ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.:

Год рождения: 1985.

Адрес:

Место работы: студент СГТУ.

Дата обращения на кафедру: 28.02.2006.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести.

ДАННЫЕ РАСПРОСА

**Жалобы:**

Пациент предъявляет жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, приеме пищи, боль в деснах, покраснение десневого края, зубные отложения.

**An. morbi:**

Больным себя считает в течение года, когда впервые обратил внимание на кровоточивость десен при чистке зубов. В последнее время кровоточивость усилилась, появилась боль в деснах.

**An. vitae:**

Гигиенический уход за полостью рта – регулярный, один раза в день, проводит с помощью средств и предметов гигиены фирмы “Colgate”.

Временные и постоянные зубы прорезывались в сроки, соответствующие физиологической норме.

Вредные привычки – курение, в течение примерно полутора лет.

В период с 6 мес. до 12 лет перенес ветряную оспу, корь, ОРЗ, ОРВИ.

Фоновые заболевания: гиперацидный гастродуоденит.

Длительного приема лекарств (антибиотиков, витаминов, гормональных препаратов, иммуномодуляторов) не проводил.

Характер питания – регулярный, рацион – с преобладанием углеводной пищи.

Профессиональных вредностей нет.

Мать в период беременности заболеваний не переносила.

Наследственный анамнез не отягощен.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает.

ОСМОТР БОЛЬНОГО

**Внешний осмотр:**

Кожные покровы лица и видимой части шеи – естественного цвета, выраженной асимметрии лица нет, рубцов и свищевых ходов на коже нет.

Регионарные лимфоузлы (затылочные, заушные, поднижнечелюстные, подподбородочные, лицевые, шейные, подключичные) не пальпируются.

Красная кайма губ ярко-розового цвета, увлажнена, чешуек, корочек и других элементов поражения, отека, ссадин, разрывов нет.

**Осмотр преддверия полости рта:**

Слизистая оболочка преддверия полости рта бледно-розового цвета, влажная, отека, морфологических элементов поражения нет.

Глубина преддверия полости рта – средняя (7мм).

Состояние и уровень прикрепления уздечек губ в пределах физиологической нормы, тяжи преддверия отсутствуют, побледнения и отхождения десны от шеек зубов при отведении нижней и верхней губ, щек, языка нет.

Прикус ортогнатический, скученности, дистопированных зубов нет.

**Осмотр собственно полости рта:**

Слизистая оболочка твердого неба темно-красного цвета, умеренно увлажнена, патологических элементов нет. Уровень прикрепления и длина уздечки языка в пределах физиологической нормы.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | **П** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **П** | **П** |  |  |  |  |  |  |  | **П** |  |  | **П** |  |  |  |

Форма зубных дуг, форма и величина зубов соответствуют физиологической норме: положение зубов в зубном ряду не изменено, боковые зубы бледно-желтого цвета, фронтальные зубы темно-желтого, изменений толщины эмали нет, блеск эмали сохранен. Подвижность зубов I степени. На оральных поверхностях 13, 12, 11, 21, 22, 34, 33, 32, 31, 41, 42 и 43 зубов имеется наддесневой и поддесневой зубной камень.

**Состояние слизистой оболочки десны:**

Слизистая оболочка десен в области 14-23 и 34-44 зубов цианотична, отечна, десневой край нормальной фестончатости, десневые сосочки отечны, рыхлой консистенции; имеется кровоточивость десневой борозды в области указанных зубов I степени. Маргинальная десна цианотична, шейку зуба охватывает неплотно, альвеолярная десна не изменена.

Наличие пародонтального кармана глубиной 3 мм преимущественно в области межзубного промежутка. Пальпация десневого края безболезненна.

**Дополнительные методы обследования:**

1. Универсальный гигиенический индекс OHI-s:

OHI-s = (2+2+3+1+2+3):6 = 2

Результат: плохое состояние гигиены полости рта.

2. Пародонтальный индекс:

ПИ = (1+1+1+1+2+1+1+1+2+1+1+1+1+1+1+1):32 = 0,53

Результат: начальная стадия.

3. Ортопантомография:

Резорбция межальвеолярной перегородки на 1/3.

