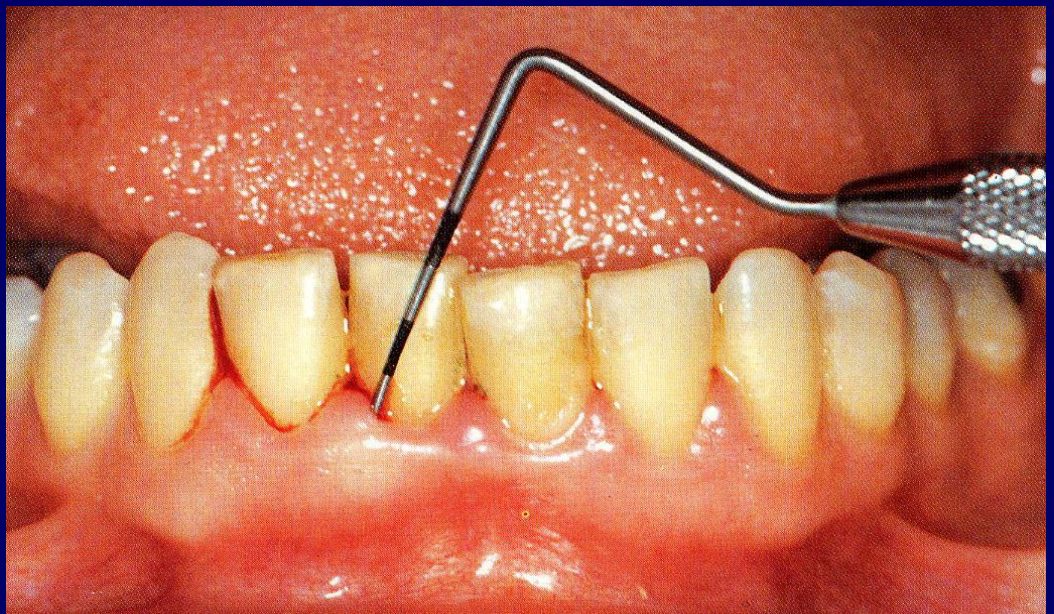


Клиническая картина ГИНГИВИТОВ, пародонтита.



ГИНГИВИТ – ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ МЕСТНЫХ И ОБЩИХ ФАКТОРОВ, НЕРЕДКО ИХ СОЧЕТАНИЕМ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОДЕСНЕВОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ.





Современные подходы к классификации гингивита

- По этиологическому признаку выделяют: травматический, химический (токсический, в том числе и медикаментозный) гингивит, гингивит подростков, гингивит беременных, гингивит при болезнях крови и т.д.
- По локализации различают: локализованный процесс охватывает не более 30% тканей десны, окружающей имеющиеся зубы, при изменениях более, чем в 30% - патология носит генерализованный характер.
- По характеру морфологических изменений: катаральный, язвенный, язвенно-некротический, гипертрофический (гиперпластический).

«Степень тяжести» гингивита:

- легкая степень поражения (воспаления) - когда процесс локализован в части межзубных сосочков;
- средней тяжести - воспаление распространяется на маргинальную часть десны, вовлекая весь десневой сосочек и часть слизистой альвеолярного отростка;
- тяжелая степень – гиперемия и отек распространяются на слизистую оболочку альвеолярного отростка вплоть до переходной складки.

Патогенез гингивита

- **Определяется причиной (или неблагоприятными факторами), вызвавшей воспаление.**
- **В десне он тесно связан с нарушениями тканевой и сосудистой проницаемости. В бороздковой части десны скапливаются полиморфноядерные лейкоциты (вследствие хемотаксиса и других причин).**
- **В результате гибели клеток появляются биологически активные вещества.**

ХАРАКТЕРНЫЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИНГИВИТА:

- НАЛИЧИЕ НЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ
- КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ЛЕГКОМ ЗОНДИРОВАНИИ ДЕСНЕВОЙ БОРОЗДЫ
- ОТСУТСТВИЕ ДЕСНЕВОГО КАРМАНА
- ОТСУТСТВИЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИЗНАКОВ ДЕСТРУКЦИИ
- ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ НЕ СТРАДАЕТ



Общие клинические изменения десен при гингивите

	Здоровые десны	Гингивит
Цвет	Бледно-розовый	Багровый/синюшно-багровый
Размер	Межзубные промежутки заполнены десневыми сосочками; граница между десневым краем и поверхностью зуба четко очерчена; глубина десневой бороздки < 3мм.	Отечность десен; образование ложных десневых карманов.

Общие клинические изменения десен при гингивите

	Здоровые десны	Гингивит
Очертания	Рельефные, четко-очерченные	Отечность маргинальной и папиллярной десны приводит к потере четко очерченных десневых контуров.
Плотность	Твердые	Рыхлые; с возникновением ямки при надавливании.
Тенденция к кровоточивости	Кровоточивость отсутствует	Кровоточивость при зондировании

Катаральный гингивит

- Катаральный гингивит проявляется в острой и хронической форме: K05.0 – острый гингивит, K05.10 – простой маргинальный гингивит
- Острое течение воспалительного процесса является, как правило, результатом общих инфекционных воздействий (интоксикации), в то время как хроническое течение обусловлено преимущественно местными факторами (недостаточной гигиеной полости рта, отсутствием самоочищения) и т.д

ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ

ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ (ВИРУСНЫХ) И ДРУГИХ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, В ПЕРИОД ПРОРЕЗЫВАНИЯ И СМЕНЫ ЗУБОВ.



Острый катаральный гингивит

- При остром гингивите из-за сильного отека десны эпителий выглядит натянутым, блестящим.
- При пальпации десна болезненна, легко кровоточит. Больные отмечают чувство жара, боль, кровоточивость десен при приеме пищи, чистке зубов.
- Начальным признаком заболевания является гиперемия маргинального участка десны.
- Десневой край теряет свои нормальные очертания, вершины межзубных сосочков закруглены.

ХРОНИЧЕСКИЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ

- КРОВОТОЧИВОТЬ
- ДЕСНА ГИПЕРЕМИРОВАНА, ОТЕЧНА
- ЗУБОДЕСНЕВОЕ СОЕДИНЕНИЕ СОХРАНЕНО
- НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ, НО ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ОСТЕОПОРОЗ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК И РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ



Простой маргинальный гингивит



Гипертрофический (K05.11 – гиперпластический) гингивит:

- Аккумуляция биопленки, затем зубной бляшки;
- Гормональные нарушения (метаболические нарушения под влиянием эндокринных сдвигов при наличии микробных скоплений) во время пубертатного, климактерического периода, периода беременности, при заболеваниях щитовидной, поджелудочной, половых желез;
- Наследственная предрасположенность;
- Побочное действие лекарственных препаратов – антиэпилептических (Дифенилгидантоина), блокаторов кальциевых каналов (Нифедипин, Верамил), иммуносупрессивных средств (Циклоспорин А), оральных контрацептивов;
- Аномалии развития зубочелюстной системы: глубокий прикус, глубокое резцовое перекрытие, скученность зубов;
- Хроническая травма пародонта нависающими краями пломб, кламмерами, искусственными коронками. Элементами брекет-системы и др.
- **Наиболее интенсивно гиперплазия десны развивается при сочетанном воздействии микробной бляшки, с одной стороны, и системных факторов – с другой.**

Терминология

«Гипертрофия» - разрастание ткани в результате увеличения объема и массы клеток.

«Гиперплазия» - объемное разрастание ткани в результате увеличения числа клеток путем их избыточного новообразования.

В основе гипертрофии лежат гиперпластические процессы, обусловленные доброкачественным разрастанием волокнистых структур собственной пластинки десны.

ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ

ХРОНИЧЕСКИЙ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ
ПРОЦЕСС В ТКАНЯХ ДЕСНЫ
С ПРЕОБЛАДАНИЕМ
ПРОЛИФЕРАЦИИ.

ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
ВЫДЕЛЯЮТ:

- **ЛЕГКАЯ** – ГИПЕРТРОФИЯ
ДЕСНЕВЫХ СОСОЧКОВ
НА $\frac{1}{3}$ ВЫСОТЫ КОРОНКИ
- **СРЕДНЯЯ** – НА $\frac{1}{2}$ ВЫСОТЫ
КОРОНКИ
- **ТЯЖЕЛАЯ** – БОЛЕЕ $\frac{1}{2}$
ВЫСОТЫ КОРОНКИ





ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ

ОТЕЧНАЯ ФОРМА:

- ДЕСНЕВЫЕ СОСОЧКИ УВЕЛИЧЕНЫ, СИНЮШНОГО ЦВЕТА, С БЛЕСТЯЩЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ
- КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ПРИКОСНОВЕНИИ И ЗОНДИРОВАНИИ
- ОБРАЗОВАНИЕ ЛОЖНЫХ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ – ЭПИТЕЛИАЛЬНОЕ ПРИКРКПЛЕНИЕ НЕ НАРУШЕНО
- БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ И ЧИСТКЕ ЗУБОВ



ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ

ФИБРОЗНАЯ ФОРМА:

- ДЕСНЕВЫЕ СОСОЧКИ РАЗРОСШИЕСЯ, ПЛОТНЫЕ, С БУГРИСТОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ
- ЦВЕТ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НЕ ИЗМЕНЕН
- ЛОЖНЫЕ ЗУБОДЕСНЕВЫЕ КАРМАНЫ
- ОТЛОЖЕНИЯ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ
- КРОВОТОЧИВОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ





Фото 1. Пациент И., 24 года. Клиническое состояние десны до лечения.



