УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ВИТЕБСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ С КУРСОМ ФПК И ПК

Обсуждено на заседании кафедры

Протокол № 1 от 02.09.2024 года

* 1. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ № 20
		1. для проведения занятия со студентами 5 курса в 10 семестре

стоматологического факультета по терапевтической стоматологии

(для студентов)

Тема: **Симптоматический гингивит беременных.**

**Контрольная работа № 2:**

**«Методы лечения пульпита. Клиника, диагностика и лечение хронического апикального периодонтита. Принципы постэндодонтического восстановления зубов. Методы диагностики, лечения, профилактики воспалительных заболеваний**

**периодонта»**

**Итоговое занятие**

Время: 6 часов

**Витебск 2024**

**1. Учебные и воспитательные цели:**

1. Изучить клинику, диагностику симптоматического гингивита беременных.

2. Изучить основные принципы при составлении плана лечения гингивита у беременных пациенток.

3. Изучить прогноз симптоматического гингивита беременных.

**2. Материальное оснащение**

1. Наборы инструментов для обследования и лечения пациентов в стоматологическом терапевтическом кабинете.

2. Стоматологические установки.

3. Учебные и наглядные пособия:

* учебная литература
* стоматологический инструментарий
* амбулаторная карта стоматологического больного
* методические разработки кафедры

3. ВОПРОСЫ, ИЗУЧАЕМЫЕ НА ЗАНЯТИИ

1. Симптоматический гингивит беременных: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
2. Составление плана лечения симптоматического гингивита беременных.
3. Прогноз симптоматического гингивита беременных.

**4. Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы:**

1. Систематика болезней периодонта. Классификация ВОЗ (1994) и другие классификации.

2. Последовательность обследования больного с заболеваниями периодонта.

3. Методы диагностики болезней периодонта.

4. Клиника симптоматического гингивита беременных.

5. Дифференциальная диагностика симптоматического гингивита и хронического маргинального периодонтита.

**5. Ход занятия:**

1. Симптоматический гингивит беременных: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
2. Составление плана лечения симптоматического гингивита беременных.
3. Прогноз симптоматического гингивита беременных.

**Вопросы к контрольной работе № 2.**

1. Метод витальной ампутации.
2. Метод витальной экстирпации.
3. Показания к проведению эндодонтического лечения зубов в несколько посещений.
4. Девитальный метод лечения пульпита.
5. Хронический фиброзный верхушечный периодонтит.
6. Хронический гранулирующий верхушечный периодонтит.
7. Хронический гранулематозный верхушечный периодонтит.
8. Дифференциальная диагностика хронических форм верхушечного периодонтита.
9. Методы рентгенологического исследования, их интерпретация.
10. Алгоритм чтения рентгенограмм при патологии челюстно-лицевой области.
11. Показания к выбору метода лечения. Апикального периодонтита.
12. Протокол эндодонтического лечения (европейское общество эндодонтистов, 1994г.).
13. Классификации штифтов.
14. Показания к применению внутриканальных штифтов
15. Основные правила выбора конструкции постов, планирования и проведения восстановления зубов с использованием внутриканальных штифтов
16. Парапульпарные штифты: показания и противопоказания, техника и особенности установки пинов, ошибки и осложнения при постановке пинов.
17. Основные принципы обследования пациентов с хроническим периодонтитом.
18. Основные методы диагностики хронического периодонтита.
19. Глубина кармана и клиническая потеря прикрепления
20. Подвижность зубов и функциональный анализ
21. Рентгенологическое исследование
22. Дополнительные диагностические тесты
23. Лекарственная терапия болезней периодонта.
24. Общее и местное медикаментозное лечение заболеваний периодонта.
25. Симптоматический гингивит беременных: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
26. Составление плана лечения симптоматического гингивита беременных.
27. Прогноз симптоматического гингивита беременных.

**ВОПРОС 1. СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ БЕРЕМЕННЫХ:**

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Во время беременности в организме женщины происходит ряд изменений. Они вызываются воздействием таких гормонов, как прогестерон, соматотропин, гонадотропин и др., вырабатываемых плацентой и плодом. Выработка данных гормонов происходит на протяжении почти всего срока беременности, снижаясь лишь перед родами. Накопление вазоактивных веществ (серотонинов, катехоламинов) в плацентарной ткани у женщин во время беременности и возможный их переход в общий кровоток может привести к возникновению и прогрессированию изменений в организме женщин на общесоматическом уровне, в частности к нарушению микроциркуляции, что приводит к трофическим и органическим изменениям в тканях периодонта у беременных.