4. Анализ крови на ВИЧ: отрицательный.

5. Анализ крови на сифилис: отрицательный.

6. Заключение гастроэнтеролога: гиперацидный гастродуоденит.

**Дифференциальная диагностика:**

1. С катаральным гингивитом.

При катаральном гингивите не характерно наличие поддесневого зубного камня, отсутствует подвижность зубов, нет пародонтального кармана и отсутствуют изменения на рентгенограмме.

2. С пародонтитом средней степени тяжести.

Для пародонтита средней степени тяжести характерны глубина кармана до 5 мм, резорбция костной ткани межзубных перегородок до 1/2, патологическая подвижность зубов II степени. Возможны смещение зубов, появление трем, травматическая окклюзия.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

**Диагноз:** хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести поставлен на основании

жалоб пациента на кровоточивость десен при чистке зубов, приеме пищи, боль в деснах, покраснение десневого края, зубные отложения;

данных анамнеза заболевания: больным себя считает в течение года, когда впервые обратил внимание на кровоточивость десен при чистке зубов. В последнее время кровоточивость усилилась, появилась боль в деснах;

данных анамнеза жизни: гигиенический уход за полостью рта – регулярный, один раза в день, проводит с помощью средств и предметов гигиены фирмы “Colgate”; временные и постоянные зубы прорезывались в сроки, соответствующие физиологической норме; вредные привычки – курение, в течение примерно полутора лет; в период с 6 мес. до 12 лет перенес ветряную оспу, корь, ОРЗ, ОРВИ; фоновые заболевания: гиперацидный гастродуоденит; длительного приема лекарств (антибиотиков, витаминов, гормональных препаратов, иммуномодуляторов) не проводил; характер питания – регулярный, рацион – с преобладанием углеводной пищи; профессиональных вредностей нет; мать в период беременности заболеваний не переносила; наследственный анамнез не отягощен; аллергологический анамнез не отягощен; туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает.

данных объективного обследования: кожные покровы лица и видимой части шеи – естественного цвета, выраженной асимметрии лица нет, рубцов и свищевых ходов на коже нет; регионарные лимфоузлы (затылочные, заушные, поднижнечелюстные, подподбородочные, лицевые, шейные, подключичные) не пальпируются; красная кайма губ ярко-розового цвета, увлажнена, чешуек, корочек и других элементов поражения, отека, ссадин, разрывов нет; слизистая оболочка преддверия полости рта бледно-розового цвета, влажная, отека, морфологических элементов поражения нет; глубина преддверия полости рта – средняя (7мм); состояние и уровень прикрепления уздечек губ в пределах физиологической нормы, тяжи преддверия отсутствуют, побледнения и отхождения десны от шеек зубов при отведении нижней и верхней губ, щек, языка нет; прикус ортогнатический, скученности, дистопированных зубов нет. Слизистая оболочка твердого неба темно-красного цвета, умеренно увлажнена, патологических элементов нет. Уровень прикрепления и длина уздечки языка в пределах физиологической нормы;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | **П** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **П** | **П** |  |  |  |  |  |  |  | **П** |  |  | **П** |  |  |  |

форма зубных дуг, форма и величина зубов соответствуют физиологической норме: положение зубов в зубном ряду не изменено, боковые зубы бледно-желтого цвета, фронтальные зубы темно-желтого, изменений толщины эмали нет, блеск эмали сохранен. Подвижность зубов I степени. На оральных поверхностях 13, 12, 11, 21, 22, 34, 33, 32, 31, 41, 42 и 43 зубов имеется наддесневой и поддесневой зубной камень; слизистая оболочка десен в области 14-23 и 34-44 зубов цианотична, отечна, десневой край нормальной фестончатости, десневые сосочки отечны, рыхлой консистенции; имеется кровоточивость десневой борозды в области указанных зубов I степени. Маргинальная десна цианотична, шейку зуба охватывает неплотно, альвеолярная десна не изменена; наличие пародонтального кармана глубиной 3 мм преимущественно в области межзубного промежутка. Пальпация десневого края безболезненна.

1. Универсальный гигиенический индекс OHI-s:

OHI-s = (2+2+3+1+2+3):6 = 2

Результат: плохое состояние гигиены полости рта.

