

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ



СТАНДАРТ ДИАГНОСТИКИ И ЗАПОЛНЕНИЯ

МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

(ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ)

ТАШКЕНТ 2009

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

«СОГЛАСОВАНО»

**Начальник отдела по координации
научных исследований МЗ РУз**

профессор Даминов Б.Т.

«__»_____2009год.

«УТВЕРЖДАЮ»

**Начальник Главного Управления
кадров, науки и учебных заведений МЗ РУз**

профессор Атаханов Ш.Э.

«__»_____2009год.

**СТАНДАРТ ДИАГНОСТИКИ И ЗАПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
БОЛЬНОГО**

(ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ)

Методические рекомендации

ТАШКЕНТ 2009 год

Основное учреждение: Ташкентская Медицинская Академия

Составители:

Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии, профессор – Х.П.Камилов

Ташкентская медицинская академия, доцент кафедры терапевтической стоматологии, доктор медицинских наук – О.Е.Бекжанова

Ташкентская медицинская академия, доцент кафедры терапевтической стоматологии, кандидат медицинских наук – Л.Э.Хасанова

Ташкентская медицинская академия, ассистент кафедры терапевтической стоматологии, кандидат медицинских наук – С.Х. Юсупалиходжаева

Ташкентская медицинская академия, ассистент кафедры терапевтической стоматологии, кандидат медицинских наук – У.А.Шукурова

Рецензенты:

Кафедра детской стоматологии ТМА, доктор медицинских наук, профессор – О.С.Йулдошхонова

Кафедра стоматологии №1, ТашИУВ, кандидат медицинских наук, доцент – Г.Г.Муминова

Методические рекомендации утверждены на заседании проблемной комиссии по стоматологии ТМА, протокол № ____ от _____ 2009 г.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ТМА, протокол № ____ от _____ 2009 г.

Ученый секретарь Совета,
доктор медицинских наук,
профессор

Рахимбаева Г.С.

Методические рекомендации предложены для практических врачей, научных работников и студентов стоматологических факультетов.

АННОТАЦИЯ

На сегодняшний день амбулаторная карта стоматологического больного (форма 043-у), являющаяся юридическим документом при судебных разбирательствах, заполняется врачами–стоматологами без соблюдения последовательности заполнения граф, используя устаревшие методы описания состояния зубов и окружающих тканей.

Методическая рекомендация предназначено для сельских врачей-стоматологов оказывающих стоматологическую помощь в рамках гарантированного объёма. Описание клиники стоматологических заболеваний, а также обоснование диагноза, его постановка по разным классификациям (ММСИ, ВОЗ и др.) приводит к серьёзным ошибкам со стороны врачей-стоматологов.

В методической рекомендации изложены самостоятельные практические деятельности в качестве высококвалифицированного специалиста терапевта - стоматолога, владеющего в полном объеме необходимыми навыками в диагностике и консервативном лечении основных стоматологических заболеваний и их осложнений, введение учётно-отчетной документации, реализация профилактических мероприятий по снижению уровня наиболее распространенных стоматологических заболеваний.

Рекомендации составлены на обобщении результатов собственных исследований, а также, анализа литературы по данной проблеме и предназначены для врачей-стоматологов, для студентов стоматологического факультета, магистров и клинических ординаторов.

Заполнение амбулаторной карты стоматологического больного на терапевтическом приёме

Оформление амбулаторной карты стоматологического больного (форма N043 У) после проставления даты предусматривает заполнения следующих граф: фамилия, имя, отчество больного, год рождения, пол, домашний адрес, место работы, должность. В графе диагноз выставляется полное наименование нозологической формы заболевания в соответствии с используемой классификацией.

В графе «жалобы» записывается полный перечень жалоб, предъявляемых больным в момент обращения.

В графе «анамнез заболевания» записываются данные, касающиеся сведений о начале заболевания, его течении, проводилось ли лечение и был ли эффект от него.

В графе «анамнез жизни» должна содержаться информация об имеющихся у пациента вредных привычках, хронических общесоматических заболеваний, перенесенных заболеваниях и оперативных вмешательствах, наличии в прошлом аллергических реакций. Если пациент перенес гепатит, в крайнем левом углу амбулаторной карты ставится «Г+», если этого заболевания не было - «Г- ». После заполнения граф, касающихся расспроса больного, приступают к графам по осмотру.

Графа «внешний осмотр» должна содержать информацию о симметричности лица, нет ли коллатерального отека мягких тканей, цвет, консистенция кожных покровов и видимых слизистых, состояние регионарных лимфоузлов, их размеры и подвижность, наличие или отсутствие болезненности при пальпации.

Затем приступают к осмотру преддверия полости рта, отмечают высоту прикрепления уздечек верхней и нижней губы.

Заполняют зубную формулу, в настоящее время в нашей стране используется способ обозначения зубов по международному образцу ВОЗ, когда к порядковому номеру зуба челюсти добавляется впереди номер квадрата. Первый квадрат - зубы верхней челюсти справа, второй квадрат - зубы верхней челюсти слева, третий квадрат - зубы нижней челюсти слева и четвертый квадрат - зубы нижней челюсти справа.

| | |
|-----------------|-----------------|
| Первая цифра 1 | Первая цифра 2 |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| Первая цифра 4 | Первая цифра 3 |

Так, например, 11 - центральный резец верхней челюсти справа. 21 - центральный резец верхней челюсти слева, 45 - второй премоляр нижней челюсти справа.

