

# ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

Подготовили:  
Студентки 5 курса  
Факультета стоматологии  
Группа 502с  
Беликова Т.В  
Денисова Е.А.



The image features four toothbrushes arranged in a square frame around the central text. The top toothbrush has a white handle with a red oval and red and white stripes. The bottom toothbrush has a white handle with a green oval and green and white stripes. The left and right toothbrushes have white handles with blue ovals and blue and white stripes. All toothbrush heads have white bristles with blue accents. The background is a plain, light-colored surface.

**ГИНГИВИТ**

Гингивитом называют воспаление десны, развивающееся вследствие действия местных и общих факторов без нарушения зубодесневого соединения.



# ЭТИОЛОГИЯ

Ключевая роль в развитии гингивита отводится бактериальным патогенам, размножающимся в зубном налете. С этим фактором связано 80-90% случаев заболевания у детей.

К местным факторам, предрасполагающим к возникновению гингивита, относится неадекватная (повышенная или сниженная) функциональная нагрузка на пародонтальный комплекс ребенка. Такая нагрузка может быть связана с адентией, неправильным прикусом, скученностью зубов, кариозным разрушением зубов, укороченной подъязычной связкой и др. Развитию гингивита у детей способствует плохая гигиена полости рта, образование зубного камня, прорезывание зубов, подвижность молочных зубов, ношение ортодонтических конструкций, плохо пришлифованные зубные пломбы в межзубных промежутках, нависающие края пломб, наличие кариозных полостей на контактных поверхностях. Кроме этого, гингивит может быть обусловлен хронической аутоотравмой, вызванной неправильной чисткой зубов и механическим травмированием слизистой десен.

# КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ 10

\* K05.0 Острый гингивит

K05.00 Острый стрептококковый гингивостоматит

K05.08 Другой уточненный острый гингивит

K05.09 Острый гингивит неуточненный

\* K05.1 Хронический гингивит

K05.10 Простой маргинальный

K05.11 Гиперпластический

K05.12 Язвенный

K05.13 Десквамативный

K05.18 Другой уточненный хронический гингивит

K05.19 Хронический гингивит неуточненный



# КЛАССИФИКАЦИЯ

- \* По клинико-морфологическим признакам различают гингивит: катаральный, язвенно-некротический и гипертрофический (пролиферативный).
- \* По клиническому течению выделяют гингивит: острый, хронический и хронический в стадии обострения.
- \* Гингивит может быть: очаговым или генерализованным.

Язвенно - некротический гингивит.



# КЛИНИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

\*Катаральный гингивит. Обуславливается умеренным зудом и небольшой отечностью. Также возникают незначительные периодические кровотечения в пораженных тканях десны. Также появляются неприятные ощущения при употреблении пищи, нарушаются вкусовое восприятие, повышается температура.



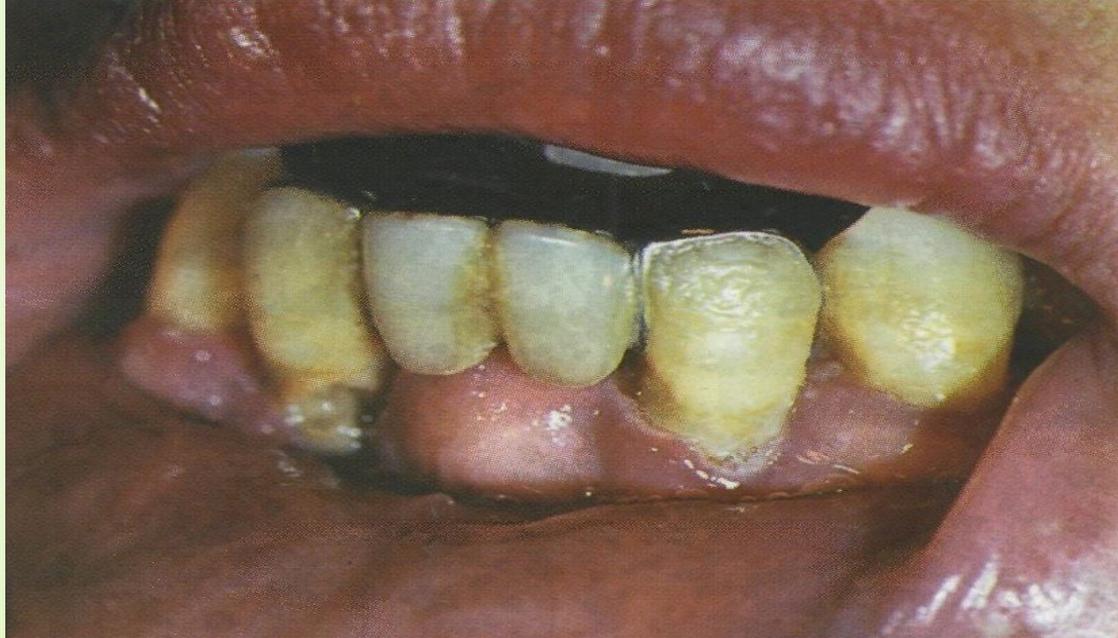
\* Атрофический гингивит. Протекает с значительной деградацией пораженных тканей десны, в результате чего обнажается зубной корень. Главными симптомами атрофического типа гингивита являются дискомфортные ощущения при контакте пораженного участка десны с ледяной или разогретой жидкостью. Главными причинами прогрессирования недуга служат неправильное ортодонтическое лечение и нарушения роста десны;



