4 КУРС 8 СЕМЕСТР

**Занятие № 1**

**ТЕМА: «ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ. КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА».**

**Форма организации учебного процесса:** практическое.

**Значение изучения темы**:

Анатомо-физиологические особенности пародонта у детей имеют много отличий от состояния пародонта у взрослых. Объясняется это тем, что все патологические процессы, обусловленные разными причинами, развиваются у ребёнка в растущих, развивающихся и перестраивающихся тканях, тканях морфолочески и функционально незрелых, способных неадекватно реагировать на аналогичные раздражители и причинные факторы, способные вызвать заболевания пародонта у взрослых.

**Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен обладать: общая: обучающийся должен обладать:

общекультурными компетенциями: способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1); способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5); способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).

профессиональными компетенциями: способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и младшим персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1); способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность (ПК-4); способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5); способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);

способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);

способен и готов осуществить уход за больными (ПК-10);

профилактическая деятельность: способностью и готовностью проводить профилактические мероприятия по предупреждению возникновения стоматологических заболеваний, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-13); способностью и готовностью формировать группы риска по развитию стоматологических заболеваний с целью их профилактики (ПК-15);

диагностическая деятельность: способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-20); способностью и готовностью поставить диагноз с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-23);

способностью и готовностью к проведению диагностики типичных стоматологических заболеваний твердых и мягких тканей полости рта, зубочелюстно-лицевых аномалий у пациентов всех возрастов (ПК-24); способностью и готовностью к премедикации, инфильтрационной и проводниковой анестезии в полости рта, назначению медикаментозной терапии до, во время и после стоматологического вмешательства (ПК-29);

способностью и готовностью к проведению несложного эндодонтического лечения болезней пульпы и периодонта у пациентов различного возраста (ПК-31); способностью и готовностью к лечению заболеваний пародонта у пациентов различного возраста (ПК-32);

способностью и готовностью к осуществлению приемов реанимации и первой помощи при экстренных ситуациях, которые могут иметь место в стоматологической практике (ПК-38);

организационно-управленческая деятельность: способностью и готовностью управлять средним и младшим медицинским персоналом для обеспечения эффективности лечебного процесса; к анализу показателей деятельности медицинских организаций, к использованию современных организационных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации при оказании медицинских услуг в основных типах медицинских организаций (ПК- 45); способностью и готовностью оформлять текущую документацию, составить этапность диспансерного наблюдения, оценивать качество и эффективность диспансеризации; реализовывать госпитализацию в экстренном порядке; использовать формы и методы профилактики стоматологических заболеваний (ПК- 48);

психолого-педагогическая деятельность: способностью и готовностью к обучению пациентов правилам медицинского поведения; обучению пациентов гигиене полости рта (ПК- 49);

научно-исследовательская деятельность: способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК- 50);

- учебная: знать: микробиологию полости рта; этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме;

уметь: проводить профилактику и лечение пациентов с болезнями пародонта и при необходимости направить пациента к соответствующим специалистам

владеть: методами диагностики и лечения заболеваний пародонта у детей в соответствии с нормативными документами ведения пациентов; методами комплексной терапии и реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.

**План изучения темы:**

**- контроль исходного уровня знаний;**

**- основные понятия и положения темы.**

**Самостоятельная работа по теме:**

- осмотр полости рта ребенка, заполнение зубной формулы;

-сбор анамнеза, проведение диагностики и дифференциальной диагностики заболевания;

-решение ситуационных задач;

- регистрация состояния тканей пародонта с использованием пародонтальных индексов (РМА, КПИ).

**Основные понятия и положения темы.**

**Анатомо-физиологические особенности пародонта у детей. Развитие пародонта.**

Пародонт - это комплекс образований, объединяющий десну, периодонт, костную

ткань альвеолы, цемент корня зуба. Они имеют общие источники иннервации и кровоснабжения, составляют единое целое, связанное общностью функции и происхождения.