После заполнения зубной формулы соответственно условным обозначениям, указанным в амбулаторной карте, отмечают зубы с кариесом - С, пульпитом - Р, периодонтитом - Рт, подвижные зубы - I, II, III степени, искусственные коронки -К, искусственные зубы - И.

Указывают тип соотношения зубных рядов - тип прикуса, состояние тканей пародонта (цвет, консистенция, форма, размер межзубных сосочков, маргинальной и альвеолярной десны).

В графе «рентгенологические исследования» приводятся описание рентгенограмм.

В последующих графах дается описание результатов основных и дополнительных методов обследования, обосновывающих диагноз, выставленный на титульном листе амбулаторной карты, затем следует план лечения пациента (терапевтическое, хирургическое, ортопедическое лечения, консультации других специалистов и т.д.), дневник наблюдения с указанием даты наблюдения, динамики.

Классификации и описание (неосложненного) кариеса

На кафедре терапевтической стоматологии *ТМА* используется топографическая классификация кариеса.

Развитие кариозного процесса сопровождается вовлечением в процесс более глубоких слоев эмали, дентина и даже пульпы и характеризуется изменением клинической симптоматики.

Согласно этой классификации различают 4 стадии:

- стадия пятна;
- поверхностный кариес;
- средний кариес;
- глубокий кариес.

Стандартная схема описания кариеса в стадии пятна

Начальный кариес в стадии пятна проявляется при быстром прогрессировании процесса белым пятном, а при медленном прогрессировании кариозного процесса пигментированным пятном.

Жалобы: могут отсутствовать, при локализации на поверхностях, доступных обзору, могут быть жалобы на эстетический дефект.

Данные анамнеза заболевания: больной отмечает появление одиночного *пятна на эмали* зуба с определенного времени.

Данные дополнительных методов обследования:

В описании данных осмотра необходимо отметить локализацию кариозного пятна, его цвет, размеры. При белом пятне необходимо отметить потерю блеска и прозрачности эмали, матовость пятна. При зондировании -зонд скользит по поверхности эмали.

На температурный раздражитель зуб отвечает кратковременной реакцией. Электровозбудимость пульпы составляет 2-6 мкА (проводится при наличии

электроодонтометра). Метод витальной окраски 2% раствором метиленового синего обнаруживает повышение проницаемости эмали с ее интенсивным окрашиванием.

Стандартная, схема описания поверхностного кариеса

Жалобы: могут не быть, на боли от химических раздражителей (кислое, сладкое, соленое), проходящие после устранения раздражителя.

Данные анамнеза заболевания: ранее таких болей от химических раздражителей не было.

Данные дополнительных методов обследования:

При осмотре обнаруживается дефект эмали, в местах типичных для локализации кариеса, при зондировании определяется шероховатость, может быть чувствительность по всем направлениям. Реакция на температурный раздражитель слабая, кратковременная. Электровозбудимость пульпы 2-6 мкА.

Стандартная, схема описания среднего кариеса

Жалобы: могут не быть, на наличие кариозной полости, на кратковременные боли от химических, механических, температурных раздражителей, быстро проходящие после устранения раздражителя.

Данные анамнеза заболевания: ранее зуб не болел.

Данные дополнительных методов обследования:

При осмотре обнаруживается неглубокая в пределах плащевого дентина кариозная полость, заполненная размягченным и пигментированным дентином. Зондирование или препарирование кариозной полости в области эмалево-дентинного соединения болезненно.

Перкуссия зуба безболезненна.

Слизистая в области проекции верхушки корня не изменена, пальпация ее безболезненна.

Реакция на температурный раздражитель кратковременная, быстро проходящая после устранения раздражителя.

Электровозбудимость пульпы 2-6 мкА.

Стандартная схема описания глубокого кариеса

Жалобы: на наличие кариозной полости, кратковременные боли от механических и температурных раздражителей.

Данные анамнеза заболевания: ранее зуб не болел.

Данные дополнительных методов обследования:

При осмотре обнаруживается глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, расположенная в пределах околопульпарного дентина. При быстром прогрессировании кариозного процесса имеются нависающие края эмали, размягченный дентин светлый и в большом количестве. При медленном прогрессировании патологического процесса

кариозная полость имеет широкое входное отверстие, небольшое количество размягченного пигментированного дентина.

При быстром прогрессировании глубокого кариеса зондирование дна болезненно, а при медленном прогрессировании зондирование дна может быть слабо болезненно, иногда безболезненно.

Перкуссия зуба безболезненна.

Слизистая в области проекции верхушки корня не изменена, ее пальпация безболезненна.

Реакция на температурный раздражитель кратковременная, ее выраженность зависит от течения кариозного процесса, при быстром его прогрессировании реакция на температурный раздражитель более выражена.

Электровозбудимость пульпы при медленном прогрессировании глубокого кариеса 2-6 мкА, а при его быстром прогрессировании может *понижаться* до 10-12 мкА.

Классификации и описание осложненного кариеса

Пульпит

На кафедре терапевтической стоматологии ТМА в клинической работе используется классификация пульпитов, предложенная ММСИ 1987 г.

