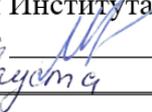


Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России  
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России  
Дата подписания: 09.03.2023 15:46:16  
Уникальный программный идентификатор:  
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования  
Кафедра стоматологии**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Заведующий кафедрой  
стоматологии Института НМФО

д.м.н., доцент  Ю.А. Македонова

« 26 » августа 2022 г.

**Методическая разработка семинара для ординаторов  
по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая  
модуль «Пародонтоз, пародонтолиз, пародонтомы. Этиология, клиника,  
диагностика, лечение»  
№ 50**

**Тема:** Рецессия десны (К06.0). Другие заболевания пародонта (идиопатические, опухоли и опухолевидные заболевания пародонта (К05.5)). Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальная диагностика.

**Форма проведения:** семинар

**Контингент обучающихся:** ординаторы

**Продолжительность семинара:** 6 часов

**Место проведения:** учебные базы кафедры стоматологии ИНМФО

**Цель семинара:** Научиться диагностировать, проводить дифференциальный диагноз при работе с пациентами с данными заболеваниями.

**Формируемые профессиональные компетенции (ПК):**

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

**Краткий план проведения:**

1. Организационные вопросы.
2. Обсуждение вопросов для выявления исходного уровня знаний.
3. Опрос по контрольным вопросам.
4. Демонстрация преподавателем методик проведения основных и дополнительных методов обследования при кариесе зубов и его осложнениях.

**Методическое оснащение:** методические разработки

**Материальное обеспечение:** наборы стоматологических лотков с инструментами для приема больных и работы на фантомах; стоматологические пломбирочные материалы; расходные материалы; видеофильмы, тематические больные, тесты, ситуационные задачи; наборы рентгенограмм; презентации для мультимедиа-проектора.

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ**

1. Строение слизистой оболочки.
2. Анатомо-физиологические особенности строения десны.
3. Состав микрофлоры полости рта.
4. Изменение микрофлоры полости рта при различных заболеваниях полости рта.
5. Эмбриогенез полости рта.
6. Анатомо - физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта.
7. Состав микрофлоры полости рта.
8. Изменение микрофлоры полости рта при различных заболеваниях.

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Какие заболевания сопровождаются рецессией десны (K06.0).
2. Типы рецессии десны. (K06.0).
3. Патогенез рецессии десны (K06.0).
4. Роль местных и общих факторов в развитии рецессии десны (K06.0).
5. Клинические проявления идиопатических, опухолей и опухолевидных заболеваний пародонта (K05.5).
6. Гистологические и рентгенологические изменения, происходящие при данных заболеваниях (K05.5).
7. Дифференциальная диагностика идиопатических, опухолей и опухолевидных заболеваний пародонта (K05.5).

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ**

**РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ (K06.0)** - это апикальное смещение края десны без клинически видимых признаков воспаления, сопровождающееся обнажением корней зубов, повышенной чувствительностью обнажённых поверхностей и прогрессирующим эстетическим нарушением.

По распространённости рецессии бывают одиночными или множественными.

Иногда рецессия определяется в области всех зубов одной из челюстей, либо обеих челюстей.

### **Этиология.**

Чаще возникновение и прогрессирующее увеличение размеров рецессии обусловлено влиянием местных факторов:

- нарушение архитектоники мягких тканей преддверия полости рта (тянущие тяжи и уздечки, мелкое преддверие полости рта);
- слабовыраженный экватор зуба или его отсутствие;
- преждевременные контакты (супраконтакты);
- патология прикуса и положения отдельных зубов, а также неадекватное ортодонтическое лечение, особенно при так называемом симптоме «стиральной доски».

## **КЛАССИФИКАЦИЯ**

Общепринятой на сегодня считается классификация рецессии по Миллеру (1985) с одновременным прогнозом результатов лечения.

1. Класс I. Рецессия в пределах прикреплённой десны. Потеря десны и(или) кости в межзубных промежутках отсутствует. Прогноз: возможно закрытие на 100%.
  - Подкласс А: узкая.
  - Подкласс В: широкая.

2. Класс II. Рецессия распространяется на свободную десну. Потеря десны и(или) кости в межзубных промежутках отсутствует. Прогноз: возможно закрытие на 100%.

- Подкласс А: узкая.
- Подкласс В: широкая.

3. Класс III. Рецессия II класса сочетается с поражением аппроксимальных поверхностей. Прогноз: невозможно закрытие корня на 100%.

- Подкласс А: без вовлечения соседних зубов.
- Подкласс В: с вовлечением соседних зубов.

4. Класс IV. Потеря десны и кости в межзубных промежутках — циркулярная.