Фото 3. Клиническое состояние десны сразу после снятия зубных отложений с верхних и нижней челюстей. 20.05.2013 г.



Фото 11. Пациент Н., 29 лет, диагноз — генерализованный гиперпластический гингивит средней степени тяжести. Клиническое состояние десны до лечения. 05.03.2015 г.



Фото 15. Пациент Х., 26 лет, диагноз — гиперпластический гингивит тяжелой степени. Клиническое состояние десны до лечения. 18.11.2015 г.

Факторы, обуславливающие развитие язвенного гингивита (КО5.12)

- А) после общих заболеваний (грипп, ангина)**
- Б) при несбалансированном питании (по белкам)**
- В) при отравлении солями тяжелых металлов**
- Г) дефицит витаминов**
- Д) после перенесенного психоэмоционального стресса (вызывает блокаду системы мононуклеарных макрофагов и стимулирует продукцию глюкокортикоидов)**
- Е) при затрудненном прорезывании зубов мудрости**
- Ж) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта большое количество кариозных (разрушенных) зубов, наличие на зубных отложений**

В патогенезе гингивита основное значение имеет:

- изменение общей реактивности организма**
- снижение резистентности тканей десны к аутоинфекции полости рта (грамотрицательным бактериям)**

Преобладающая флора

- стафилококки
- стрептококки
- фузоспирохеты
- спирохеты
- десневая амеба
- трихомонада (вызывает некротические изменения в соединительной ткани пародонта).

Клиника

- Протекает генерализованно.
- Различают острое и хроническое течение.
- Степень тяжести определяется распространенностью воспаления и выраженностью интоксикации организма: легкая, средняя, тяжелая.



Фибринозная пленка состоит из фибрина, некротической ткани, лейкоцитов, эритроцитов и множества бактерий.











ОБЩИЕ СИМПТОМЫ:

- недомогание
- повышение температуры тела
- увеличение и болезненность лимфатических узлов
- головная боль
- разбитость
- бессонница
- потеря аппетита
- расстройство пищеварения
- изменение форменных элементов крови
- повышенное СОЭ

Данные объективного обследования

- **Легкая степень:** некроз межзубных сосочков и части краевой десны, наличие четкая линия между здоровой и пораженной десной.
- **Средняя степень:** распространяется на альвеолярную десну, ухудшается общее состояние организма.
- **Тяжелая степень:** многие десневые сосочки некротизированы, выраженная интоксикация организма, регионарный лимфаденит

Диагностика

1. Клинический анализ крови: при обширных поражениях ускоренная СОЭ (до 20 мм/ч), увеличение кол-ва лейкоцитов (8-9 тыс.), сдвиг формулы влево.
2. Микроскопия мазков: кокковая флора с преобладанием фузобактерий и спирохет.
3. Цитология: картина неспецифического воспаления.
4. Рентгенологическое исследование: расширение краевых отделов периодонтальной щели и очаговый остеопороз кортикальных пластинок (обратимы)

Следует помнить!

Язвенный гингивит может наблюдаться при системных заболеваниях крови и вторичном рецидивном сифилисе, при СПИДе, при лучевой болезни, при заболеваниях ССС, что требует дополнительных методов исследования (общий анализ крови, кровь на МРС и RW, исследование на ВИЧ-инфекцию).

- **При язвенном гингивите средней и тяжелой формы дефекты соединительного эпителия и постнекротические дефекты десны необратимы.**

Десквамативный гингивит (K05.13)

- Связан с проявлениями различных дерматозов в полости рта.
- Легкая форма – ограниченная локализация, малоболезненное или безболезненное покраснение в области всех зон десны.
- Средняя тяжесть – повышенная чувствительность к термическим и химическим раздражителям, возникновение болезненных эрозий на десне.
- Тяжелая форма – значительная протяженность и диффузное поражение тканей десны. Пузырьки и эрозии разных размеров с обрывками эпителия по краям. Сухость во рту, чувство жжения. Изменения появляются на других участках СОПР.

Десквамативный гингивит (K05.13)

- На фоне КПЛ (у женщин в постклимактерическом периоде) элементы поражения локализуются на десне: бляшкообразные багровые образования без поверхностного эпителия, плотные и кровоточащие при зондировании.
- При СКВ – на десне резкая гиперемия с участками ороговения и атрофическим центром.

Десквамативный гингивит (K05.13)

- При вульгарной пузырчатке – поражается передний отдел десны, белесоватость за счет интенсивного сдувания эпителия вследствие акантолиза. Четко ограниченные эрозии на вершинах межзубных сосочков, красные, болезненны и кровоточат при дотрагивании. Положительны симптомы краевого отслоения эпителия.
- При доброкачественной неакантолитической пузырчатке – пузырь с плотной крышкой на фоне гиперемированной и резко болезненной десны. После вскрытия эрозия покрывается фибринозным плотным налетом.

Десквамативный ГИНГИВИТ



Атрофический гингивит

- Следствием хронического воспалительного процесса в десне может быть так называемый атрофический гингивит, когда десна постепенно уменьшается в объеме, шейки зубов оголяются, появляется чувствительность их к температурным и другим раздражителям.
- Разновидностью такого поражения десны является т.н. V-образный («обнажающий») гингивит.

Атрофический гингивит (локализованная форма)



Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией связочного аппарата периодонта и альвеолярной кости.

Обнаруживают у 80-100% пациентов старше 35 лет, после 50 лет – главная причина потери зубов.

Здоровые зубы



Пародонтит



Здоровые десны

Нормальный уровень костной ткани



Десны отдалены от зубов

Глубокие десневые карманы

Кость повреждена



Ведущие симптомы клинических проявлений пародонтита:

- Глубина пародонтального кармана,
- Степень резорбции костной ткани,
- Развитие подвижности зубов.

По течению различают :

острый и хронический пародонтит.

Клиническое проявление пародонтита зависит:

- от тяжести,
- характера течения,
- распространенности процесса.

Локализованный пародонтит развивается под влиянием местных причин:

- попадания пломбировочного материала в межзубной промежуток,
- окклюзионной травмы (раннее удаление моляров, аномалии прикуса),
- плохо изготовленные протезы и др.

Генерализованный пародонтит

развивается при длительном течении процесса на фоне общих заболеваний вследствие нарушения барьерной функции пародонта и иммунологической реактивности организма.

Выделяют стадию активного течения и ремиссию.

В стадии активного течения различают легкую, среднюю и тяжелую степень.

Пародонтит, как правило, является следствием гингивита.

Прогрессирование воспаления в десне (вследствие действия микроорганизмов зубного налета, отсутствия лечебных воздействий, изменения реактивности организма) → разрушение зубодесневого соединения → эпителий десневой бороздки и соединительный эпителий замещаются ротовым → разрастание грануляционной ткани → деструкция связочного аппарата периодонта → активация деятельности остеокластов → резорбция костной ткани альвеолярного отростка → формирование пародонтального кармана

Основные направления распространения воспалительного процесса при пародонтите:

1. Наиболее часто воспалительно-деструктивный процесс, после разрушения кортикальной пластинки кости межзубной перегородки, распространяется на ***губчатое вещество***.
2. К ***периодонтальной щели***, резорбция идет вертикально с образованием костных карманов и абсцессов.
3. К ***надкостнице***, формируются глубокие пародонтальные карманы между десной и костью с вестибулярной или оральной поверхности альвеолярного отростка с выделением гноя, возможно абсцедирование. Происходит рассасывание костной ткани.

K05.2 – острый пародонтит

Характерна ноющая боль, иногда сильная пульсирующая боль, усиливающаяся во время еды, ощущение подвижности 1-2 зубов.

Всегда устанавливается связь имеющихся изменений с наличием травматического фактора.

ПАРОДОНТИТ

ОСТРЫЙ ПАРОДОНТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ РЕДКО И СВЯЗАН С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЗУБОДЕСНЕВОГО СОЕДИНЕНИЯ ВСЛЕДСТВИИ ОСТРОЙ ТРАВМЫ

ПОРАЖЕНИЕ
ЛОКАЛИЗОВАННОЕ

- ВЫЯВЛЯЕТСЯ ГИПЕРЕМИЯ, ОТЕК ДЕСНЫ
- ЗУБОДЕСНЕВОЕ СОЕДИНЕНИЕ НАРУШЕНО – ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЕСНЕВОЙ КАРМАН РАЗЛИЧНОЙ ГЛУБИНЫ С СЕРОЗНЫМ ИЛИ ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ
- НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ НЕТ



K05.3 – хронический пародонтит

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) легкой степени тяжести сопровождается неприятными ощущениями в десне, зудом, кровоточивостью при чистке зубов и откусывании жесткой пищи, иногда появлением неприятного запаха изо рта.

Часто эта стадия пропускается пациентами, обращаются за помощью по рекомендации терапевтов-стоматологов или ортопедов, ортодонтотв.

ПАРОДОНТИТ

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ

ЛЕКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- ДЕСНЕВОЙ КРАЙ ОТЕЧЕН, ГИПЕРЕМИРОВАН
- ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ 3 -3,5 ММ
- ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ НЕТ
- НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ РЕЗОРБЦИЯ ВЕРШИН МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК НА 1/3 ИХ ВЕЛИЧИНЫ, ОЧАГИ ОСТЕОПОРОЗА



ХГП средней степени тяжести:

- Неприятный запах изо рта,
- Значительная кровоточивость десен во время чистки зубов и при откусывании пищи,
- Иногда появляющаяся болезненность при жевании,
- Подвижность и смещение зубов.

