

Методическая разработка семинара для ординаторов № 46

Тема: Гингивит. Этиология, клиника, диагностика.

Форма проведения: семинар

Контингент обучающихся: ординаторы

Продолжительность семинара: 6 часа

Место проведения: кафедра стоматологии ИНМФО .

Цель семинара: научиться диагностировать различные формы гингивита в зависимости от характера воспаления, степени тяжести и распространения процесса.

Формируемые профессиональные компетенции (ПК):

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

Краткий план проведения:

1. Организационные вопросы.
2. Обсуждение вопросов для выявления исходного уровня знаний.
3. Опрос по контрольным вопросам.
4. Демонстрация преподавателем методик проведения основных и дополнительных методов обследования при кариесе зубов и его осложнениях.

Методическое оснащение: методические разработки кафедры терапевтической стоматологии ВолгГМУ.

Материальное обеспечение: наборы стоматологических лотков с инструментами для приема больных и работы на фантомах; стоматологические пломбирочные материалы; расходные материалы; видеофильмы, тематические больные, тесты, ситуационные задачи; наборы рентгенограмм; презентации для мультимедиа-проектора.

Список основной и дополнительной литературы:

Основная литература:

1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология [Текст] : учебник для студентов мед. вузов / Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. ; под ред. Е. В. Боровского . - М. : МИА , 2011 . - 798 с. : ил., цв. ил.
2. Максимовский Ю. М. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : рук. к практ. занятиям / Максимовский Ю. М., Митронин А. В. ; М-во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 . - 423, [9] с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
3. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник для вузов / под ред. Г. М. Барера; [кол. авт.: Г. М. Барер и др.] . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература:

1. Камышников В. С. и др. Методы клинических лабораторных исследований [Текст] / под ред. В. С. Камышникова. - 7-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2015. - 735, [1] с. : ил., цв. ил.
2. Логинова Н.К. Методы функциональной диагностики в стоматологии [Текст] / Н. К. Логинова. - М. : МГМСУ, 2014. – 140 с.
3. Михальченко В. Ф. Примеры описания медицинской карты в практике терапевтической стоматологии [Текст] : учеб.-метод. пособие / Михальченко В. Ф., Алёшина Н. Ф., Радышевская Т. Н. и др. ; ВолгГМУ . - Волгоград , 2012 . - 64 с.
4. Сапин М. Р. Атлас анатомии человека для стоматологов [Электронный ресурс] / Сапин М. Р., Никитюк Д. Б., Литвиненко Л. М. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2013. – 600 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
5. Терапевтическая стоматология [Текст] : нац. рук. / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2009 . - 911с. : ил. + 1 CD-ROM . - Национальные руководства
6. Фирсова И. В. Дезинфекция и стерилизация в стоматологии [Текст] : учеб. пособие / ВолгГМУ Минздрава РФ ; [сост. : И. В. Фирсова и др.]. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 70, [2] с. : ил.
7. Фирсова И. В. COMPLAINTNESS AND INFORMEDNESS OF PATIENTS IN STOMATOLOGICAL PRACTICE [Текст] : монография / И. В. Фирсова, В. В. Шкарин, Е. С. Соломатина ; ВолгГМУ Минздрава РФ ; [науч. ред. Н. Н. Седова]. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 243, [1] с. : ил. - Библиогр. : с. 240-243.
8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем МКБ-10 [Текст] : 10-й пересмотр : пер. с англ. Т.1, ч.1. - М. : Медицина, 2003. - (Всемирная организация здравоохранения, Женева).

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Классификация заболеваний пародонта.
2. Методы обследования больных с заболеваниями пародонта.
3. Этиопатогенетические механизмы воспалительных заболеваний пародонта.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

1. Определение гингивита.
2. Роль местных и общих факторов в этиологии гингивита. Распространенность гингивита.
3. Патогенез гингивитов.
4. Острый гингивит (K05.0): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
5. Хронический гингивит (K05.1): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
6. Гингивит язвенный (A69.10): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
7. Утолщенный фолликул (гипертрофия сосочка, гипертрофия десны (K 06.1): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
8. Дифференциальная диагностика различных видов гингивита.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

Порядок обследования	Диагностические признаки	Патогенетическое обоснование и способы выявления
ЖАЛОБЫ	Кровоточивость десны при чистке зубов	Следствие нарушения микроциркуляции, образования биологически активных веществ (гистамин, серотонин, простагландин E), повышения сосудисто-тканевой проницаемости; увеличения количества функционирующих

