: десна гиперемирована, отёчна и в то же время синюшна, резко кровоточит даже от воздушной струи, гиперемирована, подчелюстные лимфатические узлы могут быть увеличены, болезненны. Возможно повышение температуры тела. Без лечебных вмешательств явления острого воспаления в зависимости от общего состояния могут сохраняться 7–10 дней, а затем самостоятельно исчезают. Лечение в стадии обострения направлено на устранение острой воспалительной реакции и связанных с ней болью и интоксикацией. Назначают антибактериальные, антисептические обезболивающие, противовоспалительные (кеторолак и др.), иногда гипосенсибилизирующие [клемастин (тавегил♣), хлоропирамин (супрастин♣), мебгидролин (диазолин♣) и др.] средства. Пациенту не рекомендуют в этот период употреблять острую, раздражающую пищу. Главное значение имеют местные противовоспалительные вмешательства: обработка эффективными противомикробными и антисептическими препаратами как до снятия зубных отложений, так и после их удаления (во избежание токсикемии). Под местной аппликационной анестезией с использованием 5% геля лидокаина максимально атравматично удаляют зубные отложения. На дёсны накладывают на первом этапе гель, в состав которого входят наиболее этиологически обоснованные препараты: метронидазол и хлоргексидин. После этого геля можно апплицировать гель, в состав которого входит диклофенак. Для пролонгирования лечебного эффекта наложенные мази или лекарственные смеси закрывают одной из лекарственных плёнок «Диплен-дента», содержащей антисептики, противовоспалительные, антимикробные препараты, а также анальгетики. Перечисленные вмешательства проводят не только для устранения острой воспалительной реакции, но и при лечении хронического катарального гингивита. Однако в фазе обострения категорически нельзя проводить травматичные манипуляции, а чистку зубов следует заменить антисептическими полосканиями. Только после устранения явлений острого воспаления можно приступить к полноценному проведению профессиональной гигиенической обработки и всего необходимого комплекса лечения. Катаральный гингивит – это воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

## Симптомы

Больные жалуются на неприятные ощущения в деснах, чувство зуда, запах изо рта, извращение вкуса, кровоточивость десен во время приема пищи или чистки зубов, может быть окрашивание ротовой жидкости в розовый цвет. При остром течении или обострении хронического течения боль усиливается во время приема пищи в результате влияния механических и химических раздражителей.

Общее состояние больных страдает мало, однако периоды обострения могут сопровождаться недомоганием, субфебрильной температурой.

Острый катаральный гингивит характерен для периода прорезывания и смены зубов. Наблюдается при острых инфекционных и других общесоматических заболеваниях.

Хронический катаральный гингивит отличается длительным вялым течением; жалобы выражены слабо. Воспалительный процесс может ограничиваться межзубными сосочками и краевой десной или распространяется на всю альвеолярную часть десны, бывает ограниченный - локализованный или генерализованный - разлитой.

При объективном обследовании отмечают отек, гиперемию, цианоз десны, ее утолщение, ограниченные очаги десквамации, единичные эрозии, преимущественно в области вершин межзубных сосочков; механическое раздражение сопровождается кровотечением. Вследствие отека десны иногда можно предположить наличие пародонтальных карманов, однако их нет, так как сохраняется целостность зубодесневого соединения.

На зубах - повышенное содержание мягкого зубного налета (больные избегают чистить зубы вследствие болезненности и кровоточивости десен), иногда налет окрашивается пигментами крови или красящими веществами пищи. Нередко наблюдается наличие твердого окрашенного (зеленого) налета на зубах в пришеечной области.

Общее состояние больных, как правило, не нарушено, изменения в периферической крови не выявляются. На рентгенограмме костная ткань без изменений.



Катаральный гингивит

### Причины

Острый катаральный гингивит чаще всего является проявлением острых инфекционных заболеваний (корь, острые респираторные вирусные инфекция, инфекционный мононуклеоз, скарлатина, дифтерия). Он также может явиться начальной фазой развития острого герпетического стоматита, проявлением аллергической реакции, часто протекает по типу гингивостоматита.

### Лечение

Лечение острого катарального гингивитасводится к выявлению этиологического фактора и лечению основного заболевания. Местная терапия направлена на обезболивание слизистой оболочки десны, уменьшение отека, и предотвращение вторичной инфекции.

При лечении острого воспаления слизистой оболочки полости рта у детей целесообразно использовать средства растительного происхождения, обладающие обволакивающим (отвар листьев мальвы, шалфея, корня алтея) и капилляроукрепляющим свойствами. В качестве капилляроукрепляющих средств рекомендуются фенольные соединения растительного происхождения - флавоноиды. Резистентность стенок капилляров в основном зависит от состояния клеток и волокон соединительной ткани, расположенной вокруг сосудов. При остром воспалительном процессе проницаемость и прочность капилляров изменяются. Фенольные соединения, обладающие Р-витаминной активностью, действуют на проницаемость и прочность сосудисто-тканевых барьеров. Витамин С оказывает такое же действие, но, в отличие от Р-витаминных фенольных соединений, обладающих Р-витаминной активностью, не защищает основное вещество соединительной ткани от воздействия гиалуронидазы, а стимулирует образование коллагена.

Фенольные соединения обладают свойствами антагонистов медиаторов воспаления - серотонина, брадикинина, простагландинов.

Растительные фенольные соединения целесообразно применять для лечения воспалительных поражений слизистой оболочки полости рта различного генеза, так как они по сравнению со стероидными противовоспалительными препаратами отличаются более мягким действием,

нетоксичны и даже при длительном применении не оказывают вредного побочного влияния, что позволяет их широко использовать у детей. Противовоспалительное действие проявляется главным образом во время экссудативной фазы, на пролиферативную фазу воспаления они действуют значительно слабее.

При остром воспалении десны широко используют вяжущие средства растительного происхождения, содержащие дубильные вещества. Противовоспалительное действие дубильных веществ обусловлено образованием нерастворимых соединений с белками - альбуминатов - при местном воздействии на слизистую оболочку. Пленка осажденного белка защищает нервные окончания от раздражения продуктами распада, что уменьшает боль.

Кроме того, эти вещества вызывают сужение патологически расширенных сосудов, уплотняют их стенку, уменьшают проницаемость и, следовательно, выпотевание жидкости и отек, т. е. Они уменьшают выраженность экссудативной фазы воспаления. Следствием уплотнения биологических мембран (стенок лизосом, клеточных оболочек) является уменьшение выхода медиаторов воспаления - гистамина, протеаз, нуклеаз. Ослабление воспаления может быть связано с воздействием этих веществ на клеточные звенья воспаления - иммунологические механизмы, процессы клеточного размножения. Используют лист шалфея, ромашу, цветы ромашки, корневище змеиного корня, галаскорбин.

Лечение хронического катарального гингивита начинают с санации полости рта и обучения ребенка чистке зубов. Удаляют мягкие и твердые зубные отложения.

С учетом возраста ребенка дают рекомендации по подбору зубной щетки, средств для гигиенического ухода за полостью рта. Важно ознакомиться с режимом и характером питания ребенка и рассказать о необходимости употребления жесткой пищи (овощи, фрукты в натуральном виде), что обеспечит достаточную функциональную нагрузку на жевательный аппарат, очищение зубов от мягкого налета. За счет этих мероприятий воспаление часто ликвидируется.

Если воспаление десны сохраняется, то дополнительно проводят противовоспалительную терапию с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов или средства растительного происхождения, физиотерапию, лечение у ортодонта при наличии показаний.

Из физиотерапевтических методов лечения при хроническом катаральном гингивите назначают гидротерапию с углекислым газом 10 мин ежедневно или через день, на курс лечения 10-15 сеансов; электрофорез 1% раствора галаскорбина или 5% раствора аскорбиновой кислоты, 4% раствора никотиновой кислоты для чего используют внутриротовые электроды. Продолжительность электрофореза зависит от индивидуальной переносимости силы тока. Курс лечения 10 сеансов, которые назначают ежедневно или через день.

Острые формы гингивита описываются в качестве самостоятельных заболеваний и могут быть квалифицированы как отчетливо связанные с воздействием инфекционного фактора. Хронические гингивиты являются самостоятельными заболеваниями или симптомами пародонтита.

Острый катаральный гингивит. Для острого катарального гингивита типичны быстротечность, поверхностный характер (в пределах слизистой оболочки десны) и такие общие проявления острого воспаления, как выраженный отек эпителиального покрова, гиперемия сосудов подэпителиальной соединительной стромы, очаги серозной экссудации. Воспалительный инфильтрат представлен лейкоцитами, обычно располагающимися в непосредственной близости от расширенных сосудов. Скудный характер лейкоцитарной инфильтрации на фоне рыхлого по строению субэпителиальной стромы свидетельствует о редком, спорадическом появлении всплесков катарального гингивита, как правило, не связанного с развитием пародонтита.

В случае, если обострения катарального гингивита являются одним из звеньев развития пародонтита, отмечается комплекс фоновых изменений тканевых структур, отражающих характер трофических нарушений, связанных с неоднократными обострениями воспалительного процесса. В частности, при этом наблюдается развитие склероза соединительнотканной стромы, утолщение, а также склерозирование стенок сосудов. Меняется и характер воспалительного инфильтрата — он становится более плотным. Помимо нейтрофилов, в его составе появляются эозино-

Раздел написан А. С. Григорьяном.

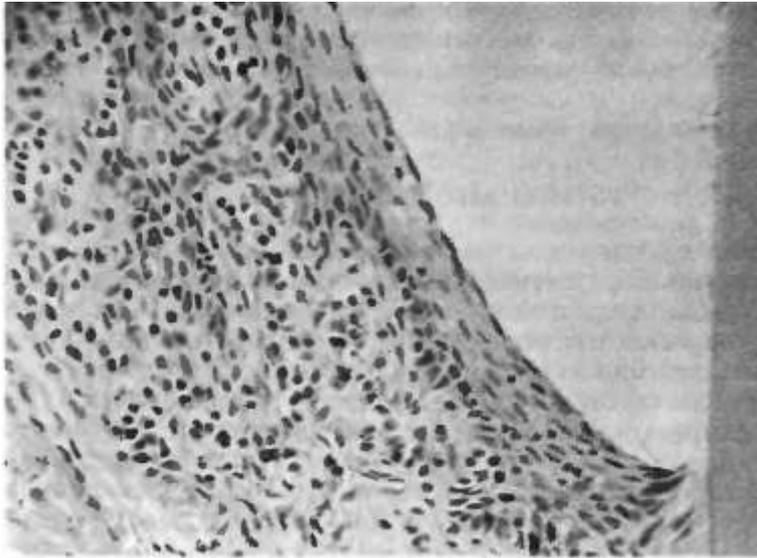


Рис. 9.11. Катаральный гингивит. Лимфомакрофагальный инфильтрат в области зубодесневого соединения. Окраска гематоксилином и эозином. Микрофотография, x 250 [Григорьян А. С, 1987].

фильные лейкоциты, в меньшей степени лимфоциты и макрофаги. Высокой плотности достигает воспалительный инфильтрат непосредственно под зубодесневым соединением (рис. 9.11).

На высоте воспаления, помимо отека, в эпителиальном покрове возникает лейкоцитарная инфильтрация, которая обычно бывает незначительной и не приводит к его деструкции. Однако иногда под микроскопом удается наблюдать пропотевание лейкоцитов на поверхность слизистой оболочки, в результате чего на ней образуется налет, в составе которого можно видеть также и десквамированные эпителиальные клетки.

### **Интерактивный метод**

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Вопросы:

1. Особенности классификации болезней пародонта?
2. Назовите основные клинические признаки гингивита.
3. Каковы отличительные признаки генерализованного пародонтита пародонта?
4. Как проводится дифференциальная диагностика гингивита и генерализованного пародонтита?

### Ситуационные задачи

#### Тест

1. Больной 18 лет, обратился с жалобами на кровоточивость дёсен.

Поставлен диагноз катаральный гингивит,

I. Перед началом лечения необходимо:

- А. удалить мягкие зубные отложения\*
- Б. удалить твердые зубные отложения\*
- В. провести витаминотерапию
- Г. провести противовоспалительную терапию
- Д. десенсибилизирующее лечение

II. Какие препараты применяются при лечении:

- А. ферменты\*
- Б. метронидазол\*t
- В. 20-30% раствор резорцина
- Г. 50-60% раствор глюкозы
- Д. раствор Люголя

2. Больной 18 лет, обратился с жалобами на кровоточивость

дёсен.

Поставлен диагноз катаральный гингивит,

I. Какие витамины назначают в первую очередь:

- А. витамин С\*
- Б. витамин РР\*
- В. витамин D
- Г. витамины А
- Д. витамин Е

II. Какие витамины не назначают в первую очередь:

- А. витамин С
- Б. витамин РР
- В. витамин D\*
- Г. витамины А\*
- Д. витамин Е\*

3. Больной 22 года перенёс ОРВИ 1 неделю назад. К стоматологу обратился с жалобами на боли в дёснах во время еды, кровоточивость.

I. Поставьте диагноз:

- А. катаральный гингивит\*
- Б. гипертрофический гингивит (отечная форма)\*
- В. пародонтоз
- Г. пародонтит средней степени тяжести
- Д. атрофический гингивит

II. Выберите метод лечения:

- А. удаление зубных отложений\*
- Б. проведение противовоспалительной терапии \*
- В. провести витаминотерапию

- Г. проведение склерозирующей терапии
- Д. десенсибилизирующее лечение

4. . Больной 22 года перенёс ОРВИ 1 неделю назад. К стоматологу обратился с жалобами на боли в дёснах во время еды, беловатый налёт на дёснах, при удалении которого появляется кровоточивость, поставлен диагноз язвенный гингивит,

I. Какие препараты применяются при лечении:

- А. ферменты\*
- Б. антибиотики с кортикостероидами\*
- В. 20-30% раствор резорцина
- Г. 50-60% раствор глюкозы
- Д. раствор Люголя

II. Какие препараты не применяются при лечении:

- А. ферменты
- Б. антибиотики с кортикостероидами
- В. 20-30% раствор резорцина\*
- Г. 50-60% раствор глюкозы\*
- Д. раствор Люголя\*

5. Больная 27 лет, после перенесённой ангины, обратилась к стоматологу с жалобами на боли в дёснах после и во время приёма пищи. Поставлен диагноз язвенный гингивит лёгкой степени,

I. Назначены кератопластические средства к которым относятся:

- А. масло шиповника\*
- Б. каратолин\*
- В. химотрипсин
- Г. резорцин
- Д. Глюкоза

II. Назначены кератопластические средства к которым не относятся:

- А. масло шиповника
- Б. каратолин
- В. Химотрипсин\*
- Г. Резорцин\*
- Д. глюкоза\*

6. Больной 25 лет, обратился с жалобами на кровоточивость дёсен, неприятный запах изо рта. При осмотре полости рта патологические пародонтальные карманы отсутствуют.

I. Поставьте предварительный диагноз :

- А. катаральный гингивит\*
- Б. пародонтит лёгкой степени
- В. пародонтоз средней степени
- Г. периодонтит
- Д. пародонтомы

II. Проведите диф. диагностику:

- А. катаральный гингивит
- Б. пародонтит лёгкой степени\*
- В. пародонтоз средней степени
- Г. периодонтит
- Д. пародонтомы

7. Больной 25 лет, обратился с жалобами на кровоточивость дёсен, косметический дефект в области нижних резцов, связанный со скученностью зубов,

I. Поставьте предварительный диагноз:

- А. катаральный гингивит лёгкой степени\*
- Б. язвенный гингивит
- В. гипертрофический гингивит
- Г. периодонтит
- Д. гипертрофический гингивит

II. Проведите диф. диагностику:

- А. катаральный гингивит лёгкой степени\*
- Б. язвенный гингивит
- В. гипертрофический гингивит
- Г. периодонтит
- Д. гипертрофический гингивит

1. Формы гипертрофического гингивита:

- а) отечная и фиброзная
- б) острая и хроническая
- в) легкая, средняя, тяжелая
- г) легкая, отечная тяжелая фиброзная
- д) б,в.

2. Этиология гипертрофического гингивита:

- а) гормональные изменения
- б) прием лекарственных препаратов – дифенина, циклоспорина
- в) дефицит витамина С
- г) заболевания крови (лейкемические ретикулезы)
- д) все ответы верны.

3. Гипертрофический гингивит средней тяжести характеризуется...

- а) деформацией десны не более 1/4 коронки зуба
- б) десна покрывает 2/3 коронки зуба
- в) десна покрывает всю коронку
- г) десна достигает не более 1/3 коронки зуба
- д) десна достигает более 1/3 коронки зуба.

4. Природное кератопластическое средство для лечения  
формы гипертрофического гингивита:

отечной

- а) отвар ромашки
- б) отвар коры дуба
- в) сок подорожника
- г) сок алоэ
- д) нет правильного ответа.

5. Формы атрофического гингивита:

- а) отечная и фиброзная
- б) острая и хроническая
- в) легкая, средняя, тяжелая
- г) локализованная, гиперализованная
- д) местная, общая.

### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворите	Имеет не полное представление по теме.

		льно «3»	Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно льно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно тельно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

### 5. Практическое занятие

**Тема:** Язвенный гингивит. Клиника и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Гипертрофический гингивит Клиника и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика

#### Хронологическая карта практического занятия:

<i>Время:</i> 310.5 минут	<i>Количество студентов:</i> 8-12
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1. Введение 2. Теоритическая часть. 3. Аналитическая часть: - Органайзеры - Тесты 4. Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о клинике и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.
<b>Студент должен знать</b>	- правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об анатомическом, гистологическом строение периодонта; - о функциях периодонта
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с периодонтитами (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследование: термометрия, ЭОД, чтение Rn-снимок).
<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о строении периодонта; - изложить о функциях периодонта; - объяснить этиологию воспалительных процессов в периодонте; - ознакомить студентов с классификацией периодонтитов	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о строении периодонта; - излагают о функциях периодонта; - объясняют этиологию воспалительных процессов в периодонте; - называют и дают краткую характеристику классификацию периодонтитов - комментируют и излагают классификацию

	периодонтитов
<i>Методы обучения</i>	Лекция, демонстрация, мозговой штурм, пинборд
<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой работы.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный опрос, письменный опрос

### Технологическая карта учебного занятия

Схема и правила заполнения истории болезни. Строение и функции периодонтита

Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	студентов
1 этап. Введение в учебное занятие 10 минут	1.1. Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме: периодонт, клетки Малассе, рыхлая и коллагеновая ткань, острые и хронические периодонтиты. Знакомит с планом, особенностями учебного занятия.	Слушают, записывают
10 минут	1.2. Называет список литературы (примечание №8)	Слушают, записывают
20 минут	1.3. Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре практического занятия.	уточняют, задают вопросы, слушают
5 минут	1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5).	
5 минут	Перемена	
2-этап Основная часть 40 минут	2.1. Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) и контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы. Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просит записывать в тетрадь о текущих информациях	Отвечают Конспектируют. Слушают, Переписывают схемы и таблицы. Задают вопросы и отвечают, презентуют результаты групповой работы
5 минут	Перемена	Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.
15 минут	2.3. Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2)	
20 минут	Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3).	Обсуждают тестовые задачи и
25 минут		

5 минут	Перемена	выполняют Выполняют мануальные навыки Систематизируют информацию, выделяют главное, обмениваются мнениями
45 минут	2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее (коллективно/индивидуально) полученную информацию. Обобщает воспроизведенные знания ( примечание №3).	
45 минут	Перемена	
45 минут	2.4. Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3).	
5 минут	Перемена	
45 минут	2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4)	
15 минут	Перемена	Группы сообщают итоги взаимооценки. Записывают задание для самостоятельной работы.
20 минут	2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение	
3 этап.	3.1. Делает заключение по теме в целом.	
Заключительно результатирую щий 20.5 минут	3.2. Предлагает группам сообщить итоги взаимооценки. Комментирует результаты (Примечание №5).	
	3.3. Дает задание для самостоятельной работы (Примечание №7).	

### Текст

**Язвенный гингивит.** Эта форма гингивита, как правило, в острых проявлениях связывается с воздействием таких повреждающих факторов, как токсический (например, отравление тяжелыми металлами), при хронических ожогах (мономерами), интоксикацией при тяжелых инфекционных заболеваниях, некоторых формах лейкозов и т. д. Большое значение в происхождении язвенного гингивита придают стрессу.

Характерным для таких поражений десны является острое (катастрофическое) начало на фоне общей тяжелой

интоксикации либо возникающее непосредственно после местного воздействия токсичного вещества в полости рта.

Заболевание начинается остро и характеризуется бурным течением. В соединительнотканной строме формируется фиброзный экссудат, отмечается плотная инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами под соединительнотканной стромой эпителия. Ее гиперемия быстро приобретает застойный характер. Эпителиальный покров плотно инфильтрирован лейкоцитами, подвергается некрозу с образованием вначале обширных эрозий, а затем язв.

В отличие от катарального язвенный гингивит довольно медленно подвергается обратному развитию. По мере стихания острого воспаления в составе инфильтрата начинают превалировать лейкоциты и макрофаги. Развивается ангиоматоз. Капилляры буквально пронизывают дно язвенных дефектов; формируется грануляционная ткань. Степень ее распространенности и замещение ею соединительнотканной стромы десны зависит от тяжести деструктивных процессов, развивающихся в острой фазе гингивита в поверхностных слоях слизистой оболочки. Время созревания и организации молодой соединительной ткани и эпителизации язв варьирует. В далеко зашедших случаях на

месте поражений могут оставаться рубцы и деформации десен. В этих случаях отмечается истончение (атрофия) эпителиального пласта и развитие в подэпителиальной строме полей бедной клеточными элементами и сосудами фиброзной соединительной ткани

**Гипертрофический гингивит.** Локализуется преимущественно в области передних зубов верхней и нижней челюстей. У взрослых он обнаруживается реже, чем в юношеском возрасте. В этиологии гиперпластических гингивитов существенное значение имеют гормональные сдвиги (ювенильный гингивит, гингивит беременных), прием лекарственных препаратов — дифенина (5,5-дифенилгидантоин), циклоспорина, длительный прием пероральных противозачаточных средств, дефицит витамина С, заболевания крови (лейкемические ретикулезы). Из местных факторов следует отметить патологию прикуса, нерациональное протезирование

Изменения, возникающие в результате повреждения, дают толчок развитию воспалительного процесса, последовательные стадии которого, наслаиваясь одна на другую, обуславливают развитие различно выраженных клинически и морфологически форм воспаления с превалированием процессов экссудации, альтерации или гиперплазии.

Гипертрофический гингивит беременных встречается у 45—49 % обследованных женщин. Он развивается в тех случаях, когда до беременности уже имелось воспаление краевого пародонта, при плохом гигиеническом состоянии полости рта.

Гиперпластический гингивит при приеме гидантоина (дифенина) развивается почти у 40 % больных, страдающих эпилепсией. Клинически процесс характеризуется значительным разрастанием десны, главным образом в области фронтальных зубов. Разрастания плотные на ощупь, отечность и гиперемия выражены слабо и зависят от гигиенического состояния полости рта. Гистологическая картина без особенностей.



Рис.9.19. Гипертрофический гингивит.

Гипертрофический гингивит может проявляться при таких специфических заболеваниях, как лейкемические ретикулезы. Его появление объясняется угнетением общей реактивности организма и как следствие этого — активизацией местной микрофлоры в результате токсических и аутоиммунных изменений. Проявления в полости рта при лейкозах отличаются значительным многообразием (геморрагия, десквамация, язвенно-некротические изменения, гиперплазия десен). Для гипертрофического гингивита при лейкемических ретикулезях характерны болезненность, кровоточивость, значительное и относительно быстрое увеличение десневых сосочков.

Выделяют две формы (стадии) гипертрофического гингивита: отечную и фиброзную.

Отечная форма (стадия) клинически характеризуется увеличением, синюшным оттенком десневых сосочков, глянцеватой поверхностью, индуцированной кровоточивостью, образованием ложных зубодесневых карманов. Эпителиальное прикрепление не нарушено. Для этой формы характерно углубление (след) от инструмента после надавливания на сосочек. Больные жалуются на самопроизволь

ную или индуцированную кровоточивость, болезненность во время еды, при чистке зубов, эстетические нарушения.

При фиброзной форме гипертрофического гингивита (фиброзная гиперплазия) обнаруживают разросшиеся, плотные на ощупь десневые сосочки; кровоточивость отсутствует; имеются ложные карманы. Изменения цвета сосочков не отмечается, выявляются отложения наддесневого зубного камня.

Легким называют гипертрофический гингивит, при котором гипертрофия десны достигает не более  $\frac{1}{3}$  коронки зуба. Пролиферативный гингивит средней тяжести характеризуется более выраженной деформацией десны: не более  $\frac{1}{2}$  коронки зуба; при тяжелом течении десна покрывает  $\frac{2}{3}$  или всю коронку зуба.

Язвенный гингивит. В генезе язвенного гингивита основное значение имеют измененная реактивность организма и снижение резистентности тканей маргинального пародонта к аутоинфекции полости рта, особенно к грамотрицательным бактериям. Гингивит проявляется чаще в молодом возрасте после перенесенных общих заболеваний (грипп, ангина), интоксикации, при недоедании, отравлении солями тяжелых металлов, дефиците витаминов. Большое значение в развитии язвенного гингивита может иметь стресс. Поражаются десны верхней и нижней челюстей; реже заболевание локализуется только на одной челюсти. Провоцирующую роль может играть затрудненное прорезывание зубов мудрости.

Субъективные проявления: неприятный запах изо рта, боли в деснах, особенно во время еды, кровоточивость.

При объективном обследовании выявляется генерализованное изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, язвенная поверхность покрыта фибринозным налетом, при удалении которого появляется кровоточивость; характерно отложение зубного камня и налета. Нередко повышается температура тела, увеличиваются и становятся болезненными регионарные лимфатические узлы, появляются головная боль, чувство разбитости, бессонница; отмечаются потеря аппетита, расстройство пищеварения, неприятный запах изо рта. Обнаруживаются изменения содержания форменных элементов крови, повышение СОЭ. Следует помнить, что язвенный гингивит может наблюдаться при системных заболеваниях крови. Тяжесть язвенного гингивита обуславливается как протяженностью воспалительного процесса, так и степенью выраженности вышеуказанных клинических проявлений. Наличие при язвенном

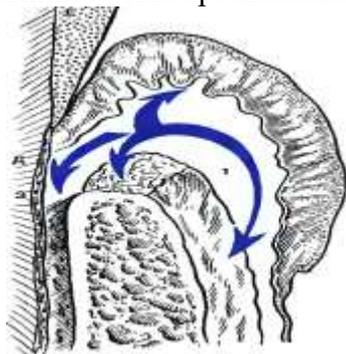


Рис. 9.20. Варианты распространения воспаления в тканях пародонта (в модификации по Д.Свракову). 1 — десневой сосочек; 2 — костная ткань альвеолы; 3 — цемент; Е — эмаль; Д —

гингивите наряду со стрептококками и стафилококками фузо-спирохет свидетельствует о нарушении резистентности тканей пародонта; особенно велика роль простейших (десневая амеба, трихомонада) в появлении некротических изменений соединительнотканых образований пародонта.

Катаральный и язвенный гингивит в легкой степени обратимы и не оставляют последствий, однако дефекты соединительного эпителия и постнекротические дефекты средней и тяжелой степени могут быть необратимыми. После перенесенного язвенного гингивита может наблюдаться обнажение шеек зубов.

Язвенный гингивит при пародонтите развивается как проявление деструктивного компонента, сопровождающего развившийся пародонтит. При этом разрушению подвергается зубодесневое соединение, некроз сулькулярного эпителия приводит к обнажению нижележащих отделов пародонта и проникновению в него инфекции. Как правило, дно язвенного дефекта образовано некротическими массами и пышно развивающейся грануляционной тканью, богатой капиллярами. Межсосудистое пространство плотно инфильтрировано лейкоцитами, лимфоцитами и макрофагами, а также клетками фибробластического ряда. В грануляционной ткани, кроме того, обычно образуются тяжи вегетирующего со стороны краев язвенного дефекта в глубь подлежащих тканей многослойного плоского эпителия. Гипертрофический гингивит. Эта форма воспаления десны может быть самостоятельной, но чаще сопровождает ту или иную форму пародонтита. Для гипертрофического гингивита характерно вялое хроническое течение с периодическими обострениями. При этом резко меняется структу-

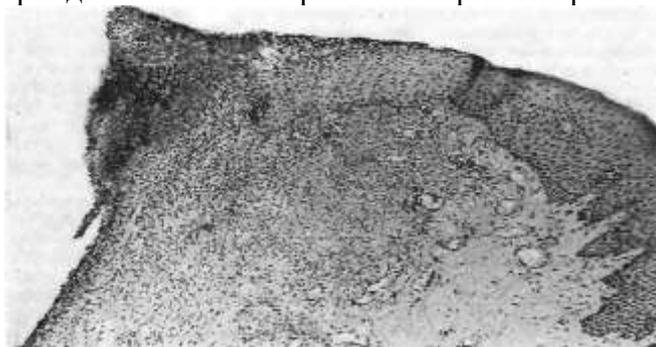


Рис. 9.12. Язвенный гингивит. Окраска гематоксилином и эозином. Микрофотография, x 100 [Григорьян А. С, 1987].

ра тканевых элементов десны: характерно очаговое утолщение эпителиального покрова, сопровождающееся явлениями акантоза и нередко паракератоза. В подэпителиальной соединительнотканной строме нарастают очаговые изменения в виде формирующихся полей фиброзной соединительной ткани, иногда имеющих вид грубоволокнистых тяжей, перемежающихся с участками резко выраженного разрыхления, отека и гиперемии тканевых структур. Все это сопровождается скудной лимфоцитарно-макрофагальной инфильтрацией, плотность которой значительно возрастает в сулькулярной области десны (рис. 9.13).

Начальная стадия пародонтита. Для нее преимущественно характерны явления развития подостро текущего, с частыми рецидивами гингивита, сопровождающегося умеренно выраженными резорбтивными изменениями в верхушках альвеолярного гребня. Плотные воспалительные инфильтраты, в основном лимфоцитарно-макрофагальные, локализуются главным образом под сулькулярным эпителием и лишь весьма скудные, преимущественно очаговые периваскулярные — в пародонте. Склеротические изменения выражены незначительно и лишь в поверхностных отделах пародонта.

Нередки случаи отложения над- и поддесневого зубного камня, который пенетрирует зубодесневое соединение. В непосредственной близости от отложения конкремента обнаруживается скопление круглых клеток.

Развившаяся стадия пародонтита. Для этой стадии заболевания характерно вовлечение в патологический процесс всех отделов пародонта. Гингивит, как правило, хронический, торпидно текущий с обострениями, реже и без таковых может иметь форму катарального, язвенно-некротического и гипертрофического.

Обычно процесс сопровождается образованием пародонтального кармана. Он характеризуется разрушением зубодесневого соединения, деструкцией в поверхностных отделах пародонта, образованием под дном язвы и выступающим его некротическим детритом обширных разрастаний грануляционной ткани, пронизанной тяжами многослойного плоского эпителия.

Процесс резорбции костной ткани захватывает на большом протяжении альвеолярную кость, верхушки альвеолярных гребней полностью разрушаются, замещаются частично грануляционной тканью, частично фиброзной соединительной тканью (рис. 9.14). Воспалительный инфильтрат спускается в глубь периодонта. В составе инфильтрата в зависимости от формы процесса и фазы обострения могут



Рис. 9.14. Генерализованный пародонтит, прогрессирующая резорбция альвеолярного гребня. Окраска гематоксилином и эозином. Микрофотография, х 250 [Григорьян А. С, 1987]

превалировать полиморфно-ядерные лейкоциты либо при затухании вспышки — лимфоцитарно-макрофагальные элементы. На высоте обострения могут формироваться отдельные абсцессы. На фоне прогрессирующего воспаления подвергается деструкции периодонтальная связка — страдает ее как погруженная (шарпеевы волокна), так и свободная часть, которая замещается беспорядочно ориентированными грубоволокнистыми пучками. Склероз тканевых элементов периодонтальной щели, в который вовлекаются стенки кровеносных сосудов, приводит к тяжелым трофическим изменениям во всех структурах пародонта.

По мере ретракции десны и разрушения зубодесневого соединения корень зуба обнажается, и с прогрессирующим развитием этого процесса создаются условия для элиминации зуба.

### **Вопросы по теме**

- 1) Что такое гингивит?
  - 2) Какие виды гингивита вы знаете?
  - 3) Расскажите клинику катарального гингивита?
  - 4) Расскажите диф- диагностику катарального гингивита?
  - 5) Методы лечения катарального гингивита?
1. Назовите основные клинические признаки пародонтоза?
  2. Как проявляются осложнения заболеваний пародонта?
  3. Каковы рентгенологические особенности генерализованного пародонтита и пародонтоза?
  4. Как клинически проявляется пародонтальный синдром: а) при сахарном диабете? б) при болезни Хенда- Крисчена- Шюллера? в) при эозинофильной гранулеме? г) при болезни Ослера?