В период дифференцировки тканей зуба происходит формирование гистологических структур зуба и пародонта. Клетки наружного эпителия эмалевого органа составляют наружный слой эмали, который в последующем, срастаясь с десной, формирует так называемое первичное эпителиальное прикрепление. Во время прорезывания коронки зуба эпителиальные клетки значительно видоизменяются, теряют ядра, уплощаются, превращаясь в соединительный эпителий.

Корень зуба формируется за счет так называемого околокорневого эпителиального влагалища - участка эмалевого органа, в котором происходит переход эпителиальных клеток внутреннего слоя в наружный.

Развитие цемента происходит одновременно с формированием корня за счет цементобластов. Последние, располагаясь в области эпителиального погружения, образуют радиальные коллагеновые волокна, направляющиеся к дентину. В дальнейшем на их месте возникает волокнистый, бесклеточный, слабообызвествлённый цемент, на который в дальнейшем периодически наслаивается ткань, включающая цементоциты.

Кость альвеолы развивается из соединительнотканных клеток зубного мешочка, превратившихся в остеобласты, которые формируют островки грубоволокнистой кости. Рост и развитие альвеолы идут от эмалево-цементного соединения по направлению к основанию челюстной кости. На начальных стадиях зачатки временных и постоянных зубов находятся в одной альвеоле, в последующем между зачатками формируется костная перегородка. По мере развития постоянного зуба она рассасывается

По мере роста челюстей происходит окончательный процесс минерализации альвеолярных отростков, альвеолярной части и вершин межальвеолярных перегородок.

О степени формирования пародонта до некоторой степени свидетельствует наличие чёткой замыкающей пластинки межальвеолярных перегородок, достигающей эмалево-цементного соединения. При оценке рентгенограмм детей следует иметь в виду многочисленные индивидуальные варианты строения костной ткани челюстей.

Все патологические процессы, обусловленные разными причинами, развиваются у ребёнка в растущих, развивающихся и перестраивающихся тканях, *тканях морфологически и* *функционально незрелых,* способных неадекватно реагировать на аналогичные раздражители и причинные факторы, способные вызвать заболевания пародонта у взрослых. Кроме того, большое значение в патогенезе клинических признаков болезни у детей имеет возможность диспропорции роста и созревания незрелых структур.

Диспропорция роста и созревания может возникнуть как внутри системы, объединённой единством функции (зуб, периодонт, альвеолярная кость и т.д.), так и в структурах и системах, обеспечивающих и приспосабливающих весь организм к внешним условиям от рождения до старости.

Эта гетерохронность в созревании структур и формировании функций в детском организме обусловливает возникновение ювенильных хронических гингивитов, пародонтитов и пародонтом, которые возникают в результате временной преходящей функциональной ювенильной гипертонии, ювенильного нарушения углеводного обмена (юношеский диабет, диэнцефальный синдром и др.).

Указанные отклонения в состоянии пародонта (гингивиты, пародонтиты, пародонтомы) способны бесследно исчезать под влиянием минимальных вмешательств или без них или, несмотря на ликвидацию причин, породивших их, приобретать характер самостоятельно прогрессирующего заболевания.

***Этиология***

Из причин общего характера следует отметить изменение реактивности (неспецифической реактивности) организма вследствие нарушения функции эндокринной, сердечно-сосудистой, кроветворной систем, поражения разных тканей и нарушение функции желудочно-кишечного тракта, гиповитаминозы, аллергические и инфекционные заболевания в подростковом периоде - становление гормонального статуса.

Нарушение общего характера поддерживаются и усугубляются неблагоприятными местными факторами. Местные травмирующие факторы - зубная бляшка, зубной камень, неправильно наложенные пломбы и изготовленные ортопедические протезы, патология прикуса и отдельно стоящих зубов.

***Патогенез***

Начало воспаления десны регистрируется в области десневой бороздки. Десневая борозда, эпителиальное прикрепление представляет собой барьер, защиту пародонта от микробной агрессии, травмы и т.д. Десневая борозда в норме содержит десневую жидкость, которая как бы замыкает вход в зубодесневое соединение и обладает большими защитными свойствами. В десневой жидкости содержаться антитела и иммуноглобулины А, G, М, система комплимента, все 9 компонентов, которые имеют важное значение в осуществлении комплекса реакций, из которых складывается воспаление: фагоцитоз, хемотаксис, освобождение вазоактивных веществ. В десневой жидкости определена высокая активность различных ферментов (катепсин Д, фосфотазы и пр.), обнаружен антимикробный фактор.

