

The background of the slide features a series of overlapping, wavy, translucent bands in shades of purple and white, creating a dynamic, flowing effect against a dark background.

***Пародонт. Строение и функции.
Классификация заболеваний
пародонта. Клиника, диагностика.***

- **Пародонт** – это комплекс тканей, объединенных между собой морфологически и функционально, и включающий в себя:
 - десну;
 - надкостницу (периост);
 - костную ткань альвеолы;
 - периодонт;
 - цемент корня зуба.

1. Десна

состоит из многослойного плоского ороговевающего эпителия и собственной пластинки с поверхностным **сосочковым** и более глубоким **сетчатым** слоем.

Собственная пластинка десны по строению напоминает дерму кожи. Ее поверхностный сосочковый слой представлен рыхлой волокнистой соединительной тканью с кровеносными капиллярами и многочисленными чувствительными окончаниями.

Сетчатый слой образован толстыми переплетающимися коллагеновыми волокнами.

В десне выделяют прикрепленную (альвеолярную) и свободную (маргинальную) части, последняя из которых состоит из межзубного сосочка и клинической десневой борозды .

Поскольку в десне нет подслизистой основы, на большем протяжении собственная пластинка десны плотно срастается с надкостницей альвеолярных отростков челюстей, чем объясняется наличие прикрепленной (альвеолярной) части.



Между зубом и десной имеется пространство (щель) – десневая борозда (0,8 – 2,5 мм).

*В апикальном направлении десна переходит в тяжи переходной складки . Граница между ними имеет вид неровной волнистой линии (**муко-гингивальное соединение**).*

*На границе между свободной и прикрепленной частью десны имеется неглубокий **десневой желобок**, идущий параллельно краю десны на расстоянии около 0,5— 1,5 мм от него.*

В десневой борозде находится нестерильная десневая жидкость. В ней содержатся вода, белки, иммуноглобулины, система комплемента, ферменты, электролиты, слущенные эпителиоциты, лейкоциты, микроорганизмы.

При воспалении десны из-за повышения проницаемости кровеносных сосудов в десневой борозде увеличивается образование десневой жидкости. В результате воздействия продуктов жизнедеятельности бактерий при воспалении тканей пародонта увеличивается количество лейкоцитов, мигрирующих в десневую жидкость.

