

Субъективные методы обследования:

Опрос. Один из элементов первого знакомства с пациентом, в процессе которого выявляют жалобы, особенности развития и течения заболевания, характер проводившегося ранее лечения и его эффективность.

- Жалобы. Жалобы на боли (локализация боли, иррадиация, время появления болей, длительность, интенсивность, характер, причина по которой появляются боли). Жалобы общего характера (слабость, недомогание, плохой аппетит, нарушение сна, головные боли).

- Анамнез заболевания

- Анамнез жизни

Объективные методы обследования:

- Внешний осмотр

- Осмотр полости рта

Дополнительные методы обследования:

1. Рентгенологические методы

Для уточнения диагноза, установления некоторых патогенетических механизмов используют дополнительные методы обследования тканей пародонта, среди которых ведущее значение имеет рентгенография.

- прицельные внутриротовые снимки

- ортопантограмма челюстей

- компьютерный визиограф

2. Индексы гигиены полости рта

3. Электродонтометрия

4. Полярография

5. Реопародонтография

6. Эхоosteометрия

7. Микробиологическое исследование пародонтального кармана

Действия при обследовании больных 35-44 лет с заболеваниями пародонта

Субъективные методы обследования

№ п.п.	Компоненты действия	Методы и средства действия	Критерии и формы самоконтроля
1	2	3	4
1. Опрос			
1.	Опрос больного: 1. Выявите жалобы: а) боль в деснах; б) зуд, жжение десен; в) кровоточивость десен от механической травмы;	История болезни, внимательное отношение к больному, соблюдение врачебной деонтологии Зонд, стоматологическое зеркало	Возможно при язвенно-некротическом, гипертрофическом и остром катаральном гингивите, остром пародонтите, обострении пародонтита. Возможно при пародонтозе При всех формах гингивита (кроме фиброзной формы гипертрофического), при пародонтите

1	2	3	4
2.	<p>г) гноетечение из пародонтальных карманов, абсцедирование</p> <p>д) обнажение шеек корней зубов;</p> <p>е) наличие зубных отложений</p> <p>ж) расшатанность зубов, смещение зубов и, как следствие, постоянное застревание пищи;</p> <p>з) запах изо рта</p> <p>и) общее самочувствие, температура тела, общая слабость, жажда</p> <p>Собрать анамнез:</p> <p>а) давность заболевания и время появления первых симптомов;</p>	<p>Зонд, стоматологическое зеркало</p> <p>«</p> <p>Пинцет</p> <p>Со слов больного</p> <p>Необходимо получение объективных данных</p> <p>Опрос</p>	<p>При обострении пародонтита, абсцедировании пародонтита</p> <p>При пародонтозе, при пародонтите, в том числе после хирургического лечения.</p> <p>Возможно при гингивите, пародонтите, пародонтозе</p> <p>При пародонтите-среднем, тяжелом, пародонтозе – тяжелом</p> <p>При недостаточной гигиене рта, множественные разрушения зубов кариесом, хронический тонзиллит, зубные отложения, гноетечение из пародонтальных карманов, при язвенно-некротическом гингивите и стоматите, болезнях желудочно-кишечного тракта, легких.</p> <p>Повышение температуры тела возможно при абсцедировании пародонтита, язвенно-некротическом гингивите.</p> <p>С давностью тяжесть заболевания нарастает.</p>

1	2	3	4
3.	<p>б) частота рецидивов – с чем связано, когда удалили (выпали зубы)?</p> <p>в) вероятная причина;</p> <p>г) лечился ли раньше (когда, чем, где)? Было ли улучшение?</p> <p>Анамнез жизни:</p> <p>а) наследственность (наличие болезней пародонта в семье);</p> <p>б) перенесенные и сопутствующие заболевания;</p> <p>в) условия труда и быта;</p>	<p>Опрос</p> <p>«</p> <p>«</p> <p>Заключение от других специалистов</p> <p>Опрос</p>	<p>Частые рецидивы свидетельствуют о неполноценном лечении, снижении резистентности организма.</p> <p>Больные, как правило, не могут указать причину, при язвенно-некротическом гингивите – переутомление, переохлаждение и т.д.</p> <p>При отсутствии положительного эффекта врач должен внести коррективы в лечение.</p> <p>Возможно изменение генетического кода – у близких родственников нередко выявляются болезни пародонта.</p> <p>Заболевания желудочно-кишечного тракта, гиповитаминозы, сахарный диабет, атеросклероз и др. могут вызвать гингивит, пародонтит, пародонтоз, пародонтолиз или предрасполагать к ним.</p> <p>Нередко выявляются профессиональные вредности, неблагоприятное влияние районов проживания, способствующие возникновению гингивита, пародонтита</p>