I. Острый пульпит

- А) очаговый
- Б) диффузный

II. Хронический пульпит

- А) фиброзный
- Б) гангренозный
- В) гипертрофический
- Г) обострение хронического пульпита

III. Состояние после частичного и полного удаления пульпы

Стандартная схема описания острого очагового пульпита

Жалобы: на самопроизвольные локализованные приступообразные боли, приступы длятся 10-20 минут, безболевые промежутки - несколько часов. Боли усиливаются от всех видов раздражителей, чаще от холодного.

Данные анамнеза заболевания: зуб болит не более двух суток.

Данные дополнительных методов обследования:

При осмотре выявляется глубокая кариозная полость в пределах околопульпарного дентина, не сообщающаяся с полостью зуба.

Зондирование резко болезненно в проекции воспаленного рога пульпы.

Перкуссия зуба безболезненна. ;

Слизистая не изменена в цвете, при пальпации безболезненна.

Реакция на температурный раздражитель (холод) резко болезненная, длительная.

Электровозбудимость пульпы в месте проекции воспаленного рога пульпы 18-20 мкА.

Стандартная схема описания острого диффузного пульпита

Жалобы: на самопроизвольные приступообразные боли, приступы длятся несколько часов, безболевые промежутки короткие.

Боли иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва. Боли усиливаются от температурных раздражителей.

Данные анамнеза заболевания: зуб болит более двух суток, больной отмечает учащение болевых приступов.

Данные дополнительных методов обследования:

При осмотре выявляется глубокая кариозная полость в пределах околонульпарного дентина, не сообщающаяся с полостью зуба.

Зондирование болезненно по всему дну.

Перкуссия зуба чувствительна.

Слизистая в месте проекции верхушки корня не изменена в цвете, при пальпации безболезненна.

Реакция на температурный раздражитель болезненная, длительная. Электровозбудимость пульпы 30-45 мкА.

Стандартная схема описания хронического фиброзного пульпита

Жалобы: на причинные приступообразные боли от механических и температурных раздражителей. В некоторых случаях жалоб может не быть.

Данные анамнеза заболевания: зуб ранее болел.

Данные основных и дополнительных методов обследования:

При осмотре выявляется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование вскрытого рога пульпы резко болезненно, определяется кровоточивость.

В некоторых случаях сообщение с полостью зуба отсутствует.

Перкуссия зуба безболезненна.

Слизистая в области проекции верхушки корня не изменена в цвете, пальпация ее безболезненна.

Реакция на температурный раздражитель болезненная, длительная. В 30% случаев на рентгенограмме могут быть выявлены изменения в верхушечном периодонте.

Стандартная схема описания хронического гангренозного пульпита

Жалобы: на боли от температурных раздражителей, чаще от горячего. Больной отмечает неприятный запах из зуба.

Данные анамнеза заболевания:

Больной отмечает, что зуб ранее сильно болел.

Данные дополнительных методов обследования:

Коронка зуба имеет сероватый оттенок, выявляется глубокая кариозная полость, имеется широкое сообщение с полостью зуба. Глубокое зондирование сообщения болезненно, на кончике зонда - грязно-серый маркий

налет. Перкуссия зуба безболезненна. Слизистая в области проекции верхушки корня не изменена в цвете, пальпация ее безболезненна. Отмечается длительная болевая реакция на температурный раздражитель. Электровозбудимость пульпы понижается до 70-100 мкА.

Стандартная схема описания хронического гипертрофического пульпита

Жалобы: на кровоточивость из зуба при жевании, "разрастание" ткани в зубе, боль при попадании в зуб жесткой пищи.

Данные дополнительных методов обследования:

При осмотре выявляется глубокая кариозная полость, частично заполненная разросшейся тканью, кровоточащей и малоболезненной при зондировании. Перкуссия зуба безболезненна.

Слизистая в области проекции верхушки корня не изменена в цвете, при пальпации безболезненна.

Электровозбудимость пульпы 40-60 мкА.

На рентгенограмме изменения в области верхушечного периодонта не отмечаются.

Стандартная схема описания обострения хронического пульпита

Жалобы: на самопроизвольные иррадиирующие приступообразные боли, усиливающиеся от температурных раздражителей.

Данные анамнеза заболевания: зуб ранее сильно болел.

Данные дополнительных методов обследования:

При осмотре выявляется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба.

Зондирование вскрытого рога болезненно.

Перкуссия зуба чувствительна.

Слизистая в области проекции верхушки корня не изменена в цвете, пальпация ее безболезненна.

Реакция на температурный раздражитель болезненная, длительная. Электровозбудимость пульпы соответствует той, или иной форме хронического пульпита.

На рентгенограмме при хроническом простом и гангренозном пульпите могут быть обнаружены изменения в периодонте.

Периодонтиты

На кафедре терапевтической стоматологии ТМА используется классификация периодонтитов (ММСИ, 1987), позволяющая характеризовать степень повреждения периодонтальных тканей. Классификация верхушечного периодонтита. (ММСИ, 1987)

I. Острый периодонтит

1. фаза интоксикации
2. фаза экссудации а) серозная: б) гнойная.