Прогноз: закрытие корня невозможно.

- Подкласс А: у ограниченного количества зубов.
- Подкласс В: генерализованная горизонтальная потеря десны.

## ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

К пародонтомам, или опухолеподобным поражениям пародонта, относят: фиброматоз дёсен, эпюлис, пародонтальную кисту, пиогенную гранулёму и другие новообразования тканей пародонта.

К 06.80-06.83.

К 06.10. Фиброматоз дёсен.

К 06.82. Фиброзный эпюлис.

К 06.81. Гигантоклеточный эпюлис.

К 06.83. Пиогенная гранулёма.

**Фиброматоз** — диспластический процесс в соединительной ткани, не имеющий признаков воспалительной реакции и особенностей, присущих какой либо определённой опухоли. Фиброматоз принято разделять на наследственный и смешанный.

Наследственный фиброматоз характеризуется опухолевидным утолщением десны и нарастающим сначала расшатыванием, а потом и выпадением зубов. Он может возникать и период прорезывания молочных зубов. Чаще является наследственным, хотя может носить спорадический характер. Иногда может сочетаться с гипертрихомм, нейрофиброматозом, деменцией. По мере удаления зубов явления разрастания исчезают.

Рентгенологически по мере утяжеления процесса происходит нарастание признаков деструкции.

Фиброматоз взрослых (или смешанный) может возникать в любом возрасте. Клинически характеризуется диффузным разрастанием фиброзной плотной ткани в области или всех зубов обеих челюстей, или только в области фронтальных зубов. Фиброматозные разрастания могут покрывать значительную часть коронок мешать смыканию зубов, жеванию. Фиброматозные дёсны плотные, безболезненные, не изменены в цвете, признаки воспаления отсутствуют (отличие от Гипертрофического гингивита). Однако при формировании ложных карманов и скоплении микроорганизмов в них возможно возникновение воспаления.

Гистологически характеризуется пролиферацией фибробластов, увеличении объёме соединительной ткани, бедной сосудами.

Рентгенологически определяются явления остеопороза. При длительном течении, особенно в случае присоединения воспаления, возможно частичное разрушение межзубных перегородок.

Лечение хирургическое. Однако это даёт только временный эффект. Использование склерозирующей терапии и криотерапии малоэффективно. В случаях присоединения воспаления показано местное применение традиционных противовоспалительных средств.

Прогноз не всегда благоприятный: как указывалось, после иссечения разрастаний обычно возникают рецидивы. В редких случаях возможна малигнизация.

Кроме генерализованного, фиброматозное образование может носить очаговый характер. Это фибромы, которые могут быть одиночными или симметрично расположенными.

**Эпулис** — опухолеподобные соединительнотканые разрастания на альвеолярных отростках челюстей.

Этиология и патогенез. Причиной образования эпулиса преимущественно являются местные травматические факторы: острые края разрушенных зубов, нависающие края пломб, искусственных коронок, кламмеры протезов и т.д.

Однако такие разрастания происходят чаще всего, когда хроническое действие перечисленных факторов модифицируется значительным изменением гормонального фона. В частности, этим объясняют так называемые эпулисы беременных, которые образуются между клыками и премолярами на верхней челюсти.

Подобный фактор является причиной эпулисов и в пубертатном возрасте.

Гистологически различают фиброзный (гранулёматозный), ангиоматозный и гигантоклеточный эпулис. Фиброзный и ангиоматозный эпулис обычно имеют связь с зубами, гигантоклеточный эпулис может формироваться и в участках отсутствующих зубов.

Клиническая картина. Влияние гормональных колебаний подтверждается тем, что у женщин эпулис встречается в 3-4 раза чаще, чем у мужчин. Фиброзный и ангиоматозный эпулис возникает преимущественно в молодом и зрелом возрасте (от 20 до 50 лет), гигантоклеточный — в любом возрасте.

Фиброзный эпулис обычно имеет овальную или округлую форму. Располагается на десне, с которой скреплён с помощью ножки различного размера: или тонкой, или широкой, иногда захватывающей несколько зубов. При пальпации плотный, эластичный, безболезненный, не кровоточит, покрыт розовой слизистой, имеет чаще гладкую, реже — бугристую поверхность.

Гистологически определяется зрелая соединительная ткань, среди пучков которой иногда выявляются островки костного вещества, окружённые остеобластами.

### **Идиопатические заболевания пародонта**

В зависимости от характера общей патологии заболевания с прогрессирующим лизисом пародонта можно разделить на следующие группы: КО5.5.

1. Системные заболевания (промежуточные заболевания между гиперпластическими и опухолевидными процессами).