2. Пародонтальный индекс:

ПИ = (1+1+1+1+2+1+1+1+2+1+1+1+1+1+1+1):32 = 0,53

Результат: начальная стадия.

3. Ортопантомография:

Резорбция межальвеолярной перегородки на 1/3.

4. Анализ крови на ВИЧ: отрицательный.

5. Анализ крови на сифилис: отрицательный.

6. Заключение гастроэнтеролога: гиперацидный гастродуоденит.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

**Пародонтит** – заболевание тканей пародонта, характеризующееся воспалением с образованием пародонтального кармана и деструкцией костной ткани межзубных перегородок.

**Этиология:**

Основным этиологическим фактором заболеваний пародонта являются бактерии. Сейчас выделяют специфические бактерии – парадонтопатогены, содержащиеся в зубном налете, который находится в десневой борозде, на корне зуба, на поверхности соединительного эпителия. В 1 грамме налета содержится около 1011 микроорганизмов. Большинство из них является грамотрицательными анаэробами, которые вырабатывают большое количество эндотоксина.

Выделяют 5 бактериальных комплексов:

1 комплекс – локализуется в местах наибольшей деструкции пародонта, связан с глубокими пародонтальными карманами и кровоточивостью десен. В него входят: Porphiromonas gingivalis, Bacteroiodes forsithus, Treponema denticola.

2 комплекс – образует ядро налета. В него входят: Prevotella intermedia, Prevotella nigrescens, Fusobacterium nucleatum.

3 комплекс – cостоит из стрептококков: Str. oralis, Str. mitis, Str. gordonii, Str. intermedius.

4 комплекс – образован: Capnocytophaga, Eikenella corodens, Actinobacillus actinomycetemcomitans.

5 комплекс – образует поверхностные слои. В него входят: Actinomyces odontolyticus, Veilonella parvula B-serotyp, Selenomonas noxia, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Actinomyces naeslundii.

Из них самыми парадонтопатогенными считаются: Porphiromonas gingivalis, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Prevotella intermedia, Eikenella corodens и Fusobacterium nucleatum.

**Патогенез:**

При рождении полость рта ребенка – стерильна, но уже в первые часы жизни, в ней появляется микрофлора и, прежде всего, Str. salivarius, Actinomyces naeslundii. Анаэробная флора появляется в полости рта еще до прорезывания зубов.

Сразу после прорезывания зубы покрыты органической пленкой – кутикулой, сменяющейся пелликулой, состоящей из гликопротеинов, на которой постоянно фиксируются бактерии, образуя зубную бляшку. Вначале фиксация – обратимая, т.е. микроорганизмы могут быть смыты слюной, но по мере утолщения зубной бляшки фиксация становится необратимой.

Первые микроорганизмы вступают в ассоциации с микроорганизмами, выделяющими хемоаттрактанты, разрушающие пелликулу зуба и фиксирующиеся в подповерхностном слое эмали, а на них фиксируются следующие слои микроорганизмов. В процессе жизнедеятельности микроорганизмы выделяют вещества, способствующие созреванию налета, т.е. появлению в нем анаэробов. Начиная с этого момента зубная бляшка становится агрессивной, начинается деминерализация и выделение эндотоксина, повреждающего эпителий десневой борозды.

На поверхности зубной бляшки накапливается большое количество углеводов слюны, компонентов пищи и слущенных эпителиальных клеток, по мере накопления которых зубная бляшка переходит в зубной налет. В нем появляются традиционные (Str. mutans, Str. mittis, Str. sangvins) и пародонтопатогенные (Act. viscosus, Bact. melaninogenus) аэробы.

Начиная с 24 часов существования зубного налета, может начинаться патологический процесс, т.к. в нем появляются анаэробы, выделяющие эндотоксины и протеолитические ферменты (гиалуронидазу, коллагеназу, элластазу, хондроэтинсульфатазу), непосредственно повреждающие эпителиальные клетки слизистой оболочки десны. Кроме того, эндотоксин является антигеном, вызывающим запуск иммунной реакции с образованием антител.

Бактероиды выделяют еще и специфический фермент – лейкотоксин, препятствующий миграции лейкоцитов к очагу повреждения.