II. Хронический периодонтит:

1. хронический верхушечный фиброзный периодонтит.
2. хронический верхушечный гранулирующий периодонтит.
3. хронический верхушечный гранулематозный периодонтит.

III. Хронический верхушечный периодонтит в стадии обострения:

1. хронический верхушечный фиброзный периодонтит в стадии обострения.
2. хронический верхушечный гранулирующий периодонтит в стадии обострения.
3. хронический верхушечный гранулематозный периодонтит в стадии обострения.

Стандартная схема описания острого верхушечного периодонтита в фазе интоксикации

Жалобы: ноющая боль при накусывании на зуб, переходит в постоянную локализованную ноющую боль.

Данные анамнеза заболевания: боли такого характера ранее не отмечались, зуб может быть на этапе несвоевременно или неправильно леченого пульпита.

Данные дополнительных методов обследования:

Общее состояние не нарушено. При внешнем осмотре изменений нет. При осмотре зуб может быть интактным, под постоянной пломбой, или обнаруживается глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба.

Зондирование дна кариозной полости безболезненно.

Перкуссия слабо болезненна.

Слизистая в области проекции верхушки корня в цвете не изменена, при пальпации безболезненна

Реакция на температурный раздражитель отсутствует. ЭОД свыше 100 мкА. На рентгенограмме изменений в области верхушечного периодонта нет.

Стандартная схема описания острого верхушечного периодонтита в фазе экссудации

Жалобы: на постоянную ноющую боль в зубе, усиливающуюся при накусывании и легком прикосновении к зубу, ощущение "выросшего" зуба. Боль может иррадиировать по ходу ветвей тройничного нерва. В некоторых случаях страдает общее состояние, больной жалуется на головную боль, отсутствие аппетита.

Данные анамнеза заболевания: зуб болит несколько дней, в последнее время отмечается усиление болей.

Данные дополнительных методов обследования:

При внешнем осмотре асимметрия лица за счет коллатерального отека мягких

тканей. Регионарные лимфоузлы могут быть без изменений, в некоторых случаях увеличены, подвижные, пальпация их болезненна. Зуб подвижен, в цвете не изменен. Коронка зуба может быть интактна, быть под пломбой, или выявляется глубокая кариозная полость. Зондирование дна и стенок кариозной полости безболезненно. Вертикальная, а позже и горизонтальная перкуссия зуба резко болезненна. Переходная складка сглажена, слизистая оболочка в месте проекции верхушки корня гиперемирована, отечна, пальпация ее болезненна. Реакция на температурные раздражители отсутствует. ЭОД свыше 200 мкА. На рентгенограмме изменений в области верхушечного периодонта нет.

Стандартная схема описания хронического верхушечного фиброзного периодонтита

Жалобы: отсутствуют, иногда чувство тяжести в зубе.

Данные анамнеза заболевания: зуб ранее болел, пломба выпала, лечение было прервано.

Данные **дополнительных методов обследования:**

При внешнем осмотре изменений нет. Регионарные лимфоузлы не изменены, при пальпации безболезненны. Коронка зуба изменена в цвете, имеется глубокая кариозная полость, либо дефект постоянной пломбы, или выпадение пломбы. Кариозная полость сообщается с полостью зуба, зондирование безболезненно.

Перкуссия зуба безболезненна.

Слизистая в области проекции верхушки корня в цвете не изменена, при пальпации безболезненна.

Реакция на температурные раздражители отсутствует. ЭОД свыше 200 мкА. На рентгенограмме в области верхушки корня выявляется равномерное расширение периодонтальной щели.

Стандартная с хема описания хронического верхушечного гранулирующего периодонтита

Жалобы: на чувство тяжести, неловкости, распираия в зубе, неприятные ощущения при накусывании на зуб.

Данные анамнеза заболевания: зуб ранее болел, был лечен, пломба выпала, лечение не проводилось, не было завершено.

Данные **основных и дополнительных методов обследования:**

Внешний осмотр без особенностей. Регионарные лимфоузлы могут быть увеличены, пальпация их чувствительна. Коронка зуба изменена в цвете. имеется кариозная полость, остатки пломбы, или пломба.

Глубокая кариозная полость сообщается с полостью зуба, глубокое зондирование безболезненно.

Перкуссия зуба безболезненна, может вызывать неприятные ощущения.

Слизистая в области проекции верхушки корня цианотична, может быть свищевой ход с разрастаниями грануляционной ткани, либо нежный рубец от свища, определяется положительный симптом вазопареза (при надавливании

пуговчатым штопфером остается углубление с побледневшей слизистой, которое медленно исчезает, а слизистая становится гиперемированной).

Реакция на температурные раздражители отсутствует. ЭОД более 200 мкА. На рентгенограмме выявляется разрежение костной ткани в области верхушки корня с нечеткими границами в виде языков пламени.

Стандартная схема описания хронического верхушечного гранулематонного периодонтита

Жалобы: отсутствуют, иногда чувство тяжести, неприятные ощущения в зубе.

Данные анамнеза заболевания: зуб ранее болел, был не лечен, был лечен, пломба выпала, лечение было прервано на этапе.

