

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
“Волгоградский государственный медицинский университет”
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО**

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой



С. В. Дмитриенко

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

**СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ**

Для клинических ординаторов

РАЗДЕЛ 7.

МОДУЛЬ 2: Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике заболеваний пародонта , классификация, формы.(продолжение).

**Основной профессиональной образовательной программы подготовки
кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.75 “СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ”**

6 часов

ТЕМА 7. 2: Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике заболеваний пародонта , классификация, формы.(продолжение).

ЦЕЛЬ: ознакомиться с современными представлениями об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике заболеваний пародонта , классификациями, формами.

Формируемые компетенции: УК - 1, ПК - 4, ПУ - 6, ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: клинические кабинеты, методические разработки, тестовые задания, учебная литература.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: учебная база кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Современные представления об этиологии пародонтита
 2. Современные представления о патогенезе пародонтита
- Классификация болезней пародонта

ПАРОДОНТИТЫ.

Заболевания тканей, окружающих зуб, относятся к числу болезней, известных с древнейших времен. С развитием цивилизации распространенность заболеваний пародонта резко возросла. Установлено, что болезни пародонта занимают второе место после кариеса, причем 70% заболеваний приходится на возраст 21 – 40 лет. По данным ВОЗ частота и тяжесть поражения нарастает с увеличением возраста заболевания и поэтому в среднем и пожилом возрасте заболевания пародонта приводят к удалению зубов в 2-3 раза чаще, чем кариес.

Заболевания пародонта проявляются очень рано. По данным разных авторов 50 – 65% школьников страдают заболеваниями пародонта. До 18 лет гингивит обнаружен в 81%, а пародонтит лишь в 8%. В возрасте 45 – 50 лет гингивит определяется 4%; пародонтит – в 95,8%.

По статистическим данным болезни пародонта у лиц до 20 лет обнаружены в 14%; от 20 до 30 лет – в 50%; от 30 до 40 лет – в 80%; старше 50 лет – в 100%.

Таким образом, распространенность заболеваний пародонта делает их актуальнейшей проблемой современной стоматологии.

Строение пародонта.

Пародонт представляет собой комплекс тканей, имеющих функциональную и генетическую общность. Он включает в себя периодонт, кость альвеолы, десну с надкостницей, цемент корня.

Десна делится на свободную и прикрепленную. Свободная десна прилежит к поверхности зуба, отделяясь от нее десневым желобком. У шейки зуба в нее вплетаются волокна циркулярной связки. Прикрепленная десна через надкостницу соединена с альвеолярной костью.

Основную массу десны составляют коллагеновые волокна, в меньшей степени эластична и ретикулярная ткани.

Гистологически десна состоит из многослойного плоского эпителия, собственной оболочки (lamina propria) и подслизистого слоя. В норме эпителий десны ороговеет, что является защитной реакцией десны на внешнее воздействие: механическое, физическое, термическое, химическое. Нарушение процессов ороговения в обе стороны приводит к возникновению различных патологических процессов в полости рта.

Зубодесневое соединение состоит из несоединенных видов эпителиальной ткани. Ротовой эпителий переходит в щелевой эпителий, или эпителий борозды. Он занимает очень незначительный участок и, в свою очередь, переходит в соединительный эпителий. Соединительный эпителий переходит непосредственно в периодонт. Щелевой эпителий является переходным между соединительным и многослойным плоским. Соединительный эпителий связан не только с периодонтом, но и с кутикулой эмали. Нарушение этой связи уже говорит о наличии патологического зубодесневого кармана.

Собственно периодонт состоит из коллагеновых волокон, эластических волокон, окситалановых волокон, сосудов, нервных окончаний, элементов ретикулоэндотелиальной системы. Коллагеновые волокна вплетаются в цемент корня и альвеолярную кость.