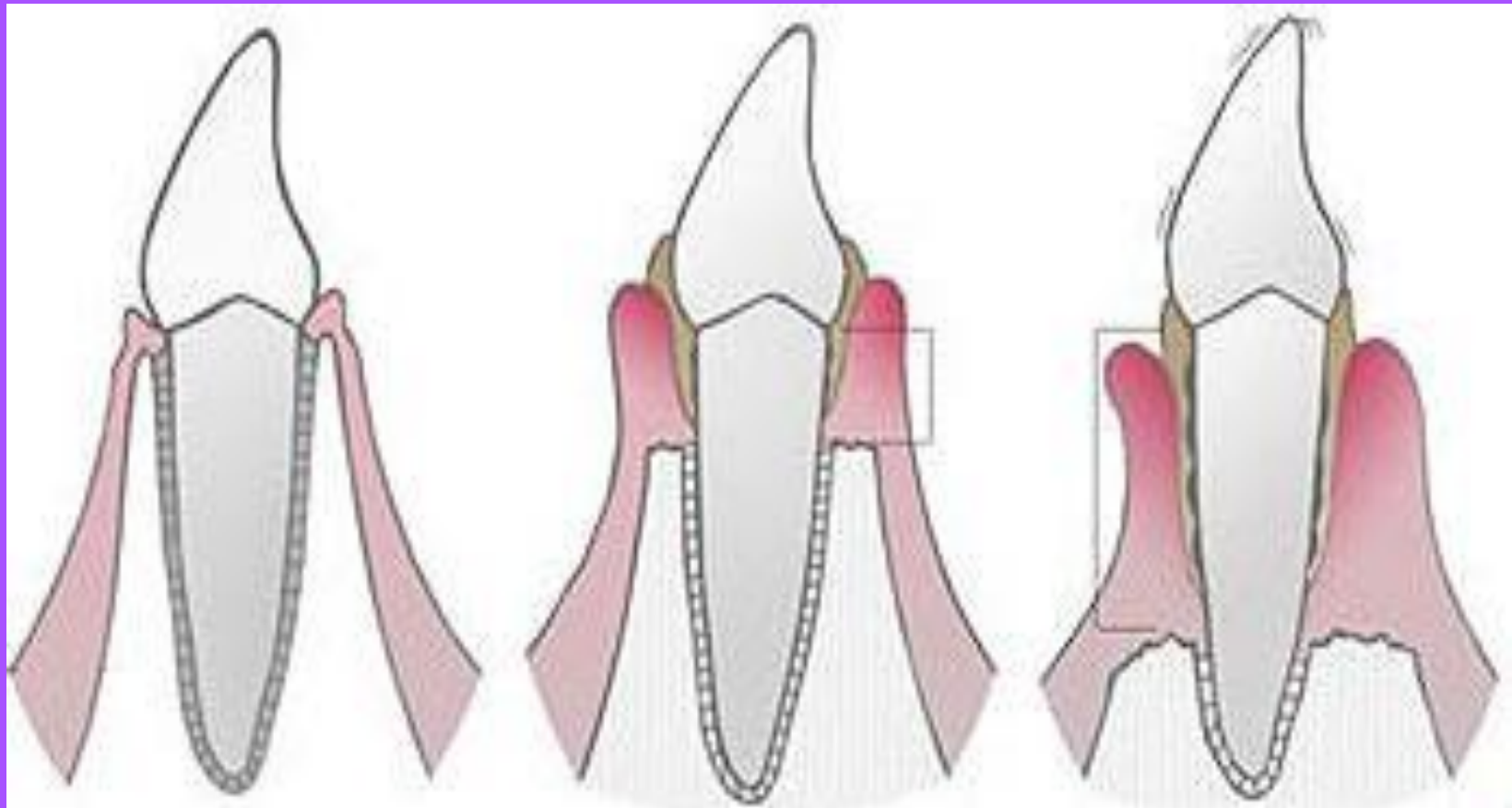
Также различают **эпителий десневой борозды**, который является продолжением эпителия вестибулярной десны и переходит в **зубо-эпителиальное (зубо-десневое) прикрепление**, посредством которого осуществляется связь десны с зубом.

Эпителий десневой борозды является комбинацией ороговевающих и неороговевающих клеток.

Зубо-десневое прикрепление считают производным эмалеобразующего эпителия, и оно представляет собой пласт неороговевающих уплощенных и расположенных параллельно поверхности зуба эпителиальных клеток, соединяющихся с гидроксипатитом эмали посредством гемидесмосом.

Эпителиальное прикрепление играет важную роль в защите околозубных тканей от проникновения инфекции и действия вредных агентов внешней среды. Оно представляет собой «эпителиальный замок» или барьер .

При патологическом процессе данный барьер разрушается и/или углубляется , тем самым, приводя к увеличению глубины десневой борозды, что обуславливает возникновение патологического кармана или рецессии десны.



Различают «толстый» и «тонкий» биотип десны. При толстом биотипе при воздействии патологических факторов десна «отвечает» патологическим карманом, при «тонком» - рецессией.

Такая особенность связана с генетической толщиной и степенью выраженности сосочкового слоя , поскольку именно он координирует рельеф и контур десны.