В результате разрушается клеточная стенка и выделяются лизосомальные ферменты. Также повреждается стенка тучных клеток – высвобождаются медиаторы воспаления:

1. Клеточные – гистамин, серотонин, простагландины, лимфокины и протеазы. Они разрушают межклеточное вещество эпителиального соединения и эпителия борозды, между клетками появляются вакуоли, через которые токсины и микроорганизмы проникают вглубь под зубо-десневое соединение, запуская реакцию воспаления в более глубоко лежащих тканях.

2. Плазматические – брадикинин, вызывающий выброс гистамина, резко повышающего проницаемость сосудов микроциркуляторного русла; калликреин, активирующий хемотаксис полиморфноядерных лейкоцитов и фактора Хагемана, вызывая стаз крови в сосудах микроциркуляторного русла и появление полиморфноядерного инфильтрата в очаге воспаления.

Повышение проницаемости сосудов приводит к пропитыванию самих стенок сосудов и периваскулярных тканей белками плазмы крови (альбуминами, фибриногенами, иммуноглобулинами), что увеличивает плотность инфильтрации десны. Все это ведет к нарушению нормальной структуры десны.

Наряду с прямым альтерирующим действием эндотоксин оказывает и иммунологическое. В ответ на попадание бактериального эндотоксина вырабатываются антитела, которые мигрируют из кровяного русла. Роль антител также осуществляют плазматические клетки, имеющиеся в тканях пародонта. В межклеточном веществе происходит реакция антиген-антитело с образованием иммунных комплексов, запускающие каскад иммунных реакций и обладающие повреждающим действием - они действуют на лейкоциты, что ведет к высвобождению лейкотоксинов, и тучные клетки, что ведет к высвобождению медиаторов воспаления.

В процессе развития хронического воспаления изменяется соотношение иммунорегуляторных факторов: если в норме и при начальных стадиях гингивита соотношение T-helper’ов к T-suppressor’ам составляет 2?7, то при развитии пародонтита - 1:1, т.е. реакция приобретает гиперергический характер.

Также играют роль сопутствующие патологии ЖКТ (гастрит, особенно гиперацидный; холецистит; панкреатит; патологии толстого кишечника; эзофагит), наличие аллергических реакций; эндокринные заболевания (сахарный диабет в 100% случаев сопровождается патологиями пародонта) и вторичный иммунодефицит.

Местные факторы усугубляют их действие. Среди них можно выделить наличие зубных отложений, ортопедических и ортодонтических конструкций, отсутстсвие контактных пунктов между зубами, частичную адентию, преобладание мягкой липкой пищи с большим количеством углеводов etc.

**Классификация (принята в 1983 году Пленумом Всесоюзного Научного Общества Стоматологов СССР):**

1. Гингивит:

Форма: катаральный, язвенно-некротический, гипертрофический.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

2. Пародонтит:

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострение хронического, абсцедирование, ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

3. Пародонтоз:

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: хрониеское, ремиссия.

Распространенность: генерализованный.

4. Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта (с. Папийона-Леффевра, нейтропения, гистиоцитоз Х, некомпенсировнный сахарный диабет).

5. Пародонтомы (эпулис, фиброматоз десны).

В 2000 году на Президиуме секции пародонтологии Российской Академии Стоматологии были внесены дополнения к этой классификации – выделена отдельная форма быстро прогрессирующего пародонтита:

1. Локализованный ювенильный пародонтит.

2. Генерализованный ювенильный пародонтит.

3. Быстропрогрессирующий постювенильный пародонтит.

4. Быстропрогрессирующий пародонтит взрослых.

**Типичная клиническая картина:**

Пациент предъявляет жалобы на кровоточивость десен, подвижность зубов, болевые ощущения. При объективном исследовании отмечаются кровоточивость десен, отложение поддесневого зубного камня и налета, подвижность зубов. Однако основным признаком пародонтита является пародонтальный карман. Рентгенологическая картина пародонтита легкой степени характеризуется остеопорозом и деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. Глубина пародонтального кармана до 3,5 мм, снижение высоты межзубных перегородо менее 1/3.