Данные основных и дополнительных методов обследования:

Внешний осмотр без особенностей. Регионарные лимфоузлы могут быть увеличены, пальпация их чувствительна. Коронка зуба может быть интактна, зуб может быть под постоянной пломбой, может иметься дефект пломбы, либо пломба выпала, выявляется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование безболезненно.

Перкуссия зуба безболезненна, может выявляться при перкуссии тимпанический звук.

Пальпация слизистой в области проекции верхушки корня безболезненна, иногда выявляется выпячивание костной ткани соответственно расположению гранулемы.

Реакция на температурные раздражители отсутствует.

ЭОД свыше 200 мкА.

На рентгенограмме очаг деструкции костной ткани округлой формы, губчатое вещество вокруг очага склерозировано.

Стандартная схема описания обострения хронического верхушечного периодонта

Жалобы: на постоянные ноющие локализованные боли, усиливающиеся при легком прикосновении к зубу или накусывании, чувство "выросшего" зуба.

Данные анамнеза заболевания: зуб ранее болел, был не лечен, лечен, но выпала пломба, имеется дефект пломбы.

Данные основных и дополнительных методов обследования:

При осмотре выявляется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зуб может быть подвижен.

Глубокое зондирование безболезненно.

Перкуссия резко болезненна.

Слизистая в месте проекции верхушки корня гиперемирована и отечна, определяется положительный симптом вазопареза, возможно наличие свищевого хода с гнойным отделяемым.

Пальпация переходной складки болезненна.

Реакция на температурные раздражители отсутствует. ЭОД свыше 200 мкА. На рентгенограмме определяются изменения в области верхушки корня, характерные для той, или иной формы хронического верхушечного периодонтита.

Описание рентгенограммы при осложненном кариесе

На рентгенограмме эмаль представлена в виде интенсивной линейной тени, которая окаймляет дентин коронки зуба, на контактных поверхностях просматривается лучше. Дентин и цемент на рентгенограмме не дифференцируются. Периодонтальная щель видна в виде полосы разрежения равномерной ширины между кортикальной пластинкой альвеолы и цементом корня.

При описании рентгенограмм зубов и пародонта необходимо отметить следующие моменты:

1. оценка коронки - форма, контуры, интенсивность твердых тканей;
2. полость зуба - ее наличие, форма, величина, структура;
3. корень зуба, число, величина, форма, контуры;
4. корневой канал - наличие, ширина, при наличии пломбировочного материала - качество пломбирования корневого канала;
5. периодонтальная щель - ширина, равномерность;
6. компактная пластинка альвеолы - наличие, отсутствие, ширина, нарушение целостности;
7. состояние окружающей костной ткани - остеопороз, деструкция, остеосклероз;
8. межальвеолярные перегородки; расположение, форма верхушки, сохранность замыкательной компактной пластины, структура.

Классификации и описание заболеваний пародонта

В настоящее время в нашей стране общепринятыми являются терминология и классификация болезней пародонта, утвержденные на XVI Пленуме Правления Всесоюзного общества стоматологов ноябрь 1983 г.

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

Формы: катаральный, язвенный, гипертрофический.

Тяжесть: легкий, средний, тяжелый.

Течение: острый, хронический, обострившийся.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

II. Пародонтит — воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией пародонта и кости альвеолярного отростка челюстей.

Тяжесть: легкий, средний, тяжелый.

Течение: острый, хронический, обострение, абсцесс, ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

Ш. Пародонтоз — дистрофическое поражение пародонта.

Тяжесть: легкий, средний, тяжелый.

Течение: хронический, ремиссия.

Распространенность: генерализованный.

IV. Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта (пародонтолиз) — синдром Папийона-Лефевра. нейтропения, агаммаглобулинемия, некомпенсированный сахарный диабет и другие болезни.

V. Пародонтомы — опухоли и опухолеподобные заболевания (эпулис, фиброматоз и др.).

Гингивит - это воспаление слизистой оболочки альвеолярного отростка.

Катаральный гингивит — экссудативное воспаление десен. Острый катаральный гингивит развивается, как правило, у детей вследствие острых респираторных инфекций и является симптоматическим. Он сопровождается болью, кровоточивостью десен, их гиперемией, ухудшением общего состояния.

Хронический катаральный гингивит развивается преимущественно у детей и лиц молодого возраста (18-30 лет) и проявляется незначительным зудом в деснах, их кровоточивостью при механическом раздражении (например, при чистке зубов). Он начинается постепенно, длительно протекает без выраженной клинической симптоматики, и лишь углубленное обследование позволяет выявить нарушения гомеостаза, патогенетически связанные с данным патологическим процессом.

Для этой формы гингивита характерно:

-наличие неминерализованных назубных отложений (микробный налет, мягкий налет, пищевые остатки);

-отсутствие клинического кармана при зондировании.

-нарушения зубодесневого прикрепления не происходит.

-изменения костной ткани межзубных перегородок на рентгенограмме отсутствуют.

-общее состояние не нарушено.

При несвоевременной диагностике и лечении хронический катаральный гингивит приводит к развитию пародонтита.

Гипертрофический гингивит — хронический воспалительный процесс, сопровождающийся пролиферацией тканей десны.

Гипертрофический гингивит проявляется:

-увеличением в объеме десневых сосочков,

-образованием так называемых ложных зубодесневых карманов;

-эпителиальное зубодесневое прикрепление не нарушено;

- патологических изменений в костной ткани альвеолы нет.