При физиологическом течении беременности у женщин уже на втором-третьем месяцах гравидарного периода наблюдают клинические признаки хронического генерализованного простого маргинального и гиперпластического гингивитов (от 45 до 63%). При гестозах II половины беременности болезни периодонта достигают 100% случаев; значительно чаще встречают тяжелую степень гингивита. Первые клинические признаки гингивита беременных наиболее часто возникают на третьем (16,99%) – четвёртом (14,52%) месяцах беременности. В ходе беременности гингивит непрерывно прогрессирует и протекает по типу хронического генерализованного простого маргинального (Рис.1) или генерализованного гиперпластического гингивита (Рис.2). Из числа других изменений десны (К 06.8) с прогрессирующим ростом в 0,5–9,6% случаев встречают фиброзный эпулис, пиогенную гранулёму (эпулис беременных) (Рис. 3).



Рис. 2

Рис. 1



Рис. 3

Развитие болезней периодонта в период беременности зависит от определённого числа факторов. Ряд авторов при исследовании болезней периодонта у беременных отмечает у них повышение уровня концентрации половых гормонов в крови, таких как эстроген и прогестерон. Они влияют на систему микроциркуляции, вызывая набухание эндотелиальных клеток и перицитов венул, что приводит к адгезии гранулоцитов и тромбоцитов к стенкам сосудов, образованию микротромбов, разрушению периваскулярных тучных клеток. Повышение проницаемости и пролиферации сосудов во время беременности, а также снижение иммунокомпетентности приводит к увеличению восприимчивости к инфекционным агентам и возникновению воспалительной реакции в тканях периодонта. Вместе с тем в период беременности система общего и местного иммунитета претерпевает ряд изменений, которые в специальной литературе названы термином «физиологический иммунодефицит» и, по сути, являются состоянием вторичного иммунодефицита.

При физиологическом течении беременности системные изменения в организме женщины носят адаптационный характер. В данный период наблюдают увеличение скорости метаболических процессов (на 15–20%). Увеличение объема плазмы превышает увеличение циркулирующих эритроцитов и к 26-й неделе приводит к физиологической анемии беременных. В норме для беременных характерно снижение гемоглобина до 110 г/л, что снижает оксигенацию периферических тканей и, в частности, периодонта. К 26-й неделе происходит снижение вязкости крови, достигая максимума к 28-й неделе, что оказывает влияние и на реологические свойства ротовой жидкости.

Рассматривая механизмы влияния гормональных изменений на состояние тканей периодонта, следует отметить иммунную супрессию, увеличение экссудации, стимуляцию костной резорбции и увеличение синтетической активности фибробластов. Повышенный уровень эстрогенов и прогестерона нарушают микроциркуляцию, усиливают проницаемость сосудов, вызывая стаз.

Наибольшая выраженность воспалительных явлений в тканях пародонта встречается во II триместре беременности, а критическое нарастание кариесогенной ситуации в III триместре, что определяет оптимальные сроки стоматологических осмотров. Вторичный кариес, гиперестезия эмали встречаются у 79% беременных женщин.

Прослеживается прямая зависимость между пришеечным кариесом, зубным налетом и гингивитом. Так, усиление кровоточивости в тканях пародонта связано с микробной инвазией, резким повышением сосудисто-тканевой проницаемости, выходом плазменных белков в стенки сосудов ипериваскулярно.

Показатели стоматологической заболеваемости, как правило, зависят от возраста женщин, срока и характера течения беременности, количества предшествующих родов. Среди всех случаев гингивита у беременных женщин преобладает катаральный гингивит (примерно около 90% случаев).

На фоне снижения защитных механизмов десны активизируется действие микрофлоры зубной бляшки, которой в последние годы отводят ведущую роль в этиологии гингивита. Особое значение придают бактериальной бляшке. В зубной бляшке располагаются анаэробные микроорганизмы, обладающие патогенными свойствами (Actinobacillus аctinomy – cetemcomitans, Porphyromonas ginoivalis, Bacteroides fosythus, Compilobacter rectus, Eikenella corrdens, Peptostreptococus micros, Selenomonas species, Eubacterium species, Streptococcus intermedius, Spirochaetes и др.)

При увеличении количества бактерий за счет неудовлетворительной гигиены полости рта, при снижении резистентности макроорганизма, при системных заболеваниях, они из сапрофитов превращаются в патогенные формы, являющиеся первой причиной развития гингивита.