### **Тест**

1. Больной 18 лет, обратился с жалобами на кровоточивость дёсен. Поставлен диагноз катаральный гингивит,

I. Перед началом лечения необходимо:

A. удалить мягкие зубные отложения\*

- Б. удалить твердые зубные отложения\*
  - В. провести витаминотерапию
  - Г. провести противовоспалительную терапию
  - Д. десенсибилизирующее лечение
- II. Какие препараты применяются при лечении:
- А. ферменты\*
  - Б. метронидазол\*t
  - В. 20-30% раствор резорцина
  - Г. 50-60% раствор глюкозы
  - Д. раствор Люголя

2. Больной 18 лет, обратился с жалобами на кровоточивость дёсен. Поставлен диагноз катаральный гингивит,

I. Какие витамины назначают в первую очередь:

- А. витамин С\*
- Б. витамин РР\*
- В. витамин D
- Г. витамины А
- Д. витамин Е

II. Какие витамины не назначают в первую очередь:

- А. витамин С
- Б. витамин РР
- В. витамин D\*
- Г. витамины А\*
- Д. витамин Е\*

3. Больной 22 года перенёс ОРВИ 1 неделю назад. К стоматологу обратился с жалобами на боли в дёснах во время еды, кровоточивость.

I. Поставьте диагноз:

- А. катаральный гингивит\*
- Б. гипертрофический гингивит (отечная форма)\*
- В. пародонтоз
- Г. пародонтит средней степени тяжести
- Д. атрофический гингивит

II. Выберите метод лечения:

- А. удаление зубных отложений\*
- Б. проведение противовоспалительной терапии \*
- В. провести витаминотерапию
- Г. проведение склерозирующей терапии
- Д. десенсибилизирующее лечение

4. . Больной 22 года перенёс ОРВИ 1 неделю назад. К стоматологу обратился с жалобами на боли в дёснах во время еды, беловатый налёт на дёснах, при удалении которого появляется кровоточивость, поставлен диагноз язвенный гингивит,

I. Какие препараты применяются при лечении:

- А. ферменты\*
- Б. антибиотики с кортикостероидами\*
- В. 20-30% раствор резорцина
- Г. 50-60% раствор глюкозы
- Д. раствор Люголя

II. Какие препараты не применяются при лечении:

- А. ферменты

- Б. антибиотики с кортикостероидами
- В. 20-30% раствор резорцина\*
- Г. 50-60% раствор глюкозы\*
- Д. раствор Люголя\*

5. Больная 27 лет, после перенесённой ангины, обратилась к стоматологу с жалобами на боли в дёснах после и во время приёма пищи. Поставлен диагноз язвенный гингивит лёгкой степени,

I. Назначены кератопластические средства к которым относятся:

- А. масло шиповника\*
- Б. каратолин\*
- В. химотрипсин
- Г. резорцин
- Д. Глюкоза

II. Назначены кератопластические средства к которым не относятся:

- А. масло шиповника
- Б. каратолин
- В. Химотрипсин\*
- Г. Резорцин\*
- Д. глюкоза\*

6. Больной 25 лет, обратился с жалобами на кровоточивость дёсен, неприятный запах изо рта. При осмотре полости рта патологические пародонтальные карманы отсутствуют.

I. Поставьте предварительный диагноз :

- А. катаральный гингивит\*
- Б. пародонтит лёгкой степени
- В. пародонтоз средней степени
- Г. периодонтит
- Д. пародонтомы

II. Проведите диф. диагностику:

- А. катаральный гингивит
- Б. пародонтит лёгкой степени\*
- В. пародонтоз средней степени
- Г. периодонтит
- Д. пародонтомы

7. Больной 25 лет, обратился с жалобами на кровоточивость дёсен, косметический дефект в области нижних резцов, связанный со скученностью зубов,

I. Поставьте предварительный диагноз:

- А. катаральный гингивит лёгкой степени\*
- Б. язвенный гингивит
- В. гипертрофический гингивит
- Г. периодонтит
- Д. гипертрофический гингивит

II. Проведите диф. диагностику:

- А. катаральный гингивит лёгкой степени\*
- Б. язвенный гингивит
- В. гипертрофический гингивит
- Г. периодонтит
- Д. гипертрофический гингивит

1. Формы гипертрофического гингивита:

- а) отечная и фиброзная
  - б) острая и хроническая
  - в) легкая, средняя, тяжелая
  - г) легкая, отечная тяжелая фиброзная
  - д) б,в.
2. Этиология гипертрофического гингивита:
- а) гормональные изменения
  - б) прием лекарственных препаратов – дифенина, циклоспорина
  - в) дефицит витамина С
  - г) заболевания крови (лейкемические ретикулезы)
  - д) все ответы верны.
3. Гипертрофический гингивит средней тяжести характеризуется...
- а) деформацией десны не более  $1/4$  коронки зуба
  - б) десна покрывает  $2/3$  коронки зуба
  - в) десна покрывает всю коронку
  - г) десна достигает не более  $1/3$  коронки зуба
  - д) десна достигает более  $1/3$  коронки зуба.
4. Природное кератопластическое средство для лечения отечной формы гипертрофического гингивита:
- а) отвар ромашки
  - б) отвар коры дуба
  - в) сок подорожника
  - г) сок алоэ
  - д) нет правильного ответа.
5. Формы атрофического гингивита:
- а) отечная и фиброзная
  - б) острая и хроническая
  - в) легкая, средняя, тяжелая
  - г) локализованная, гиперализованная
  - д) местная, общая.

### **Интерактивный метод**

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.8б. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие. Работы студентов сохраняются преподавателем.

### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворите	Понимает суть вопроса. Правильно

		льно «3»	решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворительно «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

### Тема № 6 Гипертрофический гингивит. Клиника, диф. Диагностика, профилактика. Заполнение историю болезни

Гипертрофический гингивит – воспалительные изменения тканей десны, сопровождающиеся их разрастанием (гипертрофией) с образованием ложных зубодесневых карманов, закрывающих зубную коронку. Клинические проявления гипертрофического гингивита характеризуются отеком, жжением, гиперемией и кровоточивостью десен (при прикосновении, чистке зубов, во время еды), болевой реакцией на горячую, холодную или кислую пищу, неэстетичностью внешнего вида десны. Диагностика гипертрофического гингивита включает в себя осмотр и пальпацию десен, определение стоматологических индексов, проведение рентгенологического исследования. В лечении гипертрофического гингивита используется местная противовоспалительная терапия, склеротерапия, физиотерапия, диатермокоагуляция десневых сосочков, гингивэктомия.

Гипертрофический (гиперпластический) гингивит – форма хронического гингивита, протекающая с преобладанием пролиферативных процессов в тканях десны. В стоматологии гипертрофический гингивит диагностируется у 3-5% лиц, страдающих заболеваниями пародонта. Развитию гипертрофического гингивита обычно предшествует длительно текущее катаральное воспаление тканей десны (катаральный гингивит). Гипертрофический гингивит может являться самостоятельным заболеванием или сопутствовать обострению генерализованного пародонтита. При гипертрофическом гингивите, несмотря на существенное увеличение объема тканей десны, целостность зубоэпителиального прикрепления не нарушена, а патологические изменения в костной ткани альвеолы отсутствуют.

#### Причины гипертрофического гингивита

В развитии гипертрофического гингивита могут принимать участие местные и общие факторы. В числе локальных причин наибольшее значение принадлежит нарушениям прикуса (глубокий прикус, открытый прикус), аномалиям отдельных зубов (скученность, сверхкомплектные зубы, скручивание); зубным отложениям (зубному налету и зубному камню); низкому прикреплению уздечки; механической травме десны неправильно установленными пломбами, нерационально подобранными зубными протезами; неудовлетворительной гигиене полости рта при ношении ортодонтических аппаратов и т. д.

В ряду общих факторов, способствующих развитию гипертрофического гингивита, ведущая роль отводится изменениям гормонального статуса, поэтому заболевание нередко развивается в период полового созревания, беременности, климакса. Иногда в качестве самостоятельных форм в пародонтологии выделяют юношеский гипертрофический гингивит и гипертрофический

гингивит беременных. Среди прочих причин гипертрофического гингивита следует отметить эндокринные заболевания ([сахарный диабет](#), патологию щитовидной железы), прием некоторых групп лекарственных препаратов (антиэпилептических средств, блокаторов кальциевых каналов, иммуносупрессивных средств, оральных контрацептивов и др.), [гиповитаминозы](#), [лейкоз](#).

#### Классификация гипертрофического гингивита

По распространенности патологических изменений различают локализованный (в области 1-5 зубов) и генерализованный гипертрофический гингивит. Иногда локализованные поверхностные формы гипертрофического гингивита выделяются в отдельное заболевание - папиллит.

В зависимости от типа гиперпластических процессов гипертрофический гингивит может протекать в отечной (воспалительной) и фиброзной (гранулирующей) форме. Морфологические изменения при отечной форме гипертрофического гингивита включают отек соединительнотканых волокон десневых сосочков, расширение сосудов, лимфоплазмоцитарную инфильтрацию тканей десны. При фиброзной форме гипертрофического гингивита микроскопически обнаруживается пролиферация соединительнотканых волокон десневых сосочков, утолщение коллагеновых волокон, явления паракератоза при минимальной выраженности отека и воспалительной инфильтрации.

С учетом разрастания тканей десны выделяют три степени гипертрофического гингивита:

- **легкую** – гипертрофия десневых сосочков у основания; разросшийся край десны прикрывает коронку зуба на 1/3;
- **среднюю** – прогрессирующее увеличение и куполообразное изменение формы десневых сосочков; разросшаяся десна наполовину закрывает зубные коронки;
- **тяжелую** - ярко выраженная гиперплазия десневых сосочков и края десны, которая закрывает собой зубную коронку более чем на 1/2 высоты.

#### Симптомы гипертрофического гингивита

Отечная форма гипертрофического гингивита характеризуется жжением, болезненностью и кровоточивостью десен при чистке зубов и приеме пищи, гипертрофией межзубных сосочков, ярко-красным цветом десны. При стоматологическом осмотре обнаруживается увеличение и отечность десневых сосочков, их гиперемия с синюшным оттенком, гляцевый блеск, кровоточивость при зондировании; наличие зубных отложений. Типично образование ложных зубодесневых карманов, содержащих детрит. Целостность зубодесневого соединения при гипертрофическом гингивите не нарушена.

При фиброзном гипертрофическом гингивите на первый план выступают жалобы на массивность десен, их плотность на ощупь, неудовлетворительный эстетический вид. Разросшаяся десна может мешать пережевыванию пищи. Десны бледно-розового цвета, безболезненные, имеют неровную, бугристую поверхность, при контакте не кровоточат. Осмотр выявляет присутствие мягких и твердых поддесневых отложений.

#### Диагностика гипертрофического гингивита

В план обследования пациента с гипертрофическим гингивитом входит определение [индекса гигиены](#), [пародонтального индекса](#), папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА), проведение пробы Шиллера-Писарева, при необходимости – биопсия и морфологическое исследование тканей десны. При проведении рентгенографии (внутриротовой, панорамной, [ортопантомографии](#)), как правило, изменений не обнаруживается либо (при длительном течении гипертрофического гингивита) выявляются [остеопороз](#) верхушек межзубных перегородок.

В рамках дифференциальной диагностики исключаются [фиброматоз десен](#), [эпулис](#), разрастание десен при [пародонтите](#). Пациенты с гипертрофическим гингивитом и сопутствующими заболеваниями должны быть проконсультированы врачами-специалистами соответствующего профиля: гинекологом, [эндокринологом](#), гематологом и др.

#### Лечение гипертрофического гингивита

Пациентам с гипертрофическим гингивитом требуется помощь [стоматолога-терапевта](#), гигиениста, [пародонтолога](#), [ортопеда](#). Терапия отечной формы гипертрофического гингивита

включает удаление зубных отложений, обработку слизистой оболочки полости рта антисептиками, пародонтологические аппликации, ротовые ванночки и полоскания отварами трав, физиотерапию

(электрофорез, гальванизацию, дарсонвализацию, ультразвук, лазеротерапию), массаж десен.

При неэффективности местных противовоспалительных мероприятий проводится склерозирующая терапия – инъекционное введение в десневые сосочки растворов хлорида или глюконата кальция, глюкозы, этилового спирта под местной анестезией.

С целью уменьшения отека и воспаления при гипертрофическом гингивите производится втирание в десневые сосочки гормональных мазей, инъекции стероидных гормонов. В лечении фиброзного гипертрофического гингивита консервативные методы, как правило, оказываются неэффективными. В этом случае на первый план выходят криодеструкция или диатермокоагуляция гипертрофированных сосочков и гингивэктомия – хирургическое иссечение разросшегося участка десны.

Местное лечение гипертрофического гингивита также должно включать устранение травмирующих факторов: замену пломб, реставрацию зубов, устранение дефектов протезов, пришлифовывание окклюзионных поверхностей, ортодонтическое лечение, пластику уздечек губ и языка и пр. Критериями излеченности гипертрофического гингивита служит исчезновение внешних изменений вида десны и субъективных ощущений, нормализация стоматологических индексов, отсутствие ложных зубодесневых карманов.

#### Прогноз и профилактика гипертрофического гингивита

При ювенильном гипертрофическом гингивите и гингивите беременных имеет смысл ограничиться консервативным лечением, поскольку после нормализации гормонального фона и родов гиперплазия десен уменьшается или исчезает полностью. Гипертрофический гингивит склонен к рецидивированию, поэтому важным является устранение всех провоцирующих местных и общих факторов.

Профилактика гипертрофического гингивита сводится к исключению хронического механического травмирования десны, регулярному проведению профессиональной гигиены полости рта, правильному гигиеническому уходу за зубами и деснами, решению стоматологических проблем пациента. Крайне важным является терапия эндокринных заболеваний, рациональный подбор лекарственных препаратов

Источник: [https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya\\_stomatology/hypertrophic-gingivitis](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_stomatology/hypertrophic-gingivitis)

Гипертрофический гингивит – не слишком распространенное стоматологическое заболевание. Но тем не менее с его проявлениями сталкиваются от 3 до 5% пациентов, которые на протяжении длительного времени игнорировали наличие воспалительного процесса в десне и не делали ровным счетом ничего для того, чтобы его устранить. Перерастая в хроническую форму, гингивит способен провоцировать пролиферативные процессы или, другими словами, способствовать делению и разрастанию клеток тканей пародонта. Из-за этого десна увеличивается в объемах настолько, что частично закрывает коронки зубов, препятствуя нормальному пережевыванию пищи и вызывая сильные боли.

#### **ГИНГИВИТ И ПАРОДОНТИТ: ПРИЧИННО-ДТВЕННЫЕ СВЯЗИ**

Гипертрофический гингивит может проявлять себе как самостоятельное заболевание или возникать в период обострения пародонтита. Несмотря на схожие симптомы (болезненность, кровоточивость десен), история болезни имеет совершенно другой сценарий: слизистая воспаляется, в ее клетках запускается механизм гипертрофии, объем пародонтальной ткани увеличивается. Но! Целостность зубоэпителиального соединения не нарушается и никаких патологических изменений в костной ткани не происходит. Воспаление не проникает глубже верхнего слоя эпителия десен.

В то время как для пародонтита характерна куда более серьезная клиническая картина: воспалительный процесс сначала охватывает слизистую, а затем уходит глубже – поражает нижние слои пародонтальной ткани и добирается до кости.

Опасность гипертрофического гингивита (как и любого другого) в том, что он может перейти в пародонтит, который сложнее поддается лечению и приводит к тяжелым последствиям, вплоть до потери зубов. Почему это происходит? Дело в том, что, когда пародонтальная ткань опухает и образуются ложные зубодесенные карманы, проблема растет, как снежный ком. Десны становятся очень чувствительными и реагируют острой болью и жжением на малейшее раздражение. Полноценная чистка зубов в таком случае просто не возможна и количество бактерий в полости рта быстро увеличивается, с каждым днем усугубляя заболевание. Вот почему так важно вовремя обратиться за стоматологической помощью, чтобы очистить десна и зубы от налета. Только так можно минимизировать бактериальный фактор и снизить вероятность возникновения пародонтита.

### **ЧТО МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ ХРОНИЧЕСКУЮ ГИПЕРТРОФИЮ ДЕСНЫ?**

Важно понимать, что разницы между понятием «гипертрофический гингивит» и «хронический гипертрофический гингивит» нет никакой. Разрастание пародонтальных тканей не происходит в одночасье, это длительный процесс, последствия которого могут стать заметны через несколько месяцев, а могут никак не выдавать себя и на протяжении нескольких лет. Именно из-за длительного течения, характерного для этого заболевания, оно всегда имеет хроническую форму.

Одной из причин возникновения гипертрофии считается запущенный гингивит. Его, в свою очередь, провоцируют болезнетворные бактерии, которые активно размножаются в зубном налете. Это значит, что регулярное игнорирование правил гигиены полости рта рано или поздно может аукнуться настолько серьезными последствиями, когда без оперативного вмешательства проблему уже не решить.

Тем не менее, какие бы угрозы не таили в себе за давние отложения зубного налета, чаще всего хроническая гипертрофия десны возникает не из-за бактериального, а из-за механического воздействия. Ситуации, в которых есть риск серьезно травмировать десну, – не такая уж редкость. Проблему может спровоцировать:

- неправильно подобранный и, как следствие, неудобный зубной протез;
- ошибка во время установки брекетов;
- неаккуратное пломбирование и установка пломбы не подходящего размера, которая соприкасается со слизистой и раздражает ее;
- наличие больших отложений зубных камней;
- неправильный прикус.

Но главная опасность в том, что от гипертрофии не застрахованы даже те пациенты, которые имеют дело только с опытными стоматологами и тщательно соблюдают их предписания. Послужить пусковым курком и запустить необратимый процесс деления базальных клеток пародонтальной ткани могут и другие факторы, которые, на первый взгляд, не имеют никакого отношения к стоматологии.

### **РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ**

- сахарный диабет и разного рода нарушения в работе эндокринной системы;
- наличие в организме злокачественных образований;
- инфекционные заболевания дыхательных путей;
- болезни желудочно-кишечного тракта;
- проблемы с сердечно-сосудистой и нервной системами;
- хронический авитаминоз.

Редко, но в стоматологической практике случались и такие случаи, когда гипертрофия слизистой возникала в следствие беременности. Дело в том, что в этот период женщины переживают резкое изменение гормонального фона. Если в добавок ко всему организму приходится испытывать еще и острую нехватку полезных микроэлементов, то это может не

самым лучшим образом отобразиться на состоянии ротовой полости вообще и на деснах в частности.

## СТАДИИ И СИМПТОМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

Существует две общепринятые классификации заболевания. Исходя из того, какие именно структурные изменения происходят в тканях пародонта, различают:

- гипертрофический гингивит отечной формы – цвет десен становится ярко-красным, они значительно увеличиваются в объеме, что особенно заметно в областях между зубами. В некоторых местах пародонтальные ткани разрастаются настолько, что частично или полностью скрывают под собой зубные коронки. Десна кровоточат и становятся очень чувствительными, любое механическое воздействие (будь то чистка зубов или прием пищи) вызывает боль;
- гипертрофический гингивит фибриозной формы – десна имеют здоровый бледно-розовый цвет, болезненные ощущения минимальны, но внешние изменения размера и формы десны заметны не вооруженным глазом.

Отечная и фибриозная форма гипертрофии – это две стороны одной медали. В первом случае мы имеем дело с расширением сосудов, просачиванием лимфы в соединительные волокна пародонтальной ткани и, как следствие, отеком десны. Во втором случае соединительные волокна увеличиваются не за счет жидкости, а за счет деления собственных клеток. То же самое происходит и в коллагеновых волокнах, но воспаление и отек при этом минимальные, поэтому и более как таковых пациент не испытывает.

Вторая классификация разделяет гипертрофический гингивит на три стадии, в зависимости от того, как далеко зашла проблема и с каким объемом десны приходится иметь дело.

## 3 СТАДИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

### 3 СТАДИИ БОЛЕЗНИ

*1 стадия* – десневые сосочки гипертрофированы пока только у основания, под разросшейся десной скрывается не более 1/3 высоты зубной коронки.

*2 стадия* – пародонтальная ткань продолжает расти, десневые сосочки увеличиваются и приобретают форму купола, десна закрывает половину зуба.

*3 стадия* – гиперплазия десны достигает своего пика, под пародонтом практически не видно зубов.

Кроме болей и кровоточивости, характерных для первой стадии заболевания, на втором этапе пациент может ощущать серьезный дискомфорт во время пищи. Десна начинает ему мешать не только нормально пережевывать еду, но и говорить. На третьей стадии обостренные симптомы полностью меняют качество жизни человека, доставляя ему массу физических и моральных страданий. Десна постоянно кровоточит, на ней могут образовываться язвы и грануляции.

Несмотря на страшные прогнозы, реальная картина редко приобретает столь угрожающие формы. Однажды начавшийся гипертрофический гингивит может несколько лет оставаться на первой стадии и протекать практически бессимптомно. Иногда десна могут становиться более чувствительными к внешним раздражителям в виде холодной, горячей и кислой пищи, кровоточить, но это лишь временные проявления, характерные для периодов обострения хронического заболевания.

То, как быстро гипертрофия будет прогрессировать и будет ли вообще, во многом зависит от состояния здоровья организма в целом. Наиболее часто с третьей стадией гипертрофического гингивита сталкиваются пациенты с сильно ослабленным иммунитетом. Первым номером в группе риска значатся люди с положительным ВИЧ-статусом, вторым – онкобольные. Чтобы избежать осложнений в виде абсцесса пародонта и не потерять зубы, им необходимо постоянное поддерживающее лечение.

## ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Отличить гипертрофический гингивит от других воспалительных заболеваний десны не сложно. Для этого достаточно провести рентгенологическое исследование и убедиться, что структурные изменения не затронули костные ткани пародонта. Так, на рентгеновском снимке больных пародонтитом или пародонтозом хорошо заметны деструктивные изменения в глубоких костных тканях, тогда как при гингивите воспалением поражены только верхние мягкие слои. В редких случаях длительного течения гипертрофического гингивита на снимке можно увидеть остеопороз (истощение) костных межзубных перегородок.

Кроме рентгена, обследование пациента с подозрением на гипертрофический гингивит подразумевает проведение сопутствующих мероприятий:

- определение индекса гигиены – чтобы оценить количество налета зубного налета в полости рта;
- определение пародонтального индекса – помогает понять, какую площадь затронуло воспаление;
- подсчет папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса – дает возможность судить о протяженности и тяжести гингивита;
- проба Шиллера-Писарева – определяет количество гликогена в пародонтальной ткани, которое значительно увеличивается при наличии воспалительного процесса.

Проводится также комплекс мероприятий дифференциальной диагностики, задача которых – исключить эпулис и фиброматоз десен. В некоторых случаях может потребоваться биопсия с целью последующего морфологического исследования тканей десны, чтобы убедиться в отсутствии онкологического заболевания. При наличии сопутствующих диагнозов, пациентам с гипертрофическим гингивитом необходимо будет пройти обследование у эндокринолога, гематолога, гинеколога и др.

## ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

К лечению запущенной стадии гипертрофического гингивита часто-густо нужно привлекать целую команду специалистов, состоящую из стоматолога-терапевта, пародонтолога, гигиениста, а иногда и ортопеда. Тактика лечения зависит от того, с какой именно формой гингивита приходится бороться.

## МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

1. Удаление зубных отложений (налета, камней) и, следовательно, очагов бактериального заражения.
2. Обработка полости рта антисептическими препаратами.
3. Пародонтологические аппликации – накладывание на десну медицинских пленок и марлевых полосок, пропитанных лекарственным раствором, а также антибактериальных и противовоспалительных гелей и паст.
4. Травяные ванночки и полоскания.
5. Физиотерапия. В зависимости от площади и стадии поражения пациенту может назначаться:
  - массаж десен – для стимуляции кровообращения в тканях пародонта;
  - электрофорез – введение лекарственных препаратов в глубокие ткани десны через верхний слизистый слой с помощью тока;
  - гальванизация и дарсонвализация – воздействие на десну электрическим током через мокрые накладки и газ;
  - ультразвук – проникая в пародонтальные ткани, высокочастотные звуковые колебания активизируют биохимические процессы в клетках. Это позволяет снять воспаление, избавиться от рубцов и инфильтратов, провоцирующих отек;
  - лазеротерапия – воздействуя низкоинтенсивным излучением светового диапазона на воспаленный участок, можно добиться оттока лимфы, снять воспаление, обезболить и продезинфицировать десну. К тому же лазер увеличивает восприимчивость к лекарственным препаратам, а значит помогает быстрее добиться эффекта от медикаментозного лечения.

Если местные противовоспалительные мероприятия не дадут должного результата, придется использовать инъекции и вводить растворы хлорида, глюконата кальция и этилового спирта непосредственно в десневые сосочки. Это так называемая склерозирующая терапия и надо сказать, что она весьма болезненна, поэтому инъекции врач делает только после укола местной анестезии. Чтобы снять отек и воспаление, часто назначаются гормональные мази и стероидные гормоны (также в виде инъекций).

## **ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНОГО ГИНГИВИТА**

Все вышеперечисленные методы, направленные главным образом на то, чтобы убрать отек ткани и остановить воспалительные процессы, в данном случае, скорее всего, окажутся бесполезными. Если речь заходит о фиброзной форме гингивита, лечение требует радикальных мер. Избавиться от разросшихся пародонтальных тканей можно двумя способами.

### *Криодеструкция гипертрофированных сосочков.*

Во время процедуры на пораженные ткани воздействуют с помощью критически низких температур. В результате жидкость, которая заполняет клетки и пространство между ними, замерзает и образует кристаллы льда, которые разрушают мембранные и клеточные структуры.

### **Гингивэктомия.**

От разросшейся ткани избавляются методом иссечения. Пациента обезболивают, лишнюю десну удаляют, а края сшивают. Первые дни после операции пациенту следует быть предельно осторожным во время приема пищи и чистки зубов, а также регулярно полоскать полость рта антисептиком, чтобы не травмировать швы и не допустить инфицирования.

Важно понимать, что любая форма гипертрофического гингивита – это следствие, поэтому избавиться от него можно только устранив причину. Если воспаление спровоцировала некачественная пломба, ее нужно заменить и правильно отреставрировать зуб. Если гипертрофия возникла вследствие гормонального дисбаланса или эндокринного заболевания, то первым делом необходимо заняться комплексным обследованием и лечением всего организма. Часто гингивит исчезает бесследно сам по себе, как только устранены истинные причины воспаления.

Всем, кому приходилось или приходится иметь дело с гипертрофическим гингивитом, нужно помнить, что это коварное заболевание, склонное к рецидиву. Поэтому особое внимание следует уделять его профилактике. И в этом контексте самостоятельный гигиенический уход за полостью рта дома – это хорошо, но недостаточно. Нельзя пренебрегать регулярной профессиональной чисткой зубов и десен от камней и налета в стоматологическом кресле. Помните, что теперь малейший дискомфорт после установки пломбы или протеза – это повод быть тревогу. Правильно питайтесь, обедайте продуктами, богатыми кальцием, магнием, рутином и витамином Е.

Тесты:

1. Формы гипертрофического гингивита:
  - а) отечная и фиброзная
  - б) острая и хроническая
  - в) легкая, средняя, тяжелая
  - г) легкая, отечная, тяжелая, фиброзная
  - д) б, в.
  
2. Этиология гипертрофического гингивита:
  - а) гормональные изменения
  - б) прием лекарственных препаратов – дифенина, циклоспорина

- в) дефицит витамина С
- г) заболевания крови (лейкемические ретикулезы)
- д) все ответы верны.

3. Гипертрофический гингивит средней тяжести характеризуется...

- а) деформацией десны не более 1/4 коронки зуба
- б) десна покрывает 2/3 коронки зуба
- в) десна покрывает всю коронку
- г) десна достигает не более 1/3 коронки зуба
- д) десна достигает более 1/3 коронки зуба.

4. Природное кератопластическое средство для лечения отечной формы гипертрофического гингивита:

- а) отвар ромашки
- б) отвар коры дуба
- в) сок подорожника
- г) сок алоэ
- д) нет правильного ответа.

5. Формы атрофического гингивита:

- а) отечная и фиброзная
- б) острая и хроническая
- в) легкая, средняя, тяжелая
- г) локализованная, гипертрофизованная
- д) местная, общая.

#### **Интерактивный метод**

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.8б. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении

#### **Критерии оценки текущего контроля**

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно

			анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворительно «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и	Неудовлет	Не имеет точного представления.

	ниже	ворительн о «2»	Не знает.
--	------	-----------------------	-----------

## Тема № 7 Клиника атрофического гингивита, диф. Диагностика и профилактика.

**Атрофический гингивит** – хроническое заболевание полости рта, которое характеризуется уменьшением объема окружающей зубы десневой ткани. При атрофическом гингивите признаки воспаления чаще всего отсутствуют, но происходит постепенное оголение шеек зубов и развитие болезненной чувствительности к изменениям температуры. Диагностируется атрофический гингивит на основании анамнеза и оценки состояния десен во время стоматологического осмотра. Лечение атрофического гингивита включает в себя устранение травмирующих и раздражающих маргинальный пародонт факторов, медикаментозную терапию, массаж десен и физиотерапевтические процедуры. В запущенных случаях проводится хирургическая операция – гингивопластика.

### Общие сведения

Атрофический гингивит – хроническая форма [гингивита](#), при которой вследствие дистрофических изменений эпителиальной ткани происходит уменьшение общего объема десны, исчезновение межзубных сосочков, а также обнажение шеек и корней зубов. При этом признаки воспаления отсутствуют, либо выражены слабо. Атрофическим гингивитом чаще болеют мужчины старше 60 лет, у женщин он встречается реже. Вследствие некорректного [ортодонтического лечения](#) или аномалий полости рта атрофический гингивит также может развиваться у детей.

Атрофическую форму хронического гингивита [стоматология](#) рассматривает в качестве первого признака начинающегося [пародонтита](#) – невоспалительного системного поражения окружающих зубы тканей. Прогрессирование атрофического гингивита грозит развитием [пародонтита](#) – воспалительного заболевания тканей вокруг зубов, приводящего к разрушению зубодесневого соединения, расшатыванию и потере зубов. Поэтому во избежание тяжелых последствий начинать лечение следует как можно раньше.

### Причины и классификация атрофического гингивита

Атрофический гингивит является последней стадией [хронического гингивита](#) и очень часто связан с несоблюдением правил гигиены полости рта. Основными причинами атрофического гингивита считают нарушения обмена веществ, ослабление иммунитета вследствие различных заболеваний ([сахарный диабет](#), [туберкулез](#), [язвенная болезнь](#), [гастрит](#), [гепатит](#) и др.), а также курение. Кроме того, пусковыми факторами могут служить гормональные изменения, происходящие в организме подростков, беременных женщин и пожилых людей.

Атрофический гингивит могут вызывать неправильная ортодонтическая терапия, травмы десневой ткани вследствие дефектов протезирования, деформации десен и врожденные аномалии, например, мощные десневые связки или неправильное прикрепление уздечки.

Различают две формы атрофического гингивита:

ограниченную – оголяются шейки и корни в области 1–2 зубов (в основном – резцов, клыков и премоляров);

генерализованную – десневой край постепенно теряет свой объем, десневые сосочки исчезают, и образуются большие межзубные промежутки.

### Симптомы атрофического гингивита

При развитии атрофического гингивита слизистая оболочка десны нередко приобретает бледно-розовый цвет; кровоточивость и воспалительный процесс чаще всего отсутствуют вовсе либо выражены незначительно. Зачастую маргинальная часть десны теряет объем, а межзубные сосочки сохраняют свою форму, что приводит к формированию V-образных атрофированных участков. В дальнейшем десневой край уплотняется, образуется гипертрофированная ткань в виде выраженного валика, за счет чего десна выглядит толще, хотя на самом деле она атрофируется.

С течением времени происходит уменьшение общего объема десневой ткани. Вследствие обнажения шеек зубов появляется [патологическая чувствительность](#) к изменениям температуры и другим раздражителям. Прогрессирование атрофического гингивита приводит к тому, что десневые сосочки полностью исчезают. На их месте возникают значительные межзубные промежутки, в которых застревает пища, накапливаются и размножаются патогенные микроорганизмы, что еще больше усугубляет патологию.

Вследствие медленной, но постоянно прогрессирующей атрофии тканей краевого пародонта происходит постепенное обнажение корней зубов. В дальнейшем атрофический гингивит приводит к значительной потере объема десневой ткани и может стать причиной серьезных последствий: развития пародонтита и утраты здоровых зубов.