Клинические признаки отечной формы:

- десневые сосочки увеличены, отечны,
- гиперемированы или синюшны,
- кровоточат при зондировании,
- имеют глянцевую поверхность,
- после надавливания на сосочек тупой частью инструмента остается

след (углубление).

Жалобы пациента:

- болезненность при чистке зубов, во время еды,
- необычный вид десен,
- эстетический дефект.
- наддесневые назубные отложения.

Клинические признаки фиброзной формы:

- десневые сосочки увеличены,
- десневые сосочки бледно-розового цвета, плотные на ощупь.
- болезненность и кровоточивость десен отсутствует.

Жалобы:

- на необычный вид десен,
- эстетический дефект.
- имеются твердые и мягкие поддесневые отложения.

Язвенный гингивит - воспаление десны, сопровождающееся некрозом и изъязвлением ее тканей.

Клинические признаки:

- острое начало,
- интенсивные боли,
- кровоточивость десен,
- гнилостный запах изо рта,
- изъязвление,
- некроз и деформация десневого края,
- он покрыт серым зловонным налетом.
- после удаления налета обнажается кровоточащая, резко болезненная

поверхность,

• вершины десневых сосочков как бы срезаны, контуры маргинального края десны нарушены.

- имеются обильные неминерализованные назубные отложения,
- «зубной камень»,
- регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации,
- ухудшается общее состояние пациента:

- отмечаются повышение температуры тела,
- слабость,

- головная боль,
- снижение работоспособности.

Изменения в крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ;
в моче может обнаруживаться белок.

Хронический язвенный гингивит возникает обычно на ограниченном участке и проявляется:

- гиперемией десен
- цианозом десен
- десневой край покрыт некротическим налетом

Хронический генерализованный пародонтит—это воспалительно–деструктивный процесс, захватывающий в ткани пародонта десну, периодонт, альвеолярный отросток.

Основные симптомы хронического генерализованного пародонтита:

- хроническое воспаление десен
- наличие пародонтальных карманов
- появление над и поддесневых назубных отложений
- резорбция костной ткани альвеолярного отростка
- подвижность зубов
- нарушение окклюзии

Симптомы хронического генерализованного пародонтита лёгкой степени

- глубина пародонтального кармана до 3,5 мм, преимущественно в области межзубного промежутка
- начальная степень деструкции костной ткани по рентгенограмме (отсутствие кортикальной пластинки на вершине и в боковых отделах межальвеолярной перегородки)
- очаги остеопороза, расширение периодонтальной щели в пришеечной области
- деформация корней на рентгенограмме за счет минерализованных назубных отложений
- зубы не подвижны, не смещены
- общее состояние не нарушено

Признаки хронического генерализованного пародонтита средней тяжести

- глубина пародонтального кармана –до 5 мм
- резорбция костной ткани по рентгенограмме на 1/3-1/2 межзубной перегородки
- деформация изображения корней на рентгенограмме за счет обильных минерализованных назубных отложений
- подвижность зубов I-II степени с возможным смещением их

При тяжёлой степени хронического генерализованного пародонтита

- глубина пародонтального кармана более 5-6 мм
- на рентгенограмме - деструкция альвеолярного отростка более

чем на 1/2 или 1

- низкий уровень гигиены полости рта
- недостаточное самоочищение зубов
- изменение количественного и качественного состава и повышение патогенности микрофлоры полости рта
- хронический воспалительный процесс в тканях пародонта
- пародонтальные карманы с врастанием эпителия и грануляционной ткани
- поддесневые назубные отложения
- деструкция костной ткани альвеолярного отростка
- нарушение микроциркуляции и обменных процессов в тканях пародонта
- развитие аутоиммунных реакций, из-за удовлетворительной нейрорегуляции, внутреннего психоэмоционального напряжения

Пародонтоз-это генерализованный первично-дистрофический процесс в тканях пародонта, в основе которого лежат системные нарушения трофики и микроциркуляции.

Пародонтоз, как правило является одним из симптомов системного остеопароза.

Признаки пародонтоза

- отсутствие воспалительных явлений и десневых карманов
- медленная равномерная ретракция десны
- горизонтальная атрофия костной ткани альвеолярного отростка

Рентгенологические признаки:

- равномерное снижение высоты межзубных перегородок без нарушения целостности кортикальной пластинки
- дистрофическая перестройка других участков костной ткани: чередование очагов остеосклероза и остеопароза в глубоких отделах альвеолярного отростка и тела челюсти, возможно - в других костях скелета.

Относительно постоянными симптомами пародонтоза являются:

- образований эрозий эмали
- образований клиновидных дефектов
- гиперестезия шеек зубов
- диагностируются сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, гипертоническая болезнь), эндокринной системы, обменные нарушения.

К идиопатическим заболеваниям пародонта относят целый ряд общих заболеваний различного генеза, в клиническом течении которых одним из постоянных симптомов является генерализованное поражение пародонта.

В данную группу входят заболевания пародонта при:

- болезнях крови

- сахарном диабете
- гистоцитозах Х
- болезни Яценко-Кушинга
- синдромах Папийона-Лефевра
- Ослера, гранулематозе Вегенера и т.д.