1	2	3	4
2.	<p>Осмотр полости рта:</p> <p>а) розового цвета, плотные с заостренными верхушками межзубных сосочков в области передних зубов;</p> <p>б) гиперемия, отек десны;</p> <p>в) цианоз десен;</p> <p>г) некроз десен;</p> <p>д) гноетечение из кармана</p> <p>е) гиперплазия десен (резкая отечность, гипертрофия);</p> <p>ж) ретракция (рецессия) десны -обнажение шеек или корней зубов;</p>	<p>Набор инструментов для осмотра</p> <p>«</p> <p>«</p> <p>Турунда с йодинолом</p> <p>Пальпация альвеолярной десны</p>	<p>Основные критерии здоровой десны</p> <p>При остром и обострении хронического катарального гингивита и пародонтите, гипертрофическом гингивите.</p> <p>При хроническом гингивите, пародонтите</p> <p>При язвенно-некротическом гингивите, пародонтите с некрозом десны, ожоге десны при диатермокоагуляции в зубе, при некрозе десны от мышьяковистой пасты и др. – серовато-грязный неснимающийся налет на межзубных сосочках маргинальном крае десны.</p> <p>Обесцвечивание синей турунды</p> <p>Выделение гнойного экссудата.</p> <p>При гипертрофическом гингивите, опухолевых процессах, гормональных сдвигах (беременность, пубертатный период), лейкомических состояниях.</p> <p>При пародонтозе, возможна при пародонтите после хирургического лечения пародонтита, после перенесенного в прошлом Язвенного гингивита. Ло-</p>

1	2	3	4
3.	<p>з) серовато-коричневые пятна;</p> <p>Наличие зубных отложений:</p> <p>а) зубной налет;</p> <p>б) наддесневой камень;</p> <p>в) поддесневой зубной камень.</p>	<p>Осмотр, индикация красителями, диафаноскопия</p> <p>Растворы Люголя, Шиллера-Писарева, 4-5% раствор эритрозина, метиленовая синь.</p>	<p>кально при низком прикреплении уздечек, давлении зубного камня, дефекте протезирования.</p> <p>Участки врожденной (физиологической) пигментации (меланоплакия)</p> <p>При гингивите, пародонтите, пародонтозе.</p>
4.	<p>Нависающие края пломб, коронок, край кариозной полости ниже уровня десны, отсутствие контактных пунктов, стираемость зубов</p>	<p>Осмотр, зондирование</p>	<p>«</p> <p>При гингивите, пародонтите, пародонтозе.</p> <p>При пародонтите</p> <p>Возможен локальный гингивит, пародонтит</p>
5.	<p>Аномалии положения зубов (скученность, вне дуги и др.) Травматическая окклюзия</p>	<p>Осмотр</p> <p>Окклюдодиаграмма с помощью копировальной бумаги, бюгельного соска</p>	<p>Возможен гингивит, пародонтит</p>
6.	<p>Вид прикуса (глубокое резцовое перекрытие и др.)</p>	<p>Осмотр</p>	<p>Патология прикуса приводит к локальному гингивиту, пародонтиту</p>
7.	<p>Смещение и патологическая подвижность зубов:</p> <p>а) по степеням:</p> <p>I степени</p>	<p>Осмотр с использованием пинцета</p>	<p>Подвижность зубов в щечно-язычном направлении</p>

1	2	3	4
8.	<p>II степени</p> <p>III степени</p> <p>б) по разным причинам; в том числе при: нарушении круговой связки зуба, убыли костной ткани альвеолы.</p> <p>Глубина десневой бороздки, карманов</p> <p>а) отсутствует или не более 1,5 мм б) не более 3-4 мм (десневой карман) в) более 4 мм</p>	<p>Рентгенография</p> <p>Зондирование пародонтальным зондом со всех сторон каждого зуба от эмалево-цементной границы до дна кармана.</p> <p>«</p>	<p>Не более чем на 1-2 мм при пародонтите легкой степени.</p> <p>Подвижность до 3-4 мм в этом же направлении, появляется подвижность в медиодистальном направлении при пародонтите средней тяжести, возможна при тяжелом парадонтозе.</p> <p>Зуб подвижен во всех направлениях (в том числе и вертикально) при пародонтите тяжелой степени.</p> <p>При с-гиповитаминозе и других заболеваниях организма.</p> <p>При обострении хронического пародонтита, пародонтолизе разной степени тяжести, тяжелом пародонтозе</p> <p>При здоровом пародонтите</p> <p>При гингивите</p> <p>При пародонтите легкой степени, гипертрофическом гингивите.</p> <p>При пародонтите средней и тяжелой степени – пародонтальный карман</p>

1	2	3	4
9. 10.	<p>Осмотр преддверия полости рта:</p> <p>а) мелкое преддверие полости рта (глубина не более 5 мм)</p> <p>б) аномалии прикрепления уздечек.</p> <p>Осмотр и пальпация всей слизистой рта</p>	<p>Пальпация обычная и бимануальная</p>	<p>Возможен локальный гингивит, пародонтит.</p> <p>Возможен локальный гингивит, пародонтит.</p> <p>Возможно выявление сглаженности переходных складок и других участков слизистой при абсцедировании, новообразованиях, возможность выявления других элементов поражения – см. раздел «Заболевания слизистой оболочки полости рта».</p>
Дополнительные методы исследования			
1.	<p>Рентгенологическое</p> <p>1. прицельные снимки внутриротовые</p> <p>2. панорамные снимки</p> <p>3. Ортопантограмм челюстей</p> <p>4. Компьютерный визиограф</p>	<p>Рентгенкабинет</p> <p>В области <u>21 I 12567</u> 76521 I 12 (17,16,15,12,11,21,22,37,36,35,32,31,41,42)</p>	<p>а) нет изменений в кости при гингивите;</p> <p>б) нарушение компактной пластинки вершин межальвеолярных перегородок, остеопороз в них при легком пародонтите;</p> <p>в) склеротическая перестройка кости (остеосклероз, остеопороз без воспалительной деструкции межзубных перегородок), при пародонтозе;</p> <p>г) резорбция альвеолярной кости до ½ при среднем и более ½ при тяжелом пародонтите;</p> <p>д) очаги резорбции в теле челюсти при новообразовании, заболевании крови, эозинофильной гранулеме и др.</p>

