

Основные методы исследования пародонтологических больных

АМАНҚОС ӘЙГЕРІМ АМАНҚОСҚЫЗЫ
507СТОМАТОЛОГИЯ

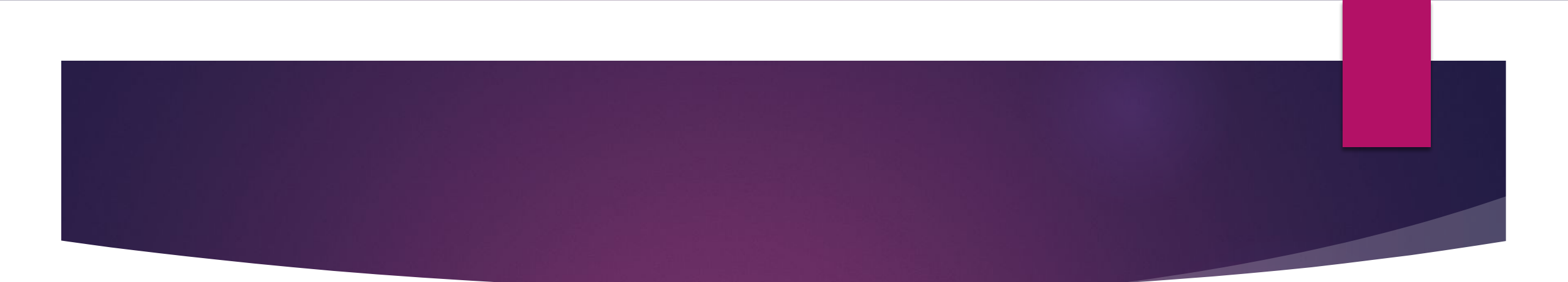
В клинической пародонтологии к ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТ:

- ▶ расспрос больного (выяснение жалоб, сбор анамнеза);
- ▶ внешний осмотр челюстно-лицевой области и пальпация регионарных лимфатических узлов;
- ▶ осмотр полости рта;
- ▶ пальпацию десен;
- ▶ определение подвижности зубов;
- ▶ исследование клинических карманов;
- ▶ перкуссию зубов.

Расспрос

Расспрос - один из элементов первого знакомства с пациентом, в процессе которого выясняются жалобы, особенности развития и течения заболевания, характер проводившегося ранее лечения и его эффективность и т.д. Расспрос проводят в соответствии с общепринятыми в медицине принципами, делая акцент на сведения, имеющие наибольшее значение при **заболеваниях пародонта**.

Расспрос начинают с выяснения жалоб пациента. Характерными для болезней пародонта являются жалобы на кровоточивость десен, наличие назубных отложений, зуд и жжение в деснах, неприятный запах изо рта, подвижность зубов, их смещение, образование трем и диастем. Может отмечаться ухудшение общего состояния. В ряде случаев жалобы отсутствуют, и наличие тех или иных симптомов заболевания пародонта удастся выяснить только после целенаправленного опроса и дальнейшего объективного исследования.



Анамнез заболевания собирается для выяснения наличия возможных этиологических факторов, особенностей течения патологического процесса и анализа эффективности проводившегося ранее лечения.

При сборе анамнеза жизни обращают особое внимание на перенесенные и сопутствующие заболевания, профессиональные вредности, наследственность, вредные привычки и гигиенические навыки пациента.

При анализе анамнестических данных выявляют заболевания, которые имеют патогенетическую связь с патологическими процессами в пародонте (нарушения обмена веществ, патология желудка, кишечника, атеросклероз, иммунодефицитные состояния, эндокринные заболевания, болезни нервной системы и т.д.). Необходимо собрать аллергологический анамнез, а также обратить внимание на заболевания, которые могут привести к возникновению «неотложных состояний» - ише-мическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, нарушения мозгового кровообращения, эпилепсия и т.д. Обращают внимание на наличие и характер профессиональных

Внешний осмотр челюстно-лицевой области и пальпация регионарных лимфатических узлов

Внешний осмотр пациента в пародонтологии важного клинического значения не имеет. Тем не менее, при осмотре кожных покровов лица обращают внимание на их цвет, наличие асимметрии, рубцов, изъязвлений и других отклонений от нормы. В отдельных случаях возникает необходимость осмотреть кожу других участков тела.

При пальпации регионарных лимфатических узлов оценивают их размеры, консистенцию, подвижность и болезненность. Обычно исследуют подчелюстные, подпод-бородочные и шейные лимфоузлы. Неизмененные лимфатические узлы имеют величину от чечевицы до мелкой горошины, единичны, мягкоэластической консистенции, подвижны, безболезненны. В некоторых случаях проводится пальпация отдаленных лимфатических узлов (подмышечных, паховых и др.), а также определение размеров и консистенции печени и селезенки.