### Диагностика атрофического гингивита

Атрофический гингивит диагностируется [стоматологом](#) или [пародонтологом](#) на основании данных анамнеза и оценки состояния полости рта при визуальном и инструментальном обследовании. Во время визуального осмотра врач оценивает состояние зубов, межзубных сосочков и десневого края, возможные аномалии десен, а также особенности прикуса, количество отложений на зубах и состояние протезов при их наличии. Инструментальное обследование при помощи зонда позволяет выявить кровоточивость, целостность зубодесневых соединений, отсутствие десневых карманов и степень подвижности зубов. На основании данных осмотра составляется [пародонтограмма](#).

Для того чтобы оценить состояние костной ткани, выполняется [дентальная рентгенография](#). Для более точной диагностики возможно проведение различных тестов, индексов и проб, а также посева из полости рта на микрофлору. Эти исследования необходимы, чтобы дифференцировать атрофический гингивит от схожих по симптоматике заболеваний, например, пародонтоза и пародонтита. При атрофическом гингивите поражаются только мягкие десневые ткани, а костные структуры и связки остаются незатронутыми.

Для назначения правильного лечения необходимо точно установить причины, вызвавшие атрофический гингивит, поэтому в случае сопутствующих заболеваний для диагностики требуются консультации других медицинских специалистов: [эндокринолога](#), [фтизиатра](#) или гастроэнтеролога.

### Лечение атрофического гингивита

При лечении атрофического гингивита необходим индивидуальный комплексный подход. Если патология десен вызвана общесоматическим заболеванием, то нужно провести курс его лечения и принять меры по укреплению общего иммунитета. Кроме того, требуется устранить все травмирующие и раздражающие ткань пародонта факторы, провести [профессиональную гигиену полости рта](#) и назначить терапию, улучшающую трофику десен. В случае необходимости производится коррекция ортодонтических аппаратов и [зубных протезов](#).

При наличии инфекции используют антибактериальные препараты. Для обработки десен применяют перекись водорода или другие антисептики. Положительный эффект оказывают полоскания ротовой полости отварами аира, зверобоя, прополиса, ромашки и коры дуба, однако по поводу применения этих средств необходимо обязательно проконсультироваться с врачом. Недопустимо заниматься самолечением, терапия такого серьезного заболевания, как атрофический гингивит, должна проходить под строгим контролем специалиста.

Комплексное лечение атрофического гингивита также включает в себя обработку шеек зубов [фтором](#), вибрационный массаж десен, ауто- и гидромассаж, а также [пародонтологические аппликации](#) с маслом облепихи или шиповника. Необходим прием витаминно-минеральных

комплексов, содержащих витамины А, В, С, Е и Р. Помимо этого, в курсе лечения обычно используют несколько видов физиотерапии: [электрофорез](#), [дарсонваль](#), [ультразвук](#) или [светолечение](#).

В случае запущенности заболевания врач может рекомендовать проведение хирургической операции – [гингивопластики](#), при которой атрофированные участки десны восстанавливаются лоскутами соседних здоровых тканей.

#### Прогноз и профилактика атрофического гингивита

Полное излечение данной патологии невозможно, но своевременная и правильная терапия может приостановить атрофические процессы. Поэтому следует соблюдать меры профилактики атрофического гингивита и своевременно обращаться к врачу при появлении тревожных симптомов.

Основным профилактическим мероприятием служит правильная гигиена полости рта. Необходимо чистить зубы утром и вечером, используя пасты, препятствующие кровоточивости десен. В случае диагностированного хронического гингивита важно не допустить его перетекания в атрофическую стадию. Для этого рекомендуется применять стоматологические гели, содержащие метронидазол. Необходимо обязательно проходить профилактический осмотр у специалиста не менее 2-х раз в год и регулярно проводить санацию полости рта.

При наличии общесоматических патологий, которые могут привести к атрофическому гингивиту, важно своевременно проводить курс их лечения и укреплять общий иммунитет. Необходимо отказаться от курения и правильно питаться: употреблять больше фруктов и овощей, ограничить сладкие продукты

**АТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ – СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ** Атрофический гингивит – это патология, при которой тканей десен становится меньше, они словно претерпевают обратное развитие, истощаются. На этом фоне зубы становятся «неприкрытыми» в области шеек. Основным симптомом является повышение чувствительности зубов – больной не может в обычном режиме принимать пищу, из-за чего качество его жизни ухудшается. А так как из-за болевого синдрома пациент начинает отказываться от жидкой горячей пищи, то из-за этого могут возникать симптомы гастрита (воспаления слизистой желудка).

Поэтому во избежание понижения вашего рейтинга в поисковых системах, ссылка на источник обязательна.

**ПРИЧИНЫ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА** В основе развития атрофического гингивита лежит нарушение трофики (питания) тканей десен – а это означает, что любые факторы, которые ее ухудшают, могут спровоцировать развитие описываемого заболевания. Основными причинами возникновения атрофического гингивита являются: санитарно-гигиенические; ожоговые; инфекционно-воспалительные; иммунные; эндокринные; инволютивные; врожденные; связанные с лечением; вредные привычки; общее истощение. Около половины пациентов с диагностированным атрофическим гингивитом сознавались в нарушении стоматологических санитарно-гигиенических норм – причем, отмечали не только несоблюдение режима чистки зубов, но и из-за неумения правильно ее выполнять. Риск развития атрофического гингивита выше, если пациент: использует некачественную зубную пасту – а именно со щетиной из неподходящих материалов (в частности, синтетических) либо изготовленную без соблюдения определенных правил технологического процесса; применяет сертифицированную зубную щетку, но со слишком жесткой щетиной; слишком интенсивно чистит зубы. Атрофический гингивит часто диагностируют у пациентов после перенесенных ожогов десен – термических (из-за температурного факторов) и химических (возникших под влиянием агрессивных соединений). В первом случае причиной может быть регулярный прием в пищу перегретых блюд в силу семейной либо индивидуальной привычки есть слишком

горячую пищу, а во втором – блюд с большим количеством острых специй. В норме у человека во рту обитает сапрофитная микрофлора. Инфекционно-воспалительные процессы в полости рта могут привести к развитию гингивита, который может трансформироваться в атрофический гингивит. Так, около четверти пациентов отмечали развитие описываемой патологии после перенесенного стоматита – воспалительного поражения слизистой оболочки ротовой полости. Как правило, такое воспаление вызвано неспецифической микрофлорой. К ней относятся возбудители, которые способны спровоцировать в разных органах и тканях развитие инфекционно-воспалительного процесса разных типов: катарального (простого) воспаления; абсцесса – ограниченного гнойника любой локализации; флегмоны – разлитого нагноения любой локализации; пиодермии – поверхностного гнойного поражения кожи и множества других. Это хорошо известный читателю пул таких микроорганизмов, как: стафилококки (в том числе, золотистый стафилококк); стрептококки; бактероиды; кишечная палочка и многие другие. Реже толчком для развития атрофического гингивита могут стать специфические инфекции – те, от наличия которых зависит развитие только какого-то одного инфекционного заболевания. Чаще всего это туберкулез полости рта – поражение микобактериями туберкулеза (палочкой Коха). Замечено, что инфекционно-воспалительные процессы в полости рта, которые приводят к развитию атрофического гингивита, довольно часто развиваются на фоне иммунодефицитов: врожденных; приобретенных. Атрофию тканей десен способны спровоцировать эндокринные нарушения. В первую очередь, это нехватка (гипотиреоз) либо чрезмерное количество (гипертиреоз) тиреоидных гормонов, так как они являются регуляторами метаболических процессов в организме. Также атрофический гингивит чаще развивается, быстрее прогрессирует и чаще осложняется на фоне сахарного диабета (нарушения углеводного обмена, возникшего из-за нехватки гормона поджелудочной железы инсулина).  
© Авторство контента на okeydoc.ru защищено службами Яндекс.Тексты и Google Authorship.

Поэтому во избежание понижения вашего рейтинга в поисковых системах, ссылка на источник обязательна.

Описываемое заболевание может возникнуть из-за: неправильного лечения прикуса; некорректного протезирования, которое ведет к травматизации и деформации десен. Из всех вредных привычек наибольшее значение в развитии описываемого заболевания имеет курение. В слюне курильщика скапливаются никотиновые смолы, которые ухудшают процессы метаболизма в тканях десен. Помимо этого, никотин оказывает мощное суживающее действие на сосуды, из-за чего кровоток нарушается, кровоснабжение тканей ухудшается – как результат, те ни не получают питательных веществ, поэтому их восстановительная функция ухудшается. На фоне атрофического гингивита, спровоцированного курением, чаще развиваются злокачественные новообразования десен. Какова роль алкоголя в развитии атрофического гингивита? Он раздражает ткани десен и угнетает в них метаболические процессы, из-за чего питание тканей ухудшается, развивается атрофия.

© Авторство контента на okeydoc.ru защищено службами Яндекс.Тексты и Google Authorship.

Поэтому во избежание понижения вашего рейтинга в поисковых системах, ссылка на источник обязательна.

Повышение чувствительности зубов возникает из-за того, что ткани десен, атрофируясь, буквально сползают с шеек зубов, те обнажаются. Из-за этого первым делом появляется температурная чувствительность – пациент не может нормально поесть горячей или холодной пищи (супа, борща, мороженого), попить теплого чая или охлажденных напитков. Некоторые больные отмечают, что неприятные ощущения у них возникали при поступлении холодного воздуха в ротовую полость. В случае прогрессирования патологии шейки зубов обнажаются все больше, больной ощущает дискомфорт при жевании твердой пищи. На фоне тканевых изменений десны становятся бледными, может наблюдаться

кровотечение (нечасто). В очень редких случаях при выраженных воспалительных изменениях десна краснеют. Из-за того что десневых тканей становится меньше, промежутки между зубами у пациентов увеличиваются, в них застревают фрагменты пищи – при их несвоевременном удалении становится более выразительным воспалительный компонент описываемого заболевания. **ДИАГНОСТИКА** Диагноз атрофического гингивита ставят на основании жалоб пациента, данных анамнеза (истории) патологии, результатов дополнительных методов обследования. Из анамнеза врач в первую очередь узнает у больного: не было ли у него системных заболеваний; не предпочитает ли пациент принимать горячую и острую пищу; есть ли у него вредные привычки. Во время стоматологического осмотра: оценивают состояние зубов, промежутков между зубами и десен, подвижность зубов; выявляют врожденное нарушение строения десен; внимательно осматривают зубные протезы, если таковые имеются. Из инструментальных методов в диагностике атрофического гингивита используются: рентгенографическое обследование – по рентгенологическим снимкам оценивают состояние корней зубов и лунок; компьютерная томография (КТ) – компьютерные срезы позволят с большей точностью, чем рентгенография, оценить состояние корней зубов и лунок; магнитно-резонансная томография (МРТ) – цели и задачи те же, что и при проведении КТ, при этом обследуются мягкие десневые ткани. Лабораторные методы исследования привлекаются в диагностике атрофического гингивита, чтобы определить природу заболевания, спровоцировавшего развитие описываемой терапии. Используются: общий анализ крови – повышение количества лейкоцитов (лейкоцитоз) и СОЭ свидетельствуют про воспалительное происхождение болезни-провокатора; бактериологическое исследование – под микроскопом изучают мазок, взятый с десен, выявляют возбудителя, который мог спровоцировать развитие атрофического гингивита; бактериологическое исследование – делают посев мазка с десен на питательные среды, по выросшим колониям идентифицируют представителей патогенной микрофлоры. Так как атрофический гингивит нередко развивается на фоне различных патологий, для их выявления и оценки изменений могут потребоваться другие методы исследования. Потребуется консультация смежных специалистов, которые определят спектр необходимых диагностических методов.

Поэтому во избежание понижения вашего рейтинга в поисковых системах, ссылка на источник обязательна.

### **Интерактивный метод**

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении

### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетво	Понимает суть вопроса. Правильно

		рительно «3»	решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворительно «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

**Тема № 8 Клиника десквамативного гингивита, диф.  
Диагностика и профилактика.**

**Десквамативный гингивит**

**Десквамативный гингивит** — это одна из форм воспаления десен, которая характеризуется повышенным слущиванием, или десквамацией эпителиального шара, вследствие чего образуются язвы и десневая ткань приобретает характерный ярко-красный полированный вид. Десквамативный гингивит был впервые описан еще в далеком 1932 году. Из-за неравномерности слущивания эпителия на деснах появляются хаотически расположены красные пятна, что напоминают географическую карту, в связи с чем данную форму гингивита называют еще географической.

Десквамативный гингивит — это преимущественно симптоматическое заболевание. Чаще всего оно возникает на фоне сахарного диабета, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, дермомукозных заболеваний (например, красный плоский лишай, доброкачественный пемфигоид), болезни Крона, или же как аллергическая реакция.

Десквамативный гингивит больше характерен для взрослых (особенно у женщин в постклимактерический период), однако, часто встречается и у детей, особенно в период полового созревания. Зависимо от характера течения различают острый и хронический десквамативный гингивит.

Далее в статье расскажем, какие жалобы возникают у больных хроническим десквамативным гингивитом, как проходит лечение данной патологии у взрослых и детей, а также предоставим фото пациентов.

**Хронический десквамативный гингивит, какие бывают жалобы**

У больных на хронический десквамативный гингивит жалобы зачастую появляются через некоторое время после начала заболевания. Изменение внешнего вида десен, их болезненность, жжение, кровоточивость — главные жалобы больных на хронический десквамативный гингивит (фото далее). Заболевание обычно протекает с периодами ремиссии (затухания жалоб и клинических проявлений) и обострения.

Хронический десквамативный гингивит может протекать в трех формах:

**1. Легкая** — в этом случае наблюдается поверхностная десквамация эпителия, а маргинальная и прикрепленная десна слегка гиперемированы. Больные не предъявляют жалоб на болезненность, или повышенную чувствительность десен.

1. **Гингивит средней тяжести** (фото справа) — десневая поверхность гиперемирована, блестит, покрыта пятнами. Эпителий после сдвигания оставляет по себе язвы. На такой десквамативный гингивит жалобы у больных также включают болезненность десен, их гиперчувствительность, жжение.
2. **Тяжелая форма** — характеризуется резкой болезненностью и гиперемией десен, их зудом, жжением, эпителий отрывается кусочками, десна покрыты пузырями и язвами. Пациенты также предъявляют жалобы на невозможность приема пищи, плохой сон, раздражительность.

#### **Лечение десквамативного гингивита у взрослых**

При таком заболевании, как десквамативный гингивит, лечение в первую очередь предусматривает устранение причинного заболевания. После этого проводится профессиональная гигиена ротовой полости и медикаментозное лечение десквамативного гингивита. Применяются антисептические, антибактериальные, противовоспалительные средства, нередко гормоны и ретиноиды.

Однако, в большинстве случаев после устранения причинного заболевания лечение десквамативного гингивита не требуется, поскольку воспаление проходит самостоятельно.

#### **Десквамативный гингивит у детей, лечение**

Как упоминалось выше, хронический десквамативный гингивит детей (фото далее) возникает редко и преимущественно в период полового созревания. Десквамацию, или сдвигание эпителия связывают с высоким уровнем женского гормона прогестерона, поэтому десквамативный гингивит детей чаще регистрируется среди девочек.

Боль, сдвигание эпителия, гиперемия, гиперчувствительность десен и другие жалобы, что перечислялись выше — все это помогает диагностировать десквамативный гингивит у детей. Лечение проводится по аналогичной для взрослых схеме. В первую очередь устраняется заболевание, которое спровоцировало хронический десквамативный гингивит у детей. Лечение медикаментозное применяется в зависимости от наличия и степени выраженности тех, или иных симптомов гингивита.

#### **Десквамативный гингивит**

Десквамативный или географический гингивит — разновидность воспалительного заболевания десен, при котором слизистая покрывается специфическими пятнами. Области поражения создают своеобразный узор, напоминающий географическую карту. Это чаще вторичное нарушение на фоне других заболеваний, но без лечения оно может закончиться тяжелыми последствиями. Опасные осложнения — плоский лишай и вульгарная пузырчатка.

#### **Что такое десквамативный гингивит**

Десквамативная форма гингивита проявляется сдвиганием эпителия, отчего на слизистой появляются яркие красные пятна. Сопутствует этому образованию язв и пузырей. Точной причины этого заболевания еще не установлено.

Протекать десквамативный гингивит может 3 формами: легкой, средней и тяжелой. Лечение сложное, требует помощи стоматолога. Врач назначает профессиональные процедуры, лекарственные средства, стоматологические гели, а также рекомендует средства народной медицины как вспомогательной меры.

### **Причины возникновения**

Эта редкая форма гингивита чаще развивается на фоне системных заболеваний. Это могут быть [гастрит](#), [язва желудка](#), [эзофагит](#), сахарный диабет и другие патологии желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы.

Есть ряд факторов, способствующих развитию тяжелого воспаления десен:

- патологический прикус, аномалии десен;
- аллергические осложнения;
- обезвоживание, истощение организма;
- гормональные нарушения;
- слабый защитный механизм, иммунодефицитные состояния;
- травмирование десны во время прорезывания восьмого зуба;
- патологии желудочно-кишечного тракта;
- дефицит витаминов и микроэлементов.

Внешними факторами риска будут физические, химические, механические, биологические, медицинские факторы. Основные среди них — ожоги горячей пищей, инфекции вследствие травмы, курение, недостаточная гигиена полости рта.

**Важно!** Нередко стоматологические заболевания развиваются на фоне психических болезней, частых стрессов, переживаний. В таком случае лечение возможно только после устранения факторов риска, когда может потребоваться помощь психотерапевта.

### **Формы и стадии заболевания**

Десквамативный гингивит протекает в 3 стадии:

- первая, легкая — на деснах появляются красные пятна разной величины и размера, они поражают область около нескольких зубов, жалобы еще отсутствуют, может беспокоить легкая болезненность;
- вторая, средняя — больного начинают беспокоить жжение и боль, десны становятся отечными, блестящими, гладкими, ярко-красными, начинают отходить от зуба при надавливании;
- третья, тяжелая — появляются сильные боли в области пятен, беспокоят жжение, зуд, пузыри, больному становится трудно жевать и разговаривать, на межзубных сосочках возникают небольшие пузыри, эпителий активно отслаивается.

Для географической формы заболевания характерна цикличность. Воспаление начинается внезапно без видимых предшествующих факторов. Нередко заболевание через несколько дней проходит самостоятельно, но рисковать нельзя, ведь без лечения всегда есть риск осложнений.

## Возможные осложнения

Наиболее опасное осложнение — вульгарная пузырчатка. Это редкое аутоиммунное заболевание с образованием эрозий и пузырей. Без лечения патология может закончиться летально. Пузырьки при этом заболевании появляются не только на слизистой полости рта, но и на коже.

Более частые и менее опасные осложнения гингивита:

- абсцесс;
- инфекционные процессы в деснах и челюсти;
- рецидивирующий гингивит;
- [пародонтит](#) и [пародонтоз](#);
- ангина Венсана.

Некоторые исследования доказывают связь тяжелых гингивитов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, риском развития инсульта и патологиями дыхательной системы.

## Симптомы и диагностика

Диагностика начинается со стоматологического осмотра. Врач видит характерные участки поражения: язвы, пузырьки, сильное покраснение десен, гладкость и блеск слизистой. Дополнительно может потребоваться рентген для исключения заболеваний пародонта и периодонта. Когда десквамативный гингивит возникает впервые, стоматолог может направить к другому профильному врачу при подозрении на системное заболевание.

Нередко в стоматологическом кабинете оказываются пациенты гастроэнтерологов, эндокринологов, инфекционистов, венерологов. Связано это с тем, что многие скрытые заболевания начинают проявлять себе в полости рта.

## Методы лечения

Комплексное лечение десквамативного гингивита включает:

1. Проведение профессиональной гигиены полости рта: снятие зубных отложений ультразвуком, чистка системой Air-Флов.
2. Назначение противомикробных, антисептических, противовоспалительных, обезболивающих препаратов.
3. Устранение очагов инфекции полости рта: лечение кариеса, чистка пародонтальных карманов, удаление старых пломб.
4. Проведение ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций с применением антисептиков — Хлоргексидин, Мирамистин.
5. Применение лечебных зубных паст и ополаскивателей на основе противовоспалительных компонентов и антисептиков.

После лечения проводится профилактика рецидива в течение 2 лет. Пациент должен регулярно посещать врача для осмотра и проведения профессиональной гигиены.

## Первая помощь

При сильной болезненности и повышенной чувствительности десен можно смазать их стоматологическим гелем до посещения врача. Это Метрогил Дента, Холисал, Асепта,

Пародонтоцид. Также можно принять обезболивающее — Найз, Нимесил, Кетанов. При сильной боли также поможет полоскание рта раствором соды с солью каждые полчаса.

### Интерактивный метод

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении

#### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает

			уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворительно «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

**Тема № 9 Пародонтит. Начальная стадия пародонтита. Клиника, дифференциальная диагностика**

**Хронологическая карта практического занятия:**

<i>Время: 310.5 минут</i>	<i>Количество студентов: 8-12</i>
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1. Введение 2. Теоритическая часть. 3. Аналитическая часть: - Органайзеры - Тесты 4. Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о строении и функции ткани периодонта, о заболеваниях происходящих в периодонте; ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.

<b>Студент должен знать</b>	-правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об анатомическом, гистологическом строение периодонта; - о функциях периодонта
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с периодонтитами (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследования: термометрия, ЭОД, чтение Rn-снимок).
<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о строении периодонта; -изложить о функциях периодонта; -объяснить этиологию воспалительных процессов в периодонте; - ознакоми́ть студентов с классификацией периодонтитов	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о строении периодонта; - излагают о функциях периодонта; -объясняют этиологию воспалительных процессов в периодонте; - называют и дают краткую характеристику классификацию периодонтитов  -комментируют и излагают классификацию периодонтитов;
<i>Методы обучения</i>	Лекция, демонстрация, мозговой штурм, пинборд
<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой работы.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный опрос, письменный опрос

### Технологическая карта учебного занятия

Схема и правила заполнения истории болезни. Строение и функции периодонтита

Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	студентов
1 этап. Введение в учебное занятие 10 минут	1.1.Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме:периодонт, клетки Малассе, рыхлая и коллагеновая ткань,острые и хронические периодонтиты. Знакомит с планом, особенностями учебного занятия.	Слушают, записывают
10 минут 20 минут	1.2.Называет список литературы (примечание №8) 1.3.Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре	Слушают, записывают  уточняют, задают вопросы, слушают

5 минут	практического занятия.	
5 минут	1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5). Перемена	
2-этап		Отвечают
Основная часть	2.1. Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) и контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы. Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просит записывать в тетрадь о текущих информациях	Конспектируют. Слушают, Переписывают схемы и таблицы. Задают вопросы и отвечают, презентуют результаты групповой работы
40 минут		Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.
5 минут	Перемена	
15 минут	2.3. Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2)	
20 минут	Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3).	Обсуждают тестовые задачи и выполняют
25 минут	Перемена	Выполняют мануальные навыки
5 минут	2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее (коллективно/индивидуально) полученную информацию. Обобщает воспроизведенные знания ( примечание №3).	Систематизируют информацию, выделяют главное, обмениваются мнениями
45 минут	Перемена	
45 минут	2.4. Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3).	
5 минут	Перемена	
45 минут	2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4)	
15 минут	Перемена	
20 минут	2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение	
3 этап.		
Заключительно результатирую щий	3.1. Делает заключение по теме в целом. 3.2. Предлагает группам сообщить итоги самооценки. Комментирует результаты (Примечание №5). 3.3. Дает задание для самостоятельной работы (Примечание №7).	Группы сообщают итоги взаимооценки. Записывают задание для самостоятельной работы.
20.5 минут		

## Текст

Пародонтит является самостоятельной нозологической формой заболевания пародонта, может локализоваться в области одного или нескольких зубов или носить генерализованный характер.

Локализованный пародонтит. Он развивается под влиянием местных причин: попадания пломбировочного материала или мышьяковистой пасты в межзубный промежуток, окклюзионной травмы (патология прикуса, раннее удаление больших коренных зубов и т. д.), физической травмы (посттравматический остеолит кости), плохо изготовленных протезов и др.

В клинике локализованный пародонтит встречается часто, но более серьезной проблемой является генерализованная его форма (рис. 9.20).

Генерализованный пародонтит. Он всегда начинается с катарального гингивита и характеризуется нарушением целостности зубодесневого соединения, разрушением свя-



Рис. 9.21. Образование костного кармана за счет травмы. Рентгенограмма. зочного аппарата зуба, резорбцией костной ткани, образованием пародонтального кармана (рис. 9.21).

Пародонтит субъективно проявляется кровоточивостью, подвижностью зубов разной степени, болевыми ощущениями, гиперестезией шеек зубов (симптом непостоянен), гнойными выделениями из кармана.

При объективном обследовании отмечают кровоточивость десен, отложение поддесневого зубного камня и налета, подвижность зубов, выделение гноя при надавливании инструментом на край десны, положительная проба Шиллера. Однако основным признаком пародонтита является наличие пародонтального кармана.

Степень тяжести пародонтита определяется в основном тремя ведущими симптомами — глубиной пародонтального кармана, степенью резорбции костной ткани и как следствие этих признаков — расшатанностью зубов. Эти признаки являются основой для выбора хирургического и ортопедического лечения.

Для пародонтита легкой степени характерны глубина пародонтального кармана до 3,5 мм преимущественно в области межзубного промежутка, начальная степень деструкции костной ткани межзубных перегородок: разволокнение или исчезновение замыкающих пластинок, явления остеопороза, незначительное снижение высоты межзубных перегородок (менее  $\frac{1}{3}$ ); расшатанности зубов нет, не выражено их смещение, но имеется индуцированная кровоточивость. Обычно при легкой степени пародонтита общее состояние больного не нарушено.

Для пародонтита средней тяжести характерно следующее: глубина кармана до 5 мм; резорбция костной ткани межзубных перегородок от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{1}{2}$ ; патологическая

подвижность зубов I—II степени, возможно смещение зубов, появление трем, травматическая окклюзия.

Для пародонтита тяжелой степени характерна разнообразная клиническая симптоматика: пародонтальный карман

больше 5—6 мм, II—III степень патологической подвижности зубов, резорбция костной ткани на величину более  $\frac{1}{2}$ , иногда полное рассасывание альвеолярной перегородки; зубы смещены; выражена травматическая артикуляция; значительные тремы; имеются дефекты зубных рядов.

При средней и тяжелой степени пародонтита часто наблюдаются гноетечение и абсцедирование.

Рентгенологическая картина пародонтита зависит от стадии процесса. Начальные стадии характеризуются остеопорозом и деструкцией замыкающих пластинок и межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин перегородок. Важным рентгенологическим признаком быстротекущего пародонтита у взрослых служит появление обширных очагов деструкции нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый «изъеденный» вид, отмечается отложение поддесневого зубного камня. Структура костной ткани в других отделах челюсти не изменена. Отсутствует характерный для пародонтоза остеосклероз кости. Воспалительные изменения при пародонтите могут распространяться в трех основных направлениях. После разрушения кортикальной пластинки кости межзубной перегородки воспалительно-резорбтивные явления распространяются на губчатое вещество кости — это наиболее часто встречающееся направление. Такое состояние (см. рис. 9.20) рентгенологически определяется как усеченность (деструкция) вершины межзубной перегородки (2). Распространение к периодонтальной щели (3) также сопровождается вначале резорбцией компактной пластинки кости, а затем и деструкцией губчатого вещества, но резорбция идет вертикально с образованием костных карманов и абсцессов. Третий путь распространения воспаления к надкостнице клинически проявляется образованием глубоких пародонтальных карманов (т.е. между десной и костью с вестибулярной или язычной поверхности альвеолярного отростка) с выделением гноя; при этом также возможно абсцедирование (1). В дальнейшем происходит рассасывание костной ткани. Все указанные варианты течения пародонтита наблюдаются в клинике. Кроме того, возможно сочетание указанных вариантов.

Начальная стадия пародонтита. Для нее преимущественно характерны явления развития подостро текущего, с частыми рецидивами гингивита, сопровождающегося умеренно выраженными резорбтивными изменениями в верхушках альвеолярного гребня. Плотные воспалительные инфильтраты, в основном лимфоцитарно-макрофагальные, локализуются главным образом под сулькулярным эпителием и лишь весьма скудные, преимущественно очаговые периваскулярные — в периодонте. Склеротические изменения выражены незначительно и лишь в поверхностных отделах пародонта.

Нередки случаи отложения над- и поддесневого зубно-

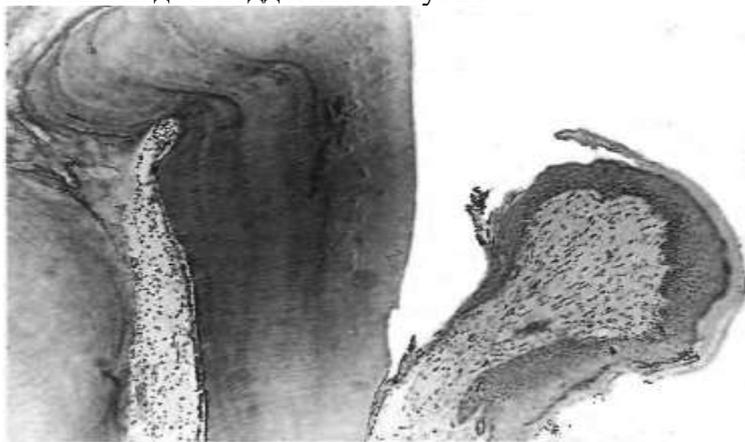


Рис. 9.13. Гипертрофия десны. Окраска гематоксилином и эозином. Микрофотография, х 60 [Григорьян А. С, 1987].

го камня, который пенетрирует зубодесневое соединение. В непосредственной близости от отложения конкремента обнаруживается скопление круглых клеток.

### Интерактивный метод

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.8б. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие. Работы студентов сохраняются преподавателем.

#### Вопросы по теме

- 1) Этиология пародонтита?
- 2) Клинические признаки при начальной стадии пародонтита.
- 3) Роль микроорганизмов при возникновении пародонтитов.
- 4) Общие факторы при возникновении заболеваний пародонта.
- 5) Диф- диагностика заболеваний пародонта.