При воспалении десны резко меняется количество и состав десневой жидкости, происходит разрыв зубодесневого соединения с образованием кармана и прогрессированием патологических изменений в подлежащих тканях. Под воздействием антигенов, токсинов микробной бляшки в десневой борозде происходит скопление полиморфно-ядерных лейкоцитов. В результате альтерации этих клеток выделяются лизосомальные ферменты (протеазы, гидролазы, лизоцим и др.) - стартовые площадки воспаления.

Важным звеном патогенеза воспалительных заболеваний пародонта является расстройство микроциркуляции. Повышение сосудисто-тканевой проницаемости приводит к пропитыванию стенок сосудов и периваскулярной ткани белками (альбумины, фибрин-фибриноген, иммуноглобулины G, М, А). Образование плотных воспалительных инфильтратов с преобладанием лимфоцитов и плазматических клеток резко изменяет нормальную структуру десны. Нарушается синтез коллагена из-за снижения функции фибробластов. Срыв защитных механизмов сопровождается нарушением процессов регенерации, в результате чего образуется патологическая грануляционная ткань, наблюдается акантоз эпителия.

Прогрессирование патологических изменений приводит к распространению воспаления на костную ткань альвеолы (гингивит переходит в пародонтит). Причины перехода гингивита в пародонтит обуславливаются в значительной степенью реактивностью организма, составом микробов поддесневой зубной бляшки. Сопутствующие заболевания организма (эндокринные, желудочно-кишечного тракта и др.), несомненно, снижают общую реактивность организма, его устойчивость к действию инфекционной агрессии и предрасполагают к возникновению и прогрессированию воспаления в пародонте.

Вместе с тем, некоторые из этих факторов являются причинными и ведут к самостоятельному заболеванию пародонта (пародонтоз, пародонтолиз).

**Классификация заболеваний пародонта.**

**Гингивит** - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием общих местных факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА (2001 г.)**

**I. Гингивит** — воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием

местных и общих факторов, которое протекает без нарушения целостности зубодесневого прикрепления и проявлений деструктивных процессов в других отделах пародонта.

*Формы гингивита:* катаральный, язвенный, гипертрофический.

*Течение:* острое, хроническое.

*Фазы процесса:* обострение, ремиссия.

*Тяжесть:* решено не выделять. Только в отношении гипертрофического гингивита дополнительно указывают степень разрастания мягких тканей: до 1/3, до 1/2 и более ½ высоты коронки зуба, дополнительно еще указывается и форма гипертрофии: отечная или фиброзная.

Причиной того, что для катарального и язвенного гингивита тяжесть процесса не дифференцируют — отсутствие на сегодняшний момент четких и устойчивых объективных критериев для этого.

*Распространенность процесса:* локализованный (очаговый), генерализованный.

**II. Пародонтит** — воспаление тканей пародонта, характеризующееся деструкцией связочного аппарата периодонта и альвеолярной кости.

*Течение:* хроническое, агрессивное.

*Фазы процесса:* обострение (абсцедирование), ремиссия.

*Тяжесть:* определяется по клинико-рентгенологической картине, основным ее критерием является степень деструкции кости альвеолярных отростков (врачи чаще всего определяют ее по глубине пародонтальных карманов в мм).

*Степени тяжести:* легкая — пародонтальные карманы не более 4 мм; средняя – карманы от 4 до 6 мм; тяжелая — глубина карманов более 6 мм.

*Распространенность процесса:* локализованный (очаговый), генерализованный.

**III. Пародонтоз** — дистрофический процесс, распространяющийся на все структуры пародонта. Его отличительной чертой является отсутствие воспалительных явлений в десневом крае, отсутствие пародонтальных карманов.

*Течение:* хроническое.

*Тяжесть:* легкая, средняя, тяжелая — в зависимости от степени обнажения корней зубов (до 4 **мм,** 4-6 мм, более 6 мм).