		расширенных кровенаполненных капилляров
	Неприятный запах изо рта	Неприятный запах изо рта (галитоз) появляется в связи с анаэробным расщеплением белка микробного налета, остатков пищи с образованием летучих соединений серы (сероводород и др.)
АНАМНЕЗ ЖИЗНИ	Острая вирусная инфекция	Острые вирусные инфекции, способные вызвать повреждение сосудов, могут предрасполагать к развитию воспаления.
	Редкое обращение к стоматологу (только при появлении боли в зубах)	Отсутствие регулярного наблюдения у стоматолога (не реже 1 раза в полгода), создает риск поражения зубов кариесом и развития воспалительной патологии пародонта.
	Возможны стрессовые ситуации	Психоэмоциональный стресс способствует повышению уровня свободных радикалов кислорода, повреждающих
	Преимущественно углеводистая и жирная пища с недостатком овощей и фруктов	Недостаток овощей и фруктов ведет к плохому очищению зубов, недостатку витаминов, особенно С и группы В, что способствует повышению сосудистой проницаемости и увеличивает риск развития воспаления в десне.
	Недостаточное самоочищение зубов	Неадекватная гигиена рта способствует накоплению на поверхности зубов микробной бляшки и развитию пародонтопатогенной микрофлоры.
РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	Гингивит начинается незаметно, без боли или неприятных ощущений. Кровоточивость десны бывает редко, преимущественно в зимне-весенний период, и спонтанно исчезает. Гингивит наблюдается у детей, подростков, лиц молодого возраста.	Ранние признаки гингивита можно выявить только при: — внимательном осмотре десны (гиперемия отдельных десневых сосочков); — зондировании десневой борозды; — установлении симптома кровоточивости при вертикальном зондировании; — витальном окрашивании десны раствором Шиллера- Писарева; — регистрации гигиенического статуса
	Без лечения явления воспаления нарастают: кровоточивость десны становится постоянной и возникает не только при чистке зубов, но и при употреблении твердой пищи. Край десны гиперемирован, цианотичен.	Клинически диагностируемый гингивит — результат дальнейшего развития воспаления в десне. Усиление кровоточивости связано с микробной инвазией, резким повышением сосудисто-тканевой проницаемости, выходом плазменных белков в стенки сосудов и периваскулярно; васкулиты, расширение венозной части капилляра, флебэктазия — цианоз.
ВНЕШНИЙ ОСМОТР	Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.	Вне стадии обострения в очаге хронического воспаления формируется клеточный барьер, а реакция лимфатической системы на присутствие патогена минимальна
	Зубы часто не поражены кариесом. Много мягкого и пигментированного налета на поверхности зубов, зубной камень на оральной поверхности передних зубов нижней челюсти.	Микробный зубной налет и камень способствуют травме десны, воздействию продуктов распада и жизнедеятельности пародонтопатогенной микрофлоры, микробной инвазии.
	Десневые сосочки и свободная десна гиперемированы, с цианотичным оттенком, отечны. При зондировании десневой борозды возникает кровоточивость. Клинический карман отсутствует. Можно	Сосудисто-тканевая проницаемость повышена. Венозная часть капилляров расширена. При дегрануляции тучных клеток выделяются простагландины, провоспалительные цитокины (ИЛ—1, ФНО), серотонин, гистамин, гепарин и другие биологически активные вещества, способствующие вазодилатации, венозному

	отметить обнажение корней зубов у пожилых людей. Патологическая подвижность зубов отсутствует. Гноетечения нет. Боль бывает редко.	застою, изменению тонуса сосудов. Вертикальное зондирование пародонта, составление пародонтограммы.
ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПАРОДОНТА	Микробная бляшка и зубной камень	Индексы гигиены рта: ОНI-S более 0,7 балла; API более 25 %
	Симптом кровоточивости десны положительный	Индекс кровоточивости десневой борозды S BI более 10 %
	Симптомы гиперемии и отека десны	Индекс ПМА более нуля; Проба Шиллера-Писарева — окраска коричневого цвета десневых сосочков и края десны.
	Симптомы воспаления пародонта	Пародонтальный индекс PI 0,2 балла и более, но не выше 3,0 баллов
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ Рентгенологическое исследование	Симптомы воспаления, установленные в ходе осмотра и инструментального исследования пародонта	Ортопантомография, панорамная рентгенография, контактная внутриротовая рентгенография: целостность кортикальных пластин на вершинах межальвеолярных перегородок не нарушена, высота сохранена
Определение количества десневой жидкости		0,5— 1,0 мм ² (при измерении площади окрашивания полоски фильтровальной бумаги)
Реопародонтография		Нарушение тонуса сосудов, снижение их эластичности и венозный застой
Полярография		Повышается потребность пародонта в кислороде, но его полной утилизации не происходит
Гнатодинамометрия		Показатели остаются в пределах нормальных значений
Эхоosteометрия		Плотность альвеолярной кости не меняется
Биомикроскопия		Увеличение диаметра и количества функционирующих капилляров
Микробиологическое исследование		Снижение доли стрептококков, увеличенное количество факультативных и анаэробных актиномицетов, грамотрицательных кокков, спирохеты, подвижные палочки
Клинические анализы крови и мочи		При хроническом катаральном гингивите изменений нет
Консультация эндокринолога, терапевта, других специалистов		Симптомы воспаления, установленные в ходе осмотра и инструментального исследования пародонта