#### Тесты

Что такое дистрофия ? \$

расстр-во питания тканей, органов и всего орг-ма вследствие недостатка поступления питат в-в под влиянием мест и общих факторов \$

нарушение целостности связочного аппарата зуба \$

воспаление тканей парадонта, характеризующийся воспалительной деструкцией периодонта и кости \$

воспаление альвеоляр десны \$

разрастание десневых сосочков с выраженной кровоточивостью

#

Особенности течения воспалительных процессов протекающих у детей

\$

процессы костеобраз-ия преобладают над процессами деструкции

кости, \$

дистрофические процессы превалируют над воспалительными \$

процессы деструкции кости преобладают над процессами костеобра-

ования \$

выражены процессы лизиса костей \$

не отличаются от взрослых #

Перечислите основные функции пародонта:

\$

трофическая, барьерная \$

рефлекторная регуляция, пластическая \$

амортизирующая, трофическая, барьерная\$  
 барьерная, рефлекторная , амортизирующая, пластическая, барьерная\$  
 трофическая , рефлекторная , амортизирующего, пластическая ,  
 барьерная#

Рефлекторная регуляция жевательного давления осуществл-ся благода  
 ря:

\$

нервным окончаниям и рецепторам.\$

колагеновым и эластическим волокнам\$

кровеностным сосудам и нервным окончаниям\$

колагеновым волокнам и провеностным сосудам\$

способностью постоянно высоздавать новые ткани#

К местным факторам вызывающим пародонтит отн-ся:

1.низкий уровень гигиены рта

2.химическая механич. травма

3. деформации и анатомия зубочелюстной системы, короткие уздечки  
 губ и языка, неправил пломбирование

4.открытый прикус

5.общее соматическое заболевание организма

Классификация гингивита у детей по форме:

1.катаральный,язвенный

2.язвенно некротический, V-атрофический

3.катаральный, язвенно некротический, V-атрофический

4.катаральный, гипертрофический, язвенно некротический,V  
 атрофический

5.V-атрофический, катаральный, пролиферативный

### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть

			вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворительно «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

### Тема № 10

11 Практические курсы На всемирном съезде в 1999 году, посвященном классификации заболеваний пародонта, принят международный нозологический термин «агрессивный пародонтит», подразумевающий под собой прежние названия, такие, как рефракторный, молниеносный, быстро прогрессирующий и пр. формы. Эти термины не упоминаются ни в одной из действующих классификаций и не могут быть внесены в медицинскую карту больного, при этом устаревшие названия продолжают встречаться в украинско- и русскоязычных публикациях. При таком несоответствии клиницист, безусловно, испытывает затруднения при формулировании окончательного диагноза. Пародонтит — это многофакторное инфекционное заболевание, вызванное специфическими грамотрицательными бактериями, содержащимися в биопленке зубной бляшки. Нарушение баланса между бактериальной инфекцией и защитными свойствами организма-хозяина считается детерминантом развития данного заболевания. Агрессивный пародонтит, как и хронический, является инфекционным дистрофически-воспалительным заболеванием тканей пародонтального комплекса, но в отличие от хронического пародонтита характеризуется постоянным прогрессированием без периодов затихания, влекущим за собой быструю потерю прикрепления, быструю убыль альвеолярной

кости, и часто носит семейный характер. Синонимом «агрессивный» в медицине является слово «активный», и если мы говорим о воспалении или о дистрофически-воспалительном процессе, протекающем агрессивно, то подразумеваем взаимодействие сильного повреждающего фактора/ов и активную реакцию со стороны организма. При этом длительность ответной реакции зависит от длительности действия повреждающего фактора. Интересно отметить, что термин «хронический пародонтит» начинает применяться с 1948 г., в то время как более ранние публикации проиндексированы с термином «агрессивный пародонтит». Это свидетельствует о том, что данные термины начали иметь различный контекст в первой половине прошлого столетия. В течение более 100 лет в научной литературе агрессивный пародонтит у молодых людей трактовали как «пародонтит, вызванный наличием тонкого слоя зубного налета при полном отсутствии зубного камня». Современные ученые не разделяют агрессивные и хронические формы пародонтита по наличию зубных отложений. Возможно, это связано с некорректным подходом на этапах диагностики, но в большинстве случаев столетний практический опыт клиницистов подтверждает существующее архаичное утверждение. Эпидемиология Для пародонтита характерна высокая степень распространенности (более 80%) во всем мире, и лишь в 5-10% всех случаев он проходит в агрессивной форме (Parranou, 1996). В мировой литературе опубликовано огромное количество данных эпидемиологических исследований, посвященных пародонтиту (Miyazaki и соавт., 1991; Brown, Loe, 1993; AAP, 1996; Oliver и соавт., 1998), при этом только некоторые авторы отдельно выделяют агрессивный пародонтит (АП). Наиболее распространенным, имеющим медленное течение, является хронический пародонтит (ХП), который хорошо изучен эпидемиологами. Распространенность АП в мире различна, его чаще выявляют у лиц темнокожей расы: 0,1-0,2% — Европа, 0,8% — Нигерия, 3,7% — Бразилия. Истинные агрессивные формы в Европе и США встречаются очень редко (2-5% всех случаев), в Европе локализованный АП выявлен у 0,1% молодых людей, в Азии и Африке уровень заболеваемости выше, до 5% (Saxen, 1980; Saxby, 1984, 1987; Kronauer и соавт., 1986). Этиология и патогенез всех форм пародонтита принципиально схожи. Первопричиной пародонтита является микробный фактор (пародонтопатогены зубного налета), и сегодня пародонтит можно охарактеризовать как *Aggregatibacter* (прежнее название *Actinobacillus*) *actinomycetemcomitans* (Aa) и/или *Porphyromonas gingivalis* (Pg) — ассоциированное заболевание. Современная тенденция — все больше внимания уделяется определению механизма воздействия различных параметров иммунного статуса, медиаторов и факторов риска: они также ответственны за возникновение заболевания, особенности течения и за быстроту его развития. Номенклатура и классификация С 1999 года современная и наиболее полная из действующих классификаций заболеваний пародонта базируется на заключении первого международного симпозиума Американской академии пародонтологии (AAP) и Европейской федерации пародонтологов (EFP). Она основана на динамических и патобиологических критериях (Armitage, 1999) и предполагает три формы пародонтита: — хронический пародонтит (тип II, ранее пародонтит взрослых) А. локализованный В. генерализованный — агрессивный пародонтит (тип III, ранее молниеносный пародонтит, или быстро прогрессирующий) А. локализованный В. генерализованный 12 Практические курсы — некротический пародонтит (тип V, подтип В /язвенно-некротический пародонтит, ранее язвенно-некротический пародонтит взрослых). Имеющиеся восемь групп (типов) заболеваний пародонта, представляющих данную классификацию, можно найти в учебных пособиях и атласах, приведенных в списке литературы. По мере накопления научных данных в области микробиологии, патогенеза, особенно механизма ответа организма-хозяина на инфекционную атаку, диагностика и номенклатура (нозология) не могли и не могут длительно базироваться на клиническом течении заболевания. С 1999 года определение пародонтит взрослых признано несостоятельным, так как большинство этих случаев характеризуется медленным течением, для которых действительно определение — хронический пародонтит. Также понятия молниеносный, или быстро прогрессирующий пародонтит заменены на единый термин — агрессивный пародонтит. Действующая патобиологическая номенклатура различных форм пародонтита не является окончательной. В 2017 году рабочей группой ведущих европейских пародонтологов планируется официальное внесение поправок и исправлений в классификацию

1999 года. В свою очередь международная классификация болезней (МКБ-10) классифицирует пародонтит на: — К 05.2. Агрессивный пародонтит — К 05.21. Агрессивный пародонтит, локализованный — К 05.22. Агрессивный пародонтит, генерализованный — К 05.3. Хронический пародонтит — К 05.31. Хронический пародонтит, локализованный — К 05.32. Хронический пародонтит, генерализованный В зависимости от распространения поражения пародонтит подразделяется на две формы: локализованную (вовлечение в патологический процесс до 30% от общей поверхности тканей, окружающих имеющиеся зубы) и генерализованную (более 30%). Момент начала клинических проявлений пародонтита зависит от стадии патологического процесса, формы заболевания, динамики течения, активности микробного фактора и резистентности организма. Болезнь может возникнуть в любом возрасте, и в большинстве случаев она развивается из гингивита, обусловленного влиянием зубной бляшки. При ХП патологический процесс распространяется неравномерно и часто локализуется в участках скопления минерализованных зубных отложений, которые, как правило, соответствуют области выводных протоков слюнных желез. В то же время возле тех же групп зубов, но без обильного скопления зубных отложений, происходит поражение тканей пародонта при первичном АП. Необходимо учитывать, что при локализованном АП может наблюдаться довольно слабое воспаление десны, несмотря на выраженную потерю прикрепления. Дополнительное наличие неизменяемых (наследственных) и изменяемых (например, курение) факторов риска может приводить к повышению уровня медиаторов воспаления, что значительно усугубляет течение заболевания и в свою очередь формирует более яркую клиническую картину при визуальном обследовании. В то же время в скрытой поддесневой области происходит прогрессирующая апикальная миграция пародонтопатогенов, которая за короткий период времени усиливает деструктивный процесс, охватывая все более глубокие участки пародонтальной связки, альвеолярную кость и весь опорноудерживающий аппарат зуба. Ряд авторов указывают на то, что локализованный АП, как правило, характеризуется началом развития в пубертатном периоде, повышением титра антител сыворотки на пародонтопатогены, поражением первых моляров и резцов, выраженной апроксимальной потерей прикрепления в области по меньшей мере двух постоянных зубов, один из которых первый моляр, и дополнительно могут поражаться один или два других зуба, не являющиеся первыми молярами и резцами. Генерализованный АП возникает преимущественно с 30-летнего возраста, начинается также в области первых моляров и резцов и распространяется на ткани пародонта рядом стоящих зубов (фото 1). Фото 1. Пациент И., 40 лет, диагноз — агрессивный пародонтит тяжелой степени (тип III). Стрелками указаны участки деструкции костной ткани в области первых моляров.

13 Практические курсы При определении титра антител на болезнетворные патогены не отмечается их повышение, характерно постоянное прогрессирование с генерализованной потерей прикрепления, преимущественно с апроксимальных поверхностей зубов. Независимо от формы заболевания, дополнительные факторы риска, такие как курение, эмоциональный стресс, медикаментозное воздействие, изменение гормонального фона и т.п., в совокупности усиливают деструктивно-воспалительный процесс. Большинство форм пародонтита протекает скачкообразно, стадии обострения при ХП чередуются с периодами ремиссии. В некоторых случаях хроническая форма заболевания может переходить в агрессивную (вторичный АП), например, с возрастом, когда иммунный статус становится слабее. Для более легкого клинического понимания можно посмотреть на течение АП с точки зрения острого воспаления, однако из-за отсутствия такой формулировки в литературных источниках мы не используем данную терминологию, также как не используем понятия первичный и вторичный АП. Степень тяжести пародонтита классифицируется в зависимости от наличия деструкции в кости и клинической потери прикрепления (сумма глубины пародонтального кармана и рецессии): легкая (1-2 мм), средняя (3-4 мм) и тяжелая (5 мм и более). ААР предлагает определять степень тяжести пародонтита (слабая, средняя, тяжелая), учитывая не только глубину пародонтальных карманов, но и степень воспаления десны, уровень утраты костной ткани и потери прикрепления, поражение зоны фуркации и степень подвижности зуба. Кроме степеней *levis* (легкий), *medis* (умеренный) и *gravis* (тяжелый), дополнительно используется термин *complicata* (осложненный) — в случаях,

когда диагностируются двух-, одностеночные или комбинированные костные карманы, дефекты фуркации II или III степени или зуб сильно подвижен (Lindhe, 1997). Хронический пародонтит (тип II), ранее пародонтит взрослых, — наиболее распространенная форма пародонтита, развивается в возрасте 30- 40 лет, обычно на фоне гингивита. Развитию ХП обязательно предшествует длительное воздействие местных неблагоприятных факторов, способствующих образованию минерализованных зубных отложений из-за особенностей анатомии и скученности зубов, гипоплазии, участков нависания краев пломб, несъемных ортопедических конструкций, а также непосредственно неудовлетворительная гигиена полости рта. Для локализованной формы (тип II А) характерно очаговое поражение костной ткани, а при генерализованной форме (тип II В) ткани пародонта поражены в области всех групп зубов с различной степенью тяжести, что обусловлено неодинаковой длительностью влияния местных неблагоприятных факторов. При ХП наблюдаются многообразные признаки воспаления десны, выраженные в различной степени, и одновременно могут встречаться участки как атрофии (рецессии), так и фиброзного утолщения десен. Такие факторы риска, как активное курение, присоединение системных заболеваний, интерлейкин-1-позитивный генотип, могут усугублять течение процесса, и возможен переход типичного течения ХП в агрессивную форму, что сопровождается вышеперечисленными признаками. У пожилых пациентов ХП приводит к потере зубов — в основном из-за того, что снижается иммунная защита и учащаются обострения. Периоды обострения ХП возникают с довольно большими интервалами, и для них характерно наличие пародонтальных абсцессов (фото 2, 3). Агрессивный пародонтит (тип III, подтип А, локализованный), ранее молниеносный пародонтит, или локализованный юношеский пародонтит (фото 2, 3). Пациент Е., 45 лет, диагноз — хронический генерализованный пародонтит средней степени, стадия обострения (тип II). При первичном осмотре определяются визуальные признаки воспаления десны, обильное скопление зубных отложений, наличие пародонтальных абсцессов с вестибулярной и оральной поверхностями в области зуба 33. Фото 4. Пациент И., 40 лет, диагноз — агрессивный пародонтит тяжелой степени (тип III). Визуально наблюдается отсутствие зубных отложений и выраженных признаков воспаления десны. Глубина пародонтального кармана — 7,5 мм в области дистально-щечной поверхности зуба 46. пародонтит. При локализованной форме агрессивного пародонтита в патологический процесс вовлечены от трех до шести зубов, и как правило, это первые моляры и резцы, при этом визуальные признаки воспаления десны могут быть незаметными (фото 4). Агрессивный пародонтит (тип III, подтип В, генерализованный), ранее молниеносный пародонтит, или быстро прогрессирующий пародонтит, встречается относительно редко (Page и соавт., 1983; Miyazaki и соавт., 1993; Lindhe и соавт., 1997; Armitage, 1999). Среди взрослых в большинстве случаев агрессивный пародонтит диагностируется в возрасте от 20 до 30 лет, однако не существует верхней возрастной границы. У женщин это заболевание встречается чаще, чем у мужчин. Степень тяжести и локализация потери прикрепления могут варьировать. У пациентов с генерализованной формой агрессивного пародонтита в большинстве случаев визуально определяется воспаление десны. После проведения лечебных мероприятий сохраняется риск рецидивирования заболевания. Причина активизации патологического процесса — специфические микроорганизмы биопленки (Аа, Рg и др.), которые внедряются в изъязвленные ткани. Картину заболевания могут усугублять факторы риска (курение, общие заболевания, например диабет, психологическое напряжение, стресс) и медиаторы воспаления, которые снижают иммунный статус. Диагностика пародонтита базируется на анамнезе, клинических, рентгенологических данных и, как правило, не требует дополнительной лабораторной диагностики, но в некоторых случаях она может быть востребованной. Различия в клиническом течении хронического и агрессивного пародонтита можно объяснить с точки зрения вариации интенсивности бактериальной атаки (количества и вирулентности микроорганизмов зубной бляшки), факторов сопротивляемости организма (иммунный статус и наследственность), а также сопутствующими факторами риска. Необходимо учитывать, что практическая диагностика состояния тканей пародонта подразумевает исследование всех участков пародонта вокруг каждого зуба в шести точках и в комплексе должна быть направлена как на клиническое, так и на рентгенологическое определение степени тяжести заболевания. Таким

образом, при обследовании пациента и постановке диагноза следует не только учитывать форму клинического течения (агрессивная или хроническая), но и установить, какова степень дистрофически-воспалительных изменений тканей пародонта, другими словами, определить степень тяжести пародонтита для каждого зуба. Недостаточно определять форму и усредненную степень тяжести пародонтита для всей полости рта, необходимо определить уровень потери прикрепления для каждого зуба в отдельности, так как почти всегда пародонтит развивается с различной скоростью в разных участках полости рта, у разных зубов и даже на разных поверхностях одного зуба. Установленная степень тяжести пародонтита, соответствующая уровню потери прикрепления для отдельного зуба, будет свидетельствовать о предварительном прогнозе для каждого зуба и необходимом объеме лечебных мероприятий. Для достижения этих целей сопоставляются рентгенологические признаки состояния костной ткани и данные пародонтальной карты, отображающие патологическую топографию уровня прикрепления тканей к зубу (рис. 1, фото 5). Прогноз и нуждаемость в лечении определяют на основании диагностических критериев, клинического течения, локализации и степени тяжести. Принципы

Практические курсы 14

Рис. 1. Пациент И., 40 лет, диагноз — агрессивный пародонтит тяжелой степени (тип III). Фрагмент пародонтограммы в области зубов 47-44, отображающий неравномерную потерю прикрепления. Фото 5. Пациент И., 40 лет, диагноз — агрессивный пародонтит тяжелой степени (тип III). Фрагмент ортопантограммы в области зубов 47-44, отображающий выраженную деструкцию костной ткани.

лечения АП аналогичны лечению ХП и направлены на механическую и медикаментозную элиминацию критической массы пародонтопатогенов из пародонтального кармана с последующим длительным контролем над образованием зубных отложений, на создание условий для заживления очищенной пародонтальной раны в виде формирования биологически адаптированной поверхности корня зуба и удаления грануляций, а также на устранение изменяемых факторов риска и повышение резистентности макроорганизма. Как правило, ХП успешно лечится методом традиционной механической очистки инфицированного пародонтального кармана, но при отсутствии лечения все формы пародонтита прогрессируют с различной скоростью. На практике мы все чаще видим, что более стабильные клинические ситуации наблюдаются при активном содействии со стороны пациентов, где немаловажную роль играет степень индивидуальной гигиены. Объем вмешательств при АП и при ХП такой же степени тяжести будет отличаться, что обусловлено различной глубиной распространения воспалительного процесса в пародонтальной ране, составом микрофлоры и скоростью ответной реакции на терапевтические вмешательства. В настоящее время актуальной остается глобальная мировая проблема, связанная с увеличением числа антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов и грибковых инфекций, и об этом говорят все передовые медицинские сообщества. Исследования указывают на то, что назначение антибактериальных препаратов (системная и/или местная доставка) показано при лечении пациентов с АП, в случаях множественных пародонтальных абсцессов в стадии обострения ХП и с целью профилактики осложнений (например, инфекционного эндокардита, транзиторной бактериемии и пр.). В то же время доказано, что лечение пациентов с ХП в большинстве случаев не предусматривает системного приема антибиотиков. АП представляет собой проблему для клинициста, поскольку он встречается редко, а предсказуемость успеха лечения варьируется от одного пациента к другому. Сочетание традиционного лечения с антимикробной терапией и тщательного последующего ухода на сегодня является оптимальным, научно-обоснованным методом лечения АП. В то же время продолжается изучение альтернативных адьювантных методов лечения, которые могут оказаться перспективными в терапии пациентов с АП. Приводим трехлетнее клиническое наблюдение пациента 45 лет с диагнозом агрессивный генерализованный пародонтит тяжелой степени, возникший на фоне неблагоприятных местных и общих факторов. На момент обращения (09/2012) пациент жаловался на боль и кровоточивость десен, дискомфорт, связанный с подвижностью зубов, невозможность откусывания твердой пищи, неприятный запах изо рта и страх потерять зубы. Психосоциальный статус пациента отягощен социально-экономическими проблемами. Жалобы появились около двух с половиной лет назад (от момента обращения) и имели

тенденцию к усилению в течение последних шести месяцев. За этот период времени пародонтологическое лечение не проводилось, за исключением профессиональной гигиены. Общесоматические заболевания не выявлены. Не курит. При внешнем осмотре конфигурация лица, кожа и видимые слизистые без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Объективно определяются отек, альвеолярная гиперемия и очаговый маргинальный цианоз слизистой верхних и нижней челюстей (фото 6). При пальпации альвеолярной части десны определяются выделение серозно-гнойного экссудата из пародонтальных карманов, подвижность зубов I-III степени тяжести. При смыкании зубных рядов во фронтальном участке выявлена травматическая окклюзия. При ортопантомографическом Клинический пример Фото 6. Пациент Л., 45 лет, диагноз — агрессивный генерализованный пародонтит тяжелой степени. Наличие выраженных визуальных признаков воспаления десны при первичном осмотре (09/2012). 15 Практические курсы 16 обследовании верхних и нижней челюстей определяется генерализованная неравномерная деструкция альвеолярных отростков (фото 7). Исходный индекс зубного налета, кровоточивости, глубина пародонтальных карманов, уровень рецессии, степень подвижности зубов и поражения зон фуркаций отображены на пародонтальной карте (рис. 2). Выявлено гноетечение из пародонтальных карманов всех зубов верхних челюстей. В ходе обследования выявлен неблагоприятный прогноз для зубов 38, 47, 48, сомнительный прогноз для зубов 12-22, 26, 27, 46. Для остальных зубов предварительный прогноз благоприятный. Поставлен диагноз агрессивный генерализованный пародонтит тяжелой степени. По наличию зон рецессии в области зубов 13, 12, 22, 23, 33-43 можно предположить, что агрессивной форме предшествовало хроническое течение пародонтита. Рис. 2. Пациент Л., пародонтальная карта до лечения, диагноз — агрессивный генерализованный пародонтит тяжелой степени (09/2012). Рис. 3. Пациент Л., пародонтальная карта через 6 месяцев после лечения, диагноз — агрессивный генерализованный пародонтит тяжелой степени, стадия клинического благополучия (03/2013). Рис. 4. Пациент Л., пародонтальная карта через три года после лечения, диагноз — агрессивный генерализованный пародонтит тяжелой степени, стадия ремиссии (09/2015). Фото 8. Пациент Л., ортопантограмма, диагноз — агрессивный генерализованный пародонтит тяжелой степени (09/2015). Состояние костной ткани через три года после лечения. В области зуба 47 сохраняются признаки прогрессирующей деструкции костной ткани. Практические курсы Фото 7. Пациент Л., 45 лет, ортопантограмма, диагноз — агрессивный генерализованный пародонтит тяжелой степени (09/2012). Отмечается генерализованная неравномерная костная деструкция. Практические курсы 17 В процессе лечения проведено устранение местных неблагоприятных факторов, влияющих на развитие дистрофически-воспалительных процессов в тканях пародонта и сохранение зубов. Лечебные мероприятия осуществлялись с интервалом три месяца в течение первых двух лет и предусматривали поэтапное проведение всех фаз комплексного пародонтологического лечения, направленного на создание условий для заживления пародонтальной раны, комплексную реабилитацию, достижение клинического благополучия и стабилизации. Для устранения подвижности зубов 13-23 было использовано полупостоянное несъемное шинирование. Результаты лечения представлены на пародонтограммах, где указаны индексы зубного налета, кровоточивости, глубина пародонтальных карманов, уровень рецессии, степень подвижности зубов и поражение зон фуркаций через 6 месяцев и три года после лечения (рис. 3, 4), а также на ортопантограмме (фото 8) и клинических фотографиях (фото 11-13). Профилактические мероприятия включали обучение индивидуальной гигиене полости рта и контроль за ее осуществлением. Однако даже стойкое клиническое благополучие для большинства зубов, достигнутое через 6 месяцев после начала лечения, и поддержание этого состояния в течение трех лет не позволяют говорить о наступлении стойкой ремиссии, так как существует очаг деструкции периапикальных и пародонтальных тканей в области зуба 47. Пациент долго отказывался от удаления этого зуба, изначально имеющего неблагоприятный прогноз, и лишь в мае 2016 года дал согласие на его удаление (фото 9, 10). Вкратце представленное клиническое наблюдение пациента с агрессивным генерализованным пародонтитом является практическим примером лечения, при котором можно стабилизировать состояние тканей пародонта для

большинства зубов, сохранить естественные зубы с сомнительным прогнозом. Оно подтверждает, что корректно установленные форма и степень тяжести пародонтита определяют необходимый объем лечебных мероприятий и исход заболевания для каждого зуба.

### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетво	Имеет не полное представление по теме. Допускает

		нительно «3»	ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетво нительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетв нительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

**Тема № 11 Пародонтоз. Клиника и дифференциальная диагностика  
Технологическая карта практического занятия**

**Текст**

Пародонтоз встречается в практике врача относительно редко, не чаще чем у 1—8 % пациентов. При этой форме отсутствуют воспалительные явления и пародонтальные

карманы. Для нее характерны хорошая фиксация зубов, незначительное количество зубных отложений, ретракция десен, обнажение шеек зубов, наличие клиновидных дефектов. Кроме повышенной чувствительности шеек к различным раздражителям, больные жалуются на зуд в деснах. Дифференциальная диагностика проводится с учетом анамнестических данных, особенностей клинических проявлений и, главным образом, рентгенологической картины.

Рентгенологическое исследование позволяет выявить склеротические изменения костной ткани (уменьшение костномозговых пространств, мелкоячеистый рисунок кости). Атрофические процессы в этой ткани приводят к равномерному уменьшению высоты межзубных перегородок при сохраняющихся кортикальных пластинках. С рентгенологических позиций костные изменения при наличии воспалительного процесса следует рассматривать как вторичные деструктивные изменения. При рентгенологическом исследовании определяется убыль костной ткани межзубных перегородок, очаги остеопороза, общий рисунок кости альвеолярного отростка мелкоячеистый, склерозированный.

Легкую степень пародонтоза обозначают в случаях, когда отмечается обнажение шеек зубов или корня зуба на величину до  $1/5$ ; на рентгенограмме снижение высоты межзубной перегородки до  $1/3$  ее величины.

При средней степени тяжести пародонтоза обнажение корня зуба до  $U2$ , снижение межзубной перегородки на  $1/2$ . Зубы могут быть подвижны (I степень).

При тяжелой степени пародонтоза отмечается обнажение корня на величину более  $1/2$ , снижение высоты межзубных перегородок на  $1/2$  и более, возможна подвижность зубов.

9.8.4. Пародонтолиз (идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта)

Эти заболевания не укладываются в приведенные выше нозологические формы в силу особенностей клинических проявлений и прогноза.

**Вопросы по теме**

- 1) Что такое пародонтоз?
- 2) Этиология и патогенез при пародонтозе?
- 3) Методы обследования при пародонтозе?
- 4) Диф- диагностика при пародонтозе?
- 5) Рентгенологические изменения при пародонтозе?

### Тест

BeginTest

Дайте определение " Пародонтоза"

\$

дистрофическое поражение пародонта\$

воспаление десны\$

воспаление прогрессирующей деструкцией\$

периодонтальная связка\$

разрастание тканей пародонта#

По течению пародонтоз различают:

\$

легкая,средняя , тяжелая\$

хроническое,острое\$

хроническое , ремиссия.\$

хроническое,генерализов-ое\$

генерализованное,локализованное#

Для пародонтоза характерно:

\$

воспалительные изменения в десне\$

наличие дисструкции тканей пародонта\$

отсутствие кортикальной пластинки\$

отсутствиевоспал-х изменений в десне,

отсутствиепародонтал.карманов\$

наличие пародонтальных карманов и признаков

воспаления#

Рентгенологич.изменения при пародонтозе выражаются:

1.в склеротической перестройке кост. ткани челюсти

с сохранением кортикальной пластинки

2.в нечеткости кортикальной пластинки вершин

перегородок, понижен ие их уровня

3.не выявляются

4.в убыли кост ткани межзубных перегородок

\$

1.\$

2.\$

3.\$

4.#

Осмотр слизистой оболочки десны при пародонтозе:

\$

отек гиперемия\$

цианотична слизистая\$

слизистая атрофирована\$

признаки воспаления налицо\$

без изменений бледно розовая#

Пародонтоз тяжелой степени тяжести характеризуется:

1.Увеличение межзубных сосочков

- 2.Обнажением шеек зубов наполовину длины корня без признаков в оспаления
- 3.Зубы устойчивы клинич. карманы отсутствуют
- 4.Наличием гнойного отделяемого при надавливании на край десны
- 5.Обнажение шеек зубов наполовину длины корня с признаками воспаления \$

- 1.\$
- 2.\$
- 3.\$
- 4.\$
- 5.#

По тяжести пародонтоз бывает:

- 1.Локализованный генерализ.
- 2.Язвенный гипертрофический
- 3.катаральный язвенный гипертрофический
- 4.легкий средний,тяжелый
- 5.не различают \$

- 1.\$
- 2.\$
- 3.\$
- 4.\$
- 5.#

Характерна ли подвижность зубов при пародонтозе?

\$

нет\$

да,но.только.при тяжелой степени\$

да,при средней и тяжелой степени\$

Да,при всех степенях тяжести#

При легкой степени пародонтоза на R-грамме наблюда-ся:

\$

снижение.высоты.межальвеолярной перегородки без участков остеопороза\$

снижение высоты межальвеоляр перегородки до 1\3 \$

очаги остеопороза сменяются очагами остеосклероза\$

участки остеопороза лизисом костной ткани#

Что называется пародонтолизом?

- 1.идиопатическое заболевание с прогрессирующим лизисом тканей пародонта.
- 2.воспаление десны,обуслов-ое неблагопр воздействием местных и общ. факторов и протикающее без нарушения целостности зубодесневого приращения
- 3.воспалительные ткани пародонта хар-ся деструкцией периодонтал связки и кости
- 4.дистрофическое поражения пародонта
- 5.опухолевые и опухолеподобные процессы пародонта

## Интерактивный метод

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

#### Шаги:

Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.

Участники садятся по кругу.

Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.

Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент держащий моток возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка

### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно

6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворительно «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

## Тема № 12 Фитопрепараты при лечении воспаления заболеваний пародонта

### Хронологическая карта практического занятия:

<i>Время: 310.5 минут</i>	<i>Количество студентов: 8-12</i>
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1. Введение 2. Теоритическая часть. 3. Аналитическая часть: - Органайзеры - Тесты 4. Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о строении и функции ткани периодонта, о заболеваниях происходящих в периодонте; ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.
<b>Студент должен знать</b>	- правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об анатомическом, гистологическом строение периодонта; - о функциях периодонта
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с периодонтитами (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследования: термометрия, ЭОД, чтение Rn-снимок).

<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о строении периодонта; -изложить о функциях периодонта; -объяснить этиологию воспалительных процессов в периодонте; - ознокомить студентов с классификацией периодонтитов	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о строении периодонта; - излагают о функциях периодонта; -объясняют этиологию воспалительных процессов в периодонте; - называют и дают краткую характеристику классификацию периодонтитов -комментируют и излагают классификацию периодонтитов;
<i>Методы обучения</i>	Лекция, демонстрация, мозговой штурм,пинборд
<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой работы.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный опрос, письменный опрос

### Технологическая карта учебного занятия

Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	студентов
1 этап. Введение в учебное занятие 10 минут  10 минут 20 минут  5 минут 5 минут	1.1.Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме:периодонт, клетки Малассе, рыхлая и коллагеновая ткань,острые и хронические периодонтиты. Знакомит с планом, особенностями учебного занятия. 1.2.Называет список литературы (примечание №8) 1.3.Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре практического занятия. 1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5). Перемена	Слушают, записывают  Слушают, записывают  уточняют, задают вопросы, слушают
2-этап Основная часть 40 минут	2.1.Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) ва контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы.	Отвечают Конспектируют. Слушают, Переписывают

5 минут	Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просить записывать в тетрадь о текущих информациях Перемена	схемы и таблицы. Задают вопросы и отвечают, презентуют результаты групповой работы
15 минут	2.3. Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2)	Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.
20 минут	Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3 ). Перемена	
25 минут	2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее (коллективно/индивидуально) полученную информацию.Обобщает воспроизведенные знания ( примечание №3). Перемена	Обсуждают тестовые задачи и выполняют
5 минут		Выполняют мануальные навыки
45 минут	2.4.Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3).	Систематизируют информацию, выделяют главное, обмениваются мнениями
45 минут		
5 минут	Перемена	
45 минут	2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4)	
15 минут	Перемена	
20 минут	2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение	
3 этап. Заключительно результатиру ющих 20.5 минут	3.1.Делает заключение по теме в целом. 3.2. Предлагает группам сообщить итоги взаимооценки. Комментирует результаты (Примечание №5). 3.3. Даёт задание для самостоятельной работы(Примечание №7).	Группы сообщают итоги взаимооценки. Записывают задание для самостоятельной работы.

### Тесты

1. Назубные отложения различают...
  - а) мягкие и твердые
  - б) мягкие и жесткие
  - в) пигментированные и непигментированные
  - г) пелликула и бляшка
  - д) бляшка и налет
 правильный ответ 1-А.
  
2. По окраске налеты различают...

- а) черный, белый, коричневый  
б) белый, розовый, голубой  
в) белый, зеленый, коричневый  
г) белый, красный, черный  
д) белый, черный, коричневый  
правильный ответ 2-Д.
3. Причины возникновения белого и мягкого налета.  
а) плохой уход за полостью рта. затруднения при разжевывании пищи  
б) гормональные нарушения, затруднение при разжевывании пищи  
в) беременность, переходный возраст  
г) вредные привычки (курение), плохой уход за полостью рта  
д) нет правильного ответа  
правильный ответ 3-А.
4. По теории Пристляя, причиной зеленого налета является:  
а) курение  
б) развитие гриба *Candida albicans* производящего хлорофилл  
в) результат образования сульфметгемоглобина  
г) метод серебрения зубов  
д) гормональные нарушения  
правильный ответ 4-Б.
5. У курильщиков встречается налет:  
а) черный  
б) желтый  
в) зеленый  
г) коричневый  
д) черно-коричневый  
правильный ответ 5-Д.
6. Методы удаления зубных отложений  
а) ультразвуковой, химический  
б) механический, ультразвуковой, лекарственный  
в) механический, химический, физический  
г) простой, комбинированный  
д) нет правильного ответа  
правильный ответ 6-В.
7. Основной инструмент удаления зубного камня механическим методом  
а) зонд  
б) острый экскаватор  
в) гладилка  
г) шпатель  
д) штопфер  
правильный ответ 7-Б.
8. Кюретаж это...  
а) удаление поддесневого камня  
б) удаление грануляций из зубо-десневого кармана  
в) удаление наддесневого камня  
г) полное очищение зубов от мягкого налета  
д) полирование зубов  
правильный ответ 8-Б.
9. Эффективность удаления зубного камня определяют:  
а) методом окрашивания  
б) гигиеническим индексом  
в) с помощью зонда  
г) с помощью кюретажной ложечки  
д) РМА индексом

правильный ответ 9-А.

10. Паста для окончательной обработки зуба при удалении назубных отложений

- а) детартрин
- б) жемчуг
- в) колгейт
- г) блендамед
- д) крезодент

правильный ответ 10-А.

### Текст

Лечение строится на принципе максимально индивидуализированного подхода к каждому больному с учетом данных общего и стоматологического статуса. Лечение поэтому всегда носит комплексный характер с применением местной и общей терапии, которые нельзя рассматривать в отрыве друг от друга. В зависимости от характера процесса, причины и механизма его развития лечение может быть этиотропным (все заболевания пародонта, развивающиеся под влиянием местных причин); патогенетическим (пародонтит, пародонтоз); А симптоматическим (идиопатические формы заболевания пародонта); А или в нем сочетаются элементы патогенетического и симптоматического лечения.

Лечение должно быть направлено не только на ликвидацию воспалительного процесса в пародонте, но и на укрепление общего состояния организма, повышение его защитных сил.

### Местное лечение

Независимо от формы и стадии патологического процесса в пародонте местное лечение начинают с тщательного удаления зубных отложений. Удаляют зубной камень с помощью скалера или вручную, применяя для этой цели острые экскаваторы и крючки. Удаление зубного камня заканчивают антисептической обработкой десневого края.

