**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.**

1. *Паспортная часть.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

43 года

Домашний адрес:

1. *Жалобы при поступлении.*

Кровоточивость десен во время приема пищи, при чистке зубов, наличие болевых ощущений в деснах, чувство дискомфорта в области десен. Наличие неприятного запаха изо рта.

1. *Анамнез жизни больного (anamnesis vitae).*
2. *Перенесенные и сопутствующие заболевания.*

 Перенес детские инфекционные и сопутствующие заболевания: корь, краснуха, скарлатина, ветряная оспа. ВИЧ, гепатит – отрицает. С 1999 года диагностирована язва желудка, хронический гастродуоденит. Наличие у одного из родителей пародонтоза.

1. *Непереносимость лекарственных веществ.*

Аллергическую реакцию на лекарственные вещества отрицает.

1. *Бытовой анамнез.*

 Условия жизни комфортные, однако выражена гиподинамия, питание обильное, преимущественно жирной и углеводной пищей, в рационе мало продуктов белкового происхождения.

1. *Трудовой анамнез.*

Работает по специальности (учитель) с 24-летнего возраста, в школе № 654 г. Москвы, условия труда хорошие.

1. *Вредные привычки.*

Вредные привычки: курение сигарет (1 пачка в неделю) с тридцатилетнего возраста, употребление алкоголя отрицает.

1. *Гигиена полости рта.*

Чистит зубы 1 раз в день, вечером после ужина.

* 1. *История настоящего заболевания (anamnesis morbi).*

Жалобы на кровоточивость десен в течение полугода (во время принятия пищи, чистки зубов), а также наличие болевых ощущений и чувства дискомфорта в деснах, неприятный запах изо рта.

 Больной для лечения данного заболевания ранее к врачу не обращался.

* 1. *Настоящее состояние больного:*
1. *Общее состояние больного.*

Общее состояние больного: нормостеническое телосложение, рост 175 см, вес 85 кг, температура тела 36,70, кожа естественной окраски, умеренное развитие подкожной жировой клетчатки, состояние по органам хорошее.

1. *Внешний осмотр ЧЛО.*

Внешний осмотр ЧЛО: без видимых патологий. Окраска кожи лица нормальная, поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются (размеры 0,5\*0,5 см, мягкие, безболезненные, с подлежащими тканями не спаяны).

*3. Осмотр полости рта (наличие запаха изо рта).*

Осмотр полости рта: без видимых патологий. Характеристика слизистой оболочки полости рта: слизистая розового цвета, умеренно увлажнена.

Состояние десны: межзубные сосочки и краевая десна цианотичны, отечны. Наблюдается кровоточивость десен при надавливании. Наличие патологических десневых карманов, глубиной 3-4 мм, заполненных серозным экссудатом.

Состояние языка, фолликулярного аппарата, зева: без патологий.

Патологической подвижности зубов не наблюдается. Прикус ортогнатический, величина зубов в норме, цвет – светло- желтый. Аномалий не наблюдается.

*Зубная формула:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| О | П | П |  | К |  |  |  |  |  |  |  |  | П |  | О |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| О |  | П |  |  |  |  |  |  |  |  |  | К | П |  | О |

*Зубные отложения:* мягкий белый пищевой налет в области шеек зубов, а также отложения поддесневого (в обл. зубов 35, 34, 32, 31, 41, 42, 44, 45), и наддесневого (в обл. зубов 14, 13, 24, 25) зубного камня.

* 1. *Дополнительные методы исследования.*

Гигиенический индекс = 2,1 б. (неудовлетворительная гигиена полости рта)

Индекс PMA = 62% (распространенный патологический процесс)

Данные рентгенологического обследования (от 22.04.06): отмечается отсутствие кортикальной пластинки кости, снижение вершин межальвеолярных перегородок до 1/3 их высоты, начальные проявления остеопороза костной ткани челюстей, расширение периодонтальной щели.

* 1. *Диагноз и его обоснование.*

Хронический генерализованный пародонтит (легкая степень тяжести).

Диагноз поставлен на основе жалоб пациента (кровоточивость десен во время приема пищи, при чистке зубов, наличие болевых ощущений в деснах, чувство дискомфорта в области десен, наличие неприятного запаха изо рта), а также основных и дополнительных методов исследования (при осмотре: межзубные сосочки и краевая десна цианотичны, отечны, наблюдается кровоточивость десен при надавливании, наличие патологических десневых карманов, глубиной 3-4 мм, заполненных серозным экссудатом; патологической подвижности зубов не наблюдается; на рентгенограмме: отмечается отсутствие кортикальной пластинки кости, снижение вершин межальвеолярных перегородок до 1/3 их высоты, начальные проявления остеопороза костной ткани челюстей, расширение периодонтальной щели).