При анализе рентгенограмм обращают внимание:

- на форму, высоту, состояние вершин межальвеолярных перегородок
- степень минерализации губчатого вещества
- состояние кортикального слоя

Рентгенологическая картина в норме

- кортикальный слой альвеолярного края и лунок проявляется непрерывной белой полоской, отчетливо выраженной на вершинах межзубных перегородок и не всегда четкой в области зубов из-за накладывающихся теней

- губчатая ткань кости представляется наподобие переплетенных светлых полосок (костные балки) и различной величины темных пространств.

- анатомическая структура межальвеолярных перегородок имеет индивидуальные отклонения, которые ошибочно могут быть приняты за патологические.

- наличие четкой кортикальной пластинки независимо от высоты и формы межзубных перегородок.

Очаги патологически измененной костной ткани определяют по следующим показателям:

- количество очагов
- локализация в кости
- форма, размеры, контуры, интенсивность тени
- состояние костной ткани в самом очаге и вокруг него.

Патологические изменения в костной ткани при заболеваниях

пародонта

Остеопороз — дистрофический процесс в костной ткани рентгенологически проявляющийся ее повышенной прочностью, с уменьшением количества костной ткани на единицу площади без изменения размеров кости.

Деструкция — разрушение кости и замещение ее патологической тканью (грануляциями, гноем, опухолью); на рентгенограмме очаг деструкции представлен в виде участка просветления с нечеткими, неровными контурами.

Атрофия — уменьшение объема всей кости или части вместе с убылью костной ткани.

Остеосклероз - процесс, противоположный остеопорозу, увеличение количества костной ткани на единицу площади без изменения размеров кости, рентгенологически проявляющийся снижением прозрачности костной ткани.

При характеристике патологических изменений в тканях пародонта принимают во внимание:

- расширение периодонтальной щели,
- остеопороз межальвеолярной перегородки
- деструкцию кортикальной пластинки альвеолы
- вертикальную и горизонтальную резорбцию альвеолярного отростка

Активность патологического процесса определяется при сопоставлении динамики рентгенологических и клинических данных. Визуальный анализ рентгенограмм, как правило, позволяет дать лишь субъективную оценку патологическим изменениям в костной ткани альвеолярного отростка.

Конечным этапом анализа рентгенограммы является оформление рентгенологического заключения, в котором не только дается описание, но и делаются вытекающие из него выводы. Они могут быть однозначны или содержать дифференциально-диагностический ряд из наиболее вероятных каждой клинической ситуации процессов.

Приложение
Стандарты описания амбулаторных карт пародонтологических больных

| | Нозологическая форма | Этиология | Жалобы | Объективные данные | Рентген исследование |
|------------------|---------------------------|---|--|---|---|
| ГИНГИВИТЫ | | | | | |
| 1. | Катаральный гингивит | Зубные отложения, дефекты пломбирования, аномалии и деформации ЗЧС, гормональные нарушения в организме, заболевания ЖКТ, ССС, острые инфекционные заболевания, болезни кроветворной системы | На боль и кровоточивость десен при чистке зубов и еде. | Поверхность десны гладкая, блестящая, отмечается гиперемия, отек десен, разрыхление межзубных сосочков. В области маргинального края десны определяются неминерализованные зубные отложения. Пародонтальный карман не выявляется. | Патологические изменения в костной ткани пародонта не выявляются |
| 2. | Гипертрофический гингивит | Гармональные сдвиги в организме (гингивит юношеский, беременных) приём лекарственных препаратов, изменения со стороны белой крови, авитаминоз С, патология прикуса, нерациональные протезирование и пломбирование, зубной камень. | На боль и кровоточивость при чистке зубов и еде (при отечной форме). | А) Отечная форма Значительная кровоточивость десен, межзубные сосочки мягкой консистенции, пастозны, поверхность их гладкая, блестящая. Б) Фиброзная форма. Гиперплазия и уплотнение сосочков, цвет их не изменен, кровоточивость отсутствует, поверхность неровная, бугристая. Характерный признак гипертрофического гингивита – наличие ложного десневого кармана. | В межзубных перегородках выявляется остопороз. При длительном течении заболевания в их кортикальных пластинках определяется образование узур. |