Кроме того, лечение предусматривает устранение дефектов пломбирования и протезирования, а именно: удаление избытков пломбировочного материала из межзубных промежутков, глубоко продвинутых под десну коронок, неправильно сконструированных мостовидных протезов, коррекция или изготовление новых съемных протезов, своевременное протезирование, лечение различных видов патологии прикуса (тесное расположение нижних фронтальных зубов, открытый и глубокий прикус и др.).

Гингивиты. Местное лечение гингивита определяется особенностями клинической картины (катаральный, язвенный, гипертрофический, гингивит).

Катаральный гингивит. Лечение состоит в проведении следующих лечебных мероприятий. В первую очередь

обучают пациента навыкам ухода за полостью рта. Удаляют зубной камень, налет; назначают рутин (витамин Р), аскорбиновую кислоту (витамин С), витамины В<sub>1</sub>, А, Е (витамины С, Р, В, можно вводить с помощью электрофореза).

Из лекарственных средств применяют 1—3% растворы резорцина, 2—10% растворы хлорида цинка, болгарский препарат «Пинокадинен», фурин; 0,05—0,1% растворы хлор-гексидина. Хороший эффект дают аппликации хлорофиллипта (препарат из листьев эвкалипта), 0,2% раствора сальвина (препарат из шалфея), ромазулон, настойка прополиса (1:10), 5% бутадиеновая мазь, солкосерил, мундизал-гель, викасол местно (аппликации) и внутрь (при упорной кровоточивости); массаж десен, ортодонтическое и ортопедическое лечение (по показаниям), контролируемая гигиена полости рта с применением флосов, паст и полосканий, оказывающих противовоспалительное и антиэкссудативное действие (ротокан, хлоргексидин).

Необходимо отметить, что генерализованные формы катарального гингивита довольно плохо поддаются лечению. Устранение причин, способствующих их возникновению и развитию, является основным и необходимым условием успешной терапии.

Гипертрофический гингивит. В отечной стадии гипертрофического гингивита выбор метода лечения определяется этиологическими факторами. После снятия зубных отложений

целесообразно прибегнуть к склерозирующей терапии — инъекциям 50—60% растворов глюкозы, которые вводят в вершину сосочка по 0,1—0,2 мл 3—8 раз в каждый с перерывом в 1—2 дня. Если после 2—3 инъекций эффекта не отмечается, необходимо применить другие средства, например стероидные мази в виде лечебной повязки, для чего их смешивают с порошком искусственного дентина; с успехом используются лизоцим и гепаринсодержащие мази. В качестве кератолитического средства применяют резорцин в виде 20—30% растворов на турунде, проспидин в виде 30—50% мази, хлорид цинка (10—25 % растворы), сок подорожника, пинокадинен. При наличии патологии прикуса показано ортодонтическое лечение. На дом назначаются полоскания, дающие против-отечный эффект: раствор хлорида натрия и отвар ромашки, препараты нитрофуранового ряда.

При фиброзной форме гипертрофического гингивита прибегают к хирургическому иссечению сосочков с последующей электрокоагуляцией. В последнее время используется криохирургическая и лазерная техника.

Язвенный гингивит. Учитывая, что основное значение в этиологии язвенного гингивита принадлежит микробному фактору, успех его лечения во многом зависит от местного применения антибактериальных препаратов. Лечение начинают с антисептической обработки десен с помощью пероксида водорода, раствора перманганата калия (1:1000), 0,05 % раствора этакридина лактата (риванол), 0,05—0,2 % раствора хлоргексидина, фурацилина и др. Межзубные промежутки обрабатывают с помощью турунд, после чего приступают к тщательному и осторожному удалению зубных отложений. Успеху способствует аппликационная анестезия, особенно в виде аэрозолей или мази на основе пиромекаина, лидокаина.

Хорошие результаты дает применение антибиотиков или их сочетаний с кортикостероидами в виде аппликаций, паст, мазей и лечебных повязок. Успешно используются мази «Фастин-1» и «Фастин-2», содержащие фурацилин, синтомицин, анестезин, а также 3 % октатиновая мазь, оказывающая фунгицидное и фунгистатическое действие, и солкосерил под повязку. Показаны аппликации ферментов — трипсина, химотрипсина, лучше в сочетании с антибиотиками, а также лизоцим. Местную терапию заканчивают наложением лечебной твердеющей повязки. Хорошие результаты дает назначение метронидазола (трихопол, флагил) с хлоргексидином под повязку. Трихопол применяют по следующей схеме: внутрь по 0,25 г в течение 10 дней (первые 4 дня по 0,25 г 3 раза в день, остальные 6 дней по 0,25 г 2 раза в день). При лечении язвенного гингивита обязательно назначают поливитамины (особенно весной) и проводят десенсибилизирующую (хлорид кальция, тиосульфат натрия и др.) и общестимулирующую (при затяжном течении процесса) терапию. На дом назначают полоскания или ванночки 4—6 раз в день 0,25% раствора хлорамина, «кислые» полоскания 1% раствором борной кислоты, 0,05% раствором хлоргексидина и др.

Из других препаратов следует назначать кератопластические средства: масло шиповника и облепиховое, каратолин, ингалипт, линимент алоэ, 10% метилурациловая мазь. Показаны также препараты лекарственных растений (ромашулан, лист шалфея, корневище змеевика, трава зверобоя, кора дуба), ротокан; комбинированные аэрозольные препараты, содержащие анестезин, лидокаин или тримекаин, а также метилурацил, стрептоцид, мочевины и др.; масляные растворы витаминов А и Е (аевит). Хорошие результаты дают аппликации солкосерил-адгезива, обладающего

обезболивающим, противовоспалительным и кератопластическим эффектом.

Хорошо зарекомендовал себя при лечении язвенного гингивита ингалипт в аэрозольном варианте, содержащий норсульфазол, стрептоцид, тимол, эвкалиптовое и мятное масла, спирт, сахар, глицерин, стабилизированное поверхностно-активным веществом. Перед орошением желательно прополоскать рот раствором фурацилина и снять некротический налет. После орошения препарат необходимо удерживать в полости рта в течение 5—7 мин. Показаны также аппликации лизоцима. Из импортных препаратов следует назначать мундизал-гель под повязку. Показаны лазеротерапия и систематический прием комплекса витаминов с микроэлементами. Диета должна включать молочнокислые продукты, сырые яйца, свежие сырые овощи.

Ниже приводится последовательность лечебных мероприятий при язвенном гингивите, дающих хороший результат:

- ▲ аппликационная анестезия;
- ▲ протеолитические ферменты (трипсин, химопсин, ли-зоамидаза) — аппликации на десну;
- А обработка каждого межзубного промежутка перексидом водорода с помощью турунд;
- ▲ хлоргексидин (0,03—0,3% растворы) держать во рту в течение 2—3 мин;
- ▲ трихопол с солкосерилом-желе под повязку;
- ▲ лазеротерапия;

А соблюдение гигиены полости рта.

Гингивит на фоне лучевой болезни. Лучевые поражения полости рта в виде гингивитов могут возникать как при непосредственном воздействии на десны проникающей радиации, так и при лучевой болезни. Лечение гингивита на фоне лучевой болезни нужно начинать с санации полости рта, чтобы быстрее устранить очаги инфекции, так как при лучевых поражениях она крайне опасна. При наличии эрозий применяют масляные эмульсии со стероидами (гидрокортизон и др.), витаминами, метацил с антибиотиками. При упорной кровоточивости показано назначение дицинона. Пища должна быть богата белками, витаминами, микроэлементами. Одновременно следует применять специфические средства.

1 Если это лечение в течение 10—14 дней не дает эффекта, надо думать о ВИЧ-инфекции или заболевании крови.

Лечение гингивита при гормональных расстройствах начинается с санации полости рта независимо от стадии процесса. Очень важен тщательный уход за полостью рта.

Пародонтоз. При пародонтозе необходимо применение препаратов и методов, направленных в основном на улучшение кровообращения и регенерационных способностей пародонтальных тканей. С этой целью назначают витамин С, электрофорез витамина В<sub>6</sub>, показаны все виды массажа, лазеротерапии.

Пародонтит. Местное лечение при пародонтите зависит от степени выраженности процесса, индивидуальных особенностей его течения, однако противовоспалительная терапия всегда предшествует другим лечебным манипуляциям. Она всегда проводится после очень тщательного удаления налета и зубного камня. При легкой степени поражения применяют антисептики, глюкокортикоиды в сочетании с антибиотиками, препараты, оказывающие кератоли- тическое и фибролизующее действие: резорцин' (20—30% растворы), мараславин, 25% раствор хлорида цинка, 0,1% раствор новоиманина, 1% раствор йодиола. Кроме того, используют антибиотики в сочетании с кортикостероида- ми и метацилом, сочетание ортофена и этония, бисептол- канестен-метилурациловой пасты и физиотерапевтические методы лечения, которые рекомендуются по строгим показаниям и только после устранения воспалительных явлений.

Из других препаратов для местного лечения при пародонтите используют индометациновую мазь, препараты нитрофуранового ряда, 0,2% раствор сангвинорина, 10% эмульсию дибунола (как антиоксидант), 0,1% раствор новоиманина, бисептол, 1% раствор мефенамина натрия; 1% раствор диоксида, 0,01% раствор мирамистина; клиостом, мазь левосин. Для нормализации микроциркуляции в тканях пародонта и снятия воспалительных явлений в микрососудах следует назначать троксевазин в виде 2 % геля аппликационно (легкая и средняя тяжесть пародонта) под повязку или пленку, курс 8—10 процедур; лингезин под повязку.

При углублении пародонтального кармана и нарастании остеолита проводят те же противовоспалительные мероприятия и широко применяют хирургические методы лечения — кюретаж, гингивотомию, радикальные операции.

1 Резорцин вводят в пародонтальный карман на турундах при наличии пролиферации десневого края 2 раза в неделю.

Появляющаяся окклюзионная травма диктует необходимость ортопедического лечения, избирательного шлифования, шинирования, протезирования.

Наличие постоянного очага хронической пародонталь- ной инфекции и интоксикации при заболеваниях с аутоиммунным генезом (болезни почек, ревматизм и ревматоидные состояния,

анемии и др.), когда промедление с удалением зубов причиняет больному непоправимый вред, является абсолютным показанием к удалению таких зубов.

**Фитотерапия** (от др.-греч. φυτόν — «растение» и θεραπεία — «лечение», уст. траволечение) — метод лечения различных заболеваний человека, основанный на использовании лекарственных растений и комплексных препаратов из них. Лекарственные растения могут применять в свежем, сушеном виде, а также путем выделения из них действующих веществ с помощью несложной обработки, которая сохраняет структуру природного комплекса компонентов (настой, экстракт и др.).

В русскоязычной литературе (особенно XIX века и более раннего периода) вместо термина «фитотерапия» нередко использовался термин «траволечение».

Иногда к сфере фитотерапии ошибочно относят также и «фунготерапию» (лечение грибами), или даже «апитерапию» (лечение продуктами пчеловодства).

Специалист в области фитотерапии называется «фитотерапевт». Людей, занимающихся сбором лечебных трав и разбирающихся в их использовании в медицинских целях, называют «травниками».

### Действующие вещества [[править](#) | [править код](#)]



Сушка растительного сырья в Тибете.

Многие растения синтезируют вещества, которые полезны для поддержания здоровья людей и животных. К ним относятся ароматические вещества, большинство которых составляют фенолы и их кислород-замещающие производные, такие как таннины. Многие вещества — это вторичные метаболиты, из которых по меньшей мере 12000 изолированы — по оценкам, число, составляющее менее 10 % от общей величины. Во многих случаях эти вещества (в частности, алкалоиды) выступают в качестве защитных механизмов растений против микроорганизмов, насекомых и травоядных животных. Многие травы и специи, используемые людьми для приправы еды, содержат полезные химические соединения.



Сбор растений. «[Tacuinum sanitatis](#)», конец XIV века

## История фитотерапии [\[править\]](#) | [\[править код\]](#)

Древнейшие доказательства использования трав в качестве лекарств были обнаружены в результате археологических раскопок на территории сегодняшнего [Ирака](#), в городе [Шумер](#). Лекари из Шумера уже тогда знали, что многие растения обладают целебными свойствами, и использовали их для приготовления всевозможных настоев и порошков. Для компрессов и припарок лекари собирали [иголки хвойных деревьев](#), молодые листья [ивы](#). Листья тщательно высушивали, затем мололи. Порошок из растений часто смешивали с измельчёнными минеральными веществами и порошками животного происхождения, разбавляли [пивом](#) или [вином](#).

Известно, что в казне первого русского царя [Ивана Грозного](#) находилось несколько книг по траволечению. Одна из них — Травник 1534 года, являющаяся переводом с печатного издания в [Любеке](#) 1492 года. Книга являлась справочником по лечению лекарственными растениями, камнями и другими природными материалами. Возможно<sup>[*значимость факта?*]</sup>, она была переведена с немецкого личным врачом [Василия III Николаусом Бюловым](#) (Николаем Немчиным), после того как московский князь заболел после охоты<sup>[8]</sup>.

## Безопасность фитопрепаратов [\[править\]](#) | [\[править код\]](#)

Лекарственные травы и другие фитопрепараты пользуются у части населения намного большим доверием, чем синтетические лекарственные средства («химия»). Многие люди уверены, что «натуральность» фитопрепаратов, «природность» их происхождения, а также длительная история применения фитопрепаратов в [народной медицине](#) может служить гарантией их безопасности и эффективности.

Специалисты, напротив, отмечают, что нельзя недооценивать потенциальную опасность и побочные эффекты фитопрепаратов. Растения содержат сотни биохимических ингредиентов, влияние которых на организм как по отдельности, так и в сочетаниях зачастую неизвестно. Кроме того, состав растений нестабилен, на него может сильно влиять меняющийся состав почв, внешние источники загрязнений и т. д. Преимущество синтетических препаратов, даже изначально обнаруженных в растениях, состоит в том, что их состав постоянен, а исследователям не приходится иметь дело с неизвестными или неизученными примесями<sup>[10]</sup>.

Длительная история применения некоторого фитопрепарата в народной медицине также не является гарантией его безопасности. В качестве примера можно привести историю с [кирказоном](#) (аристолохией) — растением, которое активно используется в китайской традиционной медицине как средство против лишнего веса, дизентерии, кожных заболеваний, гипертонии, туберкулеза, геморроя и даже змеиных укусов. Биологически активные добавки с аристолохией одно время были очень популярны и в Европе. Однако медицинские

исследования показали, что основное действующее вещества кирказона — аристолохиева кислота — обладает существенным нефротоксичным эффектом<sup>[11]</sup>. У людей, принимающих препараты с аристолохиевой кислотой, в любое время может развиваться рак верхней части мочевыводящих путей. В 1992 году была описана вспышка карцином более чем у 100 пациенток «похудательной» клиники в Бельгии, которым была прописана смесь китайских трав, основной из которых был кирказон. 70 пострадавшим потребовались диализ, оперативное лечение или пересадка почки, несколько человек скончались<sup>[10]</sup>. В 2013 году отмечалось, что Тайвань, где широко использовались добавки из кирказона (китайские целители рекомендовали принимать добавки с содержанием кирказона примерно трети населения Тайваня), имел самые высокие в мире показатели заболеваемости раком верхних мочевыводящих путей<sup>[12]</sup>.

Другим примером является сассафрас. Это растение широко применялось в народной медицине американский индейцев<sup>[13]</sup> и китайской традиционной медицине<sup>[14]</sup> для лечения множества заболеваний. Однако исследования доказали, что содержащийся в эфирном масле сассафраса сафрол является канцерогеном<sup>[15][16]</sup>. В 1960-х годах Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США было запрещено использование сассафрасового масла в пищевых целях.

По данным исследования, проводившегося в Канаде в 2013 году, многие фармацевтические препараты, изготавливаемые на основе растительных компонентов, представляют собой риск для здоровья потребителей: в промышленно произведенных препаратах часто встречаются замены одних растений другими, более дешёвыми, загрязнение иными, не предусмотренными на упаковке, видами растений, и присутствуют различные потенциально вредные наполнители. В числе веществ, не отмеченных в документах к продукции, обнаружилось вещества с известными токсическими характеристиками, побочными эффектами и разнообразно взаимодействующие с другими веществами, включая лекарственные препараты. Кроме того, производители не всегда указывают добавки с известными свойствами, но потенциально рискованными для отдельных категорий людей, в основном с аллергиями (например, рис, соя и пшеница).

Согласно исследованию, опубликованному в журнале BMC Medicine, многие отпускаемые без рецепта фитопрепараты не содержат в инструкции информацию о безопасном применении. В ходе своего исследования ученые обнаружили, что 93 % приобретенных ими фитопрепаратов были не лицензированы и не соответствовали никаким стандартам безопасности и качества. Более половины из них вообще продавались под видом пищевых добавок. Только 13 процентов препаратов имели инструкцию, и только в 3 из них присутствовало достаточное количество информации о безопасном применении.

Актуальность проблемы токсичности лекарств растительного происхождения обостряется в связи с тем, что большинство из них доступно пациентам без рецепта.

## Критерии и оценки

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть

			вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворительно «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

**Тема № 13** Общее лечение заболеваний пародонта. Профилактика. Рецептура

### Технологическая карта практического занятия

<i>Время:</i> 310.5 минут	<i>Количество студентов:</i> 8-12
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1.Введение 2.Теоритическая часть. 3.Аналитическая часть: - Органайзеры -Тесты 4.Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о строении и функции ткани периодонта, о заболеваниях происходящих в периодонте; ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.
<b>Студент должен знать</b>	-правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об анатомическом, гистологическом строение периодонта; - о функциях периодонта
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с периодонтитами (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследования: термометрия, ЭОД, чтение Rn-снимок).
<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о строении периодонта; -изложить о функциях периодонта; -объяснить этиологию воспалительных процессов в периодонте; - ознакомить студентов с классификацией периодонтитов	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о строении периодонта; - излагают о функциях периодонта; -объясняют этиологию воспалительных процессов в периодонте; - называют и дают краткую характеристику классификацию периодонтитов -комментируют и излагают классификацию периодонтитов;
<i>Методы обучения</i>	Лекция,демонстрация, мозговой штурм,пинборд
<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой работы.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный опрос, письменный опрос

### Хронологическая карта практического занятия

Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	студентов

<p>1 этап. Введение в учебное занятие 10 минут</p> <p>10 минут 20 минут</p> <p>5 минут</p> <p>5 минут</p>	<p>1.1.Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме:периодонт, клетки Малассе, рыхлая и коллагеновая ткань,острые и хронические периодонтиты. Знакомит с планом, особенностями учебного занятия.</p> <p>1.2.Называет список литературы (примечание №8)</p> <p>1.3.Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре практического занятия.</p> <p>1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5).</p> <p>Перемена</p>	<p>Слушают, записывают</p> <p>Слушают, записывают</p> <p>уточняют, задают вопросы, слушают</p>
<p>2-этап Основная часть 40 минут</p> <p>5 минут</p> <p>15 минут</p> <p>20 минут</p> <p>25 минут</p> <p>5 минут</p> <p>45 минут</p> <p>45 минут</p> <p>45 минут</p> <p>5 минут 45 минут</p>	<p>2.1.Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) ва контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы. Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просить записывать в тетрадь о текущих информациях</p> <p>Перемена</p> <p>2.3. Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2) Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3 ).</p> <p>Перемена</p> <p>2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее (коллективно/индивидуально) полученную информацию.Обобщает воспроизведенные знания ( примечание №3).</p> <p>Перемена</p> <p>2.4.Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3).</p> <p>Перемена</p> <p>2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4)</p>	<p>Отвечают</p> <p>Конспектируют.</p> <p>Слушают, Переписывают схемы и таблицы. Задают вопросы и отвечают, презентуют результаты групповой работы Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.</p> <p>Обсуждают тестовые задачи и выполняют Выполняют мануальные навыки Систематизируют информацию, выделяют главное, обмениваются мнениями</p>

15 минут 20 минут	Перемена 2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение	
3 этап. Заключительно результатирующ ий 20.5 минут	3.1. Делает заключение по теме в целом. 3.2. Предлагает группам сообщить итоги взаимной оценки. Комментирует результаты (Примечание №5). 3.3. Дает задание для самостоятельной работы (Примечание №7).	Группы сообщают итоги взаимной оценки. Записывают задание для самостоятельной работы.

### Текст

Общее лечение болезней пародонта предусматривает воздействие на организм больного и включает прежде всего терапию тех общесоматических заболеваний, которые способствуют возникновению гингивита, пародонтита, пародонтоза или их прогрессированию. Кроме того, назначают лекарственные препараты, предназначенные для повышения резистентности и защитных сил организма, а также средства, устраняющие сосудисто-нервные нарушения. Целесообразно также применение лекарственных средств, стимулирующих коллагено- и костеобразование. К использованию препаратов общего воздействия на организм больного следует приступать лишь после устранения главных симптомов заболевания и протезирования.

**Витамины.** Аскорбиновая кислота обеспечивает нормальное состояние капилляров, синтез коллагена и проколлагена, нормализует окислительно-восстановительные процессы. Применяют внутрь по 0,05—0,1 г в сочетании с рутином. Показано использование препаратов в зимне-весенний период с целью профилактики обострений пародонтита и гингивита. При гиповитаминозе С можно использовать внутримышечное введение 5% раствора аскорбиновой кислоты.

Никотиновая кислота и ее производные (никотинамид, никотинат натрия) улучшает обменные процессы в стенке сосудов, понижает их проницаемость, стимулирует ферментативные процессы. Имеются данные о том, что никотиновая кислота стимулирует и костеобразование. Ее применяют в 1% растворе для инъекций по переходной складке в количестве 1 мл (10—15 инъекций на курс).

Тиамин (витамин В1) оказывает нормализующее действие на нервную систему, уменьшает гиперестезию твердых тканей. Используют 5—6% раствор для инъекций по инфильтрационному типу. При выраженном нарушении углеводного обмена (диабет и другие заболевания) применяют также и окисленную форму витамина В1 — кокарбоксылазу.

Витамин Е в сочетании с витамином А уменьшает проницаемость кровеносных сосудов пародонта, восстанавливает нарушенное капиллярное кровообращение, способствует усвоению тканями десны кислорода. Используют 10—30% масляные растворы витамина Е для внутримышечного введения, масляный раствор витамина А внутрь. Можно использовать препарат «Аевит» для парентерального введения (содержит токоферола ацетат и витамин А).

**Стимуляторы обменных процессов.** Стимулирующая терапия при болезнях пародонта предусматривает повышение защитных и приспособительных механизмов, стимуляцию обменных процессов, усиление регенерации тканей пародонта и остеогенеза. С этой целью используют биогенные стимуляторы растительного происхождения (алоэ, биосед и др.), лиманских грязей (ФиБС, пелоидин, гумизоль и др.) и животного происхождения (спленин, регенератор, фоллютин и др.). Все препараты вводят внутримышечно или по типу инфильтрационной анестезии по переходной складке (по 1—2 мл, на курс 10—15 инъекций). Все биогенные и другие стимуляторы следует использовать строго по показаниям с учетом

возможных противопоказаний к их применению. Продигозан — липополисахаридный комплекс микробной природы. Он стимулирует функцию ретикулоэндотелиальной системы, нормализует проницаемость и тонус кровеносных сосудов, способствует выработке эндогенного интерферона. Применяют его при болезнях пародонта в виде внутримышечных инъекций (по 0,3—0,5 мл с интервалами между инъекциями в 2—3 дня).

Пиримидиновые основания (пентоксил, метилурацил) ускоряют заживление, стимулируют белковый обмен и лейкопоз, усиливают фагоцитарную активность лейкоцитов, оказывают противовоспалительное действие. Пентоксил назначают по 0,2 г 3 раза в день в течение 2—3 нед, метилурацил (метацил) — по 0,5 г 3 раза в день в течение 2 нед.

Для общего лечения болезней пародонта используется и аде-нозинтрифосфорная кислота (АТФ), так как она участвует во многих процессах обмена. Применяют ее в виде инъекций 1 % раствора или вводят в организм путем электрофореза и фонофореза.

Из группы гормональных препаратов используют анаболические стероиды для стимулирования остеогенеза. Применяют ретаболил в виде внутримышечных инъекций 5% масляного раствора (на курс 7—12 инъекций).

Метандростенолон (неребол) применяют при остеопорозе челюсти для стимуляции костеобразования. Назначают внутрь по 0,005 г 2 раза в день в течение 2—4 нед.

Тирокальцитонин (ТКТ) — препарат щитовидной железы направленного остеотропного действия: уменьшает активность остеокластов и процессы рассасывания костной ткани. ТКТ оказывает также выраженное противоотечное действие. Используют этот препарат для инъекций, а также при проведении лоскутной операции.

Препараты фтора (1% раствор фторида натрия), витафтор (сочетание фтора с витаминами) применяют внутрь. Кроме того, 1—2% раствор фторида натрия используется для электрофореза десен.

**Десенсибилизирующие средства.** Для проведения неспецифической десенсибилизации используют антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил и др.) в комплексе с другими средствами. Значительным десенсибилизирующим и противовоспалительным свойствами обладает 30% раствор тиосульфата натрия, который используют для внутривенных вливаний (по 5 мл, на курс 5—10 вливаний).

Для специфической десенсибилизирующей терапии используют микробные аллергены стафилококка и стрептококка. Их применяют после определения повышенной чувствительности к этим аллергенам (по результатам внутрикожных проб и реакции лейкоцитолитиза).

**Противовоспалительные средства.** Внутрь используют 10% раствор хлорида кальция или инъекции по переходной складке глюконата кальция. Последний назначают также внутрь по 0,5 г 3 раза в день.

Сульфаниламиды и антибиотики применяют редко и строго по показаниям (при абсцедировании, язвенно-некротическом гингивите в тяжелой форме и др.). Из антибиотиков широкого спектра действия используют линкомицин (по 0,25 г в капсулах 2 раза в день в течение 7 дней), метациклина хлорид — рондомицин (по 0,3 г 2 раза в день в течение 7—10 дней).

Результаты лечебной помощи лицам с заболеваниями пародонта во многом определяются правильной ее организацией, использованием в полном объеме современных методов и средств лечения. С этой целью в нашей стране при крупных стоматологических поликлиниках созданы специализированные отделения (кабинеты) по лечению болезней пародонта. Такие кабинеты являются базой по оказанию высококвалифицированной лечебной помощи, а также консультативным и методическим центром по организации диспансерного обслуживания больных с патологией пародонта. Курс на предупреждение заболеваний — направление советской медицины. Основой претворения в жизнь идей профилактики является диспансеризация больных.

**Диспансеризация** — метод медико-санитарного обслуживания населения, включающий необходимый комплекс оздоровительных социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий с целью сохранения и укрепления здоровья и

трудоспособности диспансеризованных контингентов. Научный принцип диспансеризации — сочетание профилактики и лечения. Диспансеризация больных с патологией пародонта, осуществленная впервые Е. Е. Платоновым и С. Д. Шейкиным (1957), выявила ряд ее преимуществ по сравнению с другими методами лечения (по обращаемости). Диспансеризация позволяет выявить ранние стадии заболевания, осуществить в полном объеме комплексное обследование больного стоматологами различного профиля и других медицинских специальностей. Диспансерный метод облегчает ведение учета больных с различными видами и стадиями пародонтального заболевания, успешнее оценивать эффективность проводимого лечения и совершенствовать методы профилактики развившихся стадий болезни путем систематического наблюдения за больным.

Взятию на диспансерный учет и под наблюдение подлежат: 1. Лица с клинически интактным пародонтом, но имеющие патологию прикуса или страдающие некоторыми системными заболеваниями (диабет, коллагеновые болезни, эндокринопатии и др.). Указанные заболевания могут рассматриваться как «факторы риска» для патологии пародонта. Эту группу с интактным пародонтом обычно составляют лица до 18—30-летнего возраста. 2. Больные гингивитом и пародонтитом (легкой степени, средней тяжести), а также пародонтозом (в возрасте до 50 лет с сохранением значительного количества зубов).

Больные с развившейся стадией патологии пародонта (тяжелая степень пародонтита, развившиеся II—III стадии пародонтоза), при выраженной вторичной адентии, аномалиях прикуса (не поддающихся устранению ортодонтическими методами) лечебную помощь получают по обращаемости.

Больные, находящиеся под диспансерным наблюдением, должны строго выполнять назначения врача, являться на повторный осмотр в установленные сроки, выполнять назначения других врачей по лечению общих заболеваний организма, соблюдать рекомендованный врачом режим питания и т. д. Эти и другие необходимые рекомендации (по гигиене рта и т. д.) содержатся в памятке, которую выдают больному. Результаты наблюдения многих авторов позволяют рекомендовать определенную частоту осмотров и проведения курсов лечения. При гингивите, пародонтите и пародонтозе (легкой степени и средней тяжести) их осуществляют 2 раза в год. При достижении стойкой ремиссии (стабилизация процесса) повторные осмотры больных проводят 2 раза в год, а лечение—1 раз в год. При развившейся стадии пародонтита и пародонтоза — тяжелой степени (особенно при сочетании их с общими заболеваниями организма) в первые 2—3 года наблюдения лечение проводят 3—4 раза в год. При переходе этих заболеваний в фазу ремиссии больных вызывают 2 раза в год. Курсы лечения повторяют 1—2 раза в год.

Пародонтит. Для общего лечения используют витаминотерапию и прежде всего витамин С в сочетании с рутином (витамин Р), особенно в молодом возрасте при заболеваниях пародонта, сопровождающихся кровоточивостью десен. Что касается остальных витаминов, то убедительных клинических данных в пользу их применения в пародонто-логии пока нет.

Иммуностимулирующую и иммуномоделирующую терапию (тималин, нуклеинат натрия, тимоген, левамизол и др.) следует применять при заболеваниях пародонта только совместно со специалистом соответствующего профиля. Антигистаминные препараты (тиосульфат натрия, димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил) применяются при заболеваниях пародонта, сопровождающихся аллергическим компонентом.

Антибиотики назначают строго по показаниям: при обострении процесса, особенно с абсцедированием, перед операцией и после нее. Из антибиотиков следует отдать предпочтение рондомицину, ровамицину (3—4 капсулы в день) или линкомицину по 0,5 г (500 000 ЕД) 2 раза в день в капсулах через 2 ч после или за 2 ч до еды, курс 7—12 дней. Линкомицин быстро всасывается и накапливается в костной ткани. Пенициллин и эритромицин не накапливаются в высокой концентрации в пародонтальном кармане при пероральном введении и поэтому их не следует применять; диоксициклин, миноциклин, тетрациклин, амоксициклин, метронидазол накапливаются, что обеспечивает их концентрацию в пародонтальном кармане, в 5—7 раз превышающую таковую в сыворотке крови.

У больных пародонтитом установлены изменения функции местных защитных факторов, выражающиеся в существенных отклонениях от нормы уровня лизоцима слюны, секреторного иммуноглобулина IgAs и иммуноглобулинов класса G. Указанные показатели, а также качественный и количественный состав микрофлоры пародонтального кармана при учете клинической картины могут быть использованы как для оценки эффективности комплексного лечения заболеваний пародонта, так и в прогностических целях.

Иммуностимулирующая терапия в поликлинических условиях обычно не проводится, в стационаре назначают Т-активин, левамизол, нуклеинат натрия и др.

Гингивиты. Общее лечение гингивитов проводится с учетом основного заболевания (гормональные сдвиги при гипертрофическом гингивите, болезни крови, аллергический характер заболевания, нарушения витаминного баланса и другие факторы) совместно с эндокринологом, гематологом, аллергологом или другим специалистом.

Гистиоцитозы. Лечение гистиоцитозов проводится после тщательного общеклинического обследования вместе с другими специалистами, особенно если речь идет о назначении гормональных препаратов, белковых анаболизаторов, антибиотиков, десенсибилизирующей терапии.

### 9.9.3. Хирургические методы лечения

Хирургические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта применяются очень широко, поскольку ликвидировать пародонтальные карманы без оперативного вмешательства практически невозможно (рис. 9.22).

Используются следующие виды операций.

▲ Кюретаж.

▲ Удаление десневых сосочков.

А Гингивэктомия (частичная, тотальная).

▲ Пластика преддверия полости рта и перемещения уздечки.

А Пластика десны при рецессии. А Гингивотомия.

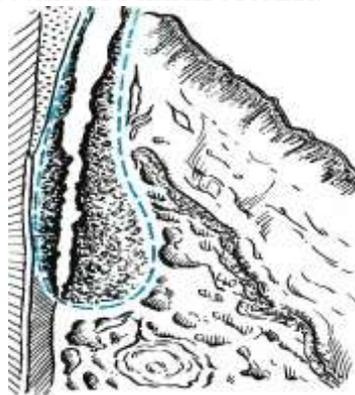


Рис. 9.22. Пародонтальный карман. Показаны участки, подлежащие удалению при кюретаже и гингивотомии (схема).