ЛЕЧЕНИЕ

**План лечения:**

1. Определение индексов, обучение гигиене полости рта и контролируемая чистка зубов, направление на ортопантомографию, анализы, на консультации к другим специалистам.

2. Удаление мягкого зубного налета и наддесневого зубного камня, противовоспалительная терапия.

3. Устранение пародонтального кармана

**Дневник лечения:**

28.02.06

Было проведено обследование больного, определение индексов, проведено ортопантомографии, проведено обучение гигиене полости рта. Больной был направлен на обследование на ВИЧ и сифилис.

01.03.06

Был проведен контроль гигиены полости рта: OHI-s = 0,6 - что соответствует удовлетворительному гигиеническому состоянию полости рта.

Было проведено удаление наддесневого зубного камня ульразвуковым скейлером под аппликационной анестезией “Xylonor-spray’ем”.

Rp.: “Xylonor-spray” 15% - 10 ml.

D.S. Для аппликационной анестезии.

02.03.06

На десну в области 14-23 и 34-44 зубов была наложена биополимерная пленка «Диплен-дента» с хлоргексидином. Были даны рекомендации не удалять пленку, не употреблять пищу и горячее питье в течение 6-8 часов.

Назначены полоскания ромазуланом и наложение на слизистую десны бутадионовой мази.

Rp.: Ung. Butadioni 5% - 20,0

D.S. Для аппликаций на десну.

Rp.: Romasulani 100 ml

D.S. 1 чайную ложку препарата развести в 1 стакане теплой воды для полосканий.

Назначены витамины:

Rp.: Tab. “Quadevitum” N. 60

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

03.03.06

На десну в области 14-23 и 34-44 зубов была наложена биополимерная пленка «Диплен-дента» с хлоргексидином. Были даны рекомендации не удалять пленку, не употреблять пищу и горячее питье в течение 6-8 часов.

04.03.06

На десну в области 14-23 и 34-44 зубов была наложена биополимерная пленка «Диплен-дента» с хлоргексидином. Были даны рекомендации не удалять пленку, не употреблять пищу и горячее питье в течение 6-8 часов.

05.03.06

На десну в области 14-23 и 34-44 зубов была наложена биополимерная пленка «Диплен-дента» с хлоргексидином. Были даны рекомендации не удалять пленку, не употреблять пищу и горячее питье в течение 6-8 часов.

06.03.06

На десну в области 14-23 и 34-44 зубов была наложена биополимерная пленка «Диплен-дента» с хлоргексидином. Были даны рекомендации не удалять пленку, не употреблять пищу и горячее питье в течение 6-8 часов.

07.03.06

На десну в области 14-23 и 34-44 зубов была наложена биополимерная пленка «Диплен-дента» с хлоргексидином. Были даны рекомендации не удалять пленку, не употреблять пищу и горячее питье в течение 6-8 часов.

Направлен на хирургическое лечение для проведения закрытого кюретажа с целью устранения пародонтального кармана.

14.03.06

Было проведено обследование пациента, определение индексов:

OHI-s = 0,3 – что соответствует хорошей гигиене полости рта.

PMA = 0.

ПИ = 0.

Воспалительные явления исчезли, кровоточивости десен нет.

Были даны рекомендации тщательно соблюдать гигиену полости рта, ограничить потребление углеводов, отказаться от курения, проводить санацию полости рта раз в полгода.

Пациент назначен через 6 мес. на профилактический осмотр.

ЭПИКРИЗ

Больной Захаров Анатолий Евгеньевич, 1985 года рождения, обратился на кафедру терапевтической стоматологии 28.02.06 с жалобами на на кровоточивость десен при чистке зубов, приеме пищи, боль в деснах, покраснение десневого края, зубные отложения.