| | | | | | |
|-------------------|---|---|--|--|--|
| 3 | Язвенный гингивит (язвенно-некротический гингивит Венсана) | Суперинфекция фузоформных бактерий и спирохет, простейших наряду со стрептококками и стафилококками | На боль в деснах, усиливающуюся при приеме пищи, неприятный запах изо рта, общее недомогание, головную боль, повышение температуры тела. | При осмотре отмечают генерализованное или локализованное изъязвление маргинального края десны на фоне выраженной отечности и гиперемии слизистой оболочки десны. По краю десны отмечается сероватый некротический налет, после удаления которого обнаруживается болезненная язвенная поверхность. Наблюдается обильное отделение слюны, отложение зубного камня и налета. Характерный симптом изъязвление верхушек межзубных сосочков, вследствие чего они приобретают усеченную форму. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. | Определяется очагой остеопороз кортикальных пластинок у вершин межальвеолярных перегородок, расширение краевых отделов периодонтальной щели. |
| ПАРОДОНТИТ | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|--|
| 1. | Пародонтит лёгкой степени тяжести | Нарушение барьерных функций пародонта, ослабление защитных сил организма, предшествующий гингивит, травматическая окклюзия, атипичная артикуляция языка, снижение высоты прикуса, нарушение контактного пункта, аномалии прикрепления мягких тканей | На боль и кровоточивость десен, подвижность зубов, при чистке и еде | Наличие пародонтального кармана глубиной до 4 мм, гиперемия, отек, кровоточивость и цианоз десен, повышенным отложением зубного налета и зубного камня, образование трем. | Расширение периодонтальной щели, пришеечной области, остеопороз верхушек межзубных перегородок, разрушение компактной пластинки, резорбция межальвеолярных перегородок до 1/3 в |
| 2 | Пародонтит средней тяжести | | На боль и кровоточивость десен, подвижность зубов, при чистке и еде | Наличие пародонтального кармана глубиной до 5 мм, гиперемия, отек, кровоточивость десен, цианотичность, повышенным отложением зубного налета и зубного камня, образование трем. | Обнаруживается как горизонтальная, так и вертикальная резорбция межзубной перегородки до 1/2 длины корня. Резорбция костной ткани альвеолярного отростка в фуркационной зоне |

| | | | | | |
|-------------------|----------------------------|--|---|---|---|
| 3 | Пародонтит тяжёлой степени | | На боль и кровоточивость десен, подвижность зубов, при чистке и еде | Наличие пародонтального кармана глубиной до 6 мм, разрастание грануляций, пастозность десен с явлением застойной гиперемии, кровоточивость. Наличие зубного налета и поддесневого зубного камня. Подвижность зубов II-III степени. Смещение зубов, значительные тремы, травматическая окклюзия и артикуляция. | Деструкция зубной перегородки более 1/2 длины корня, расширение периодонтальной щели, выраженные признаки остеопороза. Горизонтальная и вертикальная резорбция межальвеолярных перегородок с образованием костных карманов. |
| ПАРОДОНТОЗ | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | <p>Пародонтоз</p> <p>А) Лёгкой степени Б) Средней степени В) Тяжёлой степени</p> | <p>Нервно-дистрофический генерализованный процесс, охватывающий все ткани пародонта и связанный с влиянием общих эндогенных факторов</p> | <p>На обнажение шеек зубов. Гиперчувствительность</p> | <p>Отсутствует воспалительные явления и пародонтальные карманы. Десна плотная, анемичная, её край плотно прилежит к поверхности зуба. Межзубные сосочки атрофированы. Рецессия десны с обнажением шеек зубов. Наблюдается патологическая стираемость твердых тканей зубов. Клиновидные дефекты. Оголение корня до 1/3 его длины. Оголение корня до 1/2 его длины. Оголение корня более 1/2 его длины. Указанные явления продолжают нарастать, вплоть до полной атрофии костной ткани альвеолы. Для заболевания характерна устойчивость зубов даже при I- II степени, ГИ, ПИ в пределах нормы</p> | <p>Определяется равномерная горизонтальная атрофия костной ткани альвеолярного отростка при сохранении кортикальных пластинок её склерозирование, сужение периодонтальной щели</p> |
|--|--|--|--|--|--|

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В. "Терапевтическая стоматология" М. 1989 г.
2. Боровский Е.В. и другие " Терапевтическая стоматология".- М.,2004 г.
3. Боровский Е.В., Баришева Ю.Д., Максимовский Ю.М. "Терапевтическая стоматология".- М.: Медицина, 1989.
4. Борисенко А.В., Неспрядько В.П. «Композиционные пломбировочные материалы в стоматологии»- М.-2002-224с.
5. Григорьян А.С., А.И.Грудянов А.И. и др. «Болезни пародонта»- Москва, 2004г
6. Дмитриева Л.Н. и др. « Терапевтическая стоматология". - М.,2004 г
7. Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А., Милихевич В.Ю. «Болезни пародонта» атлас, М., 1993.
8. Дунызина Т.М. и др. «Современные методы диагностики заболеваний пародонта»- С.Пет.2001.- 48с.
9. Иванов В.С. Воспаление пульпы зуба. - М., 1990.
10. Камилов Х.П., Хасанова Л.Э. и др. «Современные методы диагностики болезней пародонта»- Ташкент, 2004г
11. Лукиных М.Л. Кариес зубов.- Н. Новгород, 1996.
12. Мельниченко Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. - Минск, 1990.
13. Миллер В. Д. Руководство по терапевтической стоматологии. Изд-во НТМА, 1998
14. Муравянникова Ж.Г. «Болезни зубов и полости рта» Ростов-н/Дону. Феникс., 2006-414с.
15. Николаев А.И. и др Практическая терапевтическая стоматология. М., Медпрессинформ, 2004 г. – 548 с.
16. Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К. Кариес зубов. - М., 1986.
17. Степанов А.Е. Косметическое восстановление коронок зубов. - М., 1999.
18. Цимбалистов А.В. и др. «Светоотверждаемые композитные материалы» - С.Пет.-2001 -96с.
19. Цепов Л.М., Николаев А.И. «Диагностика и лечение заболеваний пародонта»- Москва, 2002
- 20.Руководство по стоматологии (практическое пособие) Луцкая И.К. 2002г.