* 1. *Терапия (общая и местная) и профилактика.*

Местное лечение генерализованного пародонтита включает медикаментозное, хирургическое, ортопедическое, ортодонтическое лечение и физиотерапию. Местное лечение при пародонтите зависит от степени выраженности процесса, индивидуальных особенностей его течения, однако противовоспалительная терапия всегда предшествует другим лечебным манипуляциям. Она всегда проводится после очень тщательного удаления налета и зубного камня. При легкой степени поражения применяют антисептики, глюкокортикоиды в сочетании с антибиотиками, препараты, оказывающие кератолитическое и фибролизирующее действие: резорцин (20-30% растворы), мараславин, 25% р-ор хлорида цинка, 0,1% р-ор новоиманина, 1% р-ор йодинола. Кроме того, используют антибиотики в сочетании с кортикостероидами и метацилом, сочетание ортофена и этония, бисептоло-канестен-метилурациловой пасты и физиотерапевтические методы лечения, которые рекомендуются по показаниям и только после устранения воспалительных явлений.

Из других препаратов для местного лечения при пародонтите используют индометациновую мазь, препараты нитрофуранового ряда, 0,2% р-ор сангвинорина, 0,1% р-ор новоиманина, бисептол, 0,01% р-ор мирамистина, клиостом, мазь левосин. Для нормализации микроциркуляции в тканях пародонта в тканях и снятия воспаления в микрососудах назначают троксевазин в виде 2% геля аппликационно под повязку или пленку, курс 8-10 процедур; лингезин под повязку.

При углублении пародонтального кармана и нарастании остеолиза проводят те же противовоспалительные мероприятия, и широко применяют хирургические методы лечения – кюретаж, гингивотомию, радикальные операции. Появляющаяся окклюзионная травма диктует необходимость ортопедического лечения, избирательного пришлифовывания, шинирования, протезирования.

Для общего лечения используют витаминотерапию (прежде всего витамин С в сочетании с рутином), особенно в молодом возрасте при заболеваниях пародонта, сопровождающихся кровоточивостью десен.

Иммуностимулирующую и иммуномодулирующую терапию (тималин, нуклеинат натрия, тимоген, левамизол) следует применять после консультации с соответствующим специалистом. Антигистаминные препараты (димедрол, тавегил, пипольфен) применяются при заболеваниях пародонта с аллергическим компонентом.

Антибиотики назначаются строго по показаниям: при обострении процесса, особенно при абсцедировании, перед и после операции. Из антибиотиков следует отдать предпочтение рондомицину, ровамицину (3-4 капсулы в день), линкомицину по 0,5 г (500 000 УД) 2 раза в день в капсулах, курс 7-12 дней.

Профилактика – своевременное лечение заболеваний пародонта (гингивиты, папиллиты), предотвращение возникновения травматической окклюзии, ортопедическое лечение патологического прикуса, скученности зубов.

* 1. *Дневник (течение болезни).*

22.04.06

Проведена профессиональная гигиена полости рта (обучение пациента гигиене полости рта, тщательное удаление зубных отложений специальными инструментами – скейлер, щеточки, крючки и пастами CleanPolish, паста, размягчающая зубной камень «ВладМиВа»). После удаления зубных отложений проведена антисептическая обработка 2 % р-ом гипохлорита натрия.

23.04.06

Под местной инфильтрационной анестезией проведен кюретаж патологических карманов, с полировкой поверхности корня и антисептической обработкой зубодесневых карманов. Сформированы кровяные сгустки. Наложены защитные повязки на десну.

Назначения:

1. линкомицин по 0,5 г (500 000 ЕД) 2 раза в день в капсулах через 2 часа после или за 2 часа до еды, курс 7 дней.
2. Диазолин 0,1 г 2 раза в день.
3. Витамин РР 0,05 г 2 раза в день после еды; Аскорутин 0,1 г 3 раза в день после еды; Викасол – 0,01 г в/м.
4. Имудон - табл. для рассасывания в полости рта, 6 табл. в день, курс 20 дней.
5. Мирамистин, аппликации на десну 2 раза в день, курс 10 дней.
6. полоскания настойками календулы, зверобоя 2-3 раза в день.

25.04.06

Смена десневой повязки.

Антисептическая обработка десен (1% р-ом йодинола)

28.04.06

Смена десневой повязки.

Антисептическая обработка десен (0,5 % р-ом хлоргексидина биглюконата).

30.04.06

Снятие десневой повязки.

Антисептическая обработка десен (0,5 % р-ом хлоргексидина биглюконата).

Назначено физиотерапевтического лечения с помощью лазерного аппарата «Оптодан» - по 3 мин. в день, курс – 7 процедур.

* 1. *Прогноз.*

В легкой степени развития патологического процесса в пародонте лечение может привести к полной реабилитации, т.е. восстановлению формы и функции.

