

План

- Введение
- Пародонтальные индексы
- Пародонтальные индексы
- Вычисление парадонтальные индексы
- Определение пародонтального индекса
- Индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРІТN)

Введение

- Распространенность заболеваний пародонта, необходимость объективной их диагностики и сопоставимости результатов, полученных разными исследователями и врачами, привели к появлению большого количества индексов.

Пародонтальные индексы позволяют контролировать динамику заболевания в течение длительного времени, оценивать глубину и распространенность патологического процесса, сопоставлять эффективность различных методов лечения, производить математическую обработку получаемых результатов.

Пародонтальные индексы

Пародонтальные

индексы подразделяются на

- обратимые:
- необратимые
- сложные

Обратимые индексы

- При помощи обратимых индексов оценивают динамику заболевания пародонта, эффективность лечебных мероприятий. Эти индексы характеризуют выраженность таких симптомов, как воспаление и кровоточивость десен, подвижность зубов, глубину десневых и пародонтальных карманов. Наиболее распространенные из них - индекс РМА (Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс), пародонтальный индекс Рассела. В эту же группу можно отнести гигиенические индексы (Федорова-Володкиной, Green. Vermillion, Ramfjord и т. д.).
- В эту же группу можно отнести гигиенические индексы (Федорова-Володкиной, Green-Vermillion, Ramfjord и т.д.).

Необратимые индексы

- Необратимые индексы характеризуют выраженность таких симптомов заболеваний пародонта, как резорбция костной ткани альвеолярного отростка, атрофия десны. Примерами могут служить рентгенологический индекс, индекс десневой рецессии.

Сложные индексы

- Сложные индексы При помощи сложных пародонтальных индексов дают комплексную оценку состояния тканей пародонта. Например, при вычислении индекса Кечке (Kotzschke) учитывают индекс РМА, глубину пародонтальных карманов, степень атрофии десневого края, кровоточивость десен, степень подвижности зубов, йодное число Свракова.

Папиллярно-маргинальноальвеолярный индекс (РМА)

- Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) позволяет судить о протяженности и тяжести гингивита. Индекс может быть выражен в абсолютных цифрах или в процентах. Оценку воспалительного процесса производят следующим образом:
 - воспаление сосочка – 1 балл;
 - воспаление края десны – 2 балла;
 - воспаление альвеолярной десны – 3 балла.Оценивают состояние десны у каждого зуба.

Индекс вычисляют по следующей формуле

- Оценивают состояние десны у каждого зуба. Индекс вычисляют по следующей формуле:
- Индекс гингивита (РМА) = сумма показателей в баллах $\times 100/3$
 \times число зубов у обследуемого
где 3 - коэффициент усреднения.
- Число зубов при целостности зубного ряда зависит от возраста обследуемого:
- 6-11 лет - 24 зуба;
- 12-14 лет - 28 зубов;
- 15 лет и более - 30 зубов.
- При потере зубов исходят из фактического их наличия.

- Значения индекса при ограниченной распространенности патологического процесса достигают 25%; при выраженных распространенности и интенсивности патологического процесса показатели приближаются к 50%, а при дальнейшем распространении патологического процесса и увеличении его тяжести - от 51 % и более.

В практической работе индекс РМА можно использовать в целом ряде случаев:

- при профилактических осмотрах с целью выявления заболевания на ранних стадиях развития процесса;
- при обследовании пародонта у стоматологических больных;
- при лечении больного гингивитом или пародонтитом - для оценки тяжести болезни и эффективности лечения.

Определение пародонтального индекса

- Пародонтальный индекс (ПИ) (Рассел А., 1956), дает возможность учесть наличие как гингивита, так и других симптомов патологии пародонта: подвижность зубов, глубину клинического кармана и др.