ПАРОДОНТИТ

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ

СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- ГИПЕРЕМИЯ С ЦИАНОЗОМ ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ДЕСНЫ
- ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ 4-5 ММ
- ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ I-II СТЕПНИ
- НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК ДОСТИГАЕТ 1/2 ДЛИНЫ КОРНЯ



ХГП тяжелой степени тяжести:

- Боль в деснах,
- Затрудненное жевание,
- Кровоточивость десен,
- Подвижность, веерообразное смещение зубов верхней и нижней челюсти.

Пациенты из-за боли и сильной кровоточивости отказываются от чистки зубов → ухудшение гигиенического состояния полости рта → усиление воспаления.

ПАРОДОНТИТ

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ

ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

- ГИПЕРЕМИЯ С ЦИАНОЗОМ ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ДЕСНЫ
- ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ ГЛУБИНОЙ 5-8 ММ
- ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ II–III СТЕПНИ
- НА РЕНТГЕНОГРАММЕ РЕЗОРБЦИЯ КОСТИ ПРЕВЫШАЕТ 2/3 ДЛИНЫ КОРНЯ



Хронический пародонтит легкой и средней степени тяжести



- При беглом осмотре выявляется гингивит и отсутствие межзубных сосочков. Первый нижний правый моляр удален 30 лет назад, что привело к постепенному смещению и наклону зубов с образованием промежутков. Окклюзия неполноценная.

Обострение хронического пародонтита.

Связано со снижением резистентности организма (после ОРВИ, пневмонии, на фоне сердечно-сосудистой недостаточности), функциональной перегрузкой отдельных зубов.

Сопровождается появлением сильной пульсирующей постоянной боли, повышением температуры тела до 37,5-38 градусов, недомогание.

Слизистая оболочка десны ярко-красного цвета, кровоточит, при пальпации выделяется гной, определяется пародонтальный абсцесс в области 1-2 зубов.

Пародонтальный абсцесс: K05.20 – периодонтальный абсцесс (пародонтальный абсцесс) десневого происхождения без свища, K05.21 – со свищом.

- *О п р е д е л е н и е* . Локализованная гнойная инфекция в пределах сопряжённых с пародонтальным карманом тканей, приводящая к деструкции периодонтальной связки и альвеолярной кости челюсти.
- *К л и н и ч е с к и е* *п р о я в л е н и я* включают комбинацию следующих признаков и симптомов: ткань десны над абсцессом отёчная, с гладкой блестящей поверхностью, боль при дотрагивании; гнойный экссудат, увеличение глубины зондирования. При перкуссии отмечается болезненность, зубы могут иметь подвижность. Отмечается быстрая потеря зубодесневого прикрепления. Иногда пародонтальный абсцесс сочетается с осложнениями, возникшими вследствие неправильно проведённого эндодонтического лечения.
- Самостоятельно дренируется через свищ или маргинальную десну.

Часто сопровождается ХГП средней и тяжелой степени, острый пародонтит.

Хронический пародонтит тяжелой степени

- **Пародонтальный свищ и гноетечение.** С дистальной стороны зуба 11 выявлен пародонтальный карман глубиной 13 мм; зуб подле жит удалению. После зондирования возникает гноетечение из свища и из-под десневого края.

- **Пародонтальный абсцесс.** С мезиальной стороны зуба 47 расположен карман глубиной 12 мм. Сформировался абсцесс который вот-вот вскроется.

- **Смещение и наклон зубов.** После утраты зуба 42 произошел наклон зуба 41, появился промежуток. При глотании пациент прокладывает язык между зубами.

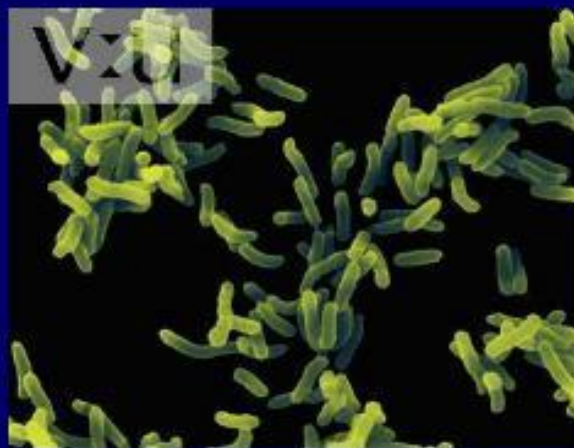
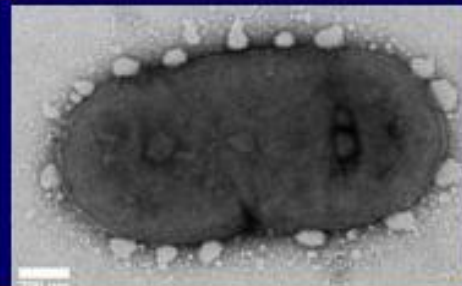
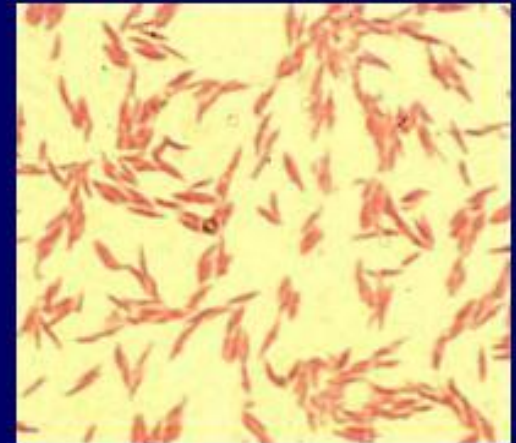
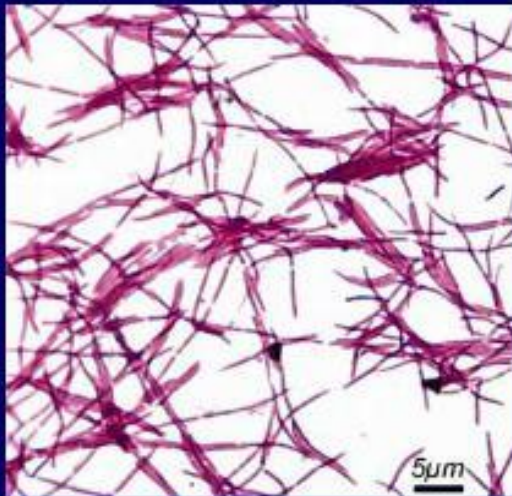


АГРЕССИВНЫЕ ФОРМЫ ПАРОДОНТИТА

- ПРЕПУБЕРТАННЫЙ (ДО 12 ЛЕТ)
- ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ЮВЕНИЛЬНЫЙ
(13-17 ЛЕТ)
- ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ЮВЕНИЛЬНЫЙ
(13-17 ЛЕТ)
- БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИЙ
ПАРОДОНТИТ (17-35 ЛЕТ)

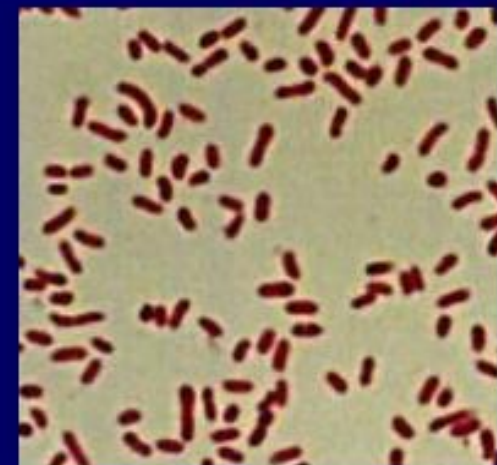
МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ АГРЕССИВНЫЕ ФОРМЫ ПАРОДОНТИТА

ACTINOBACILLUS
ACTINOMYCETEMCOMITANS
NS
PORPHYROMONAS
GINGIVALIS,
PREVOTELLA
INTERMEDIA



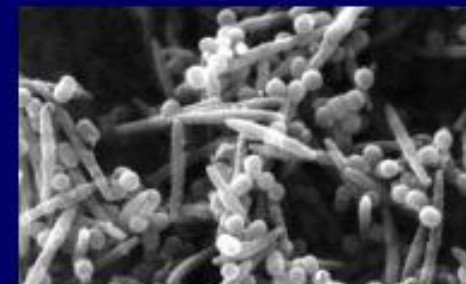
ОБЛАДАЮТ:

- ВЫСОКОЙ АГРЕССИВНОСТЬЮ
- СПОСОБНОСТЬЮ ПРОНИКАТЬ В ТКАНИ ПАРОДОНТА
- ВЫДЕЛЯЮТ ВЕЩЕСТВА, АКТИВНО РАЗРУШАЮЩИЕ КОЛЛАГЕНОВЫЕ ВОЛОКНА



НАРУШЕНИЕ
ХЕМОТАКСИСА
СНИЖЕНИЕ ФАГОЦИТО
ЗА

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ
АКТИВНОСТЬ
МИКРООРГАНИЗМОВ



ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
ПОЛИМОРФНО-
ЯДЕРНЫХ
ЛЕЙКОЦИТОВ



НАРУШЕНИЯ АНАТОМО-
ТОПОГРАФИЧЕСКИХ
ПАРАМЕТРОВ ТКАНЕЙ
ПАРОДОНТА

АГРЕССИВНЫЕ
ФОРМЫ ПАРОДОНТИТА



- МЕЛКОЕ ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА
- НАРУШЕНИЕ ПРИКРЕПЛЕНИЯ УЗДЕЧЕК
- МОЩНЫЕ ТЯЖИ ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКИ
- ПАТОЛОГИЯ ПРИКУСА
- СУПРАКОНТАКТЫ И ОТСУТСТВИЕ СТИРАЕМОСТИ ЭМАЛЕВЫХ БУГРОВ