- 1) Гистиоцитоз-Х (этиология неизвестна)
- Эозинофильная гранулема (болезнь Таратынова);
- Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена;
- Болезнь Леттерера-Зиве;
- Керазиновый ретикулогистиоцитоз (болезнь Гоше)

2. Наследственные заболевания

1) Десмодонтоз (наследственная энзимопатия);

2) Синдром Папийона-Лефевра (наследственная кератодермия — аутосомно-рецессивный тип наследования)

3) Синдром Элерса-Данлоса (наследственно обусловленная коллагенопатия VIII типа — аутосомно-доминантный и аутосомно-рецессивный тип наследования)

4) Синдром Тахакары (акаталазия) (наследственная болезнь крови — аутосомно-рецессивный тип отсутствия фермента каталазы крови)

5) Болезнь Нимана-Пика (Niemann-Pick)

3. Врожденные заболевания

1) Синдром Дауна (трисомия 21 хромосомы, монголизм, хромосомная болезнь)

4. Эндокринные заболевания

1) Сахарный диабет в декомпенсированной стадии

2) Гипотиреоз (микседема) гипофункция щитовидной железы

#### 5. Опухолеподобные заболевания

1) Болезнь Иценко-Кушинга

6. Иммунодефицит

1) СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) - вызывается ретровирусом с ферментом обратной транскриптазы, поражает Т4-лимфоциты

Для заболеваний с быстро прогрессирующим лизисом тканей пародонта можно выделить общие признаки:

1. Возникновение заболеваний чаще всего происходит в раннем детском возрасте и прогрессирование в период полового созревания. В отдельных случаях встречаются у взрослых.

2. Быстро прогрессирующий лизис всех тканей пародонта, сопровождающийся выпадением зубов на протяжении 2-3 лет.

3. Клиническая картина сходна с обострением генерализованного пародонтита.

4. Поражаются ткани пародонта верхней и нижней челюсти.

5. Заболевания протекают с поражением внутренних органов и соответствующими изменениями лабораторных показателей.

6. Отмечается рентгенологическая картина: тенденция к воронкообразному типу резорбции костной ткани альвеолярного отростка, остеопороз костной ткани.

7. Рентгенологическая картина изменений костных структур опережает клиническую.

8. Устойчивость к консервативному лечению.

### **Список основной и дополнительной литературы:**

#### **Основная литература:**

1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология [Текст] : учебник для студентов мед. вузов / Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. ; под ред. Е. В. Боровского . - М. : МИА , 2011 . - 798 с. : ил., цв. ил.
2. Максимовский Ю. М. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : рук. к практ. занятиям / Максимовский Ю. М., Митронин А. В. ; М-во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 . - 423, [9] с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
3. Терапевтическая стоматология. В 3-х частях. Часть 2. Болезни пародонта [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Г. М. Барера. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434598.html>

#### **Дополнительная литература:**

1. Камышников В. С. и др. Методы клинических лабораторных исследований [Текст] /под ред. В. С. Камышникова. - 7-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2015. - 735, [1] с. : ил., цв. ил.
2. Котаниди С. А. и др. Социальный статус стоматолога общей практики [Текст] : монография / ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 116, [4] с.
3. Сапин М. Р. Атлас анатомии человека для стоматологов [Электронный ресурс] / Сапин М. Р., Никитюк Д. Б., Литвиненко Л. М. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2013. – 600 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
4. Македонова Ю.А., Гаврикова Л.М., Афанасьева О.Ю., Куркина О.Н., Дьяченко С.В., Александрина Е.С., Ставская С.В., Кабытова М.В. Реципрокные факторы риска: заболевания слизистой полости рта и сопутствующая патология: учебное пособие. - ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 100 с.
5. Фирсова И. В. COMPLAINTNESS AND INFORMEDNESS OF PATIENTS OF STOMATOLOGICAL PRACTICE [Текст] : монография / И. В. Фирсова, В. В. Шкарин,

- Е. С. Соломатина ; ВолгГМУ Минздрава РФ ; [науч. ред. Н. Н. Седова]. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 243, [1] с. : ил. - Библиогр. : с. 240-243.
6. Основы местного обезболивания в клинической стоматологии [Текст] : [учеб. пособие по спец. 060201 - стоматология] / Ю. А. Ефимов [и др.] ; [под ред. Ю. В. Ефимова]. - М. : Мед. кн., 2015. – 151.
  7. Основы пародонтальной хирургии [Текст] : учеб. пособие / Ю. В. Ефимов [и др.] ; Минздрав РФ ; ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2013. – 118.