Толщина и форма периодонта суть величины непостоянные и зависят от возраста и общего состояния здоровья человека. Ширина

периодонта колеблется от 0,15 до 0,35 мм. Она варьирует не только у разных зубов, но и у одного зуба на разных поверхностях. У жевательной группы зубов с вестибулярной стороны ширина периодонтальной щели составляет 0,32 мм в пришеечной трети, 0,22 мм в средней трети и 0,31 мм в апикальной части. С оральной стороны в этом же порядке толщины периодонта составляют 0,54; 0,25; 0,27 мм (Пономарева). Такое сужение периодонтальной щели обусловлено физиологически, ибо при боковых нагрузках так наиболее равномерно распределяется давление на альвеолу. Легко понять, что при атрофических процессах центр вращения зуба перемещается более апикально и косые и горизонтальные нагрузки становятся для пародонта убийственными.

Физиологическая подвижность зубов колеблется по данным разных авторов от 0,1 до 0,3 мм и различна в разных направлениях.

Направление волокон периодонта четко дифференцировано в зависимости от их локализации. в области шейки зуба и вершук межалвеолярных перегородок волокна имеют горизонтальное направление. Ани располагаются радиально и тангенциально. По большей поверхности корня они идут наклонно, от цемента корня к поверхности кости, по восходящей. В околоверхушечной области есть небольшой участок горизонтально расположенных волокон. В области апекса имеет место веерообразное расположение волокон. Горизонтальные волокна в пришеечной области имеют, по данным Пакалнс, 14 направлений, и, сплетаясь, образуют циркулярную связку зуба.

Кость альвеолы состоит из компактного и губчатого вещества. Компактное вещество образует кортикальную пластину, между слоями которой находится губчатое вещество. Промежутки между балками губчатого веществ заполнены желтым костным мозгом. По своему составу

альвеолярная кость не отличается от таковой других участков человеческого скелета, и содержит 60 –70% минеральных веществ и 30 – 40% органических веществ.

Цемент корня по структуре и химическому составу очень напоминает костную ткань, но в большей своей части он не содержит клеточных элементов. Лишь в области верхушки зуба есть области так называемого лакунарного цемента, где в лакунах ткань имеет клеточное строение.

Функции пародонта.

Барьерная функция определяется следующими моментами:

1. Способностью к ороговению.
2. Большим количеством и направленностью коллагеновых волокон
3. Тургором десны.
4. Состоянием мукополисахаридов соединительнотканых образований пародонта.
5. Особенности функции и строения физиологического зубодесневого соединения.
6. Антибактериальными свойствами слюны.
7. Наличием тучных и плазматических клеток.

Трофическая функция обусловлена широкой микроциркуляторной сетью и сетью нервных окончаний. Находится в прямой зависимости от сохранности этих морфологических субстанций.

Рефлекторная регуляция жевательного давления обусловлена наличием большого количества нервных окончаний.

Пластическая функция заключается в постоянном воссоздании тканей, утраченных из-за физиологических или патологических процессов.

Амортизирующая функция обусловлена наличием и свойствами коллагеновых и эластичных волокон.

Классификация болезней пародонта.

В нашей стране приняты классификация и терминология болезней пародонта, утвержденные на XVI пленуме Всесоюзного общества стоматологов (1983). Классификация рекомендована для применения в научной, педагогической и лечебной работе. В приведенной ниже классификации использован нозологический принцип систематизации болезней, одобренный ВОЗ.

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

Форма: катаральная, гипертрофическая, язвенная. Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия. Тяжесть процесса: легкая, средней тяжести, тяжелая. Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

II. Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости.

Течение: острое, хроническое, обострившееся.

Тяжесть процесса: легкая, средней тяжести, тяжелая.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

III. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта.

Течение: хроническое, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкая, средней тяжести, тяжелая.

Распространенность процесса: генерализованный.

IV. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей.

V. Пародонтомы – опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.

Классификация периодонтитов ВОЗ WHO 1995 г.

К.05.0. Острые гингивиты: за исключением острых перикоронитов, острых язвенно-некротических гингивитов (фузоспириллярные гингивиты, гингивит Венсана).

К.05. 00. Острые стрептококковые гингивостоматиты.

К.05.08. Другие специфические острые гингивиты.

К.05.09. Острые неспецифические гингивиты.

К.05.1. Хронические гингивиты.

К.05.10. Простой маргинальный.

К.05.11. Гиперпластический.

К.05.12. Язвенный.

К.05.13. Десквамативный.