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ И КЛИНИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ УБЫЛЬ КОСТНОЙ ТКАНИ
НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ АДЕКВАТНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ
И ПРОИСХОДИТ ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ СКОПЛЕНИИ ЗУБНОГО НАЛЕТА**

ПРЕДПУБЕРТАТНЫЙ ПАРОДОНТИТ

**РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ ОБЩЕЙ
ГУМОРАЛЬНОЙ И КЛЕТОЧНОЙ
ЗАЩИТНОЙ РЕАКЦИИ ИЛИ
ВРОЖДЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ
НА ФОНЕ
ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИИ**

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ПАРОДОНТИТ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ПАРОДОНТИТ

**МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ДАННУЮ
ФОРМУ ПАТОЛОГИИ ОБЛАДАЮТ
МОЩНЫМ ПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОТЕНЦИАЛОМ
В ОТНОШЕНИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА.
ТОКСИНЫ ЭТИХ БАКТЕРИЙ БЛОКИРУЮТ
РЕЦЕПТОРЫ НЕЙТРОФИЛОВ,
ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ
ХЕМОТАКСИС В ЗОНУ ПОВРЕЖДЕНИЯ, И НЕ
ПОЗВОЛЯЮТ ИМ НАКАПЛИВАТЬСЯ.**



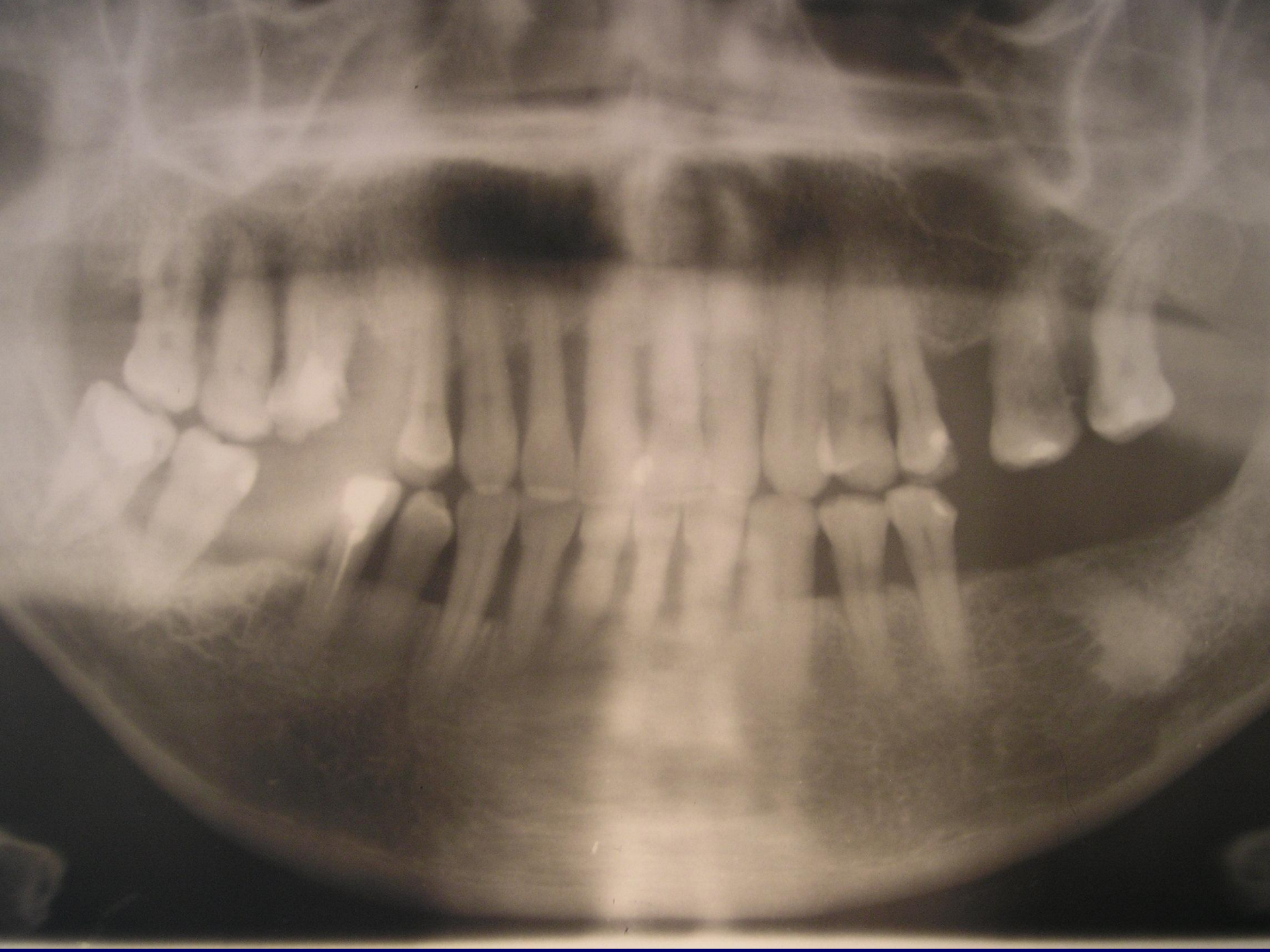








Рентгенологическая картина пародонтита



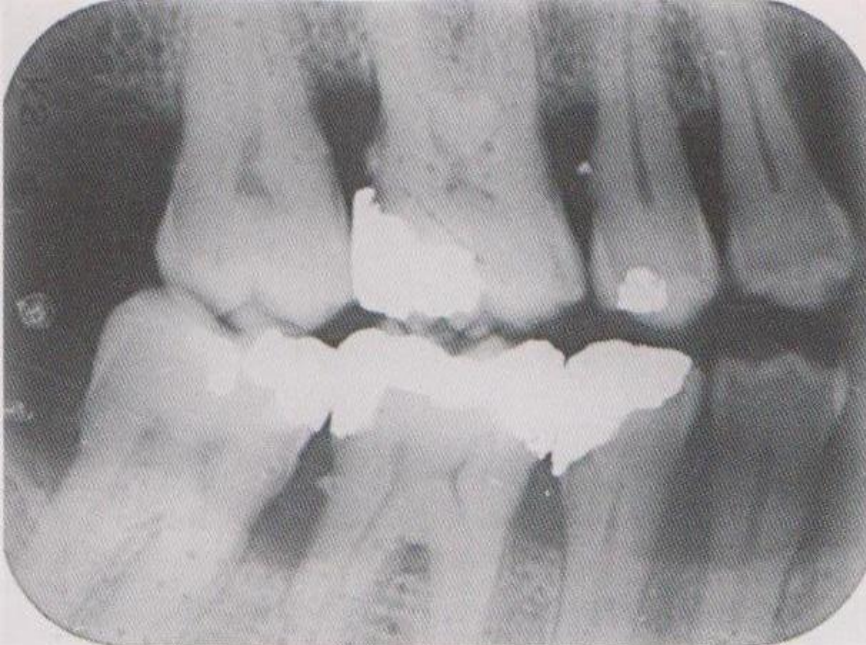


Рис. 4.4. Интерпроксимальная рентгенограмма верхних и нижних премоляров и моляров. Высота межзубных перегородок снижена на $\frac{1}{2}$ длины корней (2-я степень пародонтита), видны зубные отложения.

Рис. 4.5. Внеротовая рентгенограмма в косой контактной проекции. Высота межзубных перегородок в области 12–14, 41–45 снижена на $\frac{1}{2}$ длины корней (2-я степень).

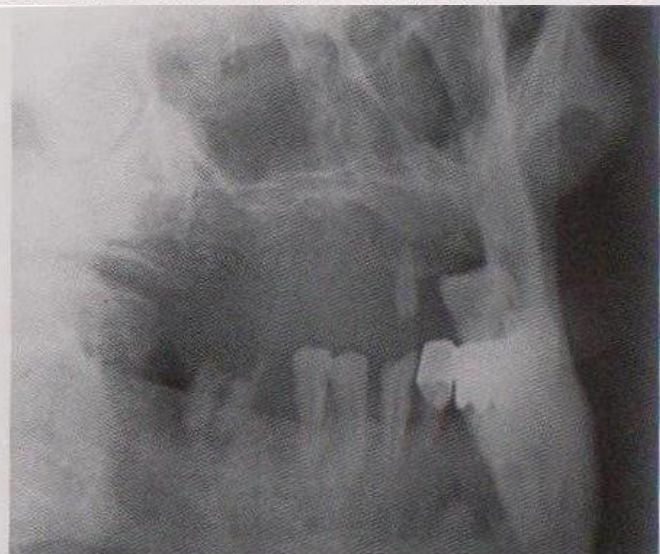


Рис. 4.6. Внеротовая рентгенограмма в косой контактной проекции. Высота межзубных перегородок в области 13, 41–45, 47 зубов снижена на $\frac{1}{2}$ длины корней (2-я степень). Глубокий кариес, хронический периодонтит у 47.