Лоскутные операции с применением биоинертных материалов (гранулы гидрокси-апатита с коллагеном, три-кальций фосфат, брeфокость, остим-100 и др.) или импортных препаратов Biofix, Re-solut Bio-OSS в виде мембран и др.

Даже при быстропрогрессирующем пародонтите комплексная терапия может привести к стабилизации процесса. Оперативные вмешательства на пародонте проводятся в операционном блоке поликлиники. Гингивоостеопластику и формирование преддверия полости рта лучше проводить в стационарных условиях. Для хирургических вмешательств выделяются 2 дня в неделю. Перед операцией проводится лечение кариеса, его осложнений, снятие наддесневых отложений, противовоспалительная терапия, ликвидируется гноетечение из пародонтального кармана. В предоперационную подготовку также входит иммобилизация подвижных зубов, избирательное шлифование и депульпация зубов (по показаниям), премедикация (седуксен 1—2 таблетки за 1—1½ ч до операции), трихопол (по 0,25 г 2—3 раза за 3 дня до операции), обучение гигиене полости рта.

Кюретаж (выскабливание). В лечебной практике применяется давно. Проводится с целью ликвидации пародонтальных карманов, глубина которых не должна превышать 4—5 мм, так как при более глубоких карманах невозможно визуальное контролировать все манипуляции. Цель кюретажа — получение чистой раневой поверхности. В ходе операции в полость кармана изливается кровь, которая организуется в кровяной сгусток, что благоприятно сказывается на процессе заживления раны. Кровяной сгусток организуется в соединительную ткань, происходит рубцовое сморщивание кармана и врастание коллагеновых волокон в слой новообразованного корня.

Техника кюретажа. Одновременно проводят обработку пародонтального кармана не более чем в области 3 зубов после инфильтрационной анестезии 1—2% растворами лидокаина. Удаляют поддесневой зубной камень и патологически измененный цемент острыми крючками, экскаваторами, рашпилем. Последовательно обрабатывают все поверхности зуба — вестибулярную, апроксимальные и оральную. При удалении зубных отложений инструмент направляют от верхушки корня к коронке зуба. Затем удаляют размягченный цемент до плотной консистенции, после чего проводят окончательную обработку поверхности корня скалером; полость кармана промывают из шприца раствором фурацилина (1:5000) для удаления твердых остатков. Далее приступают к обработке дна кармана. Острыми инструментами осторожно выскабливают грануляции дна ПК. Если определяется кость, то ее также обрабатывают. Последний этап — деэпителизация десневой стенки кармана — является наиболее ответственным, требует от врача осторожности и навыков в проведении такого вмешательства. Большим пальцем прижимают десну к зубу, вводят острую кюретку до дна кармана и под контролем пальца срезают эпителиальную выстилку движением инструмента по направлению к коронке зуба, устраняя барьер на пути прикрепления десны к зубу. Далее десну прижимают к зубу и накладывают защитную повязку. Больному дают указания о соблюдении правил гигиены полости рта, назначают щадящую диету, рекомендуют полоскания щелочными и гипертоническими растворами. Запрещается зондирование кармана. Десневую повязку, меняя через день, накладывают еще 5—7 дней. Введение в карман лекарственных средств не рекомендуется, чтобы не нарушить процесс формирования нового соединительнотканного прикрепления и возобновления роста кости.

Возможные осложнения. После кюретажа в пародонтальных тканях может развиваться воспалительная реакция на него, сопровождающаяся болезненностью при перкуссии, отеком, реже — появлением лимфаденита. Осложнения вызываются чаще всего грубым проведением кюретажа. Лечение заключается в частых полосканиях раствором соли, соды (по 1 чайной ложке на стакан воды) и 1/2 чайной ложки раствора Люголя на стакан воды или настоями трав (шалфей, ромашка и др.).

Повышенная чувствительность (гиперестезия) к температурным и тактильным воздействиям возникает после удаления патологически измененного цемента и поверхностного слоя дентина. Лечение сводится к назначению фтористых препаратов (аппликации 1—2% растворов фторида натрия, фторлака, фторсодержащих гелей).

Противопоказания. Тонкие десневые стенки кармана, наличие костных карманов.

Удаление десневых сосочков. Производят при гипертрофическом гингивите, фиброматозе десен. Операцию осуществляют под инфильтрационной (внутрисосочковой) анестезией. Разрез делают под углом 30—45° до дна десневой борозды, после чего разросшуюся ткань удаляют и острыми экскаваторами, крючками снимают зубной камень, коагулируют раневую поверхность и накладывают десневую повязку, которую меняют через день до полной эпителизации.

Удаление десневых сосочков можно провести с помощью диатермокоагулятора.

При криодеструкции десневых сосочков криозонд вводят в десневой желобок и включают аппарат на 3—10 с; после оттаивания криозонд удаляется. Крионекроз наступает через 24—48 ч, а регенерация поврежденного участка — спустя 6—12 дней. Ведение послеоперационного периода при криохирургии имеет важное значение. Защитные лечебные повязки после операции не накладывают в течение первых 2—3 дней, пока не произойдет отторжение некротизированной части десны. В первые 2 сут необходим тщательный уход за полостью рта.

Для ускорения заживления назначают протеолитические ферменты с антибиотиками, после отторжения некротических тканей — под повязку лекарственные вещества, стимулирующие метаболические процессы и регенерацию десны (солкосерил, мундизал-гель, масляные растворы витамина А и витаминов А + Е, керотолин, облепиховое масло). После криохирургии рана заживает в 2—3 раза медленнее, чем при применении других методик, происходит рубцовое изменение тканей и как результат — обнажение шеек зубов и их возможная гиперестезия. После применения первых двух методик могут быть рецидивы, после криодеструкции рецидивы наблюдаются редко.

**Частичная гингивэктомия.** Это иссечение края десны (пародонтального кармана) на глубину до 3 мм. Оставшуюся часть кармана обрабатывают с помощью кюретажа. Показания: десневые карманы без внутрикостных, гипертрофия десны с неглубокими костными карманами.

**Техника операции.** После инфильтрационной анестезии иссекают часть стенки десневого кармана до 3 мм, проводят кюретаж, медикаментозную обработку раневой поверхности, накладывают десневую повязку. Частичную гингивэктомию производят в области малых и больших корен-

ных зубов, реже — во фронтальном участке. Недостатки: нет полного визуального контроля, не всегда возможна полная обработка костных карманов.

**Тотальная (радикальная) гингивэктомия.** В таком виде, в котором она была предложена, т. е. с нивелировкой альвеолярного края, в настоящее время не производится, так как к костной ткани, так же как и к надкостнице, относятся бережно.

**Показания:** жизненная необходимость устранить отрицательное влияние инфекции пародонтального кармана на организм в целом. При глубоких костных карманах гингивэктомия противопоказана.

**Техника операции.** После анестезии специальным пинцетом измеряют глубину кармана и отмечают ее точками на альвеолярном отростке. Горизонтальный аркообразный разрез делают на 1—2 мм выше или ниже (в зависимости от челюсти) отмеченных точек. Край десны удаляют и проводят открытый кюретаж под визуальным контролем. Нивелировку костной ткани проводят не борами и фрезами, а костной кюреткой, острыми экскаваторами. Гемостаз осуществляют смоченными раствором пероксида водорода тампонами, коллагеновой гемостатической губкой, после чего накладывают йодоформные тампоны или десневую защитную повязку. Операцию проводят на большом участке протяженностью 5—7 зубов. Недостатки: косметический дефект (удлинение зубов) и возможность появления гиперестезии шеек зубов. Об этом следует предупредить пациента.

**Пластика преддверия полости рта и перемещение уздечки.** Мелкое преддверие полости рта и укороченную уздечку определяют симптомом натяжения, надавливая пальцем или тупым инструментом в зоне переходной складки в апикальном направлении. При этом десневые сосочки отходят от зуба, что свидетельствует об укорочении уздечки губы или мелком преддверии полости рта, а также об отсутствии зоны прикрепленной десны.

Существует большое количество методик лоскутных операций для углубления преддверия полости рта и перемещения уздечки. Френэктомия — перемещение уздечки с подлежащей костью и частичным иссечением самой уздечки. Операция проводится при диастеме в области центральных резцов верхней челюсти и наличии хорошо развитой уздечки верхней губы.

**Техника операции.** Под инфильтрационной анестезией двумя полуовальными разрезами иссекают уздечку, проводят вертикальную компактоостеотомию (компактоостеотомию в настоящее время проводят не всегда, необходимость

ее проведения согласовывается с ортодонтом) между 1 I 1. десну с обеих сторон мобилизуют, края раны сближают и накладывают швы. При невозможности сближения швов делают пластику десны треугольными лоскутами по А. А. Лимбергу.

Френэктомию можно провести следующим образом: после анестезии уздечку фиксируют зажимом и рассекают ножницами до дна преддверия, затем с внутренней поверхности губы отрезают излишнюю часть лоскута, рану губы ушивают одним или двумя швами. Край раны на альвеолярном отростке мобилизуют и сближают швами; накладывают холод. Часть десны, не прикрытая лоскутом, заживает вторичным натяжением под защитой десневой повязки, которую

меняют каждые 3—4 дня на протяжении 10—14 дней. Для углубления мелкого преддверия, доходящего нередко до вторых малых и больших коренных зубов при укороченной уздечке двумя сходящимися разрезами, а при нормальном ее прикреплении — одним разрезом формируется лоскут. Мышцы губы отсекают, отсепаровывают в апикальном направлении и подшивают край лоскута к надкостнице у свода вновь сформированного преддверия; холод на 20 мин. Заживление раны происходит под йодо-формной турундой вторичным натяжением, эпителизация наступает через 2 нед.

Осложнения. Боль при открывании рта, парестезия губы.

Лечение осложнений. Трихопол по 0,25 3 раза в день, в течение 7 дней, флюктуаризация и лазеротерапия 6—8 сеансов, антисептические полоскания.

Пластика десны при рецессии (латерально перемещенный лоскут). Если около одного из зубов имеется карман или значительное обнажение шейки зуба, то дефект следует закрыть смещенным лоскутом, выкроенным у соседнего зуба. Под инфильтрационной анестезией V-образным разрезом удаляется стенка кармана. Если пародонтального кармана нет, но имеются рецессия десны и обнажение корня, то разрез делают по краю дефекта с обнажением кости на 1—2 мм. Далее у соседнего зуба производят вертикальный разрез параллельно V-образному разрезу. Выкраивают слизисто-поднадкостничный лоскут между двумя разрезами. При наличии ПК производят его кюретаж. Затем лоскут перемещают на дефект и закрепляют швами. Обнаженный участок кости в области послабляющего разреза заживает вторичным натяжением. Несмотря на обработку обнаженного корня скалером, применение гидроксипатитсодержащих препаратов (колапол, остим-100), лоскут к корню зуба надолго не прирастает.

Гингивотомия. Производят рассечение десны с последующим открытым кюретажем. Показаниями к гингивотомии являются наличие глубокого узкого одно- или двустороннего кармана, одиночных пародонтальных абсцессов.

Техника операции. После анестезии вертикальным разрезом латерально проекции пародонтального кармана в пределах здоровых тканей отсепаровывают треугольный лоскут, в результате чего получается свободный доступ к костному карману. Далее производят открытый кюретаж, лоскут укладывают на место и на вертикальный разрез накладывают швы. Заживление происходит на костном основании, и дефект края десны не образуется. Одновременно обрабатывают карманы в области не более чем 1 — 3 зубов. Недостатками гингивотомии являются недостаточный обзор операционного поля, относительная ограниченность показаний к ее применению. При единичных узких глубоких карманах, особенно при наличии 3 стенок метод дает хорошие результаты. В костный карман целесообразно ввести остеостимулирующие препараты колапол или остим-100.

Лоскутные операции. Используются для ликвидации пародонтального кармана, восстановления утраченной опорной ткани, т. е. формирования нового соединительнотканного прикрепления и возобновления роста кости.

Пародонтальные лоскуты делятся на полные и расщепленные. Полный лоскут состоит из эпителия, соединительной ткани и надкостницы, расщепленный — из эпителия и соединительной ткани. Существует 2 вида лоскутов: простой, накладываемый в конце операции на свое операционное поле, и позиционный, который в конце операции перемещают на новый участок.

Примером вмешательства, когда используют простой лоскут, является радикальная операция Видмана—Неймана—Цешинского (ВНЦ). Однако в настоящее время оригинальная операция ВНЦ не проводится (в пародонтальной хирургии насчитывается уже несколько десятков модификаций этой операции зарубежных и отечественных авторов), поскольку в последние годы сложились новые принципы пародонтальной хирургии, а именно:

разрезы делают, отступая от края десны 1 — 1,5 мм (косой разрез), при котором скальпель держат под углом 30—45° к поверхности десны. Разрез идет от края десны вглубь до альвеолярного отростка, при этом часть кармана, обращенная в сторону зуба, удаляется; отказ от нивелировки кости (не применяются боры, фрезы); бережное отношение к надкостнице (излишне не отсепаровывать и не иссекать —

В.Е.Крекшина); использование трансплантатов: аутотранс-плантаты (аутогенный костный мозг подвздошной кости), аллотрансплантаты (сухой замороженный костный имплантат, сухой деминерализованный лиофилизированный костный имплантат); аллопластические материалы (трикальцийфосфат, гидроксиапатит с коллагеном).

Операция апикального перемещения лоскута производится под местной анестезией, главным образом в области фронтальных зубов, включая малые коренные. После косо-горизонтального разреза по краю десны до кости выполняют еще 2 вертикальных разреза в области клыков или малых коренных зубов, образуя слизисто-надкостничный лоскут. Таким образом, внутренняя поверхность лоскута представляет собой раневую поверхность. Отделенный косым разрезом маргинальный край десны удаляют. Слизисто-надкостничный лоскут отслаивают на глубину поражения и проводят обработку костных карманов, делают необходимые костные коррекции, удаляя также некротизированный цемент и оставшуюся грануляционную ткань. Лоскут фиксируют межзубными швами несколько апикально от его первоначальной позиции на уровне альвеолярного края, накладывают десневую повязку. Швы снимают через неделю. Преимущество данной операции состоит в ликвидации пародонтального кармана, обеспечении плотного прилегания эпителия в шейке зуба, углублении преддверия за счет апикального смещения лоскута. Недостатки: обнажение шеек зубов.

Радикальная гингивоостеопластика по Киселеву проводится при генерализованном пародонтите с глубиной кармана до 8 мм. Противопоказаниями в ней являются тяжелая степень процесса, значительная ретракция десны, наличие значительного очага резорбции в области бифуркации.

Техника операции. После анестезии производят вертикальные разрезы в области клыков либо малых коренных зубов, а также между 7-м и 8-м зубами. Вертикальные разрезы делают на глубину костных карманов. Десневые сосочки рассекают по вершинам и отслаивают слизисто-надкостничный лоскут. Удаляют поддесневые зубные отложения, грануляции, производят дезэпителизацию лоскута острой фрезой. Остеопластику выполняют лиофилизированной костной мукой, которую после кюретажа и гемостаза вводят в костные карманы и тщательно уплотняют ватным тампоном. Сначала сшивают края вертикальных разрезов, затем межзубными швами фиксируют лоскут под десневую повязку. Повязка состоит из смеси порошка искусственного денти-

на и окиси цинка (поровну), замешанной на оксикорте или любой мази с глюкокортикоидами. Операция дает стойкий эффект, который закрепляется противовоспалительной терапией и тщательным соблюдением правил гигиены полости рта.

Радикальная гингивоостеопластика с применением колапола показана в случае генерализованного пародонтита при глубине ПК более 4 мм.

Предоперационная подготовка: удаление наддесневых зубных отложений, депульпация зубов при наличии глубоких внутрикостных карманов, противовоспалительная терапия пародонтального кармана, избирательное пришлифовывание зубов. При большой протяженности вмешательства, например сразу по всей челюсти, за 2—3 дня до операции назначают трихопол (метронидазол) по 1 таблетке 2—3 раза в день.

Техника операции. Под инфильтрационной анестезией с помощью пародонтального ножа (можно использовать глазной скальпель) горизонтальным разрезом с двух сторон рассекают десневые сосочки, формируя распатором слизисто-периостальный лоскут. Далее проводится открытый кюретаж с использованием специального набора инструментов. Очень важное значение имеет дезэпителизация лоскута, которая осуществляется острыми кюретками, экскаваторами и специальными ножницами. Для остеопластики используют отечественный препарат «Колапол», который предварительно разрезают и с помощью штопфера вводят в карманы, при этом карман плотно заполняется остеостимулирующим материалом. Швы накладывают в каждом промежутке под десневую повязку. В послеоперационном периоде применяют антисептические полоскания, уход за полостью рта, трихопол по 1 таблетке 2—3 раза в день в течение 3—5 дней. Швы снимают через 5—7 дней.

Эта операция позволяет добиться стойкого лечебного эффекта при средней и даже тяжелой формах пародонтита, особенно с наличием двух- и трехстенных пародонтальных карманов.

Важнейшим фактором, в значительной степени определяющим эффективность хирургического лечения пародонтита, являются мероприятия, направленные на профилактику инфицирования пародонта, чем объясняется необходимость тщательного обучения пациентов уже в предоперационном периоде гигиеническим навыкам, их закрепления и последующего контроля за их выполнением.

Направленная регенерация тканей пародонта. Эта операция как этап гингивоостеопластики появилась в результате

длительных экспериментально-клинических исследований [Nyman, 1980, Gottow, 1990; Caton, 1992, и др.]. Было показано, что кость и десневая соединительная ткань не вызывают формирования нового соединительнотканного прикрепления, а рост эпителия предотвращает его формирование. Грануляционная ткань, возникающая из пародонтальной связки, обладает способностью формировать новое соединительнотканное прикрепление. Поэтому необходимо содействовать пролиферации клеток пародонтальной связки на поверхности корня. Осуществляется это следующим образом: после кюретажа карманов и деэпителизации перед наложением швов на оголенную поверхность корней накладывают мембрану колапола (КП-2) или мембрану Arisona (USA), или Resolut. Операцию заканчивают наложением швов и десневой повязки. Назначают трихопол в течение 5—7 дней, соблюдение гигиены полости рта. Нерассасывающиеся мембраны удаляют не ранее чем через 6 нед. Расположение мембраны между лоскутом и поверхностью корня благоприятствует репопуляции клеток пародонтальной связки на поверхности корня.

#### 9.9.4. Физические методы лечения

Из физических методов лечения наибольшее распространение получили электрофорез, дарсонвализация, флюктуаризация, микроволновая терапия, гипербарооксигенотерапия, лазерный свет и др. Физические методы следует применять при устранении или уменьшении воспалительных явлений после хирургических вмешательств. Наиболее часто используют электрофорез кальция, витамина В с лидокаином, фтора, ферментов и других препаратов. Флюктуаризация проводится с помощью аппарата ФС-100 в течение 20 мин; на курс 6 процедур. Дарсонвализация базируется на вазомоторном эффекте, она проводится длительными курсами, не менее 15 процедур. Диатермический ток широко используется для диатермокоагуляции десневых сосочков при гипертрофическом гингивите. В комплексном лечении заболеваний пародонта используются также различные виды массажа (вибрационный, пальцевой) и гидротерапия.

В последнее время в пародонтологии применяется лазерное излучение, при действии которого на воспаленные ткани происходит ингибирование процессов альтерации, экссудации и активация пролиферации с одновременным анальгетическим эффектом. Процедура проводится в течение 3 мин с помощью лазерного физиотерапевтического

аппарата «Оптодан», на курс 5—8 процедур. Показания: язвенный, катаральный гингивит, пародонтит, особенно после хирургических вмешательств.

### Интерактивный метод

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

##### Шаги:

Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.

Участники садятся по кругу.

Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.

Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент держащий моток возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка

### Вопросы по теме

- 1) Витамины, используемые при лечении пародонтитов.
- 2) Иммуностимулирующие средства при лечении пародонтите.
- 3) Антибиотики используемые при лечение пародонтитов?
- 4) Общее лечение гингивитов.
- 5) Общие методы лечения при пародонтозе?

### Тесты

Чтобы повысить усвоение О 2 тканях применять:

\$

ВИТАМИН А\$

витамин Д\$

витамин РР\$

витамин С\$

витамин В 15#

На стимулирует:

\$

естественные факторы иммунитета\$

проницаемость сосудов\$

стимулируют обмен гармонов\$

стимулируют отек\$

стимулирует обмен крови#

Для неспецифической стимуляции применяют:

\$

алоэ\$

биоцид\$

алоэ,биоцид,фибс\$

фибс\$

биоцид#

Наиболее часто применяется препараты антибактериального происхождения:

\$

фибс\$

алоэ\$

тетрациклин\$

линкомицин гидрохлорид\$

биоцид#

Сульфаниламидные препараты противомикробного действия:

\$

сулгин\$

супрастин\$  
 сульфомонометаксин\$  
 церукал\$  
 нет верного ответа#  
 Для удаления зубных отложений применяют аппарат:  
 \$  
 УВЧ\$  
 дарсонвализация\$  
 ультростом\$  
 УФО\$  
 УЗИ#

### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает

			уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворительно «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

**Тема № 14:** Местное лечение заболеваний пародонтита. Физиотерапевтические методы лечения

**Хронологическая карта практического занятия:**

<i>Время:</i> 310.5 минут	<i>Количество студентов:</i> 8-12
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1. Введение 2. Теоритическая часть. 3. Аналитическая часть: - Органайзеры - Тесты 4. Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о строении и функции ткани периодонта, о заболеваниях происходящих в периодонте; ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.

<b>Студент должен знать</b>	-правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об анатомическом, гистологическом строение периодонта; - о функциях периодонта
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с периодонтитами (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследования: термометрия, ЭОД, чтение Rn-снимок).
<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о строении периодонта; -изложить о функциях периодонта; -объяснить этиологию воспалительных процессов в периодонте; - ознакомиь студентов с классификацией периодонтитов	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о строении периодонта; - излагают о функциях периодонта; -объясняют этиологию воспалительных процессов в периодонте; - называют и дают краткую характеристику классификацию периодонтитов  -комментируют и излагают классификацию периодонтитов;
<i>Методы обучения</i>	Лекция,демонстрация, мозговой штурм,пинборд
<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой работы.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный опрос, письменный опрос

### Технологическая карта учебного занятия

Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	студентов
1 этап. Введение в учебное занятие 10 минут	1.1.Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме:периодонт, клетки Малассе, рыхлая и коллагеновая ткань,острые и хронические периодонтиты. Знакомит с планом, особенностями учебного занятия.	Слушают, записывают  Слушают, записывают
10 минут 20 минут	1.2.Называет список литературы (примечание №8) 1.3.Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре	уточняют, задают вопросы, слушают
5 минут		

5 минут	<p>практического занятия.</p> <p>1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5).</p> <p>Перемена</p>	
<p>2-этап</p> <p>Основная часть</p> <p>40 минут</p> <p>5 минут</p> <p>15 минут</p> <p>20 минут</p> <p>25 минут</p> <p>5 минут</p> <p>45 минут</p> <p>45 минут</p> <p>45 минут</p> <p>5 минут</p> <p>45 минут</p> <p>15 минут</p> <p>20 минут</p>	<p>2.1. Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) и контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы. Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просит записывать в тетрадь о текущих информациях</p> <p>Перемена</p> <p>2.3. Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2) Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3).</p> <p>Перемена</p> <p>2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее (коллективно/индивидуально) полученную информацию. Обобщает воспроизведенные знания ( примечание №3).</p> <p>Перемена</p> <p>2.4. Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3).</p> <p>Перемена</p> <p>2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4)</p> <p>Перемена</p> <p>2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение</p>	<p>Отвечают</p> <p>Конспектируют.</p> <p>Слушают, Переписывают схемы и таблицы. Задают вопросы и отвечают, презентуют результаты групповой работы</p> <p>Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.</p> <p>Обсуждают тестовые задачи и выполняют</p> <p>Выполняют мануальные навыки</p> <p>Систематизируют информацию, выделяют главное, обмениваются мнениями</p>
<p>3 этап.</p> <p>Заключительно результирующий</p> <p>20.5 минут</p>	<p>3.1. Делает заключение по теме в целом.</p> <p>3.2. Предлагает группам сообщить итоги самооценки. Комментирует результаты (Примечание №5).</p> <p>3.3. Дает задание для самостоятельной работы (Примечание №7).</p>	<p>Группы сообщают итоги самооценки. Записывают задание для самостоятельной работы.</p>

## ФИЗИОТЕРАПИЯ

Физиотерапия - раздел медицинской науки, изучающий влияние на организм человека природных (естественных) и искусственно получаемых (преформированных) физических факторов, используемых для лечения и профилактики различных заболеваний, а также в целях медицинской, психологической и профессиональной реабилитации.

### **Механизм действия естественных и преформированных физических факторов на организм человека**

Реакция организма на воздействие физических факторов обеспечивается различными системами организма, имеет сложный, фазный, многокомпонентный характер, направлена в первую очередь на быстрейшее восстановление гомеостаза, а также регуляции измененных функций, приспособление деятельности отдельных органов и систем и всего организма в целом к функционированию в новых, измененных патологическим процессом условиях. Основу взаимодействия физических факторов и организма составляют электрические и биоэнергетические процессы.

Различают общую генерализованную реакцию организма на воздействие физического фактора и местные, первичные специфические реакции. Многочисленные физико-химические изменения в месте воздействия физического фактора служат источником раздражения различных рецепторов и механизмами преобразования энергии физического фактора в нервный импульс, изменяя тем самым функциональное состояние аппарата спинного мозга и центральных регулирующих систем организма. Ответная реакция организма выражается в различных изменениях центральной и периферической гемодинамики, обменных процессов, трофики, дыхания, реактивности и сопротивляемости организма. В результате организм оказывается приспособленным к изменениям во внешней и внутренней среде.

Воздействие внешнего физического фактора на биологический объект инициирует в первую очередь изменения электромагнитного взаимодействия его различных структур и систем, что обуславливает универсальность механизма действия различных преформированных физических факторов на живой организм. При первичном взаимодействии внешних физических факторов со структурами биологического объекта любые виды энергии трансформируются в электрическую энергию. Результатом этого взаимодействия является изменение электрического статуса клетки, что приводит к конформационным преобразованиям различных структур, в первую очередь макромолекул биологических субстратов и молекул воды. Данные изменения являются первопричиной последующих физико-химических процессов, биологических реакций и различных клинических эффектов физиотерапевтических факторов. При этом чем ниже интенсивность физического фактора, тем большую роль в формировании реакций на него играют высокочувствительные системы. Лечебный эффект физического фактора зависит не только от особенностей распределения его энергии, но и от физических (электрических, магнитных, механических, теплофизических) свойств тканей-мишеней, определяющих поглощение энергии физического фактора и обладающих избирательной чувствительностью к данному фактору, а также функциональных резервов адаптации и реактивности организма. Универсальные механизмы организации ЦНС обеспечивают единство процессов развития приспособительных реакций организма к данному фактору. Таким образом, в основе общей приспособительной реакции организма, направленной на восстановление нарушенных функций, лежит гетерогенность (разнородность) лечебных эффектов физических факторов.

### **Классификация лечебных физических факторов**

Современные классификации лечебных физических факторов чаще всего построены на основании разделения по физической природе используемого фактора, без учета механизма его лечебного действия.

По мнению Г.Н. Пономаренко (1999, 2002), с позиции современной физиотерапии наиболее рационален и перспективен *синдромнопатогенетический* подход к выбору оптимальных физических методов лечения. При этом необходимо исходить из направленности и избирательности их лечебного воздействия на конкретные патологически измененные системы организма, учитывая специфические особенно-

сти их преимущественного действия на организм, т.е. гетерогенность их лечебного действия. По синдромно-патогенетической классификации физических методов лечения (по Пономаренко Г.Н., 2002) выделяют:

- *органонеспецифические методы* - методы, купирующие преобладающие синдромы заболевания: болевой, воспалительный, интоксикационный, метаболический, дистрофический, иммунной дисфункции и др.;

- *органоспецифические методы* - методы воздействия преимущественно на ЦНС, периферическую нервную систему, сердечнососудистую, респираторную, систему кроветворения, эндокринную, на ЖКТ, ОДА, кожу, выделительную и половую системы.

Достоверно установлена избирательность поглощения энергии физических факторов различными типами воспринимающих клеток и биологических структур, что свидетельствует о гетерогенности (разнородности) лечебного воздействия физических факторов разной природы и формируемых ими лечебных эффектов. Таким образом, преформированные физические факторы обладают различными клиническими эффектами.

### **Основные методики физиотерапии**

Для достижения терапевтического эффекта в физиотерапии имеются различные возможности воздействия лечебными физическими факторами на организм:

- *местно* - воздействие непосредственно на патологический очаг;

- *сегментарно-рефлекторно* - воздействие на рефлексогенные зоны и области сегментарно-метамерной иннервации;

- *генерализованно* (общее воздействие) - воздействие на целостный организм общетонизирующего или седативного характера, а также с целью повышения неспецифической резистентности организма (иммунитета).

По характеру расположения относительно поверхности тела пациента электродов, индукторов, излучателей или других генераторов физических факторов воздействия выделены следующие физиотерапевтические методики.

- *Контактная методика* - воздействие преформированным физическим фактором, при котором электрод, индуктор или излучатель непосредственно соприкасается с поверхностью тела пациента.

- *Дистанционная методика* - воздействие внешним физическим фактором, при котором электрод, индуктор или излучатель располагается на определенном расстоянии от поверхности тела пациента.

- *Стабильная методика* - воздействие физическим фактором, при котором электрод, индуктор или излучатель находятся на определенном месте тела пациента неподвижно (при контактной методике) или оказывают воздействие на соответствующий участок тела (при дистанционной методике) в течение всей процедуры.

- *Лабильная методика* - воздействие физическим фактором, при котором электрод, индуктор или излучатель во время процедуры перемещают по определенной траектории по поверхности тела пациента контактно или дистанционно.

- *Продольная методика* - воздействие, при котором электроды, индукторы или излучатели во время всей процедуры расположены вдоль патологического очага, тела или конечностей пациента.

- *Поперечная методика* - во время всей процедуры электроды, индукторы или излучатели расположены поперек патологического очага, тела или конечностей пациента и направлены навстречу друг другу.

### **Общие принципы применения лечебных физических факторов**

Рациональное применение преформированных физических факторов предполагает дифференцированный выбор вида используемой энергии и конкретных методик проведения процедур. Существуют *общие принципы применения физических факторов* в лечебных и профилактических целях.

*Принцип индивидуального подхода* - применение физических факторов с учетом возраста, пола, конституциональных особенностей пациента, тяжести состояния, наличия сопутствующих

заболеваний, индивидуальных противопоказаний и степени тренировки адаптационно-компенсаторных механизмов.

*Принцип оптимального назначения физических факторов* - физический фактор, методика его применения и параметры должны максимально соответствовать характеру и фазе патологического процесса.

При наличии болевого синдрома необходимо его купирование в течение первых 2-3 процедур.

В острый и подострый периоды заболевания необходимо применять факторы, воздействующие преимущественно на этиологию и патогенез заболевания и симптоматическую терапию.

В восстановительном периоде заболевания необходимо применение факторов, направленных на замещение погибших участков тканей тка-

нью той же структуры (реституция) и грануляционной тканью (регенерация), а также применение факторов, обеспечивающих полное или частичное возмещение утраченных функций (компенсация), и физических факторов, оказывающих общетонизирующее действие и поддерживающих неспецифическую резистентность организма (иммунитет).

В острый период заболевания применяются низкоинтенсивные физические факторы непосредственно на патологический очаг; высокоинтенсивные факторы - на сегментарно-рефлексогенные зоны.

В подостром периоде и при хроническом течении заболевания увеличивается интенсивность факторов, применяемых местно на патологический очаг.

Отсутствие выраженного лечебного эффекта после первых процедур не является основанием для отмены данного фактора или замены его другим физическим фактором.

*Принцип курсового лечения* необходим для достижения наиболее выраженного лечебного эффекта и обеспечения длительного последствия курса физиотерапии.

*Продолжительное применение одного и того же физического фактора* приводит к привыканию организма (адаптации к фактору), что существенно снижает эффективность его лечебного действия.

С учетом длительного последствия лечебных физических факторов проведение повторных курсов лечения возможно только после уменьшения эффектов от предыдущего лечения. Суммация лечебных эффектов и последствие преформированных физических факторов составляют от 1 до 4 мес, а природных физических факторов - от 6 до 12 мес.

*Принцип комплексного лечения физическими факторами* основан на синергизме, потенцировании и получении новых лечебных эффектов при применении сочетанного (одновременное воздействие на патологический очаг несколькими физическими факторами) и комбинированного (последовательное применение различных физических факторов с различными временными интервалами или сменяющимися друг друга курсами) воздействия лечебными физическими факторами.

Физические методы лечения применяются на фоне базисной медикаментозной терапии; они являются дополнением к ней, но ни в коем случае не замещают медикаментозную терапию.