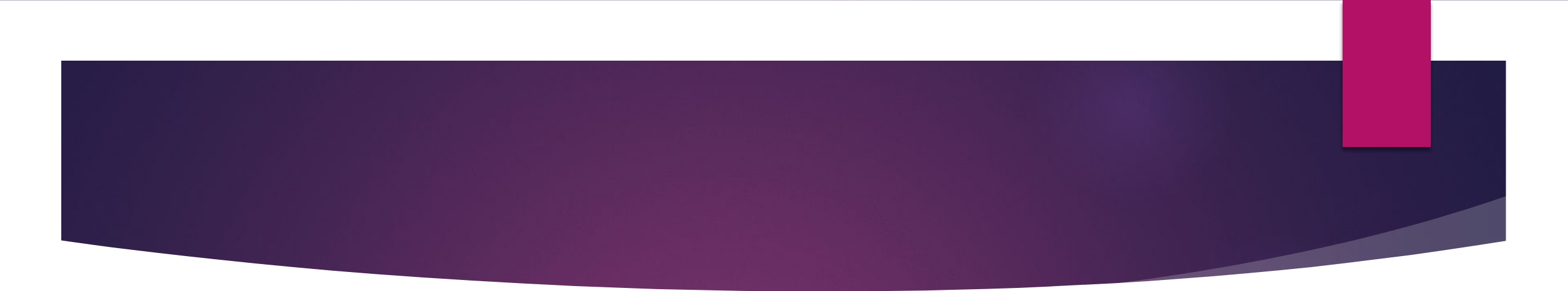
Осмотр полости рта

Осмотр слизистой оболочки проводят при естественном освещении, иногда целесообразно пользоваться лупой. Его начинают с обследования состояния красной каймы губ и углов рта. При этом обращают внимание на их цвет, величину, наличие элементов поражения. Затем последовательно осматривают ткани преддверия полости рта, оценивают состояние зубных рядов и пародонта, слизистую собственно полости рта. При осмотре преддверия полости рта обращают внимание на его глубину, цвет слизистой оболочки, выраженность уздечек и уровень их прикрепления на альвеолярном отростке.

Затем производят осмотр десен. В норме различают свободную десну, или десневой край, и прикрепленную, границей между которыми служит так называемый десневой желобок, идущий параллельно краю десны на расстоянии 0,5-1,5 мм. Ширина свободной десны составляет примерно 1,5 мм. Ширина прикрепленной десны зависит от формы альвеолярного отростка, вида прикуса и положения отдельных зубов. Прикрепленная десна переходит в подвижную слизистую переходной складки.

Во время осмотра десны оценивают ее цвет, консистенцию, контур и расположение десневого края, размеры, кровоточивость, болезненность и т.д. Особенно внимательно следует осматривать межзубные сосочки, так как патологические изменения пародонта, как правило, начинаются в них. Здоровая десна имеет бледно-розовый цвет, причем межзубные сосочки и свободная десна окрашены более интенсивно.

Поверхность прикрепленной десны в норме характеризуется наличием равномерно расположенных незначительных возвышений. Поражения пародонта сопровождаются отечностью, изменением цвета и конфигурации десны. Гиперемия указывает на наличие воспалительного процесса: застойные явления и синюшность характерны для хронического воспаления, резкая гиперемия - для острого. При образовании десневых и пародонтальных карманов десны становятся цианотичными, с утолщенным валиком по краю, отмечаются вертикальные участки застойной гиперемии.



После осмотра десен приступают к осмотру зубных рядов. В норме зубы, плотно прилегая друг к другу, благодаря контактными пунктам, образуют единую гнатодинамическую систему, прикус - физиологический.

При оценке зубного ряда учитывают взаимоотношения зубов, наличие назубных отложений, степень стертости коронок, наличие кариозных полостей и дефектов зубов некариозного происхождения, качество пломб (особенно на контактных поверхностях и в пришеечной области), отмечают образование трем и диастем, наличие травматической окклюзии, качество зубных протезов и т.д.

При воспалительных заболеваниях пародонта особое внимание уделяют оценке назубных отложений, как одного из важных этиопатогенетических факторов этого вида патологии. Нависающие пломбы, отсутствие контактного пункта вызывают развитие местной воспалительной реакции, но могут отягощать и генерализованный процесс.

Заканчивают осмотр зубных рядов определением прикуса. Тщательно проведенный окклюзионно-артикуляционный анализ не только помогает составить картину этиологии и патогенеза поражения пародонта, но и обуславливает выбор метода лечения и прогноз заболевания.

Осмотр слизистой оболочки полости рта и языка может дать врачу дополнительную информацию о состоянии здоровья пациента.