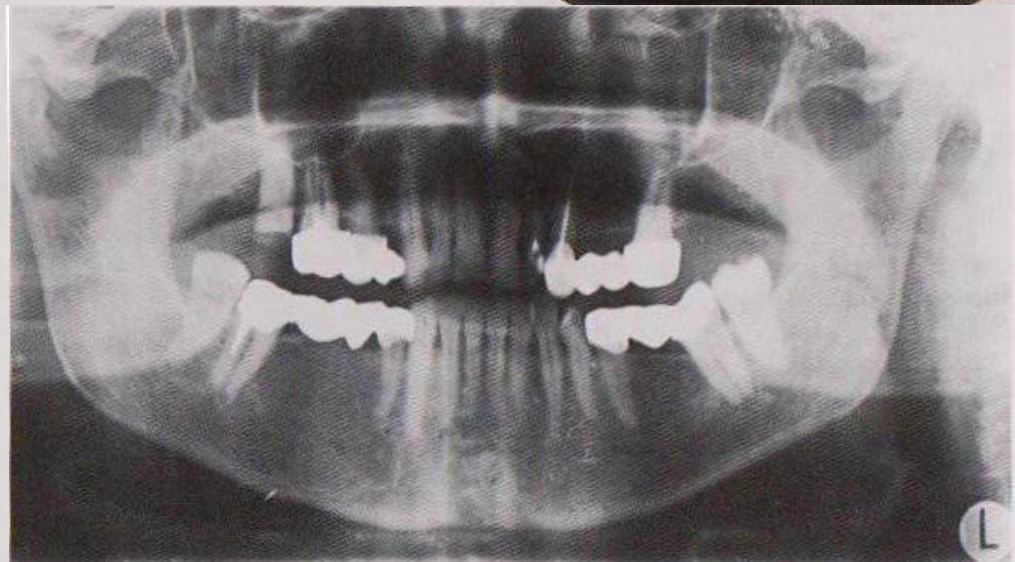


Рис. 4.7. Ортопантомограмма. Резорбция межзубных перегородок на $\frac{1}{3}$ их высоты (2-я степень пародонтита). Каналы 17 и 23 запломбированы до верхушек. Штифт в заднем канале 47, каналы запломбированы не полностью.

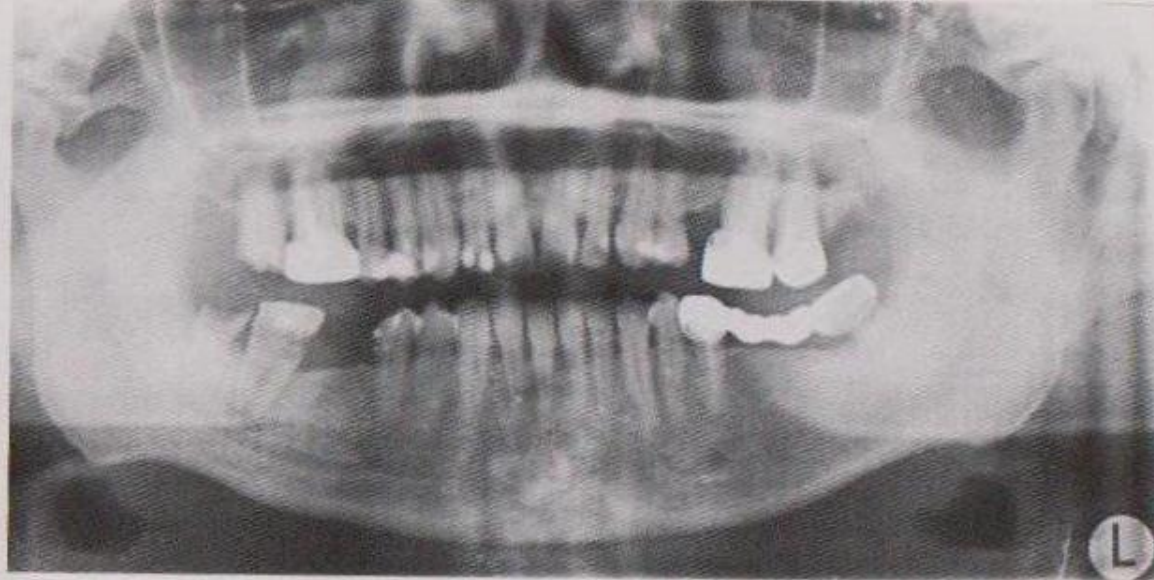


Рис. 4.8. Ортопантомограмма. Межзубные перегородки резорбированы на $\frac{1}{2}$ их длины, зубодесневые (пародонтальные) карманы, кариес 18, 28, 38, множественные пломбы.

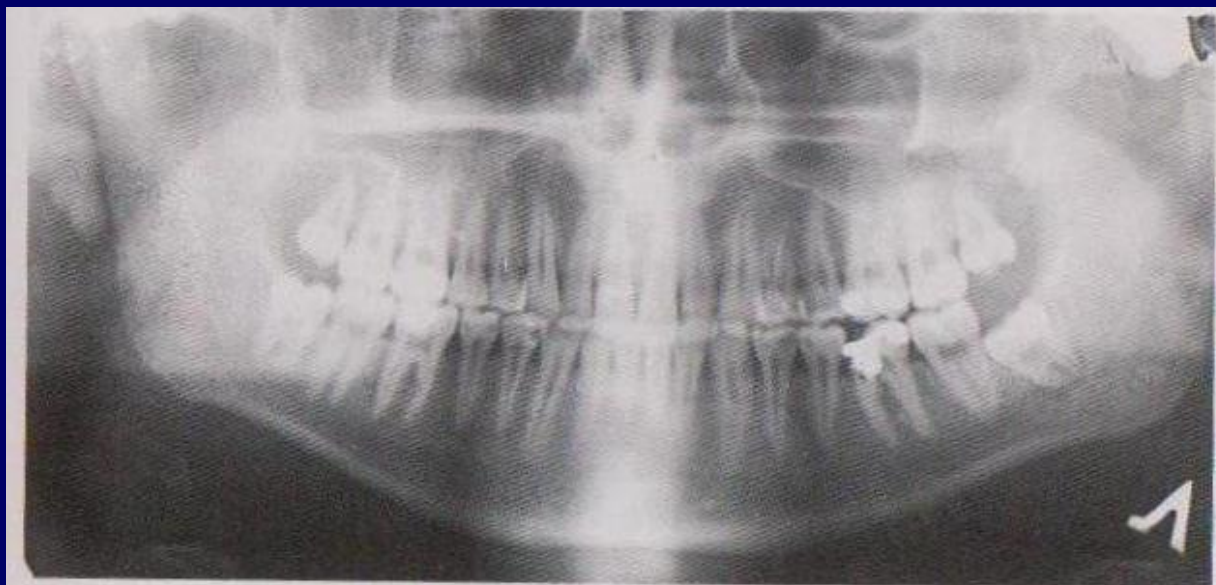


Рис. 4.10. Ортопантомограмма. На фронтальный отдел проецируется тень шейных позвонков. Микроденития 18, 28, кариес коронки 44, ретенция 38.

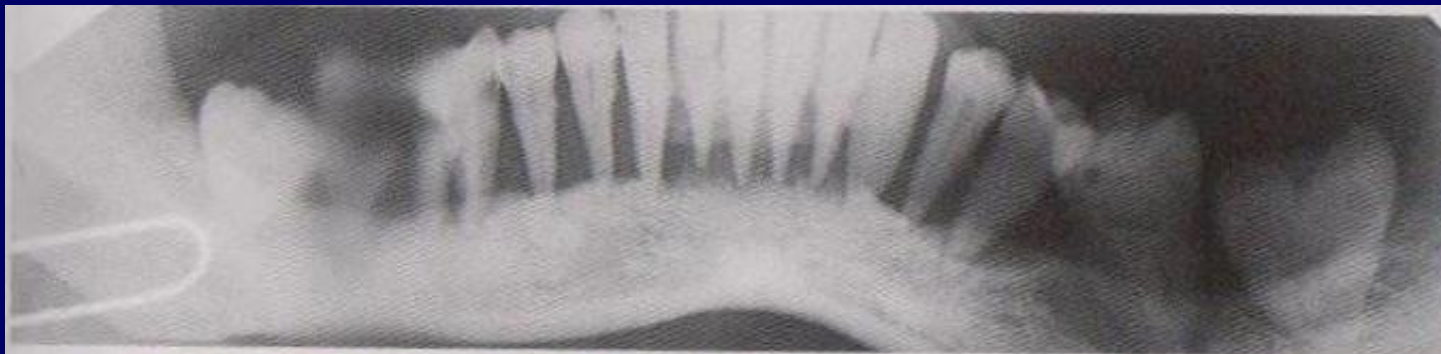


Рис. 4.9. Увеличенная панорамная рентгенограмма нижней челюсти. Межзубные перегородки полностью резорбированы (3-я степень). Глубокие зубодесневые карманы у 37, зуб наклонен кпереди, глубокий кариес коронки 47.