### **Совместимость различных физиотерапевтических процедур**

Для получения выраженного клинического эффекта необходимо следовать принципам рационального назначения физических методов

лечения. На амбулаторном этапе восстановительного лечения количество физиотерапевтических процедур ограничивают. *В один день не рекомендуется:*

- назначать 2 общие процедуры;
- последовательно использовать факторы-антагонисты, угнетающие и возбуждающие ЦНС;
- проводить разнонаправленные процедуры (например, тепловые и охлаждающие), особенно при подострых и хронических воспалительных процессах;
- назначать 2 процедуры на одну рефлексогенную или проекционную зону;
- использовать факторы, сходные по виду энергии, на одну зону;
- применять факторы, оказывающие выраженный нейростимулирующий эффект, на одно поле;
- сочетать различные физические факторы с акупунктурой. Внимание! Важное значение имеют последовательность назначения

*физических методов воздействия и соблюдение интервала между ними. Эффективность курса лечения не повышается при включении в него большого количества процедур: наиболее эффективно применение комплекса, состоящего из 1 процедуры общего действия и 2 процедур местного действия; местные процедуры назначают перед общими (для усиления местных реакций).*

#### 6.7. Противопоказания для назначения физиотерапии

В физиотерапии принято выделять общие противопоказания к назначению и противопоказания к частным методам физиотерапии.

*Общие противопоказания для назначения физиотерапии:* онкологические заболевания; все заболевания в стадии декомпенсации; системные заболевания крови; кровотечение и склонность к кровотечениям; высокая температура тела (>38 °С); выраженная интоксикация; тяжелое состояние больного; кахексия (выраженное истощение больного); выраженный атеросклероз сосудов головного мозга и периферических сосудов; декомпенсация сердечно-сосудистой системы, недостаточность кровообращения III степени; дыхательная недостаточность III степени; хроническая легочно-сердечная недостаточность III степени; гипертоническая болезнь III стадии; выраженные нарушения сердечного ритма и проводимости тяжелых градаций; туберкулез легких в активной стадии (назначение возможно только в специализированных медицинских учреждениях); эпилепсия с частыми эпилептическими статусами; выраженное психомоторное возбуждение; психические заболевания (назначение только в специализированных медицинских учреждениях); проведение диагностического поиска при отсутствии точного диагноза.

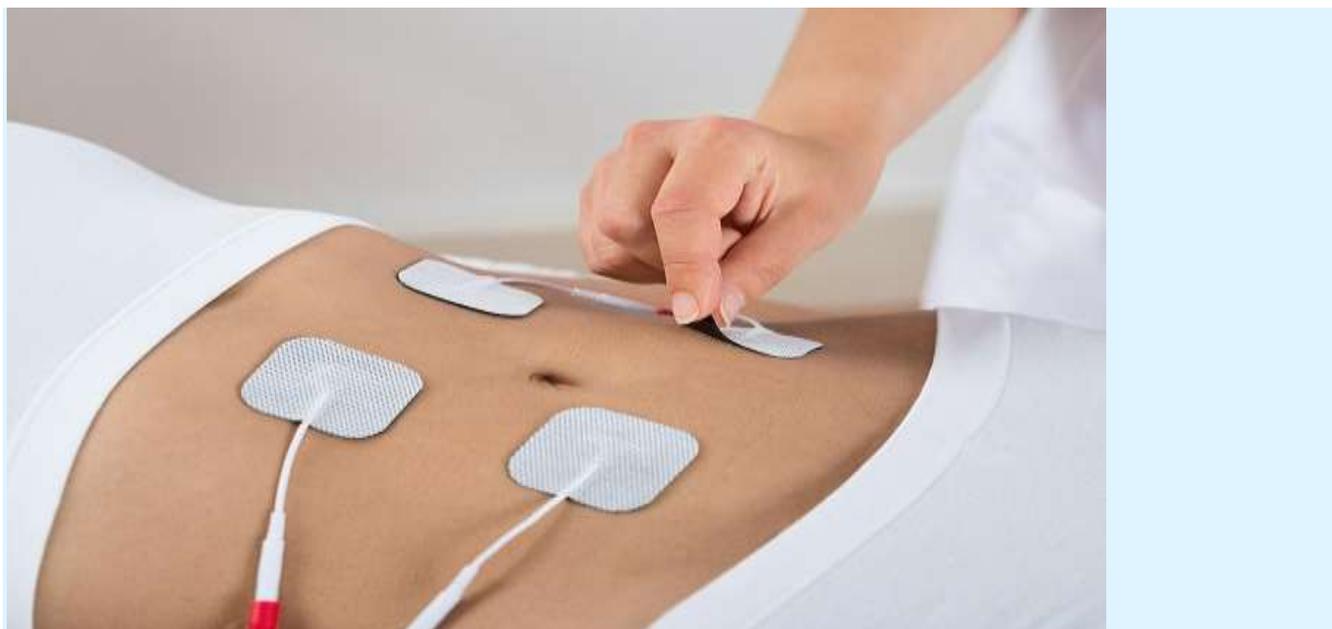
*Противопоказания к частным методам физиотерапии* зависят от особенностей механизма действия различных физических факторов, нозологии заболевания и тяжести состояния больного. При этом противопоказания к назначению *частных методов физиотерапии* в ряде случаев являются *абсолютными*: наличие металлических предметов в зоне воздействия; наличие искусственного водителя сердечного ритма (электрокардиостимулятора); индивидуальная непереносимость воздействия того или иного физического фактора.

В остальных случаях *противопоказания к назначению частных методов физиотерапии относительные* и необходимо соблюдать строго индивидуальный подход к пациенту.

**Внимание!** Физиотерапию не назначают в день проведения больным сложных диагностических обследований.

### **Физиотерапия**

Физиотерапия — это комплекс методов лечения, в которых используется влияние на организм естественных и искусственно созданных факторов — света, воды, электрического тока, магнитного поля, механического и температурного воздействия. Физиотерапевтические методы — электрофорез, магнитотерапия, УФО, диадинамотерапия, электромиостимуляция, воздушные, солнечные, лечебные и грязевые ванны — служат эффективным способом лечения хронических заболеваний и мерой профилактики. Процедуры безболезненны, не вызывают грубых нарушений и побочных реакций со стороны организма, а действуют за счет активизации собственных ресурсов организма в ответ на мягкое воздействие факторов среды.



### **Физиотерапевтические методы**

- [Ультрафонофорез](#)
- [Электронейростимуляция](#)
- [Электрофорез](#)

### **Показания к физиотерапии**

Физиотерапия применяется для лечения хронического воспаления, активизации иммунитета, улучшения осанки, нормализации работы кожи и внутренних органов. Электрофорез позволяет эффективно доставлять лекарственные препараты совместно со стимуляцией электрическим током. Физиотерапевтические процедуры незаменимы для профилактики заболеваний.

#### **Противопоказания**

Не рекомендуется проводить физиотерапевтические процедуры при остром воспалении — они показаны после, в фазе восстановления или при хронизации процесса. Высокая температура и интоксикация также служат противопоказанием для процедур. Воздействие приборов и средств для физиотерапии допустимо только на неповрежденной коже, за исключением лучевых методов лечения — УФО и лазеротерапии, применяемых и для лечения ран. Недопустимо влияние электрического и магнитного поля на пациентов с кардиостимулятором и ферромагнитными имплантатами.

#### **Эффект от процедур**

Физиотерапевтические процедуры улучшают самочувствие, способствуют регенерации тканей и улучшению их функции, активизируют защитные силы организма.

#### **Побочные эффекты, осложнения**

При правильном проведении процедур осложнений нет. Возможны аллергические реакции на препараты, если они используются.

#### **Курс физиотерапии**

Стандартный курс — десять физиотерапевтических процедур, однако врач может рекомендовать большее или меньшее количество сеансов в зависимости от показаний и реакции пациента на проводимое лечение.

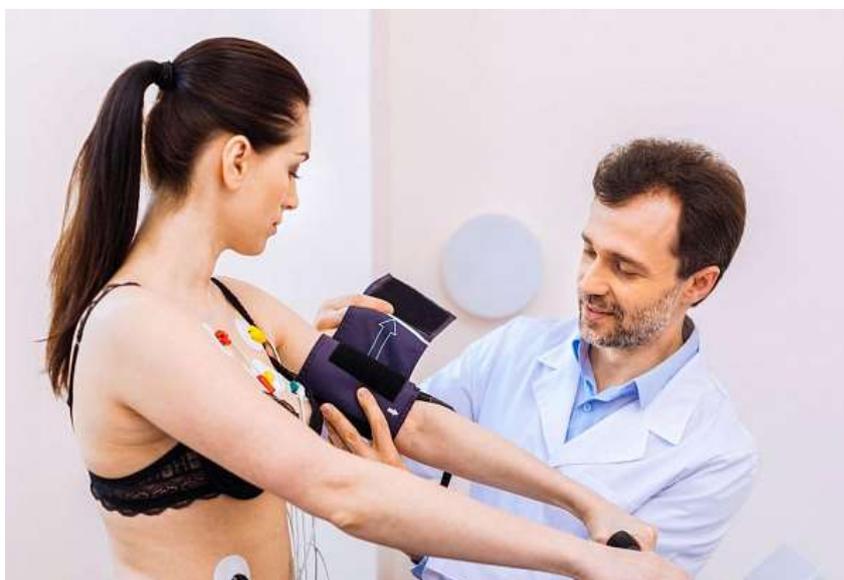
### **Специалисты по физиотерапии**

В клинике ЦМРТ работают опытные физиотерапевты с большим стажем работы, выполняющие лечение на современном оборудовании.

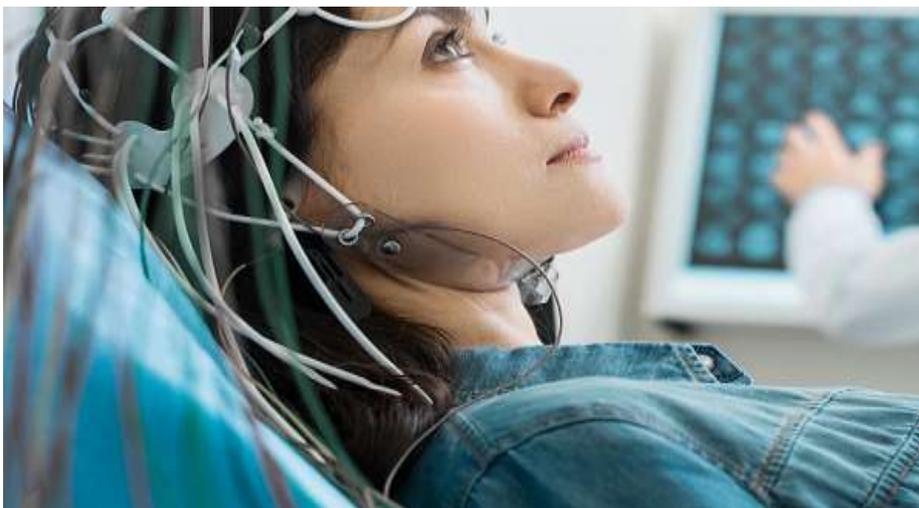
Мы описываем современные высокоточные способы, безопасные для организма.



### **МРТ (магнитно-резонансная томография)**



### **Чек-ап (комплексное обследование организма)**



### Компьютерная электроэнцефалография

#### Тема № 15 Современные методы профилактики заболеваний пародонта. Технологическая карта практического занятия

<i>Время:</i> 310.5 минут	<i>Количество студентов:</i> 8-12
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1.Введение 2.Теоритическая часть. 3.Аналитическая часть: - Органайзеры -Тесты 4.Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о строении и функции ткани пародонта, о заболеваниях происходящих в пародонте; ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.

<b>Студент должен знать</b>	-правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об анатомическом, гистологическом строение периодонта; - о функциях периодонта
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с периодонтитами (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследования: термометрия, ЭОД, чтение Rn-снимок).
<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о строении периодонта; -изложить о функциях периодонта; -объяснить этиологию воспалительных процессов в периодонте; - ознакоми́ть студентов с классификацией периодонтитов	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о строении периодонта; - излагают о функциях периодонта; -объясняют этиологию воспалительных процессов в периодонте; - называют и дают краткую характеристику классификацию периодонтитов  -комментируют и излагают классификацию периодонтитов;
<i>Методы обучения</i>	Лекция, демонстрация, мозговой штурм, пинборд
<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой работы.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный опрос, письменный опрос

### Технологическая карта учебного занятия

Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	студентов
1 этап. Введение в учебное занятие 10 минут	1.1.Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме:периодонт, клетки Малассе, рыхлая и коллагеновая ткань,острые и хронические периодонтиты. Знакомит с планом, особенностями учебного занятия.	Слушают, записывают
10 минут 20 минут	1.2.Называет список литературы (примечание №8) 1.3.Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре	Слушают, записывают  уточняют, задают вопросы, слушают

5 минут	практического занятия. 1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5).	
5 минут	Перемена	
2-этап Основная часть 40 минут	2.1. Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) и контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы. Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просит записывать в тетрадь о текущих информациях	Отвечают Конспектируют. Слушают, Переписывают схемы и таблицы. Задают вопросы и отвечают, презентуют результаты групповой работы
5 минут	Перемена	
15 минут	2.3. Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2)	Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.
20 минут	Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3).	
25 минут	Перемена	Обсуждают тестовые задачи и выполняют
5 минут	2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее (коллективно/индивидуально) полученную информацию. Обобщает воспроизведенные знания ( примечание №3).	Выполняют мануальные навыки
45 минут	Перемена	Систематизируют информацию, выделяют главное, обмениваются мнениями
45 минут	2.4. Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3).	
45 минут	Перемена	
5 минут	2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4)	
45 минут	Перемена	
15 минут	2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение	
20 минут		
3 этап. Заключительно результатирую щих 20.5 минут	3.1. Делает заключение по теме в целом. 3.2. Предлагает группам сообщить итоги взаимооценки. Комментирует результаты (Примечание №5). 3.3. Дает задание для самостоятельной работы (Примечание №7).	Группы сообщают итоги взаимооценки. Записывают задание для самостоятельной работы.

## Тесты

Что является основным методом вторичной профилактики:

плановая санация\$

профилактика общих заболеваний\$

внеплановой санация\$

определение пробы\$

все ответы верны#

На чем основана ультразвуковым метод удаления зубных отложений:

\$

на явление кавитации\$

на воздействию постоянного магнитного поля\$

на применение низких температур\$

на применение высоких температур#

Какая форма гингивита характерна для школьников которые не чистят зубы:

\$

язвенный\$

гипертрофический\$

катаральный гингивит легкой форме\$

гипертрофический гингивит#

При коротких уздечках и мелком прикусе рта возникает гингивит:

\$

катаральный\$

атрофический\$

язвенный\$

гипертрофический#

какая форма гингивита чаще возникает у детей 12-14 лет при глубоком прикусе:

\$

гипертрофически\$

атрофическим\$

язвенный\$

дискваматозный\$

гангренозный#

Какой гингивит развивается у детей 8-12 лет при скученности зубов и недоразвитии челюстей:

\$

катаральный\$

гипертрофический\$

язвенный\$

атрофический\$

гангренозный#

Для язвенного гингивита характерна:

\$

некроз\$

некроз и изъязвление\$

атрофия\$

пролиферация эпителия\$

некроз и атрофия#

Значительные достижения при изучении местных и эндогенных факторов в этиологии и патогенезе заболеваний пародонта, разработка новых методов их лечения и профилактики создали предпосылки для организации квалифицированной помощи больным с различными видами патологии пародонта.

Для осуществления комплексного лечения пациентов с болезнями пародонта требуется участие стоматологов всех профилей (терапевт, хирург, ортопед, детский стоматолог) и врачей других специальностей. Хроническое течение болезней пародонта, их тенденция к обострениям диктуют необходимость длительного активного (диспансерного) наблюдения как наилучшего варианта лечебно-профилактической помощи для этой группы больных.

Существуют три организационных формы специализированной пародонтологической помощи:

А выделение врача для оказания помощи лицам с заболеваниями пародонта на обычном стоматологическом приеме;

А создание специализированного кабинета;

А организация специализированного пародонтологического отделения.

Пародонтологическое отделение целесообразно создавать в крупном стоматологическом учреждении (районная, го-

родская, областная, краевая, республиканская поликлиника), имеющем площади для размещения отделения, обладающего штатными и финансовыми возможностями. В состав отделения должны входить следующие кабинеты:

▲ лечебный для обследования, активного наблюдения и лечения больных с заболеваниями пародонта;

А хирургический для оперативного вмешательства на пародонте; А ортопедический с зуботехнической лабораторией;

▲ процедурный;

▲ физиотерапевтический; А рентгенологический;

А клиническая лаборатория;

А кабинет гигиены полости рта.

Наиболее приемлема в настоящее время форма организации пародонтологического кабинета при стоматологической поликлинике. Такой кабинет должен быть оснащен следующим оборудованием: стоматологической установкой, ультразвуковым аппаратом для удаления зубных отложений, набором инструментов для удаления зубных отложений и хирургического лечения (ножницы, скальпели, кюретки, экскаваторы), вакуум-аппаратом, набором красителей для индикации зубного налета и состояния десны (раствор Шиллера—Писарева), стеклами для забора материала на цитологическое и бактериоскопическое исследование.

Врачи-пародонтологи, которые работают в специализированных отделениях и кабинетах по оказанию помощи больным с болезнями пародонта, имеют следующие обязанности:

А оказание квалифицированной специализированной помощи больным;

А консультативная помощь врачам-терапевтам в выборе методов и средств лечения пациентов с болезнями пародонта;

А организация активного наблюдения больных в условиях пародонтологического кабинета;

А внедрение в практику достижений науки в вопросах профилактики и лечения болезней пародонта. Учитывая переносимые требования, все врачи, которым предстоит работать в пародонтологическом кабинете (отделении), должны пройти либо специализацию на рабочем месте, либо усовершенствование по данному разделу специальности на факультетах усовершенствования врачей.

Организация приема больных с заболеваниями пародонта имеет некоторые особенности. Запись к пародонтологу производится непосредственно после осмотра дежурным (смотровым) врачом или по направлению стоматолога терапевтического профиля после лечения и удаления зубов. При тяжелом патологическом процессе в пародонте и значительных кариозных разрушениях зубов больного лечат одновременно пародонтолог и стоматолог-терапевт, что позволяет сократить сроки лечения.

Хирургическую помощь может оказывать либо пародонтолог по принципу выделения фиксированных операционных дней, либо специально подготовленный хирург, владеющий всеми видами оперативных вмешательств на пародонте.

Ортопед, привлеченный к работе с пациентами с заболеваниями пародонта, должен не только владеть методами восстановительного протезирования, но и уметь нормализовать окклюзию и артикуляцию, устранять парафункции и травматические ситуации. При разборке сложных клинических случаев организуется консилиум с одновременным привлечением стоматологов терапевтического, хирургического и ортопедического профиля, при необходимости приглашают физиотерапевта и рентгенолога.

Много времени пародонтолог уделяет осмотру первичных и находящихся под активным наблюдением больных. Врач проводит подробное обследование больного с определением пародонтальных индексов (РМА, РІ), индексов гигиены, пародонтологического статуса (глубина карманов, степень подвижности зубов и т.д.), направляет больного на консультацию к терапевту и другим специалистам (клинический анализ крови, анализ крови на содержание глюкозы и др.), рентгенологическое исследование челюстей. После обследования больного врач ставит окончательный диагноз и намечает план лечения. В это же посещение в определенном объеме проводят лечебные манипуляции (удаление зубных отложений, антисептическая обработка полости рта, обучение гигиеническим навыкам и контролю за правильной чисткой зубов, избирательное шлифование зубов и др.). Все полученные данные должны быть отражены в истории болезни и диспансерной карте пациента.

Затраты времени врача-пародонтолога при проведении терапевтического лечения заболеваний составляют приблизительно 40 мин на одно первичное посещение, а на каждое повторное — около 25 мин. Таким образом, за рабочий день, продолжительностью 6,3 ч, или 380 мин, врач может принять 14 пациентов (2 первичных и 12 повторных).

При условии выполнения хирургических вмешательств врач-пародонтолог может в течение 6 1/2 ч принять 10 больных, из них одного первичного. За это время может сделать 2—3 лоскутные операции, 3—4 открытых кюретажа или других вмешательств (разрез, удаление зуба и др.).

Весьма важным при организации специализированной пародонтологической помощи является комплексный подход к обследованию и лечению больных. Принцип комплексности лечения включает ряд воздействий местного и общего характера: коррекцию окклюзионных и артикуляционных дефектов, восстановление функции зубочелюстной системы, устранение пародонтальных карманов и костных дефектов хирургическим путем, использование средств патогенетического лечения и физиотерапии.

При излечении больных гингивитом, легким пародонтитом и достижении ремиссии при среднем и тяжелом пародонтите они передаются от врача-пародонтолога участковому врачу для дальнейшего активного наблюдения (диспансеризации) два раза в год. Под активным наблюдением врача-пародонтолога должно быть около 40 больных, участкового врача — 100—150 больных.

Выделяют два этапа в организации активного наблюдения больных: первый — отбор для активного наблюдения; второй — проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий. Под патронаж берут определенные группы больных:

В первую группу входят лица в возрасте моложе 20 лет с наличием факторов риска. Ко второй группе относятся больные гингивитом, пародонтитом и пародонтозом в легкой форме независимо от возраста. Третья группа — больные с выраженными деструктивными изменениями пародонта (пародонтит и пародонтоз средней тяжести). Состав этой группы желательно ограничить больными в возрасте до 50 лет. Четвертую группу составляют больные пародонтолизом, тяжелой ф°Рм°й пародонтита и пародонтоза в возрасте моложе 30 лет. В пятую группу входят больные с тяжелой формой генерализованного пародонтита. Их следует брать на краткосрочное активное наблюдение (от 6 мес до 1 года), целью которого является контроль комплексного лечения.

На втором этапе активного наблюдения выделяют две группы больных: получающих активное лечение и находящихся под наблюдением.

Результаты активного наблюдения больных оценивают спустя 2—3 года от начала ее проведения. Анализ работы проводится с учетом количественных и качественных показателей.

К количественным показателям эффективности активного наблюдения больных относятся:

А удельный вес вновь взятых на учет;

А количество снятых с учета в течение года;

А средняя кратность активных наблюдений, приходящаяся на одного больного в год;

А удельный вес больных, не явившихся для контрольного осмотра.

Качественными показателями эффективности активного наблюдения являются:

А длительность ремиссий;

А процент больных с клинико-рентгенологической стабилизацией патологического процесса в пародонте.

Правильно организованная работа по активному наблюдению больных с заболеваниями пародонта позволяет добиться значительного успеха в лечении и профилактике этой патологии, обеспечить функциональную полноценность зубочелюстной системы, нормальное физиологическое состояние полости рта, устранить очаги хронической инфекции.

### Интерактивный метод

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении

#### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение.

			Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворительно «3»	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

**Тема № 16 Идиопатические заболевания пародонта. Клиника, диф.  
Диагностика и лечение.**

**Технологическая карта практического занятия**

<i>Время:</i> 310.5 минут	<i>Количество студентов:</i> 8-12
<i>Форма и тип учебного занятия</i>	Вводная учебная занятия
<i>Структура учебного занятия</i>	1. Введение 2. Теоритическая часть. 3. Аналитическая часть: - Органайзеры - Тесты 4. Практическая часть
<i>Цель учебного занятия:</i>	ознакомить студентов о строении и функции ткани пародонта, о заболеваниях происходящих в пародонте; ознакомить студентов правильному оформлению развернутой истории болезни.
<b>Студент должен знать</b>	- правильно оформлять истории болезни как развернутые, так и амбулаторные; - представление об анатомическом, гистологическом строении пародонта; - о функциях пародонта
<b>Студент должен уметь:</b>	Выполнит практические навыки – обследование стоматологического больного с пародонтитами (заполнить амбулаторную карту 043У: провести опрос больного, клинические методы обследования: зондирование, перкуссия, пальпация; дополнительные методы обследования: термометрия, ЭОД, чтение Rn- снимок).
<i>Педагогические задачи:</i> - дать понятие о строении пародонта; - изложить о функциях пародонта; - объяснить этиологию воспалительных процессов в пародонте; - ознакомить студентов с классификацией пародонтитов	<i>Результаты учебной деятельности:</i> - дают определение и подробную характеристику о строении пародонта; - излагают о функциях пародонта; - объясняют этиологию воспалительных процессов в пародонте; - называют и дают краткую характеристику классификацию пародонтитов  - комментируют и излагают классификацию пародонтитов;
<i>Методы обучения</i>	Лекция, демонстрация, мозговой штурм, пинборд
<i>Формы организации учебной деятельности</i>	Фронтальная, коллективная работа в группах, индивидуальная
<i>Средства обучения</i>	Тексты лекции, компьютер, график, диаграммы, схемы, история болезни
<i>Условия обучения</i>	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для организации групповой работы.

### Технологическая карта учебного занятия

Схема и правила заполнения истории болезни. Строение и функции периодонтита

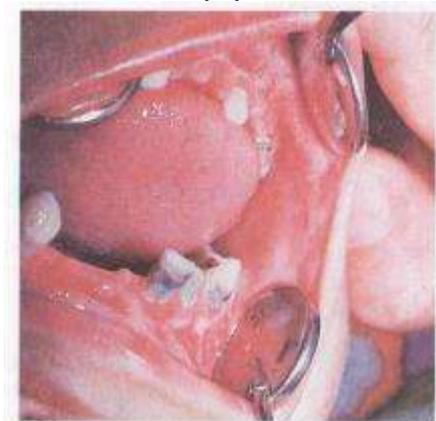
Этапы работы, время	Содержание деятельности	
	Преподавателя	студентов
<p>1 этап.</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10 минут</p> <p>10 минут</p> <p>20 минут</p> <p>5 минут</p> <p>5 минут</p>	<p>1.1.Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. Ключевые понятие по теме:периодонт, клетки Малассе, рыхлая и коллагеновая ткань,острые и хронические периодонтиты. Знакомит с планом, особенностями учебного занятия.</p> <p>1.2.Называет список литературы (примечание №8)</p> <p>1.3.Проводит актуализацию знаний посредством мозгового штурма. Последовательно описываются действия по организации образовательного процесса согласно структуре практического занятия.</p> <p>1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии (Приложение № 5).</p> <p>Перемена</p>	<p>Слушают, записывают</p> <p>Слушают, записывают</p> <p>уточняют, задают вопросы, слушают</p>
<p>2-этап</p> <p>Основная часть</p> <p>40 минут</p> <p>5 минут</p> <p>15 минут</p> <p>20 минут</p> <p>25 минут</p> <p>5 минут</p> <p>45 минут</p>	<p>2.1.Демонстрация слайдов в системе Power point (Примечание №2) ва контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы. Делает заключение по теме, концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности, и просить записывать в тетрадь о текущих информациях</p> <p>Перемена</p> <p>2.3. Со студентами контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Пинборд). Излагает схему истории болезни (Примечание №2.2)</p> <p>Организует коллективное обсуждение рабочей игры «Черная лошадка». Контролирует правильность изложения вопроса, уточняет, вносит коррективы (Примечание №2.3 ).</p> <p>Перемена</p> <p>2.3. Организует обсуждение структуры концептуальной таблицы и кластера, предлагает нарисовать таблицу и внести в нее (коллективно/индивидуально) полученную информацию.Обобщает воспроизведенные знания</p>	<p>Отвечают</p> <p>Конспектируют.</p> <p>Слушают, Переписывают схемы и таблицы. Задают вопросы и отвечают, презентуют результаты групповой работы</p> <p>Обсуждение основных понятий, записывают в тетрадь.</p> <p>Обсуждают тестовые задачи и выполняют</p> <p>Выполняют мануальные навыки</p> <p>Систематизируют информацию, выделяют главное,</p>

45 минут	( примечание №3). Перемена	обмениваются мнениями
45 минут	2.4.Раздает тесты и ситуационные задачи для самостоятельного выполнения (примечание № 3.3).	
5 минут	Перемена	
45 минут	2.5. Организует выполнение мануальных навыков (примечание № 4)	
15 минут 20 минут	Перемена 2.6. Организует презентацию группой экспертов отобранных идей решения проблемы и их обсуждение	
3 этап. Заключительно результатирую щий 20.5 минут	3.1. Делает заключение по теме в целом. 3.2. Предлагает группам сообщить итоги взаимооценки. Комментирует результаты (Примечание №5). 3.3. Даёт задание для самостоятельной работы(Примечание №7).	Группы сообщают итоги взаимооценки. Записывают задание для самостоятельной работы.

### **Идиопатические заболевания пародонта**

Течение и развитие таких болезней не укладываются в описанные клинические формы различных заболеваний пародонта. Прогноз их также различен. Общим для идиопатических заболеваний является локализация процесса. Они встречаются редко и поэтому изучены недостаточно.

В группу идиопатических заболеваний относят симптомы и синдромы других общих заболеваний, преимущественно детского и молодого возраста: болезни крови, сахарный диабет, эозинофильную гранулему, синдромы Хенда-Шюллера-Крисчена, Папийона-Лефевра, Ослера, болезни Литтерера-Зиве, Иценко-Кушинга, гистиоцитоз Х.



**Пародонтальный синдром при болезни Иценко-Кушинга** характеризуется множественным поражением желез внутренней секреции с первичным поражением гипофизарного аппарата и вовлечением в процесс половых желез, надпочечников и поджелудочной железы.

У больных наблюдаются ожирение, кровоизлияния на кожных покровах, нарушение функции половых желез, диабет, психические расстройства и др. Обнаруживаются резкая гиперемия, отечность десен и кровоизлияния в них; подвижность и смещение зубов, разрастание межзубных сосочков, пародонтальные карманы с гнойным отделяемым.

На рентгенограммах челюстей выявляются очаги остеопороза губчатого вещества и деструкция альвеолярного отростка. Процесс не обязательно начинается с вершин межальвеолярных перегородок. Он может локализоваться в основании или теле нижней челюсти, альвеолярной части ее. Остеопороз можно выявить и в других костях скелета человека (рис. 136, 137).



**Пародонтальный синдром при геморрагическом ангиоматозе (синдром Ослера)** - семейное наследственное заболевание мелких сосудов (венул и капилляров), проявляющееся геморрагиями. Этиология его изучена недостаточно. Клинические проявления характеризуются частыми профузными кровотечениями, не связанными с внешними причинами (носовые, внутренних органов, слизистой оболочки рта и др.). Заболевание может быть обнаружено в любом возрасте, но наиболее отчетливо проявляется в возрасте 40-50 лет, нередко на фоне гипохромной анемии.

Протекает в виде катарального гингивита. Слизистая оболочка рта резко отечна, легко кровоточит, на ней множество телеангиэктазий пурпурно-фиолетового цвета, кровоточащих при незначительном механическом воздействии.

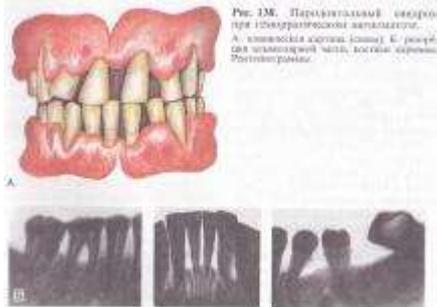


Рис. 138. Пародонтальный синдром при геморрагическом ангиоматозе.  
А - клиническая картина (синдром Ослера); Б - рентгенограммы альвеолярной части, кости челюсти.

В зависимости от давности заболевания при клинико-рентгенологическом обследовании тканей пародонта выявляется симптомо-комплекс, напоминающий тяжелую степень пародонтоза, осложненного воспалительным процессом с генерализованной деструкцией костной ткани альвеолярного отростка.

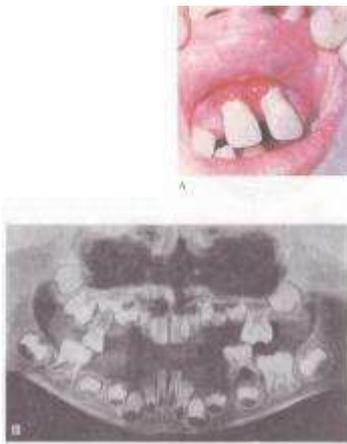
Аналогичные изменения в полости рта и тканях пародонта отмечаются при синдроме Чедиака-Хигаси. При диагностике необходимо дифференцировать клинические признаки общих заболеваний и прежде всего отсутствие ангиэктазий (рис. 138).

**Пародонтальный синдром при гистиоцитозе X** объединяет различные проявления гистиоцитозов: эозинофильную гранулему (болезнь Таратынова), болезнь Хенда-Крисчена-Шюллера, Литтерера-Зиве.

Выделены четыре основные клинические формы заболевания:

- 1) поражение одной из костей скелета;
- 2) генерализованное поражение костной системы;
- 3) генерализованное поражение костной и лимфатической систем;
- 4) генерализованное поражение костной и лимфатической систем в сочетании с висцеральными проявлениями.