* 1. *Этиология и патогенез.*

Заболевания пародонта могут развиваться под влиянием как местных причин (микроорганизмы зубного налета, окклюзионная травма), так и сочетанного воздействия местных и общих (эндогенных) факторов на фоне изменений реактивности организма. Наибольшее значение в этиологии заболеваний пародонта имеют следующие факторы:

* + - состояние и продукты обмена в зубной бляшке и зубном налете;
		- факторы полости рта, способные усиливать или ослаблять патогенетический потенциал микроорганизмов и продуктов их обмена;
		- общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта, от которых зависит реакция на патогенные воздействия.

Причиной большинства основных форм гингивита и пародонтита являются бактерии, которые прикрепляются к поверхности зуба над и ниже края десны, образуя основу бактериальной бляшки. По мере аккумуляции микробных отложений возникает воспаление десны, при этом изменяется соотношение микроорганизмов, образующих бляшку. В начале это преимущественно грамположительные бактерии (стрептококки, актиномицеты), при дальнейшем росте бляшки появляются грамотрицательные кокки, а также грамположительные и грамотрицательные палочки и нитевидные формы. К основным возбудителям воспалительного процесса в пародонте относятся грамнегативные анаэробы: бактероиды, фузобактерии, спирохеты, актиномицеты, анаэробные кокки.

Патогенная микрофлора, вегетирующая в пародонтальном кармане и зубном налете, обладая антигенными свойствами, сенсибилизирует ткани пародонта. Это приводит к усилению альтерации тканей и образованию тканевых аутоантигенов.

Процесс резорбции кости составляет основу механизмов развития пародонтита.

К местным травматическим причинам относятся дефекты протезирования, дефекты лечения зубов, попадание мышьяковистой пасты в межзубной промежуток, влияние мономера протеза, вредное влияние неправильно сконструированных ортодонтических аппаратов. Из причин, способствующих появлению зубного налета, необходимо указать на анатомические особенности зубов, их расположение в дуге и кариозные поражения.

Общие факторы: дефицит витаминов (особенно С, В1, А, Е, РР), атеросклеротическое поражение сосудов, снижение реактивности организма, эндокринные нарушения, заболевания желудочно-кишечного тракта, болезни крови и гемопоэза, психосоматические факторы и иммунологические нарушения.

* 1. *Патологическая анатомия.*

Для начальной стадии пародонтита характерны явления развития подострого текущего, с частыми рецидивами гингивита, сопровождающегося умеренно выраженными резорбтивными изменениями в верхушках альвеолярного гребня. Плотные воспалительные инфильтраты, в основном лимфоцитарно- макрофагальные, локализуются главным образом под сулькулярным эпителием и лишь весьма скудные, преимущественно очаговые периваскулярные – в периодонте. Склеротические изменения выражены незначительно и лишь в поверхностных отделах пародонта. Нередки случаи отложения над- и поддесневого зубного камня, который пенетрирует зубодесневое соединение. В непосредственной близости от отложения конкремента обнаруживается скопление круглых клеток.

Для развившейся стадии пародонта характерно вовлечение в патологический процесс всех отделов пародонта. Гингивит, как правило, хронический, торпидно текущий с обострениями. Процесс сопровождается образованием пародонтального кармана. Он характеризуется разрушением зубодесневого соединения, деструкцией в поверхностных отделах пародонта, образованием под дном язвы и выстилающим его некротическим детритом обширных разрастаний грануляционной ткани, пронизанной тяжами многослойного плоского эпителия.

Процесс резорбции костной ткани захватывает на большом протяжении альвеолярную кость, верхушки альвеолярных гребней полностью разрушаются, замещаются частично грануляционной тканью, частично фиброзно фиброзной соединительной тканью. Воспалительный инфильтрат спускается вглубь периодонта. В составе инфильтрата могут превалировать полиморфно-ядерные лейкоциты либо при затухании вспышки – лимфоцитарно-макрофагальные элементы. На фоне прогрессирующео воспаления подвергается деструкции периодонтальная связка, которая замещается беспорядочно ориентированными грубоволокнистыми пучками. Склероз каневых элементов периодонтальной щели, в который вовлекаются стенки кровеносных сосудов, приводит к тяжелым трофическим изменениям во всех структурах пародонта.

По мере ретракции десны и разрушения зубодесневого соединения корень зуба обнажается, и с прогрессированием этого процесса создаются условия для элиминации зуба.

* 1. *Рецепты.*

Rp.: Sol. Iodinoli 1% - 50 ml

 DS. для антисептической обработки.

Rp.: Sodii hypochloriti 2% - 50 ml

 DS. для антисептической обработки.

Rp.: Chlorhexydini bigluconati 0,5% - 50 ml

 DS: для антисептической обработки.

Rp.: Sol. Vikasoli 1 mg in amp.

DS: для внутримышечного введения.

RP.: Tab. Diazolini 0,1 g

 D.t.d. N 30

 S. по 1 табл. 2 раза в день