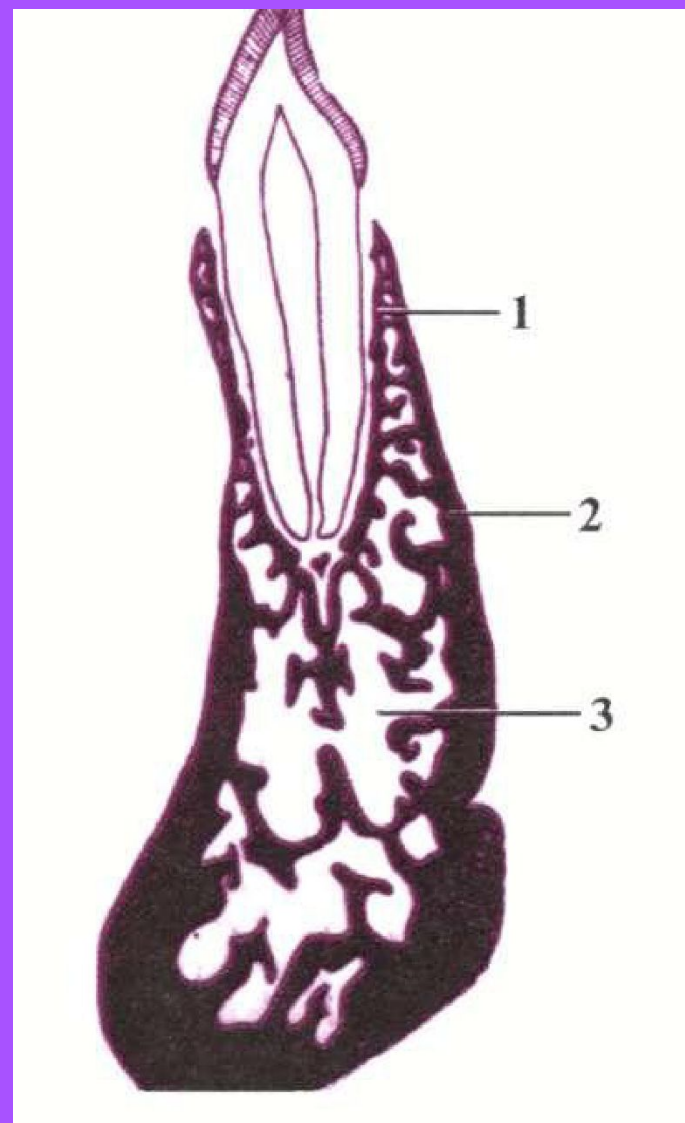
2. Костная ткань альвеолы

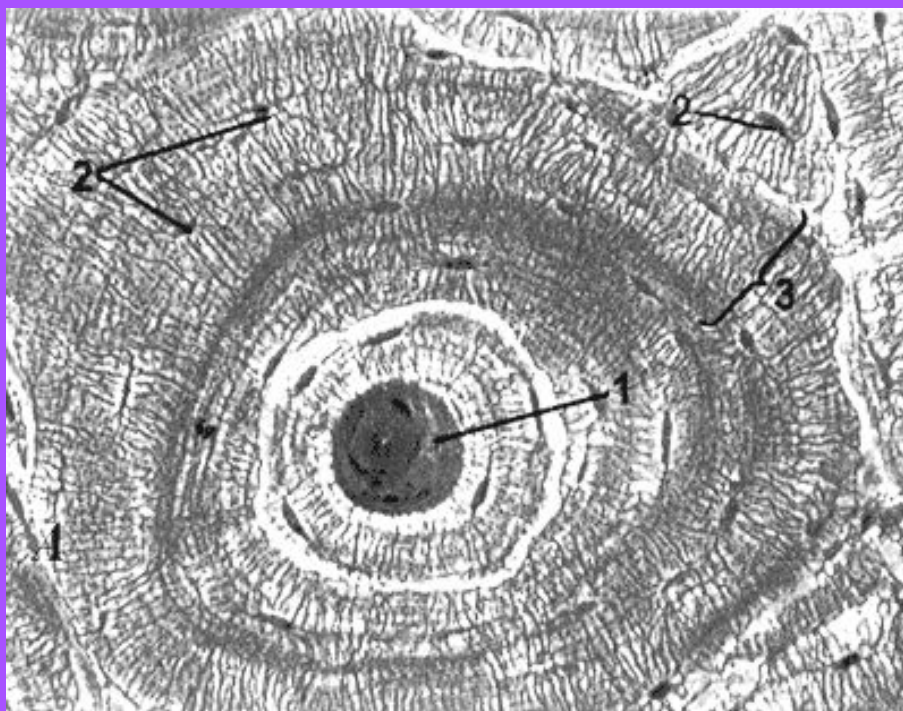
*Наружные и внутренние поверхности альвеолярных отростков (частей) состоят из компактного вещества пластинчатой кости, образующего **кортикальную пластинку**. Костные пластинки местами формируют **системы остеонов с заверсовыми каналами**, заполненными РВСТ с кровеносными сосудами и нервными волокнами. **Каналы Фолькмана** связывают каналы остеонов между собой, а также с сосудами и нервами надкостницы.*

*Все промежутки между стенками зубных альвеол и кортикальными пластинками альвеолярного отростка заполнены **губчатым веществом**.*

Взаимоотношения зуба и альвеолярных отростков на поперечном разрезе нижней челюсти (по Noyes и Schour) :

- 1 — стенка зубной альвеолы;
- 2 — кортикальная пластинка;
- 3 — губчатое вещество кости нижней челюсти





Остеон (по Н.П. Омеляненко).