Используют следующие оценки:

- 0 - нет изменений и воспаления;
- 1 - легкий гингивит (воспаление десны не охватывает весь зуб);
- 2 - гингивит без повреждения прикрепленного эпителия (клинический карман не определяется);
- 4 - исчезновение замыкающих кортикальных пластинок на вершинах альвеолярного отростка по рентгенограмме;
- 6 - гингивит с образованием клинического кармана, нарушения функции нет, зуб не подвижен;
- 8 - выраженная деструкция всех тканей пародонта, зуб подвижен, может быть смещен.
- Состояние пародонта оценивается у каждого имеющегося зуба. В сомнительных случаях ставят наивысшую из возможных оценок.

- Для расчета индекса полученные оценки складывают и делят на число имеющихся зубов по формуле:

Индекс ПИ = $\frac{\text{сумма оценок у каждого зуба}}{\text{число зубов у обследуемого}}$

Значение индекса оценивается следующим образом:

- 0,1-1,0 - начальная и легкая степень патологии пародонта;
- 1,5-4,0 - средне-тяжелая степень патологии пародонта;
- 4,0-8,0 - тяжелая степень патологии пародонта.

Индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРІТN)

- Для определения индекса СРІТN необходимо обследовать окружающие ткани в области десяти зубов, представленных ниже:

17 / 16 11 26 / 27
47/46 31 36/37

Указанная группа зубов создает полное представление о состоянии тканей пародонта обеих челюстей.

Исследование проводится методом зондирования для выявления кровоточивости, над- и поддесневого «зубного камня», клинического кармана с помощью специального (пуговчатого) зонда.

- Оценка индекса CPITN осуществляется по следующим кодам:
- 0 - нет признаков заболевания;
- 1 - кровоточивость десны после зондирования;
- 2 - наличие над- и поддесневого «зубного камня»;
- 3 - клинический карман глубиной 4-5 мм;
- 4 - клинический карман глубиной 6 мм и более.
- В соответствующих ячейках регистрируют состояние лишь шести зубов. При обследовании 17 и 16, 26 и 27, 36 и 37, 46 и 47 зубов учитывают коды, соответствующие более тяжелому состоянию. Например, если в области 17 зуба обнаружена кровоточивость, а в области 16 - «зубной камень», то в ячейку заносят код, обозначающий «зубной камень» (т.е. 2).

Если какой-либо из указанных зубов отсутствует, то осматривают зуб, рядом стоящий в зубном ряду. При отсутствии и рядом стоящего зуба ячейка зачеркивается диагональной чертой и не участвует в сводных результатах.