*Распространенность:* процесс только генерализованный.

**IV. Синдромы, проявляющиеся в тканях пародонта** — классификационная группа обозначалась раньше как идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом кости. В эту группу включены поражения пародонта при синдромах Папийона—

Лефевра, Иценко—Кушинга, Элерса—Данло, Чедиака—Хигаши, Дауна, болезнях крови и т.д.

**V. Пародонтомы** — опухолеподобные процессы в пародонте: фиброматоз десен, пародонтальная киста, эозинофильная гранулема, эпулис.

*Течение:* хроническое.

*Распространенность процесса:* локализованный (очаговый), генерализованный. *Формы:* выделяются только для эпулиса по гистологической картине.

ГИНГИВИТ - заболевание и изменение десны, протекающее с преобладанием воспаления и не сопровождающиеся деструктивными изменениями зубодесневого прикрепления кости и альвеолярного отростка, регистрируемыми рентгенологически. Гингивит как самостоятельное заболевание в острой и хронической форме в виде катарального язвенного и пролиферативного воспаления может возникнуть вследствие бактериальной и вирусной инфекции, местной аллергической реакции, негигиенического содержания полости рта, а также в результате проявления различных диспропорций роста челюстей и неадекватной реакции функционально незрелой ткани на обычные раздражители. В тоже время гингивит может быть симптомом при ОГС, авитаминозах, эндокринных нарушениях в пубертатном периоде, у больных с системными заболеваниями, а также как клинический симптом пародонтита разной степени тяжести.

Для гингивита, независимо от клинико-морфологической формы заболевания, характерны следующие диагностические признаки:

- заболевание выявляется преимущественно у детей и подростков;

- большее или меньшее количество неминерализованных назубных отложений (микробный налёт, мягкий налёт, пищевые остатки) и зубного камня; отмечена прямая зависимость между показателями индекса гигиены и гингивита;

- легко вызываемая кровоточивость при зондировании десневой борозды (желобка);

- отсутствие десневого кармана;

- иногда наличие очаговой деминерализации эмали;

- изменение контуров десны в зависимости от клинико-морфологической формы гингивита: отёк, инфильтрация при остром и хроническом катаральном; некроз и альтерация при язвенно-некротическом; пролиферация, разрастание десны при гипертрофическом гингивите;

- на рентгенограммах признаки деструкции межзубных перегородок не выявляются;

- общее состояние больных вследствие гингивита не нарушено за исключением острого или обострения хронического язвенно-некротического гингивита, острого катарального.

ПАРОДОНТИТ - может протекать в виде самостоятельного генерализованного заболевания "неясной" этиологии, а также развиваться как следствие нелеченного вообще или нерадикально устранённого гингивита.

Для пародонтита характерны следующие диагностические признаки:

1. Заболевание выявляется преимущественно в старшем возрасте.

2. Наличие в анамнезе кровоточивости десны в течение нескольких лет.

3. Наличие десневого или пародонтального кармана.

4. Воспаление десны с преобладанием катарального, язвенного или пролиферативного процесса в десне.

5. Деструктивные изменения костной ткани межзубных перегородок, определяемые на рентгенограмме, без нарушений в глубоких отделах альвеолярного отростка и тела челюсти.

6. Наличие разнообразной клинической симптоматики, обусловленной выраженностью воспалительной деструкции костной ткани, пародонта, а также клинико-морфологической картиной воспаления десны (расшатанность зубов, их смещение, боль, нарушение функции и др.).

7. Обострение хронического пародонтита и особенно абсцедирование сопровождаются выраженными общими нарушениями (повышение температуры тела, недомогание, изменение картины периферической крови по типу неспецифических воспалительных изменений и др.).

В практической работе врачи могут выделять стадию процесса -активного течения пародонтита и ремиссию.В стадии активного течения выделяют следующие признаки:

Для лёгкого пародонтита характерны следующие признаки: глубина десневого кармана до 4мм, преимущественно в области межзубного промежутка; начальная степень деструкции кости по Rg-грамме - отсутствие компактной пластинки на вершине и в боковых отделах перегородки, очаги остеопороза, расширение периодонтальной щели в пришеечной области: зубы неподвижны, нет их смещения: общее состояние не нарушено.