Первой формой гистиоцитоза X является эозинофильная гранулема-локализованный ретикулогистиоцитоз, сопровождающийся деструктивными изменениями в одной из костей скелета. Патологический процесс развивается хронически, прогноз благоприятный.



В полости рта (чаще в области премоляров и моляров) появляются отечность и цианоз десневых сосочков, которые вскоре гипертрофируются, зубы расшатываются, изменяют положение. Быстро развиваются абсцедирование, отек мягких тканей, иногда изъязвления, как при язвенном стоматите. Появляются глубокие костные пародонтальные карманы, из которых выделяется гной, неприятный запах изо рта. На рентгенограммах в альвеолярном отростке выявляется вертикальный характер деструкции костной ткани с наличием овальных или круглых кистозных дефектов с четкими контурами (рис. 139).

Удаление зубов не купирует патологического процесса. Кроме челюстей, могут поражаться и другие кости, например черепа, при этом появляются упорные головные боли.

При гистологическом исследовании выявляются поля ретикулярных клеток, среди которых большое количество эозинофилов.

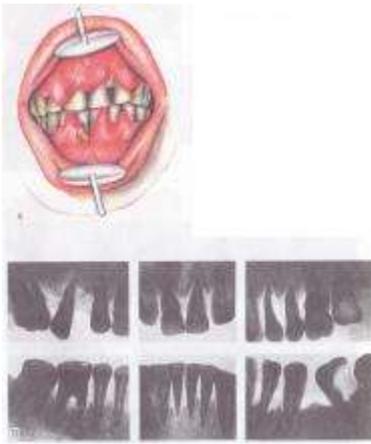
В периферической крови - увеличенное количество эозинофилов, ускоренная СОЭ.

При 2-й и 3-й формах заболевание развивается медленно, с периодами ремиссии. Клиническая картина гингивита предшествует выраженным общим симптомам болезни, что помогает более ранней диагностике и эффективному лечению.

Наиболее характерны для пародонтального синдрома язвенный гингивит, гнилостный запах изо рта, обнажение корней и подвижность зубов, глубокие пародонтальные карманы, заполненные грануляциями. На рентгенограммах - лакунарный тип деструкции в различных участках альвеолярного отростка (части), тела челюстей, ветвей и др. (см. рис. 139). Отмечается также генерализованное поражение других костей скелета.

При 4-й форме заболевания быстро нарастает не только генерализованное поражение костной, лимфатической систем и многих внутренних органов, но и пародонтальный синдром.

**Болезнь Хенда-Крисчена-Шюллера является ретикулоксантоматозом.** В основе его лежит нарушение липидного обмена (расстройство ретикулоэндотелиальной системы). Классическими признаками заболевания считают также деструкцию костной ткани челюстей, черепа и других отделов скелета (характерные признаки гистиоцитоза X), несхарный диабет, экзофтальм. Болезнь сопровождается увеличением селезенки и печени, нарушением деятельности нервной, сердечно-сосудистой систем и др.; протекает с периодическими обострениями. В полости рта нарастают язвенно-некротический стоматит и гингивит тяжелой степени, пародонтит с глубокими пародонтальными карманами и гнойным отделяемым, обнажением корней, пришеечная область которых может быть покрыта оранжевым мягким налетом (пигмент разрушенных ксантомных клеток) (рис. 140).



Близка к описанному клиническая картина болезни Литтерера-Зиве. Это системное заболевание, относящееся к ретикулезу или острому ксантоматозу, с образованием во внутренних органах, костях, на коже и слизистой оболочке очагов разрастания ретикулярных клеток. Нередко встречается в детском возрасте (до 2 лет), что облегчает дифференциальную диагностику.



Рис. 141. Пародонтальный синдром при сахарном диабете. Изменение положения зубов.

**Пародонтальный синдром при сахарном диабете у детей** отличается характерным набухшим ярко окрашенным, с цианотичным оттенком, десквамированным десневым краем, легко кровоточащим при прикосновении, пародонтальными карманами с обилием гнойно-кровянистого содержимого и сочных грануляций наподобие ягод малины, выбухающими за пределы кармана, значительной подвижностью и смещением зубов по вертикальной оси. Зубы покрыты обильным мягким налетом, имеются над- и поддесневые камни (рис. 141, 142).



Рис. 142. Пародонтальный синдром при сахарном диабете. Разрастание грануляций («ягоды малины»).

Отличительной особенностью рентгенологических изменений челюстей является воронко- и кратероподобный тип деструкции костной ткани альвеолярного отростка, не распространяющейся на тело челюсти (рис. 143).



Рис. 143. Вертикальные разрезы альвеолярной кости с образованными кистами в области БЛПГ при сахарном диабете. Ортопантомограмма.

Многие эндокринологи и терапевты патологию тканей пародонта рассматривают как ранний диагностический признак развития сахарного диабета у детей.

**Синдром Папийона-Лефевра** - врожденное заболевание, которое относят также и к кератодермии. Изменения в пародонте характеризуются резко выраженным прогрессирующим деструктивно-дистрофическим процессом. Они сочетаются с резко выраженным гиперкератозом, образованием трещин на ладонях, стопах и предплечьях (рис. 144).



Рис. 144. Синдром Папийона-Лефевра. Кератодермия стопы.

Болезни подвержены дети в раннем возрасте. Десна вокруг молочных зубов отечна, гиперемирована, отмечаются глубокие пародонтальные карманы с серозно-гнойным экссудатом. В костной ткани значительные деструктивные изменения с образованием кист, воронкообразное рассасывание кости, что приводит к выпадению молочных, а затем и постоянных зубов. Деструкция и лизис альвеолярного отростка (альвеолярной части) продолжают и после выпадения зубов вплоть до окончательного рассасывания кости (рис. 145).

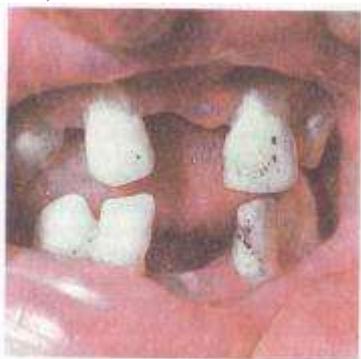


Рис. 145. Синдром Папийона-Лефевра. Генерализованный пародонтит.

### Идиопатические заболевания пародонта

Стоматологические болезни могут иметь разные причины, однако каждая из них требует обязательного лечения, ведь отсутствие своевременной помощи чревато осложнениями вплоть до потери зубов. Одной из наиболее опасных являются **идиопатические заболевания пародонта**. Оно характеризуется лизисом, или расщеплением мягких тканей, сопровождается быстрым прогрессированием и выявляется чаще у детей.

Согласно классификации, существует несколько форм идиопатического заболевания пародонта. Дифференциальная диагностика необходима для того, чтобы отличить патологию от пародонтита из-за схожих проявлений. Лечение симптоматическое.

Идиопатические заболевания тканей пародонта развиваются по неустановленным причинам. Считается, что они возникают преимущественно на фоне хронических патологий в организме. Процесс лизиса происходит в основном в области альвеолярной кости, реже распространяется на другие части скелета.

Идиопатические заболевания тканей пародонта характерны для детей раннего возраста, реже наблюдаются у подростков и в период юношества. Они сопровождаются быстрым прогрессированием и ведут к потере зубов. Знать, что такое идиопатические заболевания важно каждому родителю. Это поможет выявить патологические изменения на ранних этапах и своевременно обратиться к врачу.

Клиническая картина патологии схожа с классическим пародонтитом. Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта удается заподозрить по формированию карманов между зубами и деснами. В них скапливается серозно-гнойное вещество, мягкие ткани становятся воспаленными, рыхлыми.

**Также идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта сопровождаются следующими симптомами:**

- расшатывание зубов
- повышенная чувствительность десен, кровоточивость
- неприятный запах изо рта
- боль при жевании, дискомфорт в области десен
- отечность тканей пародонта

Клиническая картина развивается быстро. Отсутствие лечения приводит к адентии.

В зависимости от клинических проявлений выделяют несколько синдромов, сопровождающих идиопатические заболевания пародонта.

**Классификация недуга включает такие его формы:**

- эозинофильная гранулема
- пародонтомы — фиброматозные изменения в тканях десен, кисты, эпюлис, опухоли пародонта
- болезнь Леттера-Зиве
- десмодонтоз
- гистиоцитоз
- болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена
- синдром Папийона-Лефевра

В зависимости от интенсивности клинической картины выделяют продромальную и выраженную стадию болезни.

## Дифференциальная диагностика идиопатических заболеваний пародонта



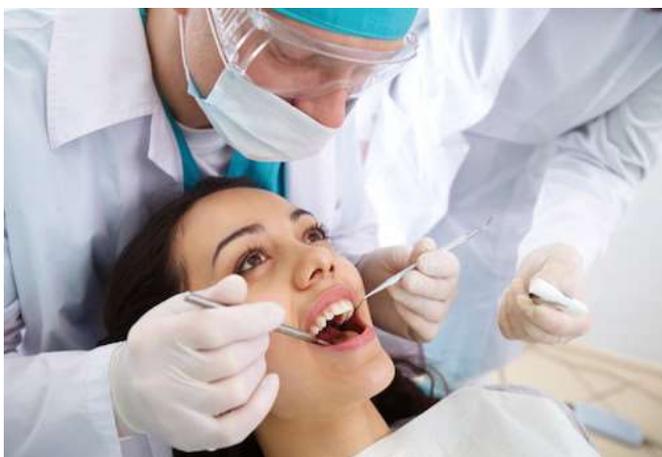
При возникновении патологических изменений в зубочелюстной системе важно правильно идентифицировать недуг для этого используется дифференциальная диагностика. От нее зависит дальнейшая тактика и эффективность назначенного лечения. Дифференциальная диагностика идиопатических заболеваний пародонта прежде всего подразумевает их отличие от пародонтита. При обычном воспалении мягких тканей редко наблюдаются такие осложнения как отит, гепатит и пневмония.

**Также дифференциальная диагностика идиопатических заболеваний пародонта подразумевает присутствие следующих признаков:**

- вовлечение в процесс лизиса альвеолярного отростка
- присутствие гнойных карманов в зубодесневом пространстве
- ярко выраженный гингивит, не поддающийся лечению
- чрезмерное пошатывание зубов и их выпадение

При проведении лабораторного исследования в крови удастся обнаружить лейкоцитопению, повышение показателей эозинофильных гранулоцитов и моноцитов, снижение количества нейтрофильных гранулоцитов.

При выполнении рентгенограммы наблюдается диффузное расширение и резорбция кости в местах локализации моляров и резцов. При проведении исследовании биоптата во время дифференциальной диагностики структурные изменения обнаружить не удастся. При этом характерна инфильтрация мягких тканей, гиалиновый склероз и уплотнение коллагеновых волокон.



Терапевтическая тактика определяется индивидуально для каждого пациента в зависимости от стадии патологии. Если диагностируются идиопатические заболевания пародонта, лечение в основном является симптоматическим.

#### **Больным назначают:**

- выскабливание гнойных карманов и их санацию
- удаление видоизмененных тканей, при необходимости — депульпацию
- препараты, ускоряющие обновление тканей и заживление повреждений

Параллельно при идиопатических заболеваниях пародонта лечение подразумевает устранение сопутствующих патологий ротовой полости. В целом прогноз неблагоприятный. При быстром прогрессировании недуга достичь выздоровления удастся только путем хирургического вмешательства.

Проводится удаление патологических очагов и всех зубов с последующим протезированием. Если есть подозрение на идиопатические заболевания пародонта, лечение откладывать нельзя. Своевременная терапия позволяет сохранить зубы и восстановить здоровье тканей ротовой полости.

#### **Вопросы по теме**

- 1) Что такое пародонтолиз?
- 2) Какие идиопатические заболевания пародонта вы знаете?
- 3) Клиническое течение болезни Хенда Шюллера-Кристчена.
- 4) Клиническое течение гистиоцитозе.
- 5) Синдром Папийона – Лефевра.
- 6) Расскажите клинику фиброматоза дёсен.

#### **Тест**

Выпадение молочных резцов хар-но при заб-нии:

пародонтоз\$

катарал гингивит\$

пародонтолиз.\$

локализованный пародонтит\$

периодонтиты#

Для пародонтолиза хар-ны след R- данные: \$

не выявляется на R грамме\$

незначительные только в обл выраж-го воспаления тканей десны\$

нечеткость вершин перегородок\$

незначительное понижение высоты, межальвеоляр перегородки\$

значител.убыл.кост.тканей межзубных перегородках с лизисом

кортикальной пластинки#

Ведущий процесс при парадонтолизе: \$

лизис.костной ткани\$

воспаление тканей пародонта\$

уменьш-е кол-ва плазмочитов\$

наруш-е эпителизации\$

гиперестезия зубов#

Основные лабораторные методы исследования подтверждающие заболева

ие парадонтолиз:

\$

витальная микроскопия \$

полиграфия\$

реополиграфия\$

R-исслед-е биопсия.десны\$  
 гигиенич. индексы пол рта#  
 Гистологич. исследование при парадонтолизе выявляет :  
 \$  
 измен-ия.в соединительно - тканной основе десны\$  
 наруш-ие целостности связоч.аппарата\$  
 наличие плазмоцитов\$  
 лимфоцитоз\$  
 эритропения#  
 Наличие глуб.парадонтал-х карманов обусловлено:  
 \$  
 Подвижностью зубов\$  
 лизисом кост.ткани с последующим выпадением зубов\$  
 атрофией.кост лунки зуба\$  
 наруш-ем связоч аппарата\$  
 повыш-ем тонуса напряжения сосудов#  
 Классификация распространенности парадонтолиза:  
 \$  
 локализованный\$  
 локализ-ый и генерализовый\$  
 у всех зубов с характерной ранней потерей молочных зубов\$  
 генерализованный\$  
 только у передних резцов#  
 Возраст у детей при котором выявляются клинические признаки  
 парадонтолиза:  
 \$  
 4-5 лет\$  
 1\2 года\$  
 7-9 лет\$  
 6 месяц\$  
 11-12 лет#  
 R-данные при гистиоцитозе:  
 \$  
 деструкция костной ткани альвеолярного отростка челюстей\$  
 дефекты кости с нечеткими краями\$  
 пораж-не межальвеоляр. перегородок\$  
 не выяв-ся\$  
 расширение периодонтальной щели#  
 Назовите идиопатические заболевание парадонта:  
 \$  
 гингивит\$  
 парадонтит\$  
 парадонтолиз.\$  
 парадонтоз\$  
 парадонтомы#  
 Что характерна для парадонтолиза:  
 \$  
 лизис тканей парадонта\$  
 воспалительные процессы десны\$  
 деструкция кост. ткани\$  
 опухолеподобные процессы\$  
 воспаление тканей парадонта#  
 Для парадонтолиза характерно следующие факторы:\$

имеются глубокие пародонтальные карманы эпителий -х прикреплении  
нарушено у всех зубов \$

не имеются парадонтальные карманы эпителиал-ые прикрепления не  
нарушено \$

Эпителие прикрепления нарушено у отдельных зубов частично или  
полностью \$

нарушено чаще в обл зубов,которые ранше прорезываются\$

не нарушено #

Метод который дает возможность подтвердить диагноз парадонтолиза:  
\$

рентген\$

РМА,ГИ\$

биопсия\$

пункция\$

отпечаток#

Ладонно подошвенный дискератоз характерен для:  
\$

X-гистиоцитоз\$

парадонтальный синдром\$

синдром.Папийона-Лефевра\$

парадонтита\$

гингивита#

Какой этиологический фактор наб-ся при парадонтолизе :  
\$

местный\$

общие факторы\$

местные и общие факторы\$

не изучена#

Сколько фаз имеет X-гистиоцитоз :  
\$

1\$

3\$

6\$

4\$

2#

Какие группы лимфотических узлов поражается при парадонтолизе:  
\$

шейные\$

паховые\$

чло\$

чло,шейные,подмышечные\$

подмышечные#

Лечение парадонтолиза проводится:  
\$

стоматологом\$

педиатором\$

гематологом\$

стоматологом, педиатором, гематологом\$

педиатором,гематологом#

Распространненность парадонтолиза:  
\$

локальный\$

генерализованный\$

диффузный\$  
локальный и генерализованный\$  
у всех.зубов.потеря молочных и постоянных зубов#  
Лечение пародонтолиза:  
\$  
стоматологич-й\$  
гематологич-й\$  
общее симптоматич-е\$  
онкологич-е\$  
эндокронологич-е#  
Начинающий цикл у детей при пародонтолизе:  
\$  
1 лет\$  
4 лет\$  
1,5-2 лет\$  
3 лет\$  
2 лет#  
Что такое пародонтолиз?  
\$  
воспаление десны\$  
воспалительная дегенеративная диструкция парадонта\$  
генерализованное поражение десны\$  
атрофия альвеолярного отростка#  
Чем характеризуется парадонтолиз?  
\$  
изменением десны\$  
изменением альвеолярного отростка\$  
изменением костной ткани\$  
разрушением всех тканей парадонта#  
Мы увидим на рентгенограмме пародонтолиза:  
\$  
ткани не изменены\$  
лизис мягкой ткани\$  
дефекты кости\$  
изменение альвеолярного отростка#  
Клинические признаки парадонтолиза:  
\$  
кровоточивость десны\$  
запах изо рта\$  
выпадение зубов\$  
воспаление губы\$  
расшатывание зубов#  
Когда начинается парадонтолиз у детей:  
\$  
начинается с рождения\$  
7 лет\$  
в 3 года \$  
в 5 лет\$  
в 8 лет\$  
1,5-2 года#  
Выпадение молочных резцов характерны при заболевании:  
\$  
парадонтоз\$

пародонтолиз.\$  
периодонтит\$  
пульпит\$  
гингивит#  
Распространенность пародонтолиза:  
\$  
диффузный\$  
локализованный\$  
генерализованный\$  
локализованный и генерализованный\$  
очаговый#

## Тема № 17 Происхождение пародонтолиза. Клиника

## Тема № 18 Пародонтомы

### ТЕКСТ

К пародонтомам относятся фиброматоз десен, эпulis, пародонтальная киста и другие новообразования тканей пародонта. В этом разделе классификации рассматривают заболевания, которые требуют хирургических вмешательств и подробные сведения о которых излагаются в учебнике хирургической стоматологии.

Фиброматоз десен. Встречается чаще у взрослых. Этиология неизвестна. Относится к генетически обусловленным заболеваниям. Отличается медленным течением с образованием плотных на ощупь безболезненных бугристых разрастаний, располагающихся по всему альвеолярному отростку или в области отдельных, чаще фронтальных зубов. Цвет десны не изменен. Гистологически фиброматоз десен характеризуется наличием плотной соединительной ткани, бедной сосудами, с мелкоклеточной инфильтрацией. Рентгенологически определяются явления остеопороза, реже разрушение межзубных перегородок. Лечение оперативное.

Эпулис. Образование грибовидной формы по клиническим проявлениям напоминает гипертрофию межзубного десневого сосочка. Располагается на ножке, что обеспечивает эпulisу некоторую подвижность. Наблюдается как у

взрослых, так и у детей. Различают фиброзные, сосудистые и гигантоклеточные эпulisы. Окончательный диагноз ставят после гистологического исследования. Эпулис часто определяется у беременных и может несколько уменьшаться после родов. Для рентгенологической картины характерны явления ограниченного остеопороза. Лечение хирургическое с обязательной электрокоагуляцией; при рецидивах опухоль удаляют вместе с одним или двумя зубами.

Пародонтальная киста. Развивается при хроническом течении основного заболевания; при этом эпителий полностью выстилает внутреннюю поверхность кармана, отслаивая надкостницу. Процесс протекает вначале бессимптомно, лишь в дальнейшем по мере увеличения кисты обнаруживается взбухание.

На рентгенограмме виден четко очерченный участок разрежения костной ткани округлой формы; патологические изменения в апикальном периодонте зубов могут отсутствовать, что подтверждается проверкой электровозбудимости пульпы. Контуры пародонтальной кисты на рентгенограмме могут быть нечеткими в связи с тем, что она накладывается на рисунок тела челюсти. Поэтому лучшие результаты дает ортопантомография. Лечение оперативное, с обязательной дополнительной фиксацией лоскута заранее изготовленной временной пластинкой.

Пародонтолиз (идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта) Эти заболевания не укладываются в приведенные выше нозологические формы в силу особенностей клинических проявлений и прогноза.

В данную группу включены такие заболевания, как синдром Папийона — Лефевра, нейтропения, иммунодефицитные состояния (агаммаглобулинемия и др.), сахарный диабет, особенно детский или недиагностированный, эозинофильная гранулема, болезни Летерера — Зиве и Хенда— Шюллера — Крисчена (гистиоцитоз X) и др.

Для большинства заболеваний этой группы ведущими являются следующие признаки: Неуклонное прогрессирование выраженных процессов разрушения всех тканей пародонта: десны, периодонта, костной ткани, сопровождающиеся на протяжении 2–4 лет выпадением зубов.

Сравнительно быстрое образование пародонтального кармана с выделением гноя, смещением, дистопией зубов.

Своеобразные изменения рентгенологической картины: преобладает быстро прогрессирующее рассасывание костной ткани с образованием лакун и полным растворением костной ткани на протяжении сравнительно короткого периода времени.

В костной ткани преобладают процессы остеолитического характера, по-видимому, вследствие активации ферментных систем остеоцитов, выраженных обменных нарушений, специфических микроангиопатий (например, при сахарном диабете).

При таких синдромах, как ладонно-подошвенный кератоз, нейтропения, дети утрачивают вначале молочные зубы, а затем по мере прорезывания и постоянные.

Обычно в таких случаях удается выявить ту или иную форму патологии, которая сочетается с другими клиническими проявлениями, характерными для нейтропении, сахарного диабета и др. Болезнь Летера — Зиве. В развившейся стадии характеризуется лихорадкой, бледностью кожных покровов, адинамией, похуданием и потерей аппетита, гепато- и спленомегалией. В полости рта отмечаются явления генерализованного пародонтита с прогрессирующим остеолитическим процессом костной ткани. Рентгенологически определяются остеопороз, диффузное рассасывание межальвеолярных перегородок и очаговое — тела челюсти.

Болезнь Хенда — Шюллера — Крисчена. Также относится к ретикулогистиоцитозам. Она клинически проявляется несхарным диабетом, экзофтальмом, опухолевидными образованиями в костях, задержкой в росте и развитии. В период выраженных симптомов патологии полости рта выявляется клиника генерализованного пародонтита. Рентгенологически определяется деструкция костной ткани альвеолярных отростков челюстей.

Синдром Папийона — Лефевра. Характеризуется прогрессирующим остеолитическим процессом кости альвеолярного отростка челюстей, который прекращается с выпадением зубов. Этиология неизвестна. Наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Синдром сопровождается гиперкератозом и шелушением ладоней, подошв. Клинические и рентгенологические признаки изменений пародонтальных тканей укладываются в картину генерализованного пародонтита. Гистологически выявляются наличие инфильтрата, заполняющего всю десну и состоящего преимущественно из плазматических клеток, сильное фиброзирование зоны костного мозга с воспалительным инфильтратом. Лечение симптоматическое.

### Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в % и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр. Правильно решает ситуационные задачи и тестовые вопросы. Самостоятельно анализирует. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
2.	91-95	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Ситуационные задачи решает правильно. Самостоятельно анализирует результаты исследований. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
3.	86-90	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ. Подводит итоги и принимает решение. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
4.	81-85	Хорошо «4»	Правильный ответ на вопросы по клинике, диагностике и лечению ЧМТ, но есть 2-3 неточности, ошибки. Творчески мыслит. Правильно решает ситуационные задачи. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точное представление.
5.	76-80	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает вопросы по клинике и диагностике ЧМТ, но не полностью разбирается в определении тактики лечения. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное. Понимает суть вопроса. Знает, рассказывает уверенно
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа неполное. Имеет 2-3 ошибки. Знает, рассказывает уверенно. Имеет точные представления.
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса. Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ. Имеет точные представления по отдельным вопросам.
8.	61-65	Удовлетворительно	Имеет не полное представление по теме. Допускает ошибки при решении ситуационных

		«3»	задач. Рассказывает не уверенно.
9.	55-60	Удовлетворительно «3»	Знает, рассказывает не уверенно. Имеет частичное представление.
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления. Не знает.

**СТОМАТОЛОГИК ЛУҒАТ - ГЛОССАРИЙ**  
**DENTAL DICTIONARY – GLOSSARY**  
**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ - ГЛОССАРИЙ**

<p><b>Стоматология</b> – (юнон. <i>stoma, stomatos</i> — оғиз; ва <i>logos</i> — ўрганиш) — бу клиник тиббиётнинг бўлими бўлиб, тишларнинг, оғиз бўшлиғи ва юз-жағ соҳаси аъзоларининг касалликлари ва нуқсонларининг этиологияси, патогенезининг ўрганувчи фан бўлиб, уларни лаволаш ва олдини олиш чора-тадбирларининг ишлаб чиқади.</p>	<p><b>Stomatology</b> - (From the Greek <i>stoma, stomatos</i> - mouth; . And <i>logos</i> - teaching) - this is an area of clinical medicine that studies the etiology and pathogenesis of disease and damage the teeth, oral cavity and maxillofacial region, which develops methods of diagnosis, treatment and prevention.</p>	<p><b>Стоматология</b> –(от греч. <i>stoma, stomatos</i> — рот; и <i>logos</i> — учение) — это область клинической медицины, которая изучает этиологию и патогенез болезней и повреждений зубов, органов полости рта и челюстно-лицевой области, которая разрабатывает методы их диагностики, лечения и профилактики.</p>
<p><b>Адгезивлар</b> – бу моддалар бириктириш ёки ёпишишни яратувчи ёки кучайтирувчилар бўлиб хисобланади. Улар қуюқ суюқлик ёки гел кўринишида бўлиб, тиш тўқималари юзасига плomba ашёларни фиксацияси таъминлаш учун ишлатилади. Уларни бириктирувчи моддалар деб хам аташади.</p>	<p><b>Adhesives</b> - a substance enhancing or creating a connection, bonding. Is a thick liquid or gel and are used for fixing the cladding to the surface of the dental tissues (enamel, dentin). They also called binders.</p>	<p><b>Адгезивы</b>– это вещества, усиливающие или создающие присоединение, приклеивание. Представляют собой густые жидкости или гели и используются для фиксации облицовки к поверхности зубных тканей (эмали, дентину). Они еще называются связующими веществами.</p>
<p><b>Адгезия (ёпишиш)</b> –турли материал юзаларининг бириктириши.</p>	<p><b>Adhesion (sticking)</b> - a grip surfaces of different materials.</p>	<p><b>Адгезия (прилипание)</b> – это сцепление поверхностей разнородных материалов.</p>
<p><b>Тишнинг анатомик шакли</b> – бу тишни ривожланиш вақтида олинган шакли бўлиб, хар томонлама қўшни тишлар билан биргаликда чайнаш учун мўлжалланган. Хар бир тиш шакли узунлиги, эгатларнинг кенглиги билан фарқланади.</p>	<p><b>The anatomical shape</b> - a form acquired tooth at the moment of the body, well adapted to conditions in a masticating proximity with other teeth having their particular height, width and the groove on the surface.</p>	<p><b>Анатомическая форма зуба</b> – это форма, приобретенная зубом на данный момент развития организма, наилучшим образом приспособленная к жеванию в условиях соседства с другими зубами, имеющая свои особенности по высоте, ширине и в бороздках на поверхности.</p>
<p><b>Бормашина</b> – бу чархловчи машина, махсус кесувчи асбоблар ёрдамида тиш қаттиқ тўқимасининг чархлаш учун мўлжалланган. Ноэлектрик ва электрик</p>	<p><b>Drills</b> - this is boring machine, designed for the preparation of special cutting tools of hard tissue of teeth. There are non-electric and electric cars. Electric have different</p>	<p><b>Бормашина</b> – это сверлильная машина, предназначена для препарирования специальными режущими инструментами твердых</p>

бормашиналар фарқланади.	design: standing, floor, wall, laptop. Drills with air turbine designed for the treatment of hard tooth tissue at high speeds using high-strength alloys of boron and abrasives of high hardness.	тканей зубов. Различают неэлектрические и электрические машины. Электрические имеют разную конструкцию: стоячие, напольные, настенные, портативные. Бормашины с воздушной турбиной предназначены для обработки твердых тканей зубов на больших оборотах при помощи бора из высокопрочных сплавов и абразивных материалов высокой твердости.
Кариес – бу тиш каттик тўқиманинг касаллиги	<b>Caries</b> - the disease of dental hard tissue	<b>Кариес</b> - это заболевание твердых тканей зуба
<b>Композит</b> - пластмасса тури бўлиб, таркибида катта микдорда ноорганик тўлдиргичлардан иборат.	<b>Composite</b> - a type of plastic with a high content of inorganic filler.	<b>Композит</b> - это вид пластмассы с высоким содержанием неорганического наполнителя.
<b>Тишлар учун пломба ашёлари</b> – бу турли хусусиятга эга бўлган ашёлар бўлиб, тиш тожининг реставрацияси учун ишлатилади. Эски давр ашёлари: амальгама, цемент, пластмасса. Замонавий ашёлар: реставрацион композит	<b>Filling materials for teeth</b> - it is different in its properties to the materials used for the restoration of the tooth crown. Old generation: amalgam, cements, plastic. New generation: different types of restorative composite (slozhnostrukturnyh) materials.	<b>Материалы пломбирочные для зубов</b> -это различные по своим свойствам материалы, используемые для реставрации коронковой части зуба. Старого поколения: амальгамы, цементы, пластмассы. Нового поколения: различные виды реставрационных композитных (сложноструктурных) материалов.
<b>Матрица</b> - махсус целлулоид ёки металл лента бўлиб, тишларни контакт юзасидаги пломбани тўғри шакллантиришда ёрдам беради.	<b>Matrix</b> - a special tape most of celluloid or metal that covers the tooth and helps to form a seal proper form.	<b>Матрица</b> - это специальная лента чаще из целлулоида или металла, которая охватывает зуб и помогает формировать пломбу правильной формы.
<b>Перфорация</b> - тешик.	<b>Perforation</b> - opening	<b>Перфорация</b> - отверстие
Пломбалаш – тишни пломба ашёлар билан тўлдириб, унинг анатомик	<b>Sealing</b> - this is the wrong expression for cavity filling process, the tooth filling	Пломбирование-это <b>неправильное выражение для процесса наполнения</b>

шаклини яратиш.	material. Seal - filling.	полости зуба пломбировочным материалом. Пломба - заполнение.
Чархлаш – тиш қаттиқ тўқимасини асбоблар, борлар ёки лазер ёрдамида кесиш.	<b>Dissection</b> - a dissection of dental hard tissues with the help of tools, burs, or laser	<b>Препарирование</b> - это иссечение твердых тканей зуба с помощью инструментов, боров или лазера.
Тиш реставрацияси – кариес ёки жарохат натijasида йўқотилган тиш тўқимасини тиклаш.	<b>Tooth restoration</b> - a recreation of tooth shape, lost as a result of caries or trauma.	Реставрация зуба – это воссоздание формы зуба, утраченной в результате кариозного процесса или травмы.
Фиссура – тиш тож қисмидаги табиий эгат. Фиссураларда овқат қолдиқлари тўпланилиши боис кариес жараёни ривожланади.	<b>Fissure</b> - it is a natural groove (recess) in the hard tissues of the tooth crown (enamel). Fissures are difficult hygienic cleansing, which leads to the accumulation of germs, and subsequently to the formation of caries defect.	Фиссура– это естественная борозда (углубление) в твердых тканях коронки зуба (эмали). Фиссуры с трудом поддаются гигиенической чистке, что ведет к скоплению микробов, и в дальнейшем к образованию кариозного дефекта.
Тиш бўйни – тишни тож ва илдиз қисми орасида жойлашган соха бўлиб, милк шиллиқ қават билан зич бириккан.	<b>The neck of the tooth</b> - a tooth area and is located between the root and the crown, and is closely associated with the mucous membrane gums.	Шейка зуба – это область зуба, расположенная между корнем и коронкой и тесно связанная со слизистой оболочкой десен.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ  
 ВАЗИРЛИГИ  
 ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
 АБУ АЛИ ИБН СИНО ПОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
 ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

Ўқув бўлими  
 томонидан рўйхатга  
 олинди № \_\_\_\_\_  
 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 й.



«ТАСДИҚЛАЙМАН»  
 Ўқув ишлари бўлими проректори  
 дои. Г.Ж.Жарилқасимова  
 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 йил

ПАРОДОНТОЛОГИЯ  
 ФАНИ БЎЙИЧА ИШЧИ ЎҚУВ ДАСТУРИ

Таълим йўналиши:

Билим соҳаси:	500000	– Соғлиқни сақлаш ва пажимовий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	– Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510400	– Стоматология

Курс	4
Соат ҳажми	104
Шу жумладан:	
Маъруза	10
Амалий машғулот	42
Клиник машғулот	52
Муестакил иш	100

Бухоро - 2021