К 06.1 Утолщенный фолликул (гипертрофия сосочка), гипертрофия десны (К 06.1).

К06.1 Гипертрофия десны

К06.10 Фиброматоз десны

К06.18 Другая уточненная гипертрофия десны

К06.19 Гипертрофия десны неуточненная

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

Порядок обследования	Диагностические признаки	Патогенетическое обоснование и способы выявления
ЖАЛОБЫ	Необычный вид десны, её увеличение	Преобладание процессов пролиферации в реакции хронического воспаления десны, увеличение количества фибробластов, образование коллагена,

		огрубение коллагеновых волокон.
	Гиперемия, отек, кровотоочивость десны, увеличение десневых сосочков	Расширение сосудов микроциркуляторного русла, повышение сосудисто-тканевой проницаемости, отек десны вследствие действия производных арахидоновой кислоты (простагландины E, F _{2a} , тромбоксан и др.).
	Боль при приеме пищи	Боль в результате сдавления нервных окончаний отечной тканью, действия кининов (брадикинин и др.).
АНАМНЕЗ	Дети в препубертатном (8—14 лет) и пубертатном (14—18 лет) периоде	Гормональный дисбаланс. Влияние гормонов развивающейся половой системы на эпителий десны
	Беременные	Разрастание десны при гестозе, дефиците витаминов, неудовлетворительной гигиене полости рта на фоне предшествовавшего катарального гингивита. После родов возможно уменьшение или исчезновение гипертрофии десны.
	Прием лекарственных препаратов (противосудорожные, цитостатики, контрацептивы)	Побочное действие препаратов
	Глубокий прикус, тесное положение зубов	Длительное действие слабого раздражителя. Явления ишемии, нарушение кровообращения, гипоксия, затрудненная гигиена полости рта.
РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	Гипертрофический (пролиферативный) гингивит развивается на фоне ранее существовавшего катарального воспаления. Кровотоочивость десны во время чистки зубов в течение длительного времени	Гормональные нарушения. Увеличение содержания кор-тизола в слюне у детей свидетельствует о нарушении в системе гипофиз—кора надпочечников на разных стадиях полового созревания
	Беременность	Осложнения беременности (гестоз), увеличение продукции эстрогенов, дефицит витаминов и другие причины.
ВНЕШНИЙ ОСМОТР	Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы безболезненны, открывание рта свободное	Гипертрофический гингивит в хронической стадии не сопровождается выраженной системной реакцией.
ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА	Гиперемия и отек десны при отечной форме; гипертрофия десны, клинический карман (ложный), зубные отложения; глубокое резцовое перекрытие, дистопия и тесное положение зубов; ятрогенные раздражающие факторы.	Нарушение микроциркуляции: ишемия, гипоксия, затрудненное очищение зубов и накопление микробного налета; компенсаторная реакция организма на постоянное действие раздражающего агента, выражающаяся в пролиферации тканей при повышенной нагрузке.
	Десневые сосочки деформированы, увеличены. При фиброзной форме они бледно-розового цвета, явления гиперемии и отека отсутствуют, «ложный карман»	Гиперплазия и вегетация эпителия, фиброз стромы. Процессы гипертрофии, пролиферации десны не сопровождаются выраженными изменениями микроциркуляторного русла
	При отечной форме выраженная кровотоочивость десны при зондировании, артериальная и венозная гиперемия	Расширение сосудов микроциркуляторного русла, особенно венозного колена. Повышена сосудистая проницаемость, отмечается отек стромы.
Рентгенография	Пролиферация десны, признаки воспаления	Воспалительной резорбции альвеолярной кости на вершинах межальвеолярных перегородок нет