Пародонтит средней степени тяжести характеризуется: глубина десневого, пародонтального кармана от 4 до 6 мм; деструкцией костной ткани на R-грамме на 1/3 до *1/2* межзубной перегородки; подвижностью зубов I-II степени, возможнымих смещением.

При тяжёлой степени пародонтита глубина пародонтального кармана более 6 мм,деструкция костной ткани альвеолярного отростка на величину более 1/2 или полное отсутствие костной ткани; подвижность патологических зубов II-III степени, они смещены, выраженатравматическая артикуляция.

**Пародонтит в стадии ремиссии характеризуется следующими признаками:**

1. Состояние десны соответствует понятию "здоровая", то есть она бледно-розового цвета, плотно прилежит к поверхности зуба;

2. Нет десневого или пародонтального кармана;

3. На рентгенограммах отсутствуют признаки активного процесса деструкции межзубных перегородок; нет прогрессирования её убыли;

4. Отсутствуют назубные отложения, включая микробный налёт;

5. Больной указывает на проведённое лечение или имеет выписку из истории болезни с указанием проведённого лечения.

**СХЕМА ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЙ**

**(диагностика заболеваний пародонта у детей)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Этапы диагностики** | | **Средства и условия обследования** | | **Критерии и формы самоконтроля** | |
| Проведите опрос ребенка и матери. | | Схема истории болезни | |  | |
| I. Жалобы: | |  | |  | |
| а) на кровоточивость десны (при чистке зубов; при употреблении жесткой пищи; пятна крови на подушке). | |  | | Кровоточивость наблюдается при катаральных, язвенных гингивитах, пародонтите, менее выражена при гипертрофических. | |
| б) имеются ли неприятные ощущения в деснах (боль, жжение, зуд) запах изо рта. | |  | | При острых гингивитах и при обострении хронических. | |
| в) боль при приеме пищи | |  | | Только при обострении гингивита и пародонтита. | |
| г) подвижность зубов | |  | | При развившемся пародонтите. | |
| П. Анамнез | |  | |  | |
| 1. Анамнез жизни: | |  | |  | |
| а) семейный (наличие пародонтита или пародонтоза) | |  | | Иногда выявляется генерализованный пародонтит или пародонтоз с быстрым разрушением тканей пародонта, обусловленный генетически. | |
| б) перенесенные и сопутствующие заболевания различных органов и систем. | |  | | Причиной генерализованного пародонтита могут быть различные соматические и нервно- психические заболевания. | |
| 2. Анамнез заболевания: | |  | |  | |
| а) когда впервые заметили признаки заболевания; б) проводилось ли лечение, и его эффективность; | |  | |  | |
| в) динамика заболевания: ремиссии, обострения. | |  | |  | |
| Ш. Объективное обследование. | |  | |  | |
| 1. Внешний вид ребенка, кожные покровы, кожа ладоней. | |  | | У детей ослабленных, с заболеваниями крови отмечается бледность, кровоизлияния на коже, гиперкератоз при синдроме Папийона- Лефевра. | |
| 2.Регионарные лимфатические узлы. | |  | | Увеличение при язвенном гингивите и пародонтите. | |
| 3. Осмотр полости рта | |  | |  | |
| а) слизистая оболочка полости  рта (цвет, влажность, наличие патологических изменений) |  | | Изменения могут быть связаны с соматической патологией: сухость при диабете, эритематозные пятна. Наличие кровоизлияний при болезнях крови и др | |
| б) состояние десны |  | | При катаральных гингивитах  и пародонтите воспалена.  При язвенно-некротическом  гингивите -эрозирована.  При гипертрофическом - деформирована и гипертрофирована. При атрофическом -  бледная, ретракция десны. | |
| в) наличие истинных или  ложных карманов |  | | При гингивитах - катаральном и гипертрофическом ложные карманы. При пародонтите - истинные карманы. | |