1 - канал остеона;

2 — остеоциты;

3 — костные пластинки;

3. Периодонт состоит из:

- *клеточных элементов;*
- *волокнистых структур;*
- *основного вещества;*
- *сосудов и нервов.*

Клеточные элементы:

- *фибробласты;*
- *тучные клетки (лаброциты);*
- *плазмациты;*
- *гистиоциты;*
- *цементобласты;*
- *остеобласты;*
- *эпителиальные островки (остатки) Малассе.*

Волокнистые структуры:

1. **КН – ые волокна** (циркулярные (круговая связка зуба), транссептальные, косые, зубо-десневые, свободные волокна десны, вертикальные);
2. **эластические в-на** (в основном в пришеечной области резцов и клыков);
 - **окситалановые в-на** (устойчивые к кислотам; в большом количестве содержатся в периодонте зубов с повышенной функциональной нагрузкой; соединяясь с кровеносными сосудами периодонта, образуют **окситаланово-сосудистые структуры** - часть рецепторного механизма периодонта, осуществляющего сосудистый контроль);
3. **аргирофильные в-на** (чаще всего выявляются в участках периодонта, сообщающихся с костномозговыми пространствами челюсти).

Основное вещество:

на 70 % состоит из воды и представляет собой **вязкий гель**, в который заключены клетки и волокна; влияет на дифференцировку, пролиферацию и организацию клеточных элементов, играет важную роль в посттравматической регенерации.

В состав основного вещества входят белки плазмы крови, неорганические ионы, продукты метаболизма клеток, растворимые предшественники коллагена.

Основное вещество содержит **гликозаминогликаны** с преобладанием дерматансульфата, а также гликопротеины. Его вязкость играет важную роль в амортизации жевательных нагрузок



4. Цемент:

По структуре и химическому составу напоминает грубоволокнистую кость. Однако, в отличие от кости, цемент не содержит кровеносных сосудов, и его питание осуществляется диффузно из сосудов периодонта.

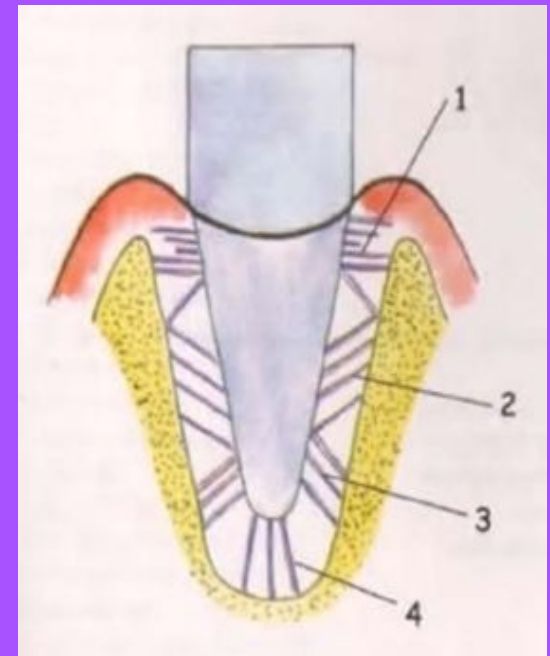
*Содержание **минеральных солей** в цементе приближается к таковому в кости и достигает до **50—60%** (в основном это фосфаты кальция в виде кристаллов **гидроксиапатита**). Среди **органических веществ** в цементе преобладает **коллаген**.*

Бесклеточный (первичный) цемент не содержит клеток, имеет нечеткую границу с дентином; развивается в ходе формирования корней первым и покрывает тонким слоем шейку и корень в некоторых зубах полностью (нижние передние резцы).