А 69.10 Гингивит язвенный

ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

Порядок обследования	Диагностические признаки	Патогенетическое обоснование и способы выявления
ЖАЛОБЫ	Боль в десне, затрудняющая прием пищи и речь. Слабость, головная боль, повышенная температура тела, отсутствие аппетита.	Боль вызвана нарушением целостности десны вследствие некротического распада ткани, раздражением нервных окончаний, выделением биологически активных веществ. Затруднения при приеме пищи, расстройство общего состояния вызваны явлениями интоксикации.
	Неприятный запах изо рта (галитоз)	Преобладание анаэробной флоры, образование летучих соединений серы в процессе анаэробной утилизации белков.
АНАМНЕЗ	Болеют лица обоего пола, преимущественно молодого возраста. Имеют значение неудовлетворительный уход за полостью рта, нервное перенапряжение, стресс, недостаток витаминов в пище. Курение, злоупотребление алкоголем способствуют развитию заболевания. Кровоточивость десны в течение нескольких лет.	Неудовлетворительный уход за полостью рта, неполноценное питание, эмоциональный стресс снижают защитные силы организма (неспецифическая и иммунная резистентность), способствуют инфицированию полости рта. Отсутствие своевременного лечения катарального гингивита.
РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	Язвенно-некротический гингивит развивается на основе катарального воспаления десны (рис. 102). Катаральное воспаление переходит в некротическое с преобладанием явлений альтерации при переохлаждении, вирусных, инфекционных и других заболеваниях, эмоциональном стрессе, неполноценном питании и др.	Длительное существование катарального воспаления десны создает условия для распространения воспаления, его обострения с явлениями отека, альтерации и некроза ткани десны. Явления дисбактериоза в полости рта. Сапрофитные формы бактерий приобретают патогенность. Анаэробы создают условия для гнилостного распада ткани. Резко снижается резистентность организма и тканей пародонта к воздействию бактерий и других раздражителей.
ВНЕШНИЙ ОСМОТР	Землистый цвет кожи лица, слабость, субфебрильная температура тела, адинамия. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны.	Резко выраженная интоксикация организма
ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА	Обилие мягкого налета на всех зубах, полость рта не санирована. В первый день заболевания отмечается обильная саливация, затем слюна становится вязкой. Межзубный сосочек, свободная десна серого цвета, покрыта некротическим налетом, который легко снимается и обнажается изъязвленная кровоточащая поверхность (рис. 103,104). Гнилостный запах изо рта. Язык обложен на всем протяжении плотным беловато-серым налетом. Очаги некроза часто обнаруживаются в ретромолярной области.	Создаются условия для инфицирования полости рта. В развитии язвенно-некротического процесса ведущая роль принадлежит фузобактериям и спирохетам. Выражены микроциркуляторные расстройства, метаболические сдвиги. Повышена сосудисто-тканевая проницаемость. Явления гипоксии, венозный застой.

<p>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ Рентгенологическое исследование</p>	<p>Симптомы воспаления пародонта</p>	<p>При воспалении только десны на рентгенограмме признаки воспалительной деструкции альвеолы могут отсутствовать (рис. 101). Когда происходит полное разрушение зубодесневого соединения или некротические изменения сопровождают пародонтит, выявляется деструкция костной ткани.</p>
<p>Бактериоскопическое исследование</p>	<p>В соскобе с язвенной поверхности (на границе с неповрежденной десной) определяется смешанная микрофлора с преобладанием фузобактерий и спирохет на фоне элементов воспаления.</p>	<p>Анаэробы (фузобактерии и спирохеты) обуславливают преобладание некротического распада десны и вследствие этого гнилостный запах изо рта.</p>
<p>Цитологическое исследование</p>	<p>Соскоб с поверхности язвы (после удаления некротического налета). Преобладают нейтрофильные лейкоциты в стадии распада, фагоцитирующие нейтрофилы, лимфоциты почти не встречаются.</p>	<p>Картина неспецифического воспаления</p>
<p>Клинический анализ крови</p>	<p>Признаки интоксикации организма, некротические поражения слизистой оболочки рта.</p>	<p>У некоторых больных увеличение числа лейкоцитов до верхней границы нормы (8000—9000 10^9 /л и более 10000—11000 10^9 / л) , небольшое увеличение моноцитов и лимфоцитов. Нечасто бывает повышение СОЭ.</p>