1	2	3	4
2.	Индексы гигиены полости рта, ПМА, ПИ, пробы Шиллера-Писарева, индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта	Средства индикации (раствор Шиллера-Писарева и др.), пародонтальный зонд	Определяют при всех заболеваниях пародонта для уточнения распространенности воспалительного процесса. Высокий индекс гигиены рта свидетельствует о наличии налета.
2.1.	Определение рН Слюны	Индикаторная бумага	При язвенном гингивите рН меняется в щелочную сторону.
3.	Определение стойкости капилляров для диагностики и оценки эффекта лечения болезней пародонта	Вакуумный аппарат Кулаженко В.И.	Стойкость капилляров снижена при пародонтите в 2-5 раз. В норме гематомы образуются на десне у фронтальных зубов за 50-60 сек, у жевательных за 70-100 сек.
4.	Электродонтометрия	Аппараты для ЭОД	Изменение ЭОД свидетельствует о характере и интенсивности патологического процесса в пульпе, в том числе обусловленной патологией пародонта. При пародонтозе, пародонтите легкой степени, ЭОД – в норме, но может быть повышена до 0,5 мкА. При среднем и тяжелом пародонтите ЭОД снижается от 15-20 мкА до 35-40 и более мкА.
5.	Лабораторные методы: 1) общий анализ крови; 2) биохимический анализ крови на сахар, железо, кальций.	В клинко-диагностическую лабораторию «	Повышенное СОЭ, эозинофилия и т.д. данные анализа изучаются при обострении заболеваний пародонта, при подозрении на наличие заболеваний крови, интоксикации организма. При подозрении на сахарный диабет, анемию, аллергические заболевания, нарушение минерального обмена

1	2	3	4
	<p>белки крови; 3) другие дополнительные исследования (мочи, желудочного сока и т.д.)</p>		<p>При подозрении на патологию почек, гастрит</p>
6.	Полярография	Кабинет функциональной диагностики, полярограф	<p>При гингивите; пародонтите, пародонтозе – гипоксия тканей. С помощью пробы с кислородной нагрузкой четко дифференцируется гингивит от пародонтита.</p>
7.	Реопародонтография	Реограф	<p>Характеризует состояние кровеносных сосудов пародонта, гемодинамику.</p>
8.	Эхоостеометрия	Эхоостеометр ЭО-01-1	<p>При остеопорозе альвеолярной кости и тела челюсти время прохождения ультразвукового сигнала увеличивается до 18 мк/с.</p>
9.	Микробиологическое исследование пародонтального кармана	В лабораторию кожно-венерологического диспансера по показаниям	<p>Необходимо для выбора средств лечения при обнаружении, например, кандиды, простейших, для определения чувствительности микрофлоры к избранным медикаментам.</p>
10.	<p>Аллергическое исследование: а) гистаминовая проба; б) проба с микробными аллергенами</p>	Аллергологический кабинет	<p>Делают при подозрении на аллергию, заболеваниях желудочно-кишечного тракта и др. Положительной может быть при инфекционной аллергии</p>

1	2	3	4
11.	Изучение десневой жидкости для диагностики интенсивности патологического процесса и выбора метода лечения	С помощью стандартных фильтровальных бумажек	Количество десневой жидкости увеличивается с 0,05 мг при интактном пародонте до 0,23 при пародонтите. Увеличение количества протеиназы свидетельствует о необходимости назначения ингибиторов этого фермента.
12.	Консультации других врачей для уточнения фоновой патологии, выбора методов лечения	Консилиум с участием ортопеда, физиотерапевта. Направление к терапевту, эндокринологу	Ортопед определяет патогенные факторы: травматическую окклюзию, бруксизм, дефекты зубных рядов, окклюзионные контакты, тонус жевательных мышц и т.д. Обследование терапевтом при всех болезнях пародонта, других специалистов – по показаниям.

Вывод: Правильно организованная работа по активному наблюдению больных с заболеваниями пародонта позволяет добиться значительного успеха в лечении и профилактике этого вида патологии, обеспечить функциональную полноценность зубочелюстной системы, нормальное физиологическое состояние полости рта, устранить очаги хронической инфекции. Сочетание различных методов обследования пациента позволяет получить объемную и достоверную информацию о состоянии пародонта, поставить точный диагноз, составить рекомендуемый план лечения, сделать прогноз.