Клеточный(вторичный) цемент располагается на апикальной части корней зубов, а также в бифуркации у многокорневых зубов, непосредственно покрывая дентин или располагаясь поверх бесклеточного цемента. Клеточный цемент содержит клетки — **цементоциты** .

Функции пародонта:

- Трофическая функция.
- Опорно-удерживающая функция.
- Амортизирующая функция.
- Барьерная функция.
- Пластическая функция.
- Рефлекторная регуляция.



Классификация болезней пародонта (1983г):

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

Форма: катаральный, гипертрофический, язвенно-некротический.

Течение: острый, хронический, обострение хронического.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

II. Пародонтит - воспаление тканей пародонта, характеризующиеся прогрессирующей деструкцией периодонта и костной ткани альвеолярного отростка.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острый, хронический, обострение хронического (в том числе абсцедированне), ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

III. Пародонтоз - дистрофическое поражение тканей пародонта.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: хроническое, ремиссия.

Распространенность: генерализованный.

IV. Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта (синдром Папийона-Лефевра, гистиоцитоз X, нейтропения и др.).

V. Пародонтомы - опухоли и опухолевидные процессы в пародонте (эпулис, фиброматоз десны и др.).

Классификация болезней пародонта по МКБ-10:

K05 Гингивит и болезни пародонта;

K05.0 Острый гингивит

K05.1 Хронический гингивит:

- K05.10 простой маргинальный;***
- K05.11 гиперпластический;***
- K05.12 язвенный.***

K05.2 Острый пародонтит, пародонтальный абсцесс;

K05.3 Хронический пародонтит:

- K05.30 локализованный;***
- K05.31 генерализованный.***

K05.4 Пародонтоз;

K05.5 Другие болезни пародонта;

K05.6 Болезнь пародонта неуточненная.

ГИНГИВИТ

- – выявляется преимущественно у детей и лиц молодого возраста;
- – наличие неминерализованных зубных отложений и наддесневого зубного камня;
- – прямая зависимость между показателями индекса гигиены и гингивита;
- – сочетание гингивита с очаговой деминерализацией;
- – кровоточивость при зондировании десны, отсутствие десневого кармана;
- – отсутствие деструкции межзубных перегородок;
- – общее состояние больного не нарушено.

Тяжесть гингивита определяется степенью вовлечения десны в патологический процесс. При легкой степени наблюдается поражение десневых сосочков, при средней степени – поражение маргинальной десны. При тяжелой степени – поражены маргинальная и альвеолярная десны.

Локализованным называется гингивит при поражении десны в области одного или нескольких зубов.

Для генерализованного гингивита характерно поражение десны в области всех зубов одной или обеих челюстей.

Больные жалуются на кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах изо рта, повышенное отложение зубного камня, зуд десен.

Со временем кровоточивость десен становится постоянной и появляется во время приема пищи или самопроизвольно по утрам.

При осмотре полости рта больного с острым катаральным гингивитом наблюдается яркая гиперемия слизистой десны, поверхность десны блестящая, гладкая, отечная, кровоточит при дотрагивании.

При хроническом катаральном гингивите десна застойно-гиперемирована, отечная, рыхлая, цианотичная, кровоточит при зондировании.

Диагностически определяется индекс гигиены Федорова-Володкиной больше 1,5; проба Шиллера-Писарева положительная; индекс РМА до 30% – при легком гингивите, 30-60% – при гингивите средней степени, более 60% – при гингивите тяжелой степени.

Язвенный гингивит начинается остро с недомогания, повышения температуры тела, появления резкой боли во рту, кровоточивости десен, затрудненного приема пищи из-за боли, неприятного запаха изо рта.

При осмотре десна гиперемирована, отечна, по десневому краю наблюдается некротический налет, при снятии которого обнажаются язвенная, кровоточащая, болезненная поверхность, некроз десневых сосочков.

Диагностически определяются увеличенные и болезненные регионарные лимфоузлы; индекс гигиены Федорова-Володкиной более 1,5; изменения в формуле крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Гипертрофический гингивит встречается в двух формах – отечной и фиброзной. Жалобы больных при гипертрофическом гингивите на разрастание десен, их кровоточивость при чистке зубов, отслаивание десны от зубов, боль в десне при приеме пищи.