\* Гипертрофический гингивит. Увеличиваются десневые сосочки, которые покрывают собой до 2/3 поверхности зуба. В редких случаях десна может покрыть зуб полностью. На первичных стадиях гипертрофический гингивит не имеет ярко выраженных симптомов, по этой причине данный вид заболевания представляет серьезную опасность. Главными признаками заболевания может быть неприятные ощущения во время еды, неприятный запах и наличие кровяных выделений. В редких случаях происходит деградация десневых тканей. Самой распространенной причиной заболевания служит гиповитаминоз С. Чаще проявляется на фронтальной части десны;



\* Язвенно-некротический гингивит. Обусловлен появлением язвенных образований, в местах воспаления десен. Самым главным признаком этого заболевания может быть неприятные ощущения во время еды, резкий и неприятный запах дыхания, быстрая уставаемость, синюшный оттенок пораженной десны, постоянные кровотечения, болезненные ощущения и воспаленные лимфатические узлы. Также при данном заболевании характерна высокая температура, которая может подниматься до 39,5 °С. Если не начать лечение, возможно отмирание десневой ткани.



# ДИАГНОСТИКА ГИНГИВИТА

Проводится по данным основных и дополнительных методов исследования первичных больных, при повторных посещениях.

\* Основные методы: -

1. Опрос матери и ребенка:

жалобы, причина обращения к врачу, давность и возможную причину заболевания, особенности течения болезни, проводившееся лечение и его результаты;

перенесенные заболевания и болезни в настоящее время их лечение и связь с заболеванием пародонта, уровень гигиенических навыков по уходу за полостью рта (регулярность чистки зубов, вид зубной щетки, наименование средств гигиены).

\* 2. Осмотр ребенка:

общий осмотр ребенка;

осмотр полости рта: состояние зубов и слизистой оболочки, уздечки губ, языка и их прикрепление, состояние десневого края, наличие зубного налета и зубного камня, оценка окклюзии.

Воспалительные явления в десне оцениваются по следующим признакам: гиперемия, отечность, кровоточивость, десквамация, изъязвление. Кроме этого отмечаются атрофические и гиперпластические процессы. В истории болезни фиксируется наличие мягких и твердых зубных отложений.

Из специальных методов исследования применяются гигиенические и пародонтальные индексы, проба Шиллера-Писарева (метод прижизненной окраски гликогена десны, содержание которого увеличивается при хроническом воспалении). Стоматоскопия. Морфологическое исследование биопсийного материала. Бактериоцитологический метод исследования (изучение микрофлоры полости рта и определение миграции лейкоцитов).