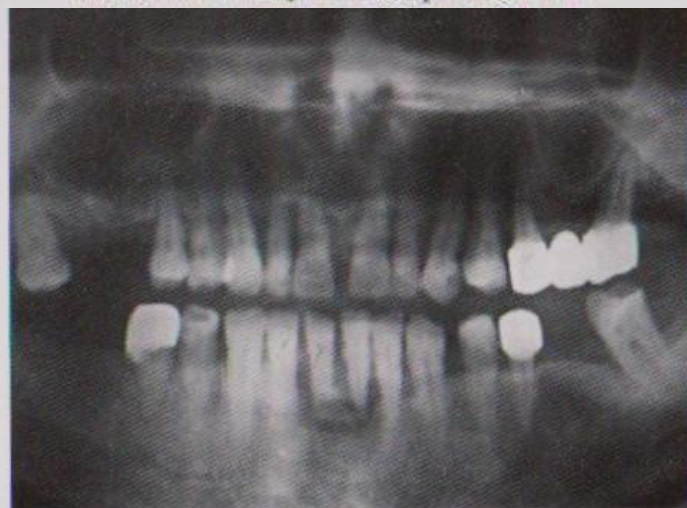


Рис. 5.17. Горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 34, 35, 43, 45 зубов. В области 13, 14, 15, 23, 24, 25 зубов – резорбция костной ткани до $\frac{1}{2}$ длины корня, у 11, 18, 21, 22, 27, 32, 37, 42, 43 зубов – резорбция костной ткани более $\frac{1}{2}$ длины корня. Полная резорбция у 31, 41. Вертикальная костная резорбция медиально у 27, 37 на $\frac{1}{3}$ длины корня. Резорбция костной ткани с четкими контурами, округлой формы размерами 7×10 мм у 18 зуба; 5×2 мм – у 27 зуба. Резорбция костной ткани у бифуркации до $\frac{1}{3}$ длины корня у 37 зуба.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.

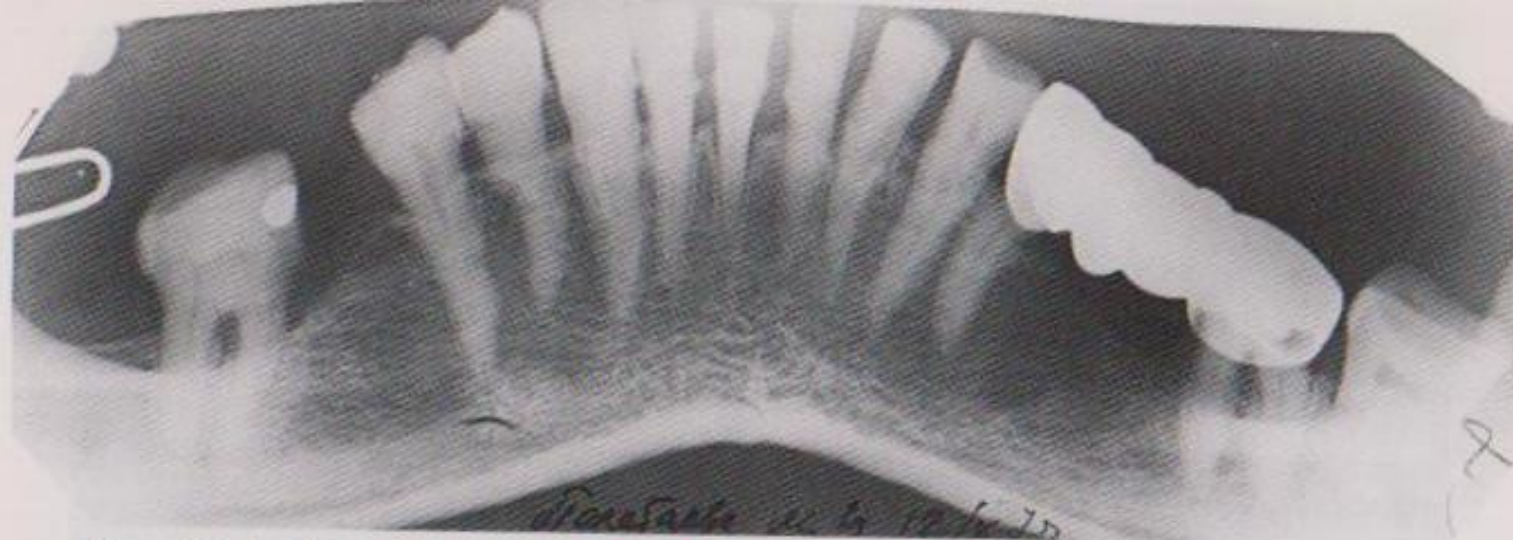


Рис. 4.11. Увеличенная панорамная рентгенограмма нижней челюсти. Высота межзубных перегородок снижена на $\frac{1}{3}$ их длины корней (1-я степень). Зубные отложения. Кариес под коронкой 33.



Рис. 4.12. Увеличенная панорамная рентгенограмма нижней челюсти. Высота межзубных перегородок снижена на $\frac{1}{3}$ их длины (1-я степень), 35 расположен вне дуги.

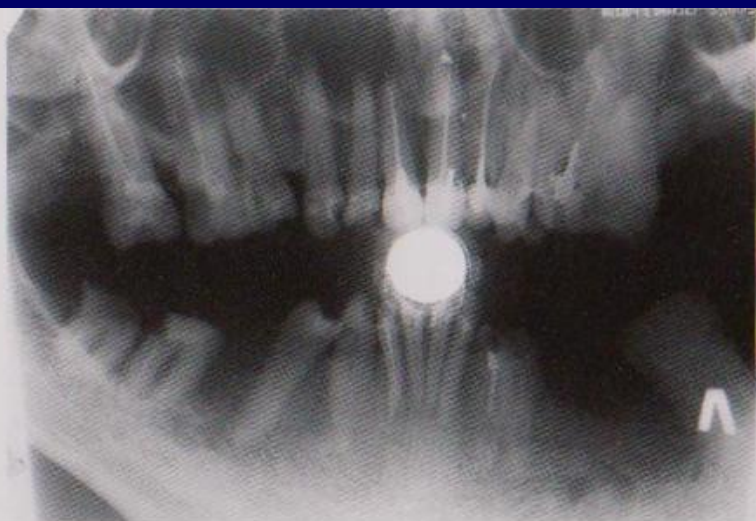


Рис. 4.13. Рентгенограмма челюстей, выполненная на аппарате «Пардус»



Рис. 4.14. Внутриротовая контактная рентгенограмма 15–17. Локальный пародонтит – нависающая пломба между 16 и 17, кортикальная пластинка не видна, остеопороз.



Рис. 4.15. Фрагмент ортопантограммы в области 16–18. Нависающая пломба между 17 и 18, высота межзубной перегородки снижена, зубодесневой карман у 18.

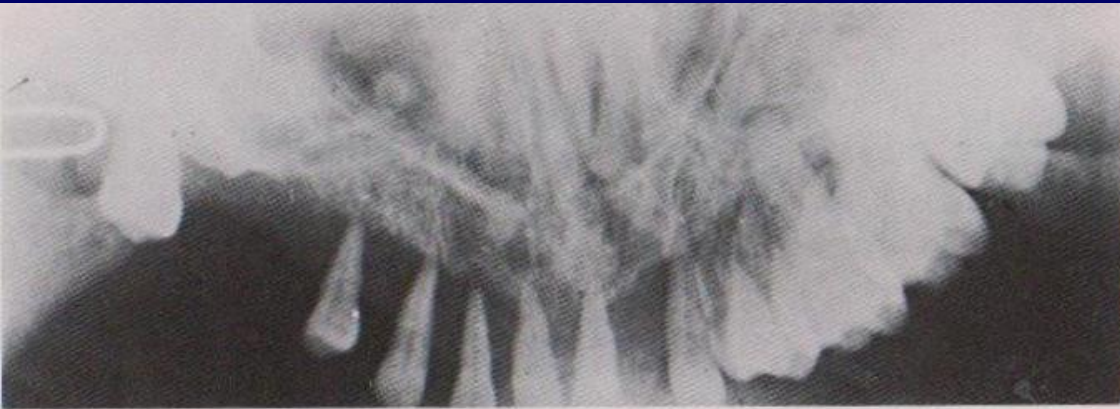


Рис. 4.16. Увеличенная панорамная рентгенограмма верхней челюсти. Деструкция альвеолярного отростка практически на всем протяжении. Зубы как бы «висят в воздухе». Гистологическое заключение – эозинофильная гранулема.



Рис. 4.18. Внутривидовая рентгенограмма вприкус. Деструкция межзубной перегородки и альвеолярного отростка между 11 и 12, дивергенция коронок. Гистологическое заключение – гигантоклеточный эпюлис.



Рис. 4.17. Больших размеров эпюлис (гистологическая верификация).

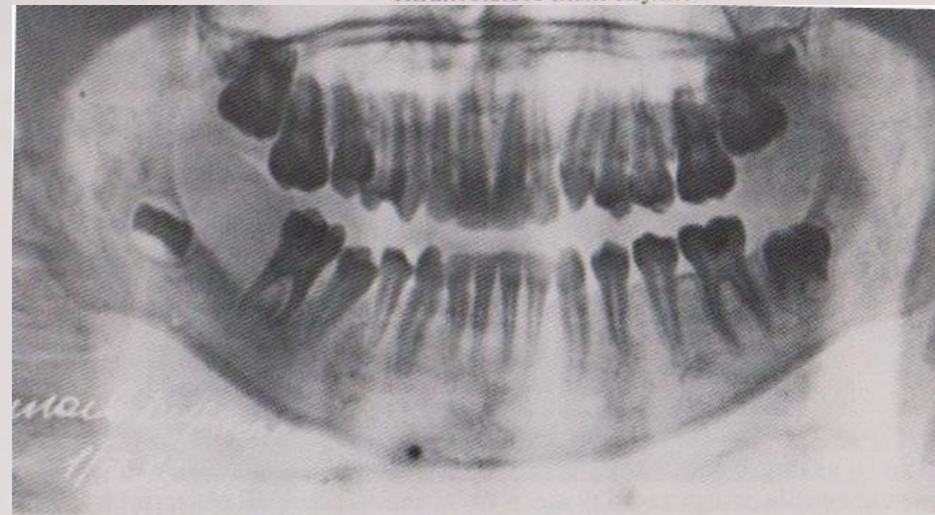


Рис. 4.19. Ортопантомограмма. Эпюлис в области 46 и зачатка 47. видна мягкотканая тень, деструкция альвеолярной части нижней челюсти соответственно 46 и смещенному зачатку 47.