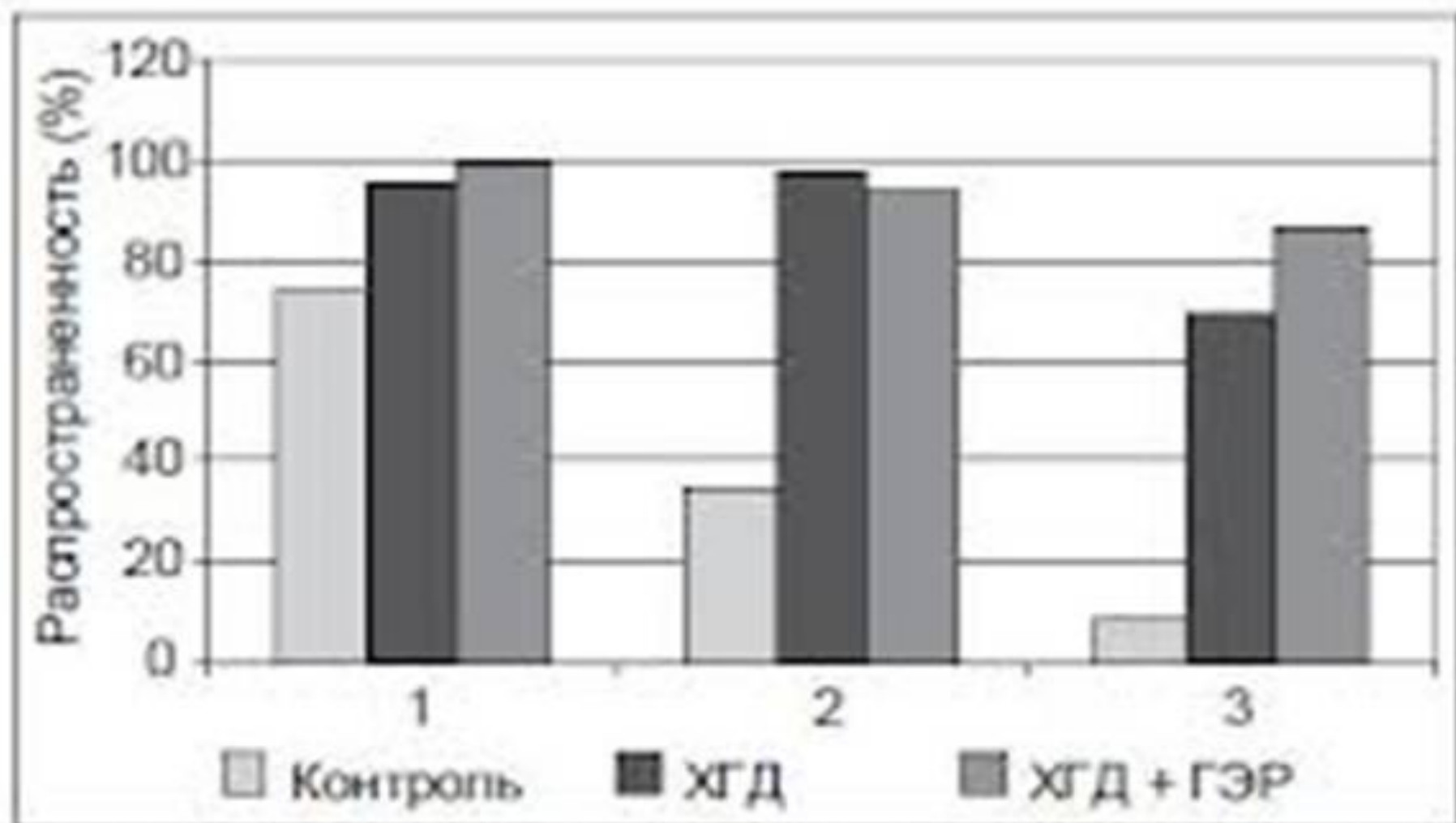