Таким образом, во время осмотра полости рта врач составляет общее представление о стоматологическом статусе пациента, ставит предположительный диагноз и намечает план дальнейшего обследования.

Пальпация десен

В ряде случаев проводят пальпацию десен и альвеолярного отростка. При этом оценивают их консистенцию, определяют участки наибольшей болезненности, наличие кровоточивости и выделений из клинических карманов.

Здоровая десна имеет плотную консистенцию, безболезненна, кровоточивости и выделений из десневого желобка не отмечается.

При острых и обострившихся хронических воспалительных процессах десны отечные, рыхлые, болезненные при пальпации, выражены кровоточивость и гноетечение из клинических карманов.

При хронических воспалительных процессах десны пас-тозны, пальпация может быть слабо болезненной, как правило, имеется незначительно выраженная кровоточивость.

При пародонтозе десна уплотненная, атрофичная, кровоточивость не типична.

Определение подвижности зубов

Подвижность зубов определяется пальпаторно или с помощью инструментов и отражает степень деструкции, воспаления и отека тканей пародонта.

Различают три степени патологической подвижности:

- ▶ I степень - смещение зуба в вестибулооральном направлении не более 1 мм;
- ▶ II степень - смещение зуба в вестибулооральном и медиодистальном направлении более 1-2 мм;
- ▶ III степень - смещение зуба во всех направлениях.

Исследование клинических карманов

ВОЗ рекомендует для характеристики некоторых патологических изменений в пародонте использовать следующую терминологию:

- ▶ клинический десневой желобок (десневая борозда) - щелевидное пространство между поверхностью зуба и прилегающей слегка воспаленной десной;
- ▶ десневой карман - состояние пародонта, когда при зондировании десневого желобка зонд погружается на глубину не более 3 мм;
- ▶ пародонтальный карман - это клинический карман, при котором частично разрушены все ткани пародонта. В зависимости от состояния костной ткани пародонтальный карман может быть внекостный (без деструкции костной ткани лунки) и костный (с деструкцией костной ткани лунки).
- ▶ Для исследования клинических карманов используются пародонтальные зонды. Рабочая часть пародонтального зонда заканчивается тупо или имеет маленький шарик на конце диаметром 0,5 мм. Пародонтальные зонды маркированы по миллиметровой шкале. Существует несколько способов нанесения маркировки. До начала 80-х годов зонды маркировались с помощью видимых бороздок на нержавеющей стали. Такая мелкая миллиметровая кодировка плохо распознается в клинике, т. к. во время исследования бороздки могут заполняться кровью, ротовой жидкостью, слюной. Они также отражают свет стоматологического светильника.

Для устранения этих недостатков используется цветовая маркировка. Компания «Nu-Friedy» (USA) предложила наносить черную не стираемую маркировку системы QULIX на рабочие части пародонтальных зондов. Маркировка наносится по индивидуальной миллиметровой шкале или кольцами шириной 2-3 мм. Такой способ разметки рабочей части пародонтального зонда обеспечивает защиту от бликов в процессе работы, хороший контраст на фоне слизистой оболочки, разметка не стирается со временем.

- ▶ С помощью пародонтальных зондов проводят:
- ▶ Выявление назубных отложений.
- ▶ Оценку состояния поверхности корня зуба.
- ▶ Измерение глубины пародонтальных карманов.
- ▶ Применяются односторонние, двусторонние и универсальные зонды. У односторонних зондов рабочая часть расположена под углом 60° к ручке инструмента (рис. 1). Двусторонние представляют собой комбинацию различных видов пародонтальных зондов (рис. 2). Универсальный зонд - это двусторонний инструмент, имеющий остроконечный диагностический зонд с одной стороны и пародонтальный зонд - с другой (рис. 3).



Рис. 1. Односторонний пародонтальный зонд (PCP2, Hu-Friedy)



Рис. 2. Двусторонний пародонтальный зонд; комбинация зонда №15 Университета Северной Каролины — слева и пуговчатого зонда, рекомендованного ВОЗ, — справа (PCP15/11.5, Hu-Friedy)



Рис. 3. Универсальный зонд; пародонтальный зонд UNC15 — с цветовой маркировкой Qulix™ через каждый миллиметр в комбинации с остроконечным зондом TU 17 — для обнаружения над- и поддесневых отложений (XPTU17/15, Hu-Friedy)

Для лиц с ограниченным открыванием рта компания «Hu-Friedy» разработала зонд Новатэк (рис. 4). Когда пациент не может широко открыть рот, обычный зонд упирается в противоположный ряд зубов, что мешает точному измерению глубины пародонтального кармана. В отличие от обычного пародонтального зонда, угол между ручкой и рабочей частью зонда Новатэк составляет 90° , сама же рабочая часть зонда немного короче.