При осмотре полости рта при отечной форме десневые сосочки увеличены, округлые, синюшные с блестящей гладкой поверхностью, кровоточат при зондировании. Для фиброзной формы характерно уплотнение сосочков, они бледного цвета, кровоточивость отсутствует, поверхность их неровная, бугристая.



ПАРОДОНТИТ

является самостоятельной нозологической формой заболевания пародонта, сопровождается кровоточивостью, подвижностью зубов разной степени, болевыми ощущениями, гиперестезией шеек зубов, гнойными выделениями из пародонтального кармана.

При объективном исследовании отмечается кровоточивость десен, отложения поддесневого зубного камня и налет, подвижность зубов, выделение гноя при надавливании на край десны, проба Шиллера-Писарева положительная, наличие пародонтального кармана различной глубины в зависимости от степени процесса.

Рентгенологическая картина пародонтита зависит от стадии процесса.

Начальные стадии характеризуются остеопорозом и деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. Далее отмечается усеченность вершин перегородок, горизонтальная и вертикальная резорбция, образование костных карманов.

Тяжесть пародонтита определяется глубиной пародонтального кармана, степенью резорбции костной ткани и подвижностью зубов.

Для легкой степени пародонтита характерны глубина пародонтального кармана до 3,5 мм, начальная степень деструкции костной ткани межзубных перегородок (исчезновение компактной пластинки, явления остеопороза, снижение высоты межзубных перегородок менее, чем на 1/3), подвижность зубов отсутствует, наблюдается кровоточивость при чистке зубов, общее состояние больного не нарушено.

Пародонтит средней степени тяжести характеризуется наличием пародонтальных карманов глубиной до 5 мм, резорбцией костной ткани межзубных перегородок от 1/3 до 1/2, патологической подвижностью зубов 1-2 степени, кровоточивостью при чистке зубов и приеме пищи.

Для пародонтита тяжелой степени характерна следующая симптоматика: глубина пародонтальных карманов 5-6 мм и более, II-III степень патологической подвижности зубов, резорбция костной ткани на величину более 1/2 длины корня, иногда наблюдается полное рассасывание межзубной перегородки, смещение зубов, травматическая артикуляция, тремы, дефекты зубных рядов.

24stoma.ru



ПАРОДОНТИТ. ГИНГИВИТ.



Пародонтит – воспалительное заболевание тканей, окружающих зуб.



Гингивит- это воспаление дёсен, сопровождаемое отёком, покраснением и кровоточивостью.

Пародонтоз- это системное поражение тканей десны с атрофией альвеолярных отростков, которое обычно начинает проявляться в среднем возрасте и усугубляется с годами.



Заболевание проявляется прогрессирующей атрофией альвеолярных отростков.
Заболевание проявляется прогрессирующей атрофией зубных ячеек альвеолярных отростков.
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. При рентгенологическом исследовании определяется убыль костной ткани межзубных перегородок, очаги остеопороза, рисунок кости мелкоячеистый, склеротированный.

Для пародонтоза характерны хорошая фиксация зубов (кроме тяжелой формы), незначительное количество зубных отложений, обнажение шеек зубов без десневых карманов и признаков воспаления, наличие клиновидных дефектов.
Кроме повышенной чувствительности шеек к различным раздражителям, больные жалуются на зуд в деснах. Подвижность зубов нарушается только при тяжелой степени пародонтоза, когда отмечается обнажение корня на 1/2 и больше.

ПАРАМЕТРЫ ПОЛНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА:
ЗАПОЛНЕНИЕ ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЛЯ
ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛОГАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ
ВЛИЯТЬ НА ВЫБОР ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ.
НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К СПЕЦИАЛИСТУ
ОБЩЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ, КОГДА ЕГО СОСТОЯНИЕ, ПО МНЕНИЮ
СТОМАТОЛОГА, ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ.