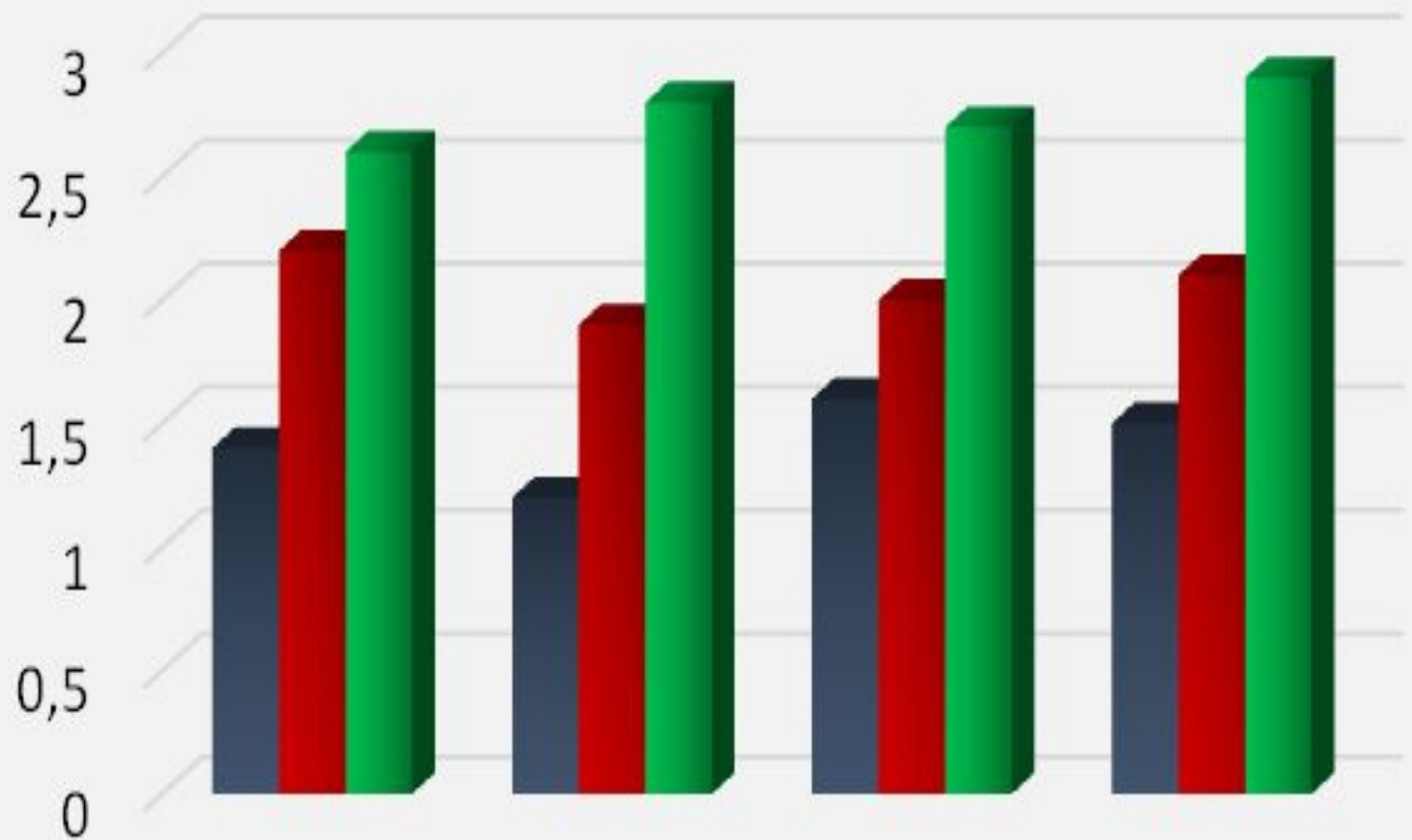