Из анамнеза было выяснено, что больным себя считает больным себя считает в течение года, когда впервые обратил внимание на кровоточивость десен при чистке зубов. В последнее время кровоточивость усилилась, появилась боль в деснах. Гигиенический уход за полостью рта – регулярный, один раза в день, проводит с помощью средств и предметов гигиены фирмы “Colgate”; временные и постоянные зубы прорезывались в сроки, соответствующие физиологической норме; вредные привычки – курение, в течение примерно полутора лет; в период с 6 мес. до 12 лет перенес ветряную оспу, корь, ОРЗ, ОРВИ; фоновые заболевания: гиперацидный гастродуоденит; длительного приема лекарств (антибиотиков, витаминов, гормональных препаратов, иммуномодуляторов) не проводил; характер питания – регулярный, рацион – с преобладанием углеводной пищи; профессиональных вредностей нет; мать в период беременности заболеваний не переносила; наследственный анамнез не отягощен; аллергологический анамнез не отягощен; туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает

При объективном обследовании было выяснено: кожные покровы лица и видимой части шеи – естественного цвета, выраженной асимметрии лица нет, рубцов и свищевых ходов на коже нет; регионарные лимфоузлы (затылочные, заушные, поднижнечелюстные, подподбородочные, лицевые, шейные, подключичные) не пальпируются; красная кайма губ ярко-розового цвета, увлажнена, чешуек, корочек и других элементов поражения, отека, ссадин, разрывов нет; слизистая оболочка преддверия полости рта бледно-розового цвета, влажная, отека, морфологических элементов поражения нет; глубина преддверия полости рта – средняя (7мм); состояние и уровень прикрепления уздечек губ в пределах физиологической нормы, тяжи преддверия отсутствуют, побледнения и отхождения десны от шеек зубов при отведении нижней и верхней губ, щек, языка нет; прикус ортогнатический, скученности, дистопированных зубов нет. Слизистая оболочка твердого неба темно-красного цвета, умеренно увлажнена, патологических элементов нет. Уровень прикрепления и длина уздечки языка в пределах физиологической нормы;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | **П** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **П** | **П** |  |  |  |  |  |  |  | **П** |  |  | **П** |  |  |  |

форма зубных дуг, форма и величина зубов соответствуют физиологической норме: положение зубов в зубном ряду не изменено, боковые зубы бледно-желтого цвета, фронтальные зубы темно-желтого, изменений толщины эмали нет, блеск эмали сохранен. Подвижность зубов I степени. На оральных поверхностях 13, 12, 11, 21, 22, 34, 33, 32, 31, 41, 42 и 43 зубов имеется наддесневой и поддесневой зубной камень; слизистая оболочка десен в области 14-23 и 34-44 зубов цианотична, отечна, десневой край нормальной фестончатости, десневые сосочки отечны, рыхлой консистенции; имеется кровоточивость десневой борозды в области указанных зубов I степени. Маргинальная десна цианотична, шейку зуба охватывает неплотно, альвеолярная десна не изменена; наличие пародонтального кармана глубиной 3 мм преимущественно в области межзубного промежутка. Пальпация десневого края безболезненна.

1. Универсальный гигиенический индекс OHI-s:

OHI-s = (2+2+3+1+2+3):6 = 2

Результат: плохое состояние гигиены полости рта.

2. Пародонтальный индекс:

ПИ = (1+1+1+1+2+1+1+1+2+1+1+1+1+1+1+1):32 = 0,53

Результат: начальная стадия.

3. Ортопантомография:

Резорбция межальвеолярной перегородки на 1/3.

4. Анализ крови на ВИЧ: отрицательный.

5. Анализ крови на сифилис: отрицательный.

6. Заключение гастроэнтеролога: гиперацидный гастродуоденит.

На основании опроса, объективного исследования и дополнительных методов обследования был поставлен диагноз хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести и проведено обучение стандартному методу гигиены полости рта, подбор предметов и средств гигиены, назначено общее и местное лечение, проведена профессиональная гигиена полости рта, местная противовоспалительная терапия с использованием биополимерных пленок «Диплен-дента» с хлоргексидином.

**Исход заболевания:** наступило выздоровление.

Были даны рекомендации тщательно соблюдать гигиену полости рта, ограничить потребление углеводов, отказаться от курения, проводить санацию полости рта раз в полгода.

**Явка:** через 6 мес. на профилактический осмотр.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Терапевтическая стоматология» Учебник/Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская. – М.: «Медицина», 2001. ISBN 5-225-02777-6

2. «Патологии пародонта» - Д.А. Иванов. – М.: «Медицина», 1999.

3. Лекции кафедры терапевтической стоматологии Саратовского Государственного Медицинского Университета.