К.05.18. Другие специфические хронические гингивиты.

К.05.19. Хронические неспецифические гингивиты.

К.05.2. Острые периодонтиты.

К.05.20. Периодонтальные абсцессы (источником которых является больная десна без свищевого хода, за исключением острых апикальных периодонтитов(источником которых является пульпа зуба) и острого периапикального абсцесса (источник которого также пульпа зуба).

К.05.21. Периодонтальные абсцессы, источником которых является десна со свищевым ходом, за исключением острого апикального и острого периапикального абсцессов пульпарного происхождения.

К.05.22. Острые периодонтиты.

К.05.28. Другие острые специфические периодонтиты.

К.05.29. Острые неспецифические периодонтиты.

К.05.3. Хронические периодонтиты.

К.05.30. Простой.

К.05.31. Сложный.

К.05.32. Хронические перикорониты.

К.05.33. Гипертрофия сосочка.

К.05.38. Другие хронические периодонтиты.

К.05.39. Хронические неспецифические периодонтиты.

К.05.4. Периодонтолизис (ювенильный периодонтит).

К.05.5. Другие периодонтальные болезни.

Этиологические факторы.

Местные:

1. Микробная бляшка
2. Нарушение положения и формы зубов
3. Отсутствие межзубных контактов
4. Потеря зубов
5. Заболевания ВНЧС
6. Задержанная стираемость
7. Патологическая стираемость
8. Заболевания слизистой
9. Некачественные протезы
10. Мелкое преддверие полости рта
11. Атипичное прикрепление уздечек
12. Наличие рубцов и тяжей
13. Острая и хроническая травма
14. Парафункции

Общие:

1. Заболевания ССС.
2. Заболевания нервной системы
3. Заболевания ЖКТ
4. Эндокринные заболевания
5. Системные остеопатии

6. Витаминные дисбалансы
7. Гематологические заболевания
8. Профессиональные вредности
9. Беременности

Лечение пародонтитов.

Задачей ортопедического лечения является восстановление утраченного единства зубных рядов, распределение жевательного давления, предохранение пародонта от травмирующего воздействия жевательной нагрузки.

Заболевания пародонта всегда сопряжены с травмирующим действием мышечной нагрузки. Принято различать первичную травматическую окклюзию, вторичную и комбинированную.

Под первичным *травматическим синдромом* понимают ситуацию, при которой на здоровый пародонт падает необычная по величине или направлению нагрузка. Для *вторичной травматической окклюзии* характерно первичное поражение пародонта, на который падает физиологическая по направлению и величине нагрузка.

Итак, вернемся к лечению пародонтопатий. Лечение заболеваний пародонта всегда должно быть комплексным. Важным звеном в системе лечебных мероприятий, направленных на нормализацию состояния пародонта, является избирательное пришлифовывание зубов. Впервые предложено Кароли в 1901г.

Физиологические основы ИПЗ - существует значительное количество методик, которые являются видоизменениями двух основных.

Метод Дженкельсона (1961) основан на том, что взаимоотношения зубных рядов осуществляются опосредованно через пищевой комок и непосредственный контакт существует только в положении центральной окклюзии. Принципиальным является тот момент, что движения нижней челюсти контролируются самим пациентом и ощущение комфорта при данной методике субъективно, оно же объективно подтверждается при помощи окклюзиограммы.

Метод Шулера (1961) основан на противоположных принципах. Автор считал, что передняя и боковые окклюзии являются физиологическими имеют место быть при жевании. Метод направлен на устранение преждевременных контактов, препятствующих артикуляции зубных рядов при жевании. Особенностью является то, что врач направляет движения нижней челюсти. Пациент свои ощущения субъективно оценить правильно не может.

Тестовые вопросы для определения усвояемости материала:

1.Какое минимальное количество зубов необходимо для изготовления бюгельного протеза?

А)2

Б)4

В)6

Г)6 - 8

2.Какова минимальная высота клинической коронки зуба для расположения на ней опорноудерживающего кламмера?

А)4 мм

Б)5 -6 мм

В)8 мм

Г)10 мм

3.Какова минимальная высота клинической коронки опорного зуба для изготовления замкового крепления?

