

Методическая разработка семинара для ординаторов № 48

Тема: Гингивит. Диагностика, диф. 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 ВолГМУ.

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. Основные дифференциально-диагностические признаки гингивита.
2. Механизм образования десневого и пародонтального кармана.
3. Рентгенологическая картина костной ткани и челюстей в норме.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

1. Клиника пародонтита (K05.2, K05.3).
2. Методы определения десневого, пародонтального кармана, подвижности зубов.
3. Клинико-рентгенологическая характеристика пародонтита легкой, средней и тяжелой степени, абсцедирования, стадии ремиссии.
4. Дифференциальная диагностика пародонтита.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

Порядок обследования	Диагностические признаки	Патогенетическое обоснование и способы выявления
ЖАЛОБЫ	Кровоточивость десны во время чистки зубов, приема пищи, привкус крови во рту Изменение цвета десны Припухлость и изменение формы десны Боль в десне при откусывании пищи или проходящая ноющая боль	Расширение сосудов микроциркуляторного русла, повышение сосудисто-тканевой проницаемости, отек десны — следствие действия производных арахидоновой кислоты (простагландины E, F2a, тромбоксан и др). Развитие внутритканевого отека, формирование клеточных инфильтратов. Боль в результате сдавления нервных окончаний отечной тканью, действия кининов (брадикинин и др).
	Неприятный запах изо рта, изменение	Преобладание анаэробной флоры, образование

	цвета зубов	летучих соединений серы в процессе анаэробной утилизации белков.
	Подвижность зубов, изменение их положения, появление промежутков между зубами	Воспалительная резорбция альвеолярной кости и развивающиеся на её фоне неравномерное распределение жевательного давления на стенки альвеолы, нарушение окклюзионных соотношений.
	Боль в зубах от различных раздражителей	Нарушение зубодесневого соединения и обнажение корня зуба устраняют преграду для раздражителей.
АНАМНЕЗ ЖИЗНИ	Болеют лица обоого пола, с увеличением возраста частота и тяжесть изменений в пародонте нарастают. Имеют значение неудовлетворительная гигиена полости рта, редкое обращение к стоматологу, заболевания паренхиматозных органов, систем организма, нарушения обмена. Часто отмечается патология желудочно-кишечного тракта. Особое внимание следует уделять уровню глюкозы в крови. Кровоточивость десны в течение многих лет.	Заболевание обусловлено неадекватной гигиеной рта, снижением репаративных процессов в организме, аутоиммунными реакциями, которые складываются ещё в период существования катарального гингивита. Патология желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, диабет, другие хронические воспалительные процессы в организме имеют общие патогенетические звенья в развитии пародонтита, осложняют и поддерживают деструктивные изменения в пародонте.
РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	Кровоточивость десны во время чистки зубов в большинстве случаев не вызывает беспокойства, существует много лет. Больные часто знают об отложениях зубного камня и нередко обращаются к стоматологу для его удаления. Часто лечение заканчивается местными медикаментозными процедурами. Редко отмечают неприятный запах изо рта. Периоды обострения, когда «воспалется десна», стали чаще. Главной причиной обращения становятся подвижность зуба, которая, по утверждению больного, «появилась в течение последнего месяца или года».	Заболевание развивается в течение многих лет. Катаральный гингивит может быть продолжительным, а распространение воспаления за пределы зубодесневого соединения остается незамеченным. На ранних стадиях болезнь может протекать без обострений. По мере развития деструктивных изменений больной обращается к стоматологу только при появлении боли в зубах или их разрушении. Удаление зубного камня и случайные местные медикаментозные воздействия, нередко проводимые по инициативе самого больного, сглаживают клиническую картину. Пародонтальный карман приводит к прогрессирующей резорбции альвеолярной кости, формированию поддесневого зубного камня, накоплению экссудата, учащению периодов обострения, увеличению патологической подвижности зубов и изменению их положения в зубном ряду.
ВНЕШНИЙ ОСМОТР	Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы безболезненны, иногда уплотнены, открывание рта свободное.	При хроническом течении пародонтита пациент не испытывает недомогания. Безболезненное уплотнение лимфатических узлов может быть обусловлено хронической патологией ЛОР-органов, воспалением в пародонте, иными очагами хронической одонтогенной инфекции.
ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА	Зубной налет и камень (над- и поддесневой). Нередко кариес зуба на контактных поверхностях, нависающие края пломб и отсутствие контактных пунктов между зубами, края искусственных коронок погружены под десну.	Микробный зубной налет и камень способствуют травме десны, воздействию продуктов распада и жизнедеятельности пародонтопатогенной микрофлоры, микробной инвазии. Затрудненное очищение зубов в межзубных промежутках, застревание пищи между зубами, частое использование зубочистки приводят к повторяющейся механической травме.
	Застойная венозная гиперемия десны (цианоз); отек десны и сглаженность вершин десневых сосочков; кровоточивость десны при зондировании, десна сохраняет блеск	Повышена сосудисто-тканевая проницаемость. Венозная часть капилляров расширена. При дегрануляции тучных клеток выделяются простагландины, провоспалительные цитокины, серотонин, гиста-мин, гепарин и другие