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГИНГИВИТОВ

- \* 1. Различные виды гингивита необходимо дифференцировать между собой (катаральный, гипертрофический, язвенный).
- \* 2. Хронический генерализованный катаральный гингивит легкой степени тяжести с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести.
- \* 3. Язвенный гингивит - с изменением десны при заболеваниях крови (лейкоз, агранулоцитоз).
- \* 4. Язвенный гингивит с висмутовым и свинцовым гингивитом.
- \* 5. Язвенный гингивит с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (сифилис, МЭЭ, герпетический стоматит), со СПИД

# ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИНГИВИТА

- \* Профессиональная гигиена полости рта.
- \* Санация полости рта.
- \* Обучение гигиене полости рта, индивидуальный подбор предметов и средств гигиены.
- \* Местное противовоспалительное лечение.
- \* Общее лечение.
- \* Физиолечение.
- \* Консул





# ПАРОДОНТИТ

Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и связочного аппарата альвеолярной кости. При пародонтите происходит разрушение зубодесневого соединения, эпителий десневой бороздки и соединительный эпителий замещаются ротовым, происходит разрастание грануляционной ткани, деструкция связочного аппарата периодонта и костной ткани альвеолярного отростка, вследствие чего формируется пародонтальный карман – главный отличительный признак пародонтита.



# ЭТИОЛОГИЯ

- \* Ведущим этиологическим фактором пародонтита является микрофлора зубной бляшки, образующейся на пелликуле зуба в области зубодесневой борозды..
- \* Выделяют ряд местных и общих факторов риска, способствующих возникновению пародонтита. Факторы, вызывающие перегрузку пародонта: патология прикуса (скученность зубов), супраконтакты, травматические «узлы», парафункциональные привычки (сжатие зубов, бруксизм), дефекты протезирования и пломбирования. Факторы, вызывающие ишемию тканей пародонта, - короткие уздечки языка и губ, нарушение прикрепления уздечек языка, губ и тяжей, мелкое преддверие рта. Плохая гигиена полости рта, придесневые кариозные полости предрасполагают к развитию пародонтита. Врожденные особенности строения пародонта: тонкая, малокератинизированная десна, недостаточная толщина альвеолярной кости, выпуклый контур зубной дуги, часто сочетающийся с выпуклостью корней.
- \* Общие заболевания, связанные с нарушением процессов адаптации: хронические эмоциональные стрессы, эндокринные заболевания, мочекаменная болезнь, язвенная болезнь ЖКТ, системный остеопороз и др. соматическая патология.

# КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ 10

## \* K05.2 Острый пародонтит

K05.20 Пародонтальный абсцесс [пародонтальный абсцесс] десневого происхождения без свища. Пародонтальный абсцесс десневого происхождения, не связанный со свищом

K05.21 Пародонтальный абсцесс [пародонтальный абсцесс] десневого происхождения со свищом.

K05.22 Острый перикоронит

K05.28 Другой уточненный острый пародонтит

K05.29 Острый пародонтит неуточненный

K05.22 Острый перикоронит

K05.28 Другой уточненный острый пародонтит

## \* K05.3 Хронический пародонтит

K05.30 Локализованный

K05.31 Генерализованный

K05.32 Хронический перикоронит

K05.33 Утолщенный фолликул (гипертрофия сосочка)

K05.38 Другой уточненный хронический пародонтит

K05.39 Хронический пародонтит неуточненный



# КЛАССИФИКАЦИЯ

Течение пародонтита может быть острое, хроническое, обострение и ремиссия;

По степени тяжести: легкая, средняя и тяжелая

По распространенности: локализованный или генерализованный.



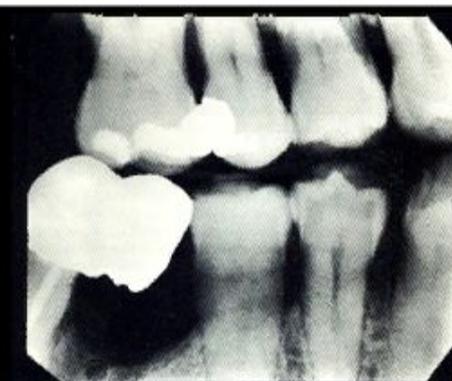
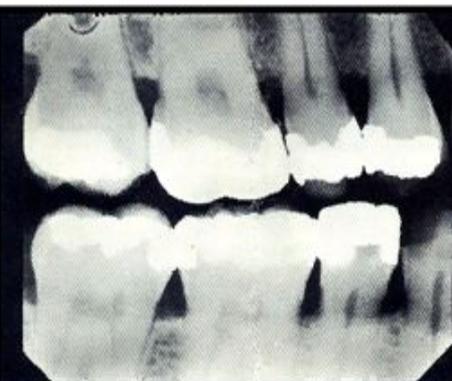


**Здоровые зубы**

**Легкий пародонтит**

**Средний пародонтит**

**Тяжелый пародонтит**



# КЛИНИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

## \*Хронический пародонтит легкой степени

Жалобы: на неприятные ощущения и болезненность десен, кровоточивость при чистке зубов и откусывании твердой пищи.