| г) проверьте, нарушена ли целостность эпителия в зубодесневой борозде | Проведите пробу с 3% раствором формалина | | При нарушении целостности  эпителиальной выстилки  зубодесневой бороздки отмечается боль. | |
| д)имеется ли подвижность зубов. |  | | При пародонтите II и III ст. | |
| Имеются ли местные причинные факторы: |  | |  | |
| а) определите гигиенический  индекс | Реактив Шиллера- Писарева  или 2%,5% раствор йода. | | Высокий индекс гигиены | |
| б) нависающие пломбы, кариес на апроксимальных поверхностях. |  | | Ребенок не жует на этой стороне, нарушается самоочищаемость. | |
| в) прикрепление уздечек губ и  тяжей слизистой оболочки |  | | Низкое прикрепление уздечки верхней губы, высокое нижней губы способствует развитию атрофического процесса. | |
| г) преддверие рта |  | | Мелкое преддверие способствует развитию атрофического процесса. | |
| д) зубочелюстные аномалии и  деформации |  | | Перегрузка и недогрузка пародонта способствует развитию его заболеваний. | |
| е)осложнения при ортодонтическом лечении (неправильная  конструкция, большая сила). |  | | Способствует развитию заболеваний пародонта. | |
| Поставьте предварительный диагноз |  | |  | |
| IV. Специальные методы исследования |  | |  | |
| 1. Рентгенография | Рентгеновский кабинет | | При пародонтите и пародонтозе - убыль кости альвеолярного отростка, остеопороз | |
| 2. Анализ крови на сахар | Клиническая лаборатория | | Повышение содержания са­хара в крови определяется при сахарном диабете. | |
| 3. Анализ мочи на сахар, со­держание холестерина | Клиническая лаборатория | | В моче определяется сахар при сахарном диабете, коли­чество холестерина повыша-ется при ксантоматозе. | |
| 4. При наличии заболеваний различных органов и систем направьте к педиатру. | Детская поликлиника | | Системные заболевания час­то ведут к развитию паро-донтоза. | |
| V. Проведите дифференци-альную диагностику |  | |  | |
| Выберите заболевания, имеющие сходную клиниче-скую картину. |  | | Симптомы, не характерные для пародонтоза | |
| а) эозинофильная гранулема |  | | Деструкция кости альвео­лярного отростка в виде ок­руглых очагов с четкими границами. Часто бывают патологические очаги в дру-гих костях. Эозинофилия. | |
| б) болезнь Хенд-Шуллер-Крисчена |  | | Очаги деструкции округлые и овальные, поражаются дру­гие плоские кости, отмечает­ся экзофтальм, несахарный диабет. При биопсии десны находят ксантомные клетки. Повышение содержания холестерина в крови и моче. | |
| в) циклическая нейтропения |  | | В анамнезе частые гнойнич-ковые поражения кожи и слизистых оболочек, нагнои-тельные процессы в легких. В анамнезе крови периоди­чески отмечаются снижение или полное отсутствие ней-трофилов, связанное с нару­шением их продукции. Дест­руктивный процесс в системе ограничен лишь альвеоляр­ной частью или альвеоляр­ным отростком челюсти. | |
| г) гипоиммуноглобулинемия |  | | Гингивит быстро переходит в пародонтит и часто носит ги- пертрофический характер. Диагностическим является определение количества иммунологлобулинов крови. | |
| Поставьте окончательный диагноз: |  | |  | |
| Нозология - |  | |  | |
| Форма или степень - |  | |  | |
| Клиническое течение |  | |  | |
| Локализация - |  | |  | |
| Причина заболевания |  | |  | |

**Практическая работа.**

Для подготовки к занятию необходимо повторить материал, касающийся основ строения и физиологии твёрдых тканей зубов, пародонта и слизистой полости рта у детей, отличие от "взрослых", зрелых тканей. Необходимо вернуться к теоретическим основам профилактики заболеваний пародонта, а также повторить вопросы, касающиеся понятия "здорового образа жизни" с точки зрения стоматолога.

С целью реального знакомства с особенностями строения тканей пародонта у детей целесообразно провести осмотры полости рта студентов группы ("взрослый" пародонт) и у детей - пациентов разного возраста.