	после высушивания, сглажены или утрачены контуры десневого желобка.	биологически активные вещества, способствующие вазодилатации, венозному застою, изменению тонуса сосудов.
	Пародонтальный карман.	Зонд при вертикальном зондировании погружается под десну на 3 мм и более.
	Патологическая подвижность зубов, наличие промежутков между зубами и изменение их положения в зубном ряду (при средней и тяжелой степени пародонтита)	Воспалительная резорбция альвеолярной кости приводит к потере пародонтального прикрепления, нарушает опорно-удерживающую функцию пародонта. Все клинические симптомы, выявленные при инструментальном исследовании, регистрируются в пародонтограмме.
ИНДЕКС-НАЯ ОЦЕНКА ПАРОДОНТА	Микробная бляшка и зубной камень	<i>Индексы гигиены</i> рта: ОНІ-S — более 0,7 балла; API - более 25 %
	Симптом кровоточивости десны положительный	<i>Индекс кровоточивости</i> десневой борозды SBI — более 10%
	Симптомы гиперемии и отека десны	<i>Индекс ПМА</i> — более нуля; <i>Проба Шиллера-Писарева</i> — коричневая окраска всей десны.
	Симптомы воспаления пародонта, результаты рентгенографии	<i>Пародонтальный индекс</i> PI — более 0,2 балла.
	Микробная бляшка и зубной камень	<i>Индексы гигиены</i> рта: ОНІ-S — более 0,7 балла; API - более 25 %
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ Рентгенологическое исследование	Симптомы воспаления, установленные в ходе осмотра и инструментального исследования пародонта	<i>Ортопантомография, панорамная рентгенография, контактная внутриротовая рентгенография:</i> неравномерная воспалительная резорбция альвеолярной кости и снижение её высоты по отношению к длине корня зуба, кортикальная пластина на вершине межальвеолярной перегородки отсутствует.
Определение количества десневой жидкости		Более 1,0 мм ² (при измерении площади окрашивания полоски фильтровальной бумаги)
Реопародонтография	Симптомы воспаления, установленные в ходе осмотра и инструментального исследования пародонта	Структурные изменения сосудов: замедление притока и оттока крови через концевые отделы сосудистого русла, склеротические изменения сосудов (удлиненная, пологая анакрота, вершина реографической кривой закруглена, сглаженный дикротический зубец, удлиненная и пологая катакрота). Снижение реографического индекса и индекса эластичности; повышение периферического тонуса сосудов и индекса периферического сопротивления.
Полярография		Тканевая гипоксия: снижение исходного напряжения кислорода, увеличение времени диффузии кислорода из сосуда в ткани, снижение активности окислительно-восстановительных процессов.
Биомикроскопия	Симптомы воспаления, установленные в ходе осмотра и инструментального исследования пародонта	Увеличение диаметра и количества капилляров, капилляры извиты, теряют аркадную форму
Микробиологическое исследование		Пародонтопатогенные виды микроорганизмов.
Гнатодинамометрия		Снижение максимальной вертикальной нагрузки на зуб.
Эхоостеометрия		Снижение плотности альвеолярной кости
Клинические		В стадии хронического течения изменения

анализы крови и мочи		отсутствуют.
Консульта-ция эндокри-нолога, терапевта, других спе-циалистов	Анамнез жизни больного, жалобы, не относящиеся к патологии пародонта	Выявление сопутствующей патологии, координированное с соответствующими специалистами лечение болезней пародонта и сопутствующих заболеваний

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

	Общее	Различия
<i>Хронический катаральный гингивит</i>	Кровоточивость, отек, десны, зубной налет и камень.	При пародонтите определяется симптом кармана, на рентгенограмме определяются признаки воспалительной резорбции костной ткани межзубных перегородок.
<i>Хронический гипертрофический гингивит</i>	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.
<i>Пародонтоз</i>	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,