Рисунок 1. Распространенность стоматологической патологии у обследованных групп детей: 1 — кариес зубов; 2 — хронический гингивит; 3 — патология слизистой оболочки полости рта



■ гингивита нет ■ легкий гингивит ■ средний гингивит

Индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта, CPITN (Community Periodontal Index of treatment Needs, CPITN, рекомендован ВОЗ).

Для оценки этого индекса регистрируют три показателя: наличие или отсутствие кровоточивости десны, наличие над- или поддесневого зубного камня, пародонтальные кармана (неглубокие - 4-5 мм и глубокие - 6 мм и более).

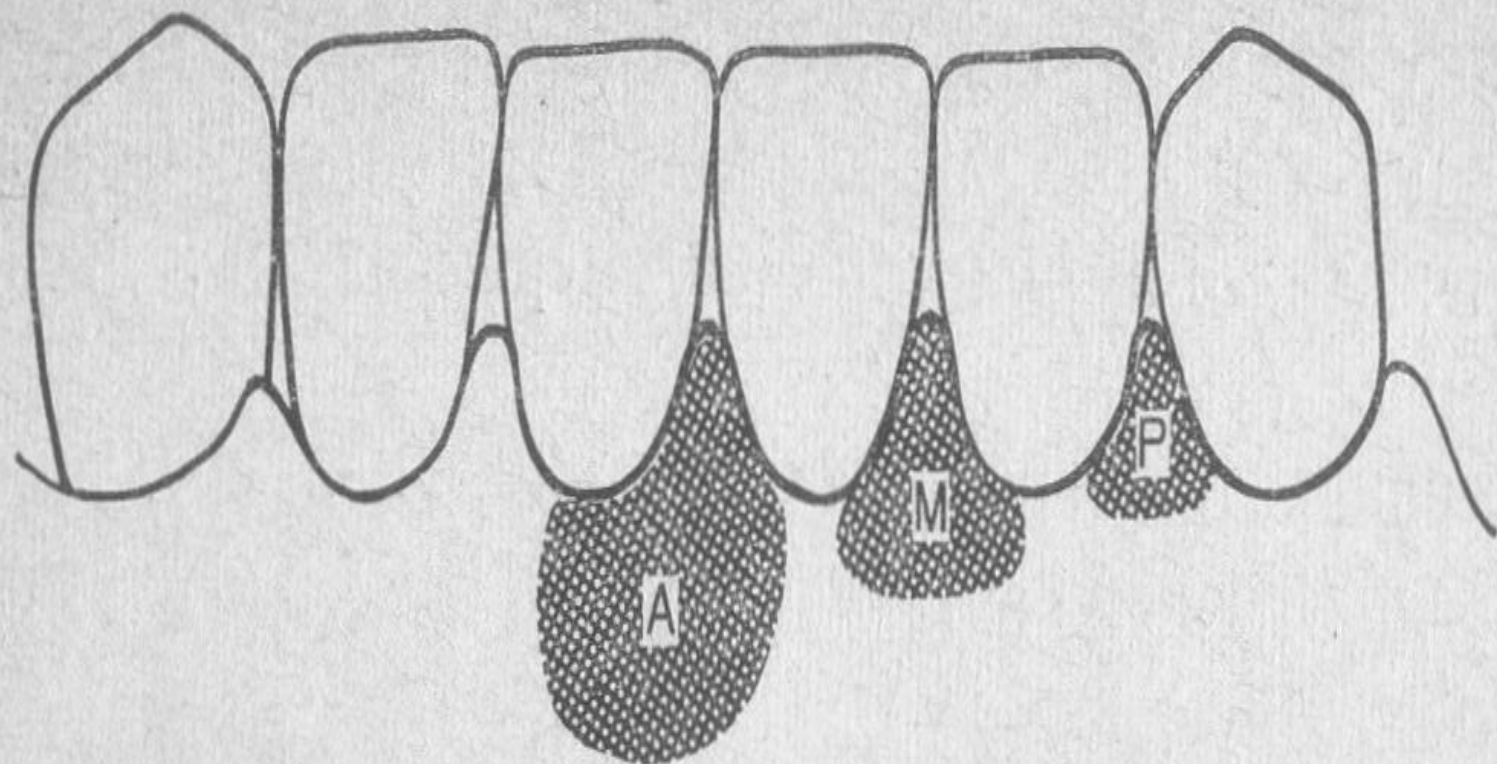


Рис. 7. Метод определения индекса РМА.

Р — папиллярная десна; М — маргинальная десна; А — альвеолярная десна.

$$\text{РМА (индекс гингивита)} = \frac{\text{Сумма РМА} \times 100}{3 \times \text{число зубов}}$$

Воспаление папиллярной десны (Р) оценивается в 1 единицу; маргинальной (М) в 2 единицы; альвеолярной (А) в 3 единицы.

Оценочные критерии гигиены полости рта по индексу Федорова – Володкиной

Показатель индекса в баллах	Уровень гигиены
1,1–1,5	Хороший
1,6–2,0	Удовлетворительный
2,1–2,5	Неудовлетворительный
2,6–3,4	Плохой
3,5–5,0	Очень плохой