Указанные комментарии могут быть изложены устно, либо письменно с описанием различия в строении тканей пародонта и дифференциальной диагностики заболеваний

**Задания на уяснение темы занятия, методики вида деятельности**:согласно методическим указаниям для внеаудиторной работы студентов 4 курса 8 семестра по теме следующего занятия.

**Тесты по теме занятия:**

11. В ВОЗНИКНОВЕНИИПАРОДОНТИТА ПЕРВИЧНЫ:

1) воспаление

2) деструкция

3) пролиферация

4) любой из перечисленных

2. МЕТОДОМ ОККЛЮЗИОГРАФИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ:

1) симптомы неравномерной нагрузки при аномалиях прикуса

2) симптомы неравномерной нагрузки при ортогнатическом прикусе

3) тесное положение зубов

4) все перечисленное

3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОККЛЮЗИОГРАММЫ РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

1) непрерывную "дорожку" контактов

2) штриховые отпечатки во фронтальном участке

3) равномерные по интенсивности отпечатки

4) любой из названных

4. ПРИЧИНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЛОКАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ:

1) низкий уровень гигиены полости рта

2) аномальное прикрепление уздечек и мелкое преддверие полости рта

3) системное заболевание ребенка

4) становление гормонального статуса в пубертатный период

5. ПРИЗНАКАМИ ЗДОРОВОЙ ДЕСНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) бледность десны, плотность тканей, рецессия (ретракция) десны

2) розовый цвет, заостренность вершин межзубных сосочков, отсутствие кровоточивости

3) розовый цвет края десны, отсутствие кровоточивости, деформация десневого края

4) розовый цвет десны, сглаженность во фронтальном отделе межзубных сосочков, отсутствие кровоточивости

6. КАРИЕС КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ:

1) атрофический гингивит

2) локальный пародонтит

3) генерализованный гингивит

4) ложный пародонтальный карман

7. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ФОРМА МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЧЕЛЮСТЕЙ С:

1) плоской вершиной

2) острой или закругленной вершиной

3) усеченной вершиной

4) трапецевидной вершиной

8. ПРИ ИНТАКТНОМ ПАРОДОНТЕ ДЕСНЕВАЯ БОРОЗДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1) клинически

2) гистологически

3) рентгенологически

4) визуально

9. КОРОТКАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ВЫЗЫВАЕТ В ПАРОДОНТЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

1) генерализованные

2) местные воспалительно-дистрофические

3) генерализованные воспалительные

4) местные дистрофические

10. ПРИ ПАРОДОНТИТЕ В ТКАНЯХ ДЕСНЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ВЫРАЖЕННЫЕ ПОВРЕЖЕДНИЯ:

1) тучных клеток или тканевых базофилов

2) фибробластов

3) гистиоцитов

4) лимфоцитов

**Задачи для самоподготовки по теме практического занятия.**

**Задача № 1.**

Больная 15 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивостью дёсен во время чистки зубов и при приёме пищи.

Анамнез: кровоточивость дёсен усиливается во время месячных. Подобные явления беспокоят периодически, чаще весной и осенью в течение трёх лет; последние три месяца болезненность и кровоточивость дёсен усилились. Курит два года.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизитая полости рта бледно-розового цвета, без видимых изменений, определяется гиперемия, отёчность десневого края до 1/3 высоты коронки зуба в области всех зубов, ложные зубо-десневые карманы; зубы интактные; отмечается повышенная вязкость слюны, обильный мягкий зубной налёт; ГИ =2,5.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Поставьте предварительный диагноз.
  2. Назовите этиологические факторы данного заболевания.
  3. Назовите естественные защитные факторы полости рта,

способствующие самоочищению.

4. Объясните влияние курения на развитие воспалительных заболеваний пародонта.

5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача № 2.**

Больной 13 лет обратился в детскую стоматологическую поликлинику с жалобами на боль в дёснах, кровоточивость при чистке зубов.

