**План лечения больного с хроническим катаральным гингивитом.**

1.       Гигиеническое обучение с контролируемой чисткой зубов;  
2.       Антисептическая обработка полости рта (ротовые ванночки, полоскания, аппликации на десну);  
3.       Удаление наддесневых зубных отложений в 1-2 посещения с последующей антисептической обработкой полости рта;  
4.       Санация полости рта с устранением местных раздражающих факторов (нависающие пломбы, острые края зубов, неправильно сформированный контактный пункт, избирательная пришлифовка прикуса);  
5.       Физиотерапия  с использованием физических факторов, улучшающих трофику тканей пародонта, нормализующих обменные процессы и микроциркуляторное кровообращение;  
6.       Лечение общесоматической патологии у врачей-интернистов соответствующего профиля.

**Задача №13 стр. 204**

Больной А., 16 лет, обратился с жалобами на кровоточи­вость десен при чистке зубов, разрастание десны.

Анамнез: жалобы появились год назад.

Объективно: в области передних зубов нижней и верхней челюстей десневые сосочки застойно-гиперемированы, отеч­ные, гипертрофированные (покрывают коронки зубов на 1/2), отслаиваются от зубов, кровоточат при зондировании; имеют­ся ложные карманы 4 — 5 мм глубины, обильные отложения наддесневого зубного камня. Прикус глубокий.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Назовите предполагаемые причины этого заболевания.
4. Составьте план лечения.

**Ответ**

1. Локализованный гипертрофический гингивит.
2. Сбор жалоб и анамнеза, общее физикальное обследование (визуальный осмотр состояния десны (цвет, консистенция, форма межзубных сосочков, размеры, конфигурация десневого края, деформация, утолщенность, истончённость, пальпация регионарных лимфатических узлов, десневого края, горизонтальная перкуссия зубов, определение подвижности зубов, зондирование целостности зубодесневого прикрепления).

Определение гигиенического индекса по Грину-Вермиллиону, проведение пробы Шиллера-Писарева, определение индекса гингивита РМА, ортопантомография или панорамная рентгенография, общий развернутый анализ крови, биохимическое исследование.

1. В этиологии локализованного гипертрофического гингивита имеют значение местные факторы: аномалии прикуса (глубокий, открытый, перекрестный), аномалии положения зубов, зубные отложения, нарушения прорезывания зубов, ротовое дыхание.
2. Необходимо провести профессиональную гигиену, обучение правилам индивидуальной гигиены, использование ирригационных систем, позволяющих осуществлять более адекватный уход на участках с ложными пародонтальными карманами.

Местное применение антибактериальных, противовоспалительных, противоотечных, кератолитических лекарственных средств – антисептиков, НПВС, средств, влияющих на микроциркуляцию. Устранение факторов, усугубляющих патогенное воздействие микроорганизмов.

При неэффективности проводимого лечения показана склерозирующая терапия – инъекции в десневые сосочки гипертонических растворов следующих препаратов: 10% р-ор хлорида кальция, 40% р-ор глюкозы, 10% р-ор глюконата кальция, 90% р-ор этилового спирта.

При фиброзной форме эффективна криодеструкция, точечная диатермокоагуляция гипертрофированных десневых сосочков. Однако более часто применяют хирургическое иссечение гипертрофированной десны – гингивэктомию.

**Тест**

1-2

2-1

3-2

4-1

5-2

6-1

7-4

8-3

9-3

10-4

11-2

12-1

13-1

14-5

15-5

16-3

17-2

18-2

19-4

20-3

21-2

22-5

23-3

**Задача**

Больной А. 50 лет обратился с жалобами на подвижность зубов, неприятный запах изо рта, кровоточивость десен при чистке зубов. Боится откусывать твердую пищу. Из анамнеза: кровоточивость десен отмечает в течение 10 лет, последние два года появилась заметная подвижность зубов, веерообразное расхождение с образованием щелей. Ранее удалял зубной камень, за специализированной помощью не обращался. Общие заболевания отрицает, на диспансерном учете не состоит. При осмотре отмечена напряженность мягких тканей при сомкнутых губах. Прикус: бипрогнатический, травматическая окклюзия, веерообразное расхождение фронтальных зубов верхней и нижней челюстей, диастемы, тремы, разворот зубов вокруг оси, подвижность II-IIIстепени. Цианоз, деформация десневых сосочков и маргинальной десны во фронтальном отделе. Межзубные промежутки зияют, оголение шеек и корней зубов. Глубина пародонтальных карманов 4-5 мм, в области центральных зубов нижней челюсти –7 мм. На ортопантомограмме отмечается неравномерная убыль костной ткани альвеолярного отростка, расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе, отсутствие межзубных перегородок между 41 и 31.

1.Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Проведите необходимые методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Укажите сроки и объем хирургического лечения.

5. Укажите сроки и объем ортопедического лечения.

**Ответ**

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести. Травматическая окклюзия.

2. Пародонтологические индексы. Клинический анализ крови, анализ крови на сахар. Плотность костной ткани альвеолярных отростков –эхоостеометрия, визиография.

3. Устранение местных раздражителей. Устранение травматической окклюзии. Шинирование. Медикаментозная противовоспалительная терапия. Нормализация обменных процессов. Бактерийные препараты. Хирургическое лечение пародонтальных карманов. Ортопедическое лечение.

4. После устранения причинных факторов –лоскутная операция с элементами остеопластики. Удаление зубов, не имеющих опоры в костной ткани.

5. Временное или полупостоянное шинирование на начальном этапе лечения. Ортопедическое лечение - бюгельная шина-протез.