А)4 мм

Б)5 -6 мм

В)8 мм

Г)10 мм

4.Какова необходимая и достаточная высота клинической коронки опорного зуба для изготовления телескопической коронки?

А)3 мм

Б)4 - 5 мм

В)6 - 8 мм

Г)8 - 10 мм

5.В каких квадрантах опорного зуба располагается плеча опорноудерживающего кламмера?

А)1, 3, 4.

Б)1, 4.

В)1, 2, 3.

Г)1, 2, 4.

6.В каких квадрантах расположено плеча гнутого проволочного кламмера?

А)1, 3, 4.

Б)1, 4.

В)1, 2, 3.

Г)1, 2, 4.

7.Какая степень подвижности зубов позволяет изготовить пластиночный протез?

А)2

Б)3

В)4

Г)любая

8.Какая степень подвижности зубов не позволяет изготовить бюгельный протез?

А)1

Б)2

В)3

Г)4

9.Какое расположение опорных элементов для съемных конструкций наиболее благоприятно на верхней челюсти?

А)диагональное

Б)трансверзальное

В)аксиальное

г)тангенциальное

10.Какое расположение опорных элементов для съемных конструкций наиболее благоприятно на нижней челюсти?

А)диагональное

Б)трансверзальное

В)аксиальное

г)тангенциальное

Литература

Основная литература:

1. Ортопедическая стоматология [Текст] : учебник по спец. 060.105.65 "Стоматология" по дисциплине "Ортопед. стоматология" / С. Д. Арутюнов [и др.] ; под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджения ; М - во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 640 с. : ил., цв. ил.

Дополнительная литература:

1. Ортопедическая стоматология [Текст] : фак. курс (на основе концепции проф. Е. И. Гаврилова) : учебник для мед. вузов / В. Н. Трезубов [и др.] ; под ред. В. Н. Трезубова. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Фолиант, 2010. - 656 с.: ил. - Библиогр.: с. 649.
2. Стоматология [Электронный ресурс]: Учебник / Под ред. Т. Г. Робустовой. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2008. - 816 с.: ил. (Учеб. лит. Для студентов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов мед. вузов). – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
3. Стоматология [Электронный ресурс]: учебник для медицинских вузов и последипломной подготовки специалистов/ под ред. В. А. Козлова. 2-е изд., исп. и доп.– СПб.: СпецЛит, 2011. – 487 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
4. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Текст] : [учеб. пособие] / под ред В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 157, [3] с. : ил. - (Руководство для врачей).
5. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Электронный ресурс]: руководство / Под ред. проф. В.В. Афанасьева, проф. О.О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Программное обеспечение и интернет - ресурсы:

- www.elibrary.ru – научная электронная библиотека
- www.e-stomatology.ru - официальный сайт Стоматологической ассоциации России (СтАР)
- www.volgmed.ru - сайт Волгоградского государственного медицинского университета
- <http://library.volgmed.ru/Marc> - электронный каталог библиотеки ВолгГМУ
- www.mma.ru - сайт Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова
- <http://www.studentlibrary.ru> - электронная библиотечная система «Консультант студента»
- <http://www.studmedlib.ru> – консультант студента
- информационно-поисковая база Medline

- www.stom.ru - текущие события в России и за рубежом, научные статьи ведущих специалистов, обзор литературы.
- www.web-4-u.ru/stomatinfo - электронные книги по стоматологии.
- www.stomatlife.ru - справочно- информационный ресурс по стоматологии и медицине.
- www.edentworld.ru - информация о периодических изданиях, событиях в стоматологическом мире в России и за рубежом, научные статьи по различным направлениям стоматологии.
- www.dentalsite.ru - профессионалам о стоматологии.
- www.stomatolog.ru - книги, журналы, газеты, оборудование, инструмент, английский язык, работа для стоматолога.
- www.webmedinfo.ru/library/stomatologiya - на сайте представлены книги по стоматологии для бесплатного скачивания.
- www.dental-revue.ru - информационный стоматологический сайт, статьи по разным разделам стоматологии, дискуссии.
- www.volgostom.ru - для профессионального общения врачей – стоматологов