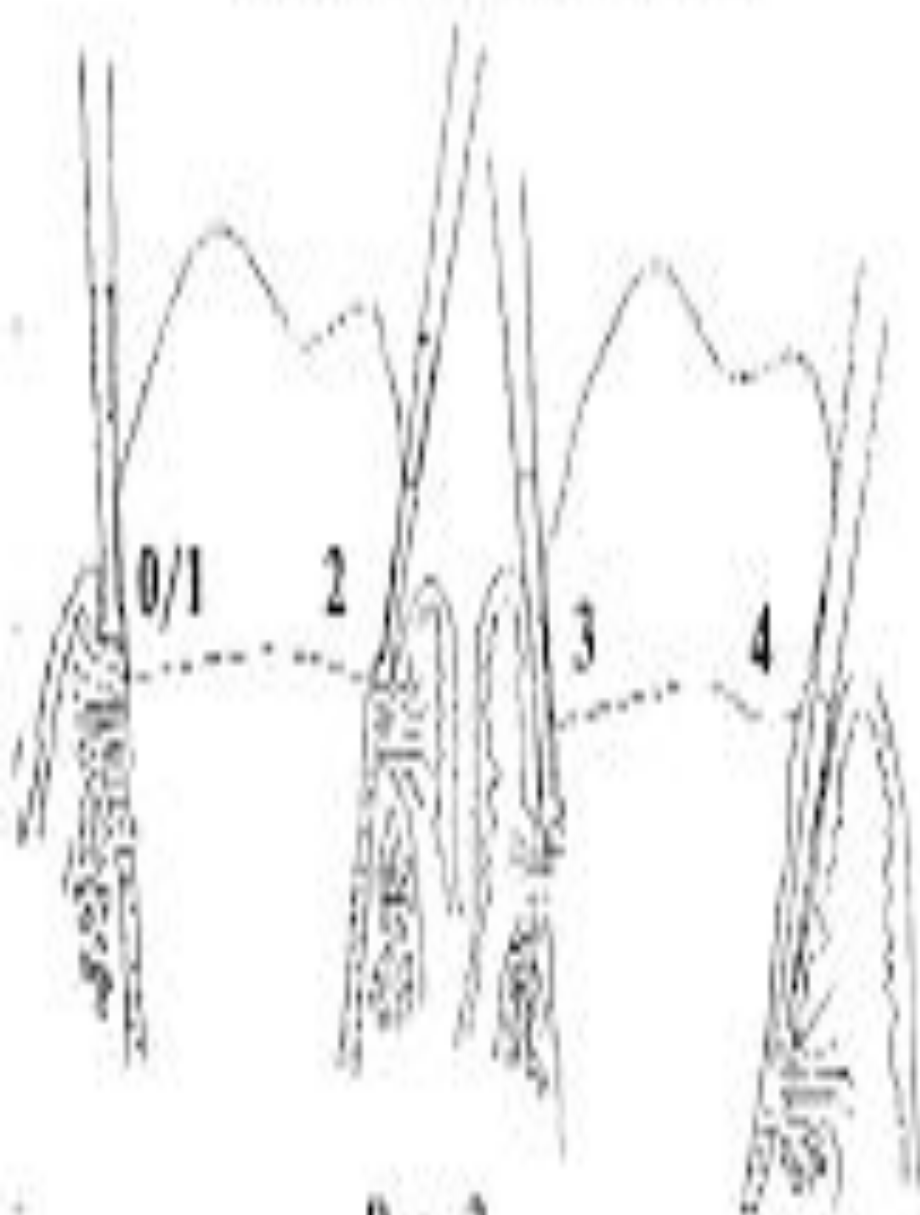


Рис. 2.

- Код 0 - здоровые ткани;
- Код 1 - кровоточивость;
- Код 2 - зубной камень;
- Код 3 - патологический карман 4 или 5 мм;
- Код 4 - патологический карман 6 мм и более.

Особенности строения пародонта у детей

Десна



Ярко окрашена, зернистость менее выражена, плотность соединительной ткани небольшая, большая глубина десневых бороздок

Цемент корня



Более тонкий, Менее плотный, Гиперплазия в Участке прикрепления эпителия.

Пародонтальная связка



Расширена, тонкие, тонкие нежные волокна, усиленное лимфо- и кровоснабжение, нет стабильной структуры и формы

Альвеолярная кость



Плоский гребень, тонкая решетчатая пластинка, в пространствах губчатого вещества, меньшая степень минерализации

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

1. Десна.

- a) Наиболее васкуляризована, эпителий имеет тонкий слой ороговевших клеток, по этому окраска десны более яркая.
- b) Имеет более выраженную зернистость поверхности из-за незначительного углубления эпителиальных сосочков.
- c) Отличается небольшой плотностью соединительной ткани
- d) Характеризуется небольшой глубиной десневых бороздок
- e) В период прорезывания зубо-десневой край имеет округлые края с явлениями отека и гиперемии.

2. Цемент корня.

- a) Более тонкий
- b) Менее плотный
- c) Имеет тенденцию к гиперплазии в участке прикрепления эпителия.