В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ФИКСИРУЮТСЯ ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ИЛИ ПРИЧИНЫ
ВИЗИТА ПАЦИЕНТА. ОТРАЖАЮТСЯ СВЕДЕНИЯ О ПОСЛЕДНЕМ ПОСЕЩЕНИИ
ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА, РАНЕЕ ПРОВОДИМОМ ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ,
И ЕГО РЕЗУЛЬТАТАХ.

ОБСЛЕДОВАНИЮ, ОЦЕНКЕ И РЕГИСТРАЦИИ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В
ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ПОДЛЕЖАТ ТКАНИ ПОЛОСТИ РТА: СЛИЗИСТАЯ
ОБОЛОЧКА, ГУБЫ, ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА, ЯЗЫК, СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ,
НЕБО, РОТОГЛОТКА.

ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ТРЕБУЮТ ВНЕРОТОВЫЕ СТРУКТУРЫ, В
ЧАСТНОСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ. НЕОБХОДИМО

ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ :

ПОЛОЖЕНИЕ В ЗУБНОМ РЯДУ

ПОДВИЖНОСТЬ

ОККЛЮЗИОННЫЕ И МЕЖЗУБНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

СОСТОЯНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ РЕСТАВРАЦИОННЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ

ХАРАКТЕР КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ

ОПРЕДЕЛИТЬ ЛОКАЛИЗАЦИЮ КРАЯ ДЕСНЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ЭМАЛЕВО-ЦЕМЕНТНОЙ ГРАНИЦЫ, РАЗМЕРЫ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ПРИ ЕЕ НАЛИЧИИ
ОЦЕНИТЬ МЕСТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ ЗДЕЧЕК ГУБ И ЯЗЫКА
НЕОБХОДИМО ДИАГНОСТИРОВАТЬ НАЛИЧИЕ И ОСОБЕННОСТИ
РАСПРЕДЕЛЕНИЯ МЯГКОГО И ТВЕРДОГО ЗУБНОГО НАЛЕТА.
НАЛИЧИЕ КРОВОТОЧИВОСТИ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ
ОПРЕДЕЛИТЬ ГЛУБИНУ ЗОНДИРОВАНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ
ПРИ ИХ НАЛИЧИИ
В ДОПОЛНЕНИЕ К ОБЫЧНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, В РЯДЕ СЛУЧАЕВ
МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
ТЕСТЫ, ВКЛЮЧАЮЩИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ,
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ, ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.
РАЗРАБОТАННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ, БАЗИРУЮЩИЙСЯ НА РЕЗУЛЬТАТАХ
ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКИ, ДОЖЕН БЫТЬ ПРЕДЛОЖЕН И ОБСУЖДЕН
С ПАЦИЕНТОМ. НЕОБХОДИМО ИНФОРМИРОВАТЬ ПАЦИЕНТА О НАЛИЧИИ И
ОСОБЕННОСТЯХ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПАРОДОНТЕ,
ИМЕЮЩИХСЯ АЛЬТЕРНАТИВАХ ЛЕЧЕНИЯ, ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ,
ОЖИДАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ ПАЦИЕНТА ДЛЯ
ДОСТИЖЕНИЯ ЭТИХ ЦЕЛЕЙ. ПАЦИЕНТУ ДОЖНЫ БЫТЬ ДОСТУПНО
РАЗЪЯСНЕНЫ ПОСЛЕДСТВИЯ В СЛУЧАЕ ОТКАЗА ОТ ПРЕДЛОЖЕННОГО
ЛЕЧЕНИЯ.

ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

ИНДЕКС ГИГИЕНЫ ПО ФЕДОРОВУ-ВОЛОДКИНОЙ (1982)

В ОСНОВУ ИНДЕКСА ПОЛОЖЕНА БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЛОЩАДИ ОКРАШИВАНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ШЕСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ – 43, 42, 41, 31, 32, 33 – РАСТВОРОМ ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА.

ПРИСУТСТВИЕ НАЛЕТА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ КОДАМ:

- 1 – ЗУБНОЙ НАЛЕТ НЕ ВЫЯВЛЕН
- 2 – ОКРАШИВАНИЕ $1/4$ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА
- 3 – ОКРАШИВАНИЕ $1/2$ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА
- 4 – ОКРАШИВАНИЕ $3/4$ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА
- 5 – ОКРАШИВАНИЕ ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА





Tea
PHOTOGRAPHY

volgostom.ru