Объективно: межзубные сосочки и маргинальная десна гиперемированы и/или цианотичны. Определяются пародонтальные карманы не более 4 мм, симптом кровоточивости положительный, над- и поддесневые зубные отложения, гигиена полости рта неудовлетворительна. Патологическая подвижность не определяется.

Рентгенологическое обследование: отсутствие компактной пластинки; резорбция вершин межальвеолярных перегородок до 1/3 их величины; очаги остеопороза; расширение периодонтальной щели в маргинальной части.

## \* Хронический пародонтит средней степени

Жалобы: на значительную кровоточивость при приеме пищи, запах изо рта, зуд и жжение десен, подвижность и смещение зубов.

Объективно: выявляются отек и гиперемия десны, изменяется ее конфигурация. При зондировании определяются пародонтальные карманы от 4 до 6 мм, симптом кровоточивости положительный, над- и поддесневые зубные отложения.

При рентгенологическом обследовании деструкция межзубных перегородок до  $\frac{1}{2}$  длины корня, что обуславливает подвижность зубов I-II степени и развитие травматической окклюзии.



## \* Хронический пародонтит тяжелой степени

Жалобы: на боль в деснах, выраженную кровоточивость и нарушение функции жевания, смещение зубов и неприятный запах изо рта, периодически возникающее гноетечение из десен.

Объективно: помимо признаков воспаления десны (как свободной, так и прикрепленной), наблюдается веерообразное расхождение фронтальных зубов, значительные над- и поддесневые зубные отложения. Определяются пародонтальные карманы различной глубины (более 6мм) и конфигурации, иногда достигающие верхушки корня, подвижность зубов II-III степени.

Рентгенологическое обследование выявляет деструкцию костной ткани на  $\frac{1}{2}$  и более длины корня. При пародонтите тяжелой степени вследствие подвижности и смещения зубов может возникнуть нарушение окклюзии, что усугубляет патологические процессы.



# ДИАГНОСТИКА ПАРОДОНТИТА

- \* Пальпация (прощупывание) лимфатических узлов

Как правило, при ощупывании подчелюстных лимфатических узлов обнаруживается их увеличение и болезненность.

- \* Осмотр ротовой полости

При осмотре ротовой полости хорошо видны признаки пародонтита:

Покраснение и отек десны

Разрыхление края десны

Образование зубодесневых карманов

Обильные зубные отложения

Расхождение верхних резцов

Подвижность зубов

Обнажаются корни зубов

- \* Рентгенография.

При данной патологии используют рентгенологический метод (панорамная рентгенография зубов). На данном исследовании хорошо видна степень разрушения межзубных перегородок.

Контуры межзубных перегородок нечеткие

\* Компьютерная томография зубов - исследование, с помощью которого получают трехмерное воссоздание костных структур. Компьютерная томография дает полное представление об изменениях костных структур.

\* УЗИ с использованием эффекта Доплера - исследование позволяющее определить состояние кровоснабжения пародонта.

\* Общий анализ крови

Наблюдается повышение СОЭ (скорости оседания эритроцитов) - говорит за наличие воспалительного процесса.

Увеличение числа лейкоцитов (лейкоцитоз) со сдвигом формулы влево (появление молодых форм лейкоцитов)



\* **Острый пародонтит** как самостоятельная нозологическая форма встречается редко, он развивается вследствие острой механической или химической травмы пародонта, повлекшей разрушение зубодесневого соединения и резорбцию альвеолярной кости. Типичны случаи поражения пародонта при ортопедическом или ортодонтическом лечении, мышьяковистый пародонтит.



# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПАРОДОНТИТОВ

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

	<b>Общее</b>	<b>Различия</b>
<b><i>Хронический катаральный гингивит</i></b>	Кровоточивость, отек, десны, зубной налет и камень.	При пародонтите определяется симптом кармана, на рентгенограмме определяются признаки воспалительной резорбции костной ткани межзубных перегородок.
<b><i>Хронический гипертрофический гингивит</i></b>	Кровоточивость, отек десны, дискомфорт и болезненные ощущения при приеме пищи, зубные отложения, локальные факторы воспаления (кариозная полость, нависающий край пломбы, искусственной коронки), симптом клинического кармана.	Рентгенологически при пародонтите определяются признаки воспалительной резорбции костной ткани альвеолы (потеря кортикальной пластины на вершине межальвеолярной перегородки). При гипертрофическом гингивите кортикальная пластина сохранена и отчетливо видна на рентгенограмме. Клинический карман при пародонтите сопровождается потерей пародонтального прикрепления, а при гипертрофическом гингивите карман ложный.
<b><i>Пародонтоз</i></b>	Обнажение поверхности корней зубов, гиперестезия зубов, некариозные поражения, зубные отложения.	При пародонтозе отсутствуют признаки воспаления (гиперемия, отек и кровоточивость десны, пародонтальный карман). Все эти признаки есть в стадии хронического течения пародонтита. На рентгенограмме при пародонтозе снижение высоты межзубных перегородок равномерное, не сопровождается потерей кортикальной пластины на их вершине,

# ЛЕЧЕНИЕ

## \* СХЕМА ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА:

- \* Профгигиена полости рта
- \* - Антибактериальная терапия (цефалоспорины, фторхинолоны, макролиды и т.д.);
- \* - Антипротозойные препараты (метронидазол);
- \* - Противогрибковые средства (флюконазол);
- \* - НПВС (диклофенак);
- \* - Иммуностимулирующая терапия (Т-активин, тималин);
- \* - Дезинтоксикационная терапия (гемодез);
- \* - Антигистаминные препараты (фенкарол, цетрин, супрастин);
- \* - Витаминотерапия (поливитамины с микроэлементами);

\* - Сбалансированная диета с достаточным количеством витаминов и микроэлементов

## Пародонтологическая чистка



The image features four toothbrushes arranged in a square frame around the central text. The top toothbrush has a white handle with a red oval and red and white stripes. The bottom toothbrush has a white handle with a green oval and green and white stripes. The left and right toothbrushes have white handles with blue ovals and blue and white stripes. All toothbrush heads have white bristles with blue accents. The background is white with a faint grid pattern and 'depositphotos' watermarks.

**ПАРОДОНТОЗ**

\* Пародонтоз - дистрофический процесс, распространяющийся на все структуры пародонта. Его отличительной чертой является отсутствие воспалительных явлений в десневом крае, отсутствие пародонтальных карманов. Распространенность пародонтоза составляет 1-3% населения.



# ЭТИОЛОГИЯ

Основной причиной пародонтоза являются патогенные микроорганизмы, которые находятся в зубном налете. В результате их жизнедеятельности ткань десны становится рыхлой, разрушается зубодесневое соединение и зубной налет проникает глубже. После затвердевания зубной налет повреждает десну и зубную эмаль. Пародонтоз чаще встречается у людей с патологиями сердечно-сосудистой системы атеросклеротического характера, с патологиями пищеварительного тракта и эндокринными заболеваниями.

Нарушения обмена веществ, особенно вследствие гиповитаминоза становятся причиной пародонтоза в старшем возрасте, когда естественное ослабление тканей пародонта более выражено. В патогенезе пародонтоза кроме микробного фактора и дистрофических изменений лежат также аномалии развития зубочелюстной системы. Так, при патологиях прикуса, аномалиях положения зубов пародонтоз диагностируется в несколько раз чаще.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

\* Классификация пародонтоза МКБ 10

К0 5.4 - пародонтоз

К0 6.0 - рецессия десны:

- К0 6.00 - локальная рецессия

- К0 6.01 - генерализованная рецессия

- К0 6.09 - неуточненная рецессия

\* Течение: хроническое.

\* Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая - в зависимости от обнажения корня зуба и уменьшения высоты межальвеолярной перегородки.

\* Распространенность процесса: только генерализованный.

# КЛИНИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- \* Жалобы: в начале заболевания больные пародонтозом к врачу не обращаются, так как не испытывают каких-либо неприятных ощущений. Затем появляются непостоянные жалобы на парестезии десен (зуд, жжение), а также на гиперстезию шеек зубов, связанную с обнажением корней зубов. По мере развития процесса появляются множественные обнажения корней зубов, диастемы и тремы, веерообразное расхождение зубов.
- \* Объективно: наблюдается однородность поражения пародонта. Слизистая оболочка десны бледно-розовая, даже анемичная, плотная. Воспалительных явлений нет. Характерна атрофия межзубных сосочков и валикообразное утолщение маргинальной десны. Глубина зубодесневой борозды в пределах нормы. Визуально: обнажение шеек зубов, соответственно - краевая рецессия тканей пародонта. Для ее оценки используется классификация рецессий по Миллеру (1985) с прогнозом лечения. Кроме того, могут быть наддесневые плотные зубные отложения, наличие микробного налета не характерно. В более поздних стадиях - подвижность зубов. Часто пародонтоз сочетается с некариозными поражениями (клиновидные дефекты, эрозии эмали).



# ДИАГНОСТИКА

## \* Критерии тяжести пародонтоза:

легкая степень (обнажение корня и уменьшение высоты межзубной перегородки до  $1/3$  ее величины);

средняя степень (обнажение корня и уменьшение высоты межзубной перегородки до  $1/2$  ее величины);

тяжелая степень (обнажение корня и уменьшение высоты межзубной перегородки более  $1/2$  ее величины).

- \* Основным дополнительным методом обследования при пародонтозе является рентгенологический: наблюдается убыль костной ткани, при этом структура кортикальной пластинки сохранена. Рисунок кости мелкоячеистый, с плотными трабекулами, наблюдается уменьшение костномозговых пространств, выявляются одновременно очаги остеопороза и остеосклероза. Может наблюдаться гиперцементоз, наличие дентиклей и петрификатов в пульпе, уменьшение размеров полости зуба.
- \* Реопародонтограммы в большинстве случаев имеют конфигурацию, свидетельствующую о вазоконстрикции. При изучении результатов полярографии выявляется снижение парциального давления кислорода в десне, что свидетельствует о гипоксии тканей.

# ЛЕЧЕНИЕ

- \* В лечении пародонтоза важное место занимает патогенетическая терапия, направленная на предупреждение осложнений в виде воспаления.
  
- \* I этап (симптоматическая терапия):
  1. Рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта и ее контроль: зубная щетка средней жесткости, исключить горизонтальные движения щетки, использовать лечебно-профилактические пасты, содержащие фтор и кальций.
  2. Санация полости рта: пломбирование эрозий, клиновидных дефектов, кариозных полостей, восстановление контактных пунктов, удаление зубных отложений, устранение острых краев зубов, выявление и устранение супраконтактов.
  3. Лечение гиперестезии тканей зуба: местная и системная реминерализующая терапия (препараты кальция и фосфора: глюконат Ca, глицерофосфат Ca, фитин в таб.); препараты фтора (фторида Na, витафтор).
  4. Рациональное протезирование и шинирование.
  
- \* II этап (патогенетическая терапия): учитывая, что в патогенезе пародонтоза значительную роль играет атеросклероз и другие психосоматические заболевания, необходимо обследование больного и правильный выбор антисклеротических и вазотропных препаратов в виде инъекций, электрофореза, per os: трентал - по 2 драже 3 раза в день, курс 2-3 недели; витамин E - по 50 мг масляного р-ра 3 раза в день, курс 3-5 недель; эксузан - по 10-20 капель 3 раза в день; продектин - по 0,25 г 3-4 раза в день; никотиновая кислота - по 0,05 г 2-3 раза в день, курс не менее месяца; мевакор - по 40 мг 1 раз в день; ангиотрофин и др. Физиотерапия: вакуум-, гидро-, вибромассаж; дарсонвализация; светолечение; электрофорез.



Легкая степень



Средняя степень



Тяжелая степень

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**