Анамнез: несколько дней назад появилась боль в дёснах при приёме пищи, кровоточивость при чистке зубов. Отмечает периодическое повторение этих симптомов преимущественно зимой и весной, особенно после перенесённых простудных заболеваний. Зубы чистит нерегулярно.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 градусов. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта в полном объёме. При осмотре в полости рта - на 16, 24,25,26,36,45,46 зубах кариозные полости, зондирование по эмалево-дентинной границе болезненно. Отмечается мягкий зубной налёт на всех зубах.ГИ= 2,4. Межзубные сосочки в области всех групп зубов гиперемированы, отёчны, болезненны.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | с |  |  |  |  |  |  |  |  | с | с | с |  |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
|  | с | с |  |  |  |  |  |  |  |  |  | с |  |

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Назовите этиологические факторы данного заболевания.
3. Составьте план лечения.
4. Назовите индексы для оценки состояния тканей пародонта.
5. Определите индекс КПУз.

**Задача № 3.**

Больной Г.,12 лет, обратился в детскую стоматологическую поликлинику с жалобами на чувство жжения, сухости в дёснах, покраснение, кровоточивость дёсен, усиливающуюся при чистке зубов и приёме пищи.

Анамнез: 3 дня назад начал принимать антибиотики, назначенные лор- врачом. После появилась боль в дёснах, отёчность, краснота, кровоточивость, затруднённый приём пищи. Ранее подобного не отмечал.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта в полном объёме. В полости рта: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, незначительно отечна. Десневые сосочки отёчны, закруглены, гиперемированы, лёгкое прикосновение сопровождается кровоточивостью, болезненность при пальпации. На зубах - обильный мягкий зубной налёт.На рентгенограмме: костная ткань челюстей без изменений.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | п |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | с |  |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
|  | с |  |  |  | п |  |  |  |  |  |  | с |  |

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите факторы, способствующие возникновению данного заболевания.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите дополнительные методы исследования.
5. Дайте рекомендации по рациональной гигиене полости рта.

**Задача № 4.**

В детскую стоматологическую поликлинику обратился ребёнок в возрасте 14 лет с жалобами на необычный вид десны, боль, усиливающуюся при приёме пищи, чистке зубов.

Анамнез: 1,5года страдает эпилепсией, принимает противоэпилептический препарат.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта в полном объёме. При осмотре в полости рта - отёк, гиперемия, цианоз десны, её утолщение, ограниченные очаги десквамации, преимущественно в области вершин межзубных сосочков; в результате механического раздражения возникает кровотечение. Сохранена целостность зубо-десневого соединения. На зубах - повышенное содержание мягкого зубного налёта,иногда налёт окрашивается каплями крови или красящими веществами пищи. На рентгенограмме костная ткань без изменений. Изменения в периферической крови не выявляются.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | п |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
|  | п |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | п |  |

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Назовите этиологические факторы данного заболевания.
3. Составьте план лечения.
4. Назовите индексы, использующиеся для оценки состояния тканей пародонта.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача № 5.**

Больной 13 лет обратился в детскую стоматологическую поликлинику с жалобами на боль в дёснах, кровоточивость при чистке зубов.

Анамнез: несколько дней назад появилась боль в дёснах при приёме пищи, кровоточивость при чистке зубов. Отмечает периодическое повторение этих симптомов преимущественно зимой и весной, особенно после перенесённых простудных заболеваний. Зубы чистит нерегулярно.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 градусов. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта в полном объёме. При осмотре в полости рта - на 16, 24,25,26,36,45,46 зубах кариозные полости, зондирование по эмалево-дентинной границе болезненно. Отмечается мягкий зубной налёт на всех зубах.ГИ= 2,4. Межзубные сосочки в области всех групп зубов гиперемированы, отёчны, болезненны. Сохранена целостность зубо-десневого соединения.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | с |  |  |  |  |  |  |  |  | с | с | с |  |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
|  | с | с |  |  |  |  |  |  |  |  |  | с |  |

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Назовите этиологические факторы данного заболевания.
3. Составьте план лечения.
4. Назовите индексы для оценки состояния тканей пародонта.
5. Определите индекс КПУз.

**Список тем НИРС:**

1. Методы оценки состояния тканей пародонта.

2.Профилактика хронического катарального гингивита у детей.

3.Индивидуальные средства и предметы гигиены при заболеваниях пародонта у детей разного возраста.