Рис. 4. Зонд Новатэк (PCPNT2, Hu-Friedy)

Методика измерения глубины пародонтального кармана

Пародонтальный зонд осторожно вводится в карман или бороздку исследуемого зуба. Рабочая часть зонда ориентируется вдоль длинной оси зуба перпендикулярно десневому краю при постоянном контакте с корнем. Следуя по анатомической поверхности корня зуба, конец зонда мягко продвигается между зубом и десной до тех пор, пока не станет ощутимым сопротивление надальвеолярных волокон. Глубина клинических карманов измеряется с четырех сторон зуба (дистальной, медиальной, вестибулярной, язычной или небной). Наиболее глубокий карман, обнаруженный на поверхности, определяет окончательную оценку исследования. Нагрузка на пародонтальный зонд при обследовании карманов на верхней челюсти должна быть не более 25 граммов. При исследовании клинических карманов на нижней челюсти бывает достаточно обычно собственной массы зонда.

Определение кровоточивости мягких тканей пародонта путем зондирования клинического кармана

- ▶ Метод оценки кровоточивости десен при зондовой пробе предложил в 1971 г. Muhlemann, а в 1975 г. его модифицировал Cowell. Состояние десен изучается в области «зубов Рамфьорда», со щечной и язычной (небной) сторон с помощью пародонтального зонда. Кончик зонда без давления прижимают к стенке бороздки и медленно ведут от медиальной к дистальной стороне зуба. Оценку проводят по следующей шкале:
- ▶ 0 - кровоточивость после зондирования клинического кармана отсутствует;
- ▶ 1 - кровоточивость появляется не раньше, чем через 30 секунд;
- ▶ 2 - кровоточивость возникает или сразу после проведения кончиком зонда по стенке бороздки, или в пределах 30 секунд;
- ▶ 3 - кровоточивость имеет место при приеме пищи или чистке зубов.

Измерение величины рецессии и гипертрофии десны.

При рецессии десны истинная глубина клинического кармана определяется как сумма между расстоянием от края десны до дна кармана и расстоянием от десневого края до эмалево-цементной границы. При гипертрофии десны истинная глубина клинического кармана рассчитывается как разница между расстоянием от десневого края до дна кармана и расстоянием от края десны до эмалево-цементной границы.

Для оценки рецессии десны используют классификацию P.D.Miller (1985):

- ▶ I - рецессия в пределах свободного края десны, возможна ее полная ликвидация;
- ▶ II - рецессия захватывает прикрепленную десну, но не затрагивает боковые поверхности корня. Можно рассчитывать на ее полное устранение;
- ▶ III - рецессия десны и на боковых поверхностях. Полное устранение очень сомнительно;
- ▶ IV - рецессия десны на всех поверхностях зуба, разрушена кость. Устранить хирургическими методами невозможно.

Измерение величины фуркационных дефектов.

В результате деструкции костной ткани при воспалительных заболеваниях пародонта, область фуркации зубов становится доступной для проникновения пародонтального зонда. Для обследования области фуркаций используются фуркаци-онные зонды. Чаще всего для этих целей применяют зонд На-бера. Он имеет цветовую маркировку 3-6-9-12 мм и изогнутую рабочую часть для удобства применения в этой анатомической области. В зависимости от степени убыли костной ткани, зонд может войти частично или пройти насквозь. Существует 3 типа фуркационных дефектов в зависимости от степени разрушения межкорневой перегородки.

Миллиметровые деления на фуркационном зонде позволяют рассчитать степень поражения фуркации. Для планирования характера хирургических вмешательств в области фуркаций, вовлеченных в патологический процесс, используют классификации фуркационных дефектов. При этом различают поражение фуркаций как в горизонтальном, так и в вертикальном направлении.

- ▶ В горизонтальном направлении:
- ▶ I - регистрируется небольшое вдавление слизистой на щечной поверхности, но фуркационный зонд не входит в область разряжения;
- ▶ II - фуркационный зонд входит в бифуркацию, но при этом не определяется сообщение одной фуркации с другими;
- ▶ III - визуально определяется место фуркаций, а с помощью зонда можно пройти из одной фуркации в другую у трехкорневых зубов.
- ▶ D.Tarnow и P.Fletcher (1984) предложили классификацию вертикальной убыли кости от фуркации:
 - ▶ 1 - вертикальная убыль кости в области фуркаций от 1 до 3 мм;
 - ▶ 2 - вертикальная убыль кости в области фуркаций от 4 до 6 мм;
 - ▶ 3 - вертикальная убыль кости в области фуркаций от 7 мм и выше.
- ▶ В целом же состояние пародонтального кармана оценивается не только по его глубине, но и по количеству экссудата, нарушению целостности эпителия, наличию изъязвлений, патологических грануляций и поддесневых назубных отложений.