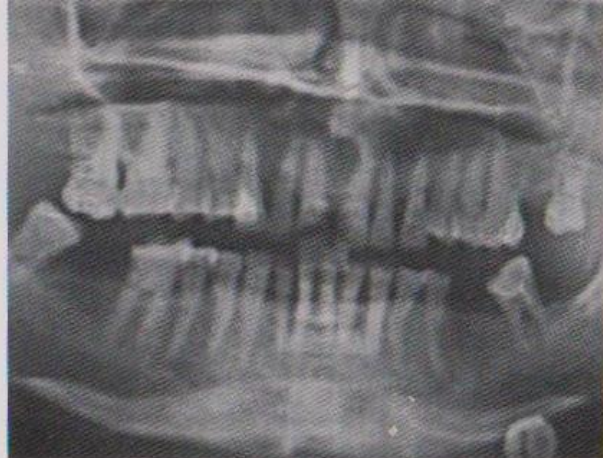


Рис. 5.1. Неравномерная горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{2}$ длины корня в области 14, 16, 17, 21, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45, 46 зубов, расширение периодонтальной щели до $\frac{1}{2}$ длины корня. В области 11, 15, 25, 37, 48 зубов резорбция костной ткани до $\frac{1}{2}$ длины корня, расширение периодонтальной щели по всей длине корня. Резорбции костной ткани в области бифуркации 36, 46, 48 зубов. Определяются тени твердых зубных отложений на корнях зубов.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.



Рис. 5.2. Неравномерная горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 14, 15, 16, 23, 33, 34, 35, 43, 44, 45, 46 зубов, расширение периодонтальной щели до $\frac{1}{2}$ длины корня. В области 11, 12, 13, 21, 22, 26, 27, 31, 32, 36, 37, 41, 42, 47 зубов резорбция костной ткани до $\frac{1}{2}$ длины, более $\frac{1}{2}$ длины корня в области 22, 25, 26, 27, расширение периодонтальной щели. Резорбция костной ткани у бифуркации в области 16 зуба до $\frac{1}{3}$ длины корня, в области 26 зуба – до $\frac{1}{2}$ длины корня. Определяются тени твердых зубных отложений на корнях зубов.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.



Рис. 5.3. Неравномерная горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 32, 33, 36, 37, 42, 43, 44, 46, 47 зубов, расширение периодонтальной щели до $\frac{1}{2}$ длины корня. В области 12, 13, 15, 16, 17, 22, 23, 25, 26, 27 зубов резорбция костной ткани до $\frac{1}{2}$ длины корня, расширение периодонтальной щели по всей длине корня. В области 11, 21, 31, 41 зубов – резорбция костной ткани более $\frac{1}{2}$ длины корня. Вертикальная резорбция костной ткани определяется медиально у 34 зуба более чем на $\frac{1}{3}$ длины корня. Резорбция костной ткани у бифуркации в области 47 зуба до $\frac{1}{3}$ длины корня. Определяются тени твердых зубных отложений.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.



Рис. 5.4. Неравномерная горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 32, 33, 37, 43, 44, 45 зубов, расширение периодонтальной щели до $\frac{1}{2}$ длины корня. В области 17, 18, 31, 41, 42 резорбция костной ткани на всю длину корня. Вертикальная резорбция костной ткани определяется дистально в области 34 до $\frac{1}{3}$ длины корня. Определяются тени твердых зубных отложений на корнях зубов.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.

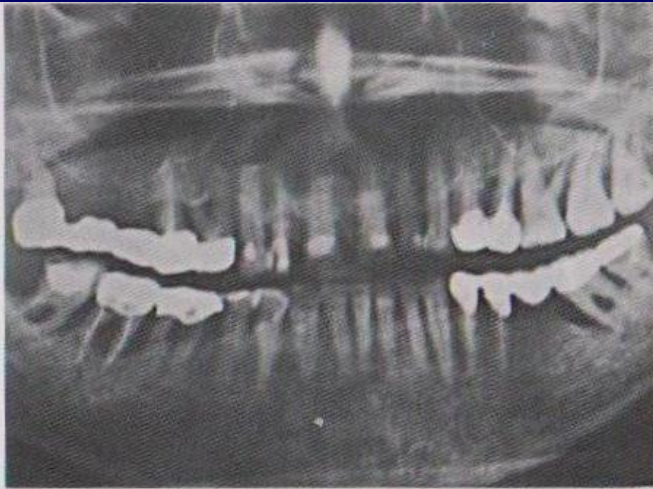


Рис. 5.5. Неравномерная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 11, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45 зубов. В области 14, 15, 17, 26, 27, 28, 36, 37, 46, 47, 48 зубов – более чем на $\frac{1}{2}$ длины корня, расширение периодонтальной щели по всей длине корня. Резорбция костной ткани у бифуркации в области 14, 26, 48 зубов до $\frac{1}{3}$ длины корня, в области 46, 47 зубов – более $\frac{1}{2}$ длины корня.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.

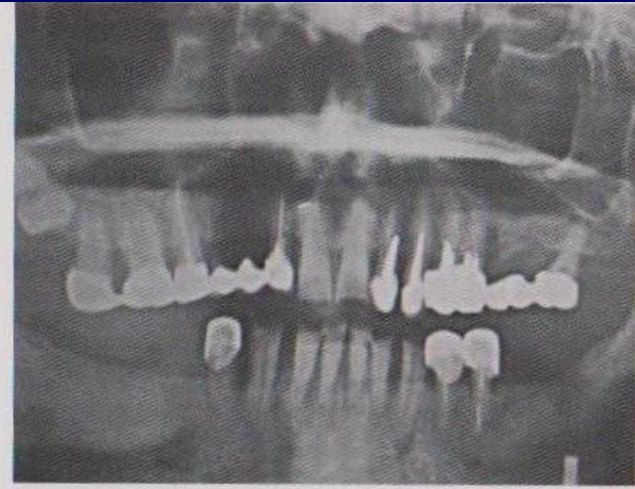


Рис. 5.7. Неравномерная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 11, 12, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 34, 35, 44, расширение периодонтальной щели до $\frac{1}{2}$ длины корня. В области 31, 32, 41, 42 зубов резорбция костной ткани до $\frac{1}{2}$ длины корня, расширение периодонтальной щели по всей длине корня. Вертикальная резорбция костной ткани медиально и дистально в области 35.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.

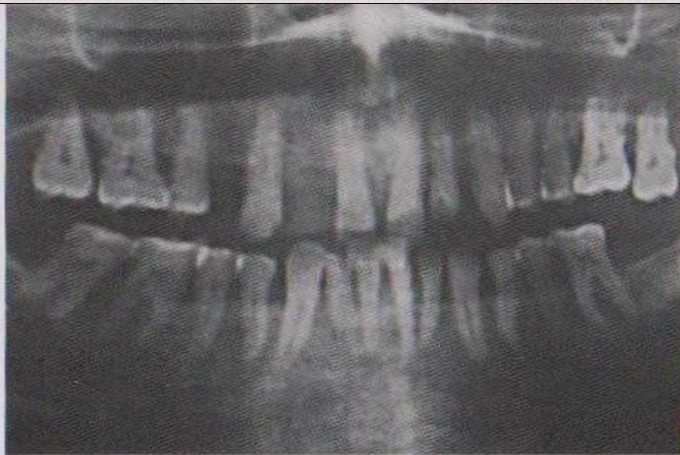


Рис. 5.6. Горизонтальная резорбция костной ткани на $\frac{1}{2}$ длины корней в области 11, 13, 15, 16, 21, 22, 24, 25, в области 16, 17, 26, 27 – более $\frac{1}{2}$ длины корня. В области 17 зуба вертикальная резорбция костной медиально и дистально до $\frac{1}{2}$ длины корня. На нижней челюсти резорбция кости на $\frac{1}{3}$ длины корня. Определяются тени твердых поддесневых зубных отложений на корнях зубов.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.

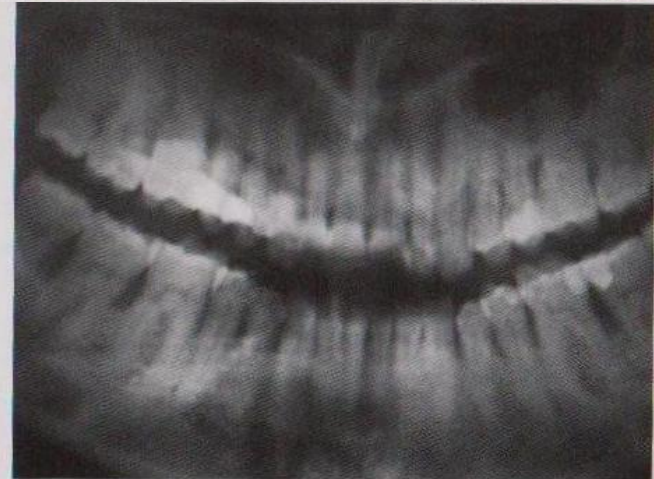


Рис. 5.8. Неравномерная горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 41, 42, 43, 44, 45. В области 17, 24, 25, 36, 37, 46, 47, 48 зубов резорбция костной ткани на $\frac{1}{2}$ длину корня. В области 14, 15, 16, 18, 26, 27, 28 – резорбция костной ткани более $\frac{1}{2}$ длины корня.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.