## **Тестовый контроль**

### **1. При рецессии десны количество десневой жидкости:**

- 1) увеличивается
- 2) не изменяется
- 3) уменьшается в 2 раза
- 4) уменьшается в 4 раза
- 5) определить невозможно

### **2. Рецессия десны характерна для:**

- 1) катарального гингивита
- 2) гипертрофического гингивита
- 3) язвенно-некротического гингивита
- 4) пародонтита
- 5) пародонтоза

### **3. В классификации краевой рецессии тканей пародонта по Миллеру выделяют классы:**

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV
- 5) все вышеперечисленное

### **4. Рецессия десны проявляется на поверхностях зубов:**

- 1) только на вестибулярной
- 2) только на оральной
- 3) как на вестибулярной, так и на оральной
- 4) на жевательной
- 5) на контактной

### **5. Показания к хирургическому лечению рецессии десны:**

- 1) эстетическое закрытие оголенных корней передних зубов
- 2) очаговая деминерализация эмали
- 3) средний кариес корня зуба 3.6
- 4) клиновидный дефект зубов 2.4, 2.5
- 5) эрозии эмали зубов 1.1, 2.1

### **1. Кюретаж пародонтального кармана обеспечивает удаление:**

- 1) наддесневого и поддесневого зубного камня
- 2) поддесневого зубного камня и грануляций
- 3) поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия
- 4) наддесневого зубного камня и десневого эпителия

5) наддесневого зубного камня и грануляций

#### **2.Временные противопоказания к операции кюретажа:**

- 1) острые инфекционные заболевания
- 2) гипертонический криз
- 3) пародонтальный абсцесс
- 4) выделение гнойного экссудата из пародонтальных карманов
- 5) все вышеперечисленное

#### **3.Пародонтальную повязку применяют для:**

- 1) шинирования зубов перед операцией
- 2) шинирования зубов после операции
- 3) защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа
- 4) заполнения кармана во время гингивэктомии
- 5) верно 1) и 2)

#### **4.Контрольное обследование послеоперационной области после кюретажа целесообразно провести через:**

- 1) 1 неделю
- 2) 10 дней
- 3) 1 месяц
- 4) 6 месяцев
- 5) 1 год

#### **5.Противопоказания к лоскутной операции:**

- 1) пародонтальный карман 4 мм
- 2) фурационный дефект альвеолярной кости III класса
- 3) «ложный» карман
- 4) герпетический гингивостоматит
- 5) все вышеперечисленное

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача 1.**

Пациентка К., 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на повышенную чувствительность и оголение корней зубов. Молодая женщина была обеспокоена по поводу прогрессирующего, по ее словам, «оголения корней зубов». При клиническом осмотре было выявлено генерализованная рецессия десны глубиной 3-5 мм, мелкое преддверие полости рта от 2 до 3 мм, вестибулярное положение клыков на верхней челюсти и тонкая слизистая оболочка. Пациентка сказала, что пользуется жесткой зубной щеткой. Около 6 месяцев назад пациентка закончила лечение у врача-ортодонта, после чего «десна начала уходить».

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Тактика врача - терапевта.

#### **Задача 2.**

Пациентка, 44 года . Обратилась в стоматологическую клинику для лечения зубов и протезирования. При осмотре было выявлено: Генерализованная патологическая стираемость зубов; спазм жевательной мускулатуры; патологические процессы в тканях пародонта, пародонтальные карманы глубиной 5-7 мм; снижение высоты нижнего отдела лица и межжюкклюзионной высоты; мелкое преддверие полости рта 3 мм; уздечка верхней

губы низко прикреплены и широкая, вплетается в межзубной сосочек; неудовлетворительная эстетика, рецессия десны; множественные клиновидные дефекты. Составьте план лечения.

### **Задача 3.**

Пациент Р. 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 1.1, 2.1, 3.1, кровоточивость десен, выделение гноя, боль, неприятный запах изо рта, частые случаи припухлости десны, который сопровождается болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойной отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм. Патологическая подвижность зубов I-II степени.

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.

2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.

3. Назовите методы обследования для уточнения диагноза.

4. Наметьте план лечебных мероприятий.

### **Ролевая игра**

1 студент – (медрегистратор) – заполнение документации на стоматологического пациента.

2 студент- (пациент) – предъявляет жалобы на появление разрастания на альвеолярном отростке в области 3.6, 3.7 зубов.

2 студент – (Врач-терапевт)- сбор жалоб, анамнеза, проведение основных и дополнительных методов обследования, составление плана лечения.

Разработчик: ассистент кафедры стоматологии Института НМФО С.В. Дьяченко