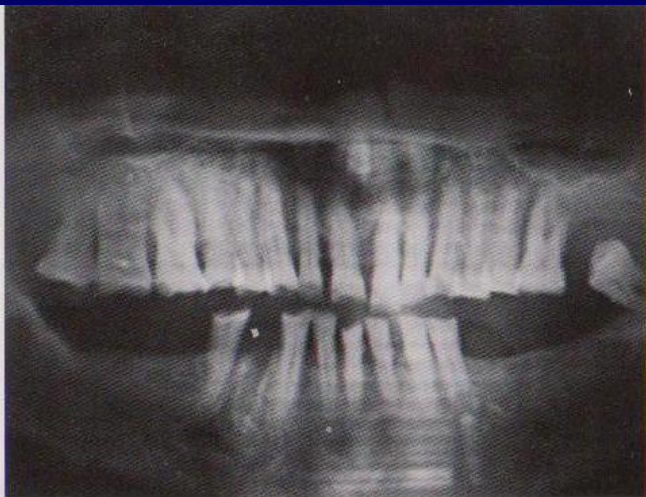


Рис. 5.9. Неравномерная горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 13, 14, 15, 23, 24, 25, 33, 41, 42, 43, 45 зубов. В области 11, 12, 16, 17, 31, 32, 37 резорбция костной ткани на $\frac{1}{2}$ длины корня. В области 18, 21, 22, 26 зубов резорбция костной ткани более $\frac{1}{2}$ длины корня. Резорбция костной ткани в области бифуркации 37 зуба.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.



Рис. 5.10. Неравномерная горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48. В области 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 27, 28, 46 зубов резорбция костной ткани на $\frac{1}{2}$ длины корня, расширение периодонтальной щели в области 15, 17, 25, 27, 28 – более $\frac{1}{2}$ длины корня.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени.

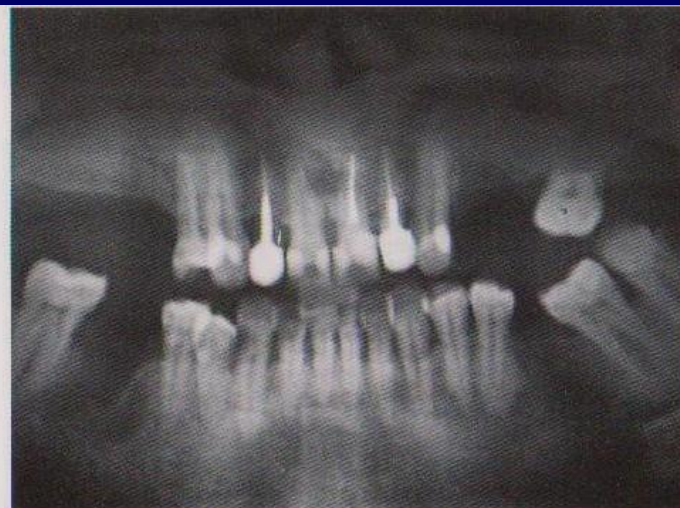


Рис. 5.11. Неравномерная горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области всех зубов. Расширение периодонтальной щели в области 12, 22, 23, 27, 33, 34, 35, 37, 44, 45, 47 зубов до $\frac{1}{2}$ длины корня. В области 31, 32, 41, 42 зубов резорбция костной ткани на $\frac{1}{2}$ длины корня.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени.

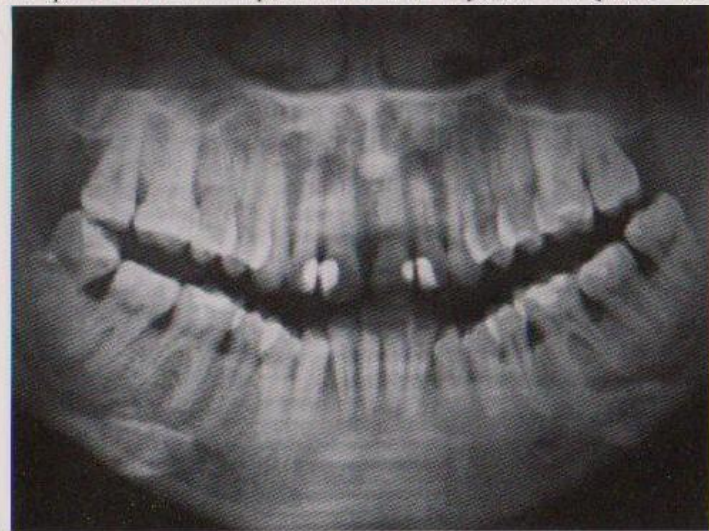


Рис. 5.12. Неравномерная горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{2}$ длины корня в области всех зубов. В области 16, 26, 27, 33, 43 зубов расширение периодонтальной щели на $\frac{1}{2}$ длины корня. Резорбция костной ткани в области 17 зуба на $\frac{1}{2}$ длины корня.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени.



Рис. 5.13. Неравномерная горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 25. В области 15, 16, 17, 26, 27, 28 зубов — резорбция костной ткани на $\frac{1}{2}$ длину корня. Расширение периодонтальной щели на $\frac{1}{2}$ длины корня в области 37, 44, 45 зубов, расширение периодонтальной щели на всю длину корня в области 16, 31 зубов. Вертикальная костная резорбция медиально у 36, 37, 46 зубов. Резорбция костной ткани у бифуркации в области 37, 46 зубов до $\frac{1}{2}$ длины корня. Резорбция костной ткани с четкими контурами, округлой формы размерами 15×12 мм, на всю длину корня в области 38 корня. Определяются тени твердых поддесневых зубных отложений на корнях зубов.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.



Рис. 5.15. Неравномерная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области зубов верхней челюсти. В области 31, 41 полная резорбция костной ткани. Вертикальная костная резорбция медиально и дистально у 44, 34 зубов до $\frac{1}{3}$ длины корня.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.

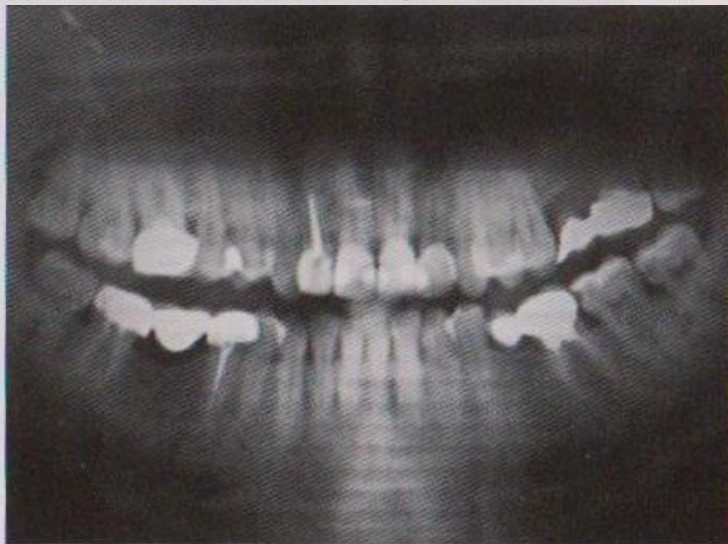


Рис. 5.14. Горизонтальная резорбция костной ткани до $\frac{1}{3}$ длины корня в области всех зубов.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит легкой степени.

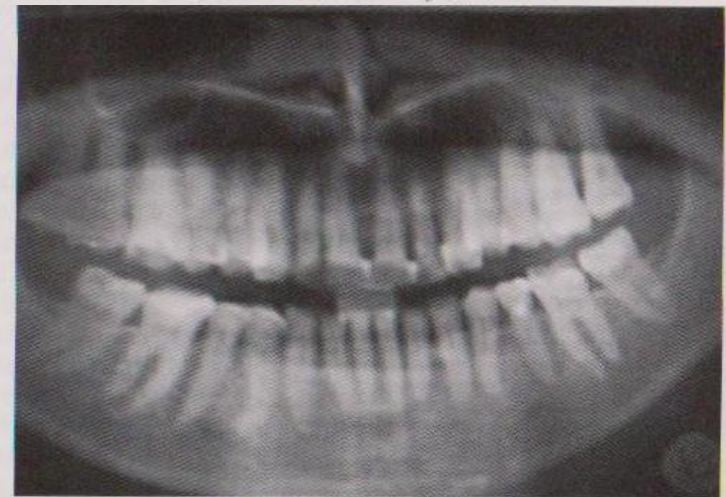


Рис. 5.16. Горизонтальная резорбция костной ткани на $\frac{1}{4}$ длины корня в области зубов нижней челюсти. В области 11, 12, 22 зубов — резорбция костной ткани до $\frac{1}{2}$ длины корня у 12, 22, 26 зубов. Вертикальная костная резорбция дистально у 26 на $\frac{1}{3}$ длины корня. Определяются тени твердых зубных отложений на корнях зубов.
 Диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени.

Стадия ремиссии пародонтита

- Слизистая оболочка десны бледно-розового цвета, плотно прилежит к поверхности зубов,
- Отсутствует пародонтальный карман,
- На рентгенограмме отсутствуют очаги остеопороза, костная ткань плотная, нет прогрессирования ее убыли,
- Отсутствуют назубные отложения.



Благодарю за внимание!