В течение 2-й и 3-й недель ненарушенной аккумуляции зубной бляшки наблюдаются первые симптомы воспаления: гиперемия и отечность. Эти симптомы возникают в результате нарушения микроциркуляции и увеличения проницаемости сосудов с повышенным выделением протеинов плазмы. Клинически установлено увеличение образования десневой жидкости. Соединительный эпителий содержит клетки, запускающие иммунные реакции (специальные Т-клетки слизистой оболочки, клетки Лангерганса, представляющие антиген, и дентритные клетки).

В соединительной ткани образуется инфильтрат преимущественно из Т-лимфоцитов, составляющих 10-15% объёма неприкрепленной десны. Антигенный бактериальный материал поглощается клетками Лангерганса в эпителии и макрофагами в соединительной ткани десны и транспортируется в регионарную лимфоидную ткань.

В случае, если беременность протекает без осложнений, гормональные сдвиги не вызывают негативных изменений в организме будущей матери. Однако даже при неосложненной беременности гингивит наблюдается более, чем у 20% женщин. В случае осложненной беременности данная цифра заметно выше. У женщин с беременностью осложненной гестозом распространенность кариеса увеличивается до 94—100%.

При этом чаще всего гингивит беременных вызывается теми же самыми общими причинами, что и обычный гингивит. Просто в состоянии беременности женский организм более открыт для возникновения и развития воспалительных процессов. Лишь около 2% заболеваний гингивитом вызваны собственно состоянием беременности.

В качестве причин, вызывающих гингивит беременных, стоматологи называют также гиповитаминоз (недостаток витаминов), нарушение обменных процессов и токсикоз, вызванные течением беременности.

**Клиника**. Жалобы на незначительный зуд в деснах, кровоточивость их при механическом раздражении (например, при чистке зубов, приеме жесткой пищи), неприятный вкус во рту, запах изо рта. Общее состояние пациентки не нарушено.

Клинические симптомы катарального гингивита: увеличение скорости образования и объёма жидкости, миграция лейкоцитов, кровотечение из десневой бороздки – еще один ранний симптом гингивита, изменение цвета десны от бледного до цианотичного, уменьшение васкуляризации десны или повышенное ороговение делают десну бледной. Тёмно-красный с цианотичным оттенком цвет десны свидетельствует о венозном застое, окклюзионной травме, длительном воспалительном процессе. Консистенция десны – рыхлая, отёчная. При отёке поверхность десны гладкая, блестящая, исчезает типичный вид «апельсиновой корки». Контур десны – увеличение в объеме десневых сосочков за счёт отёка, теряют остроконечную форму.

При беременности гиперплазия десны может быть генерализованной и локализованной. Генерализованное поражение тканей десны характеризуется увеличением ее в объеме, интенсивной гиперемией, десна гладкая, блестящая, мягкая на ощупь, легко кровоточит при малейшем дотрагивании или спонтанно.

Десневые сосочки имеют разную величину по отношению к высоте коронки зуба. На их поверхности могут наблюдаться грануляции, очаги изъязвления, покрытые серым налетом (Ермакова Ф.Б., Губаревская В.Л.,1980).

Zoe H.E. et al. (1965) отметили существование разницы между количеством и качеством зубных отложений у беременных и в контрольной группе и предположили, что при беременности с увеличением количества циркулирующих в тканях половых гормонов резко возрастает влияние микрофлоры зубной бляшки на десну и меняется реакция последней на это раздражение, что приводит к развитию гингивита у 100% обследуемых беременных женщин.

При локализованном поражении отмечается опухолеподобное увеличение десны, имеющее округлую форму, ножку, четкие границы, различную консистенцию, бугристую, гладкую или папилломатозную поверхность, обычно темно-красного цвета. Оно болезненно и напоминает эпулис, но не прорастает в кость. При скоплении остатков пищи под ним возникает неприятное чувство распирания и даже боль. Локализованные поражения отмечаются на 3-4-м месяце беременности с частотой 1,8-5% случаев.

Степень гиперплазии десны возрастает в течение беременности и достигает максимума в 3 триместре (K.Zakietal., 1984). Увеличение количества стероидных гормонов в слюне провоцирует гингивит беременных. Считается, что увеличение протестерона в соединительной ткани при беременности приводит к повышению объема жидкости в основном веществе и отеку десны (Cocen D.W. et al., 1971).

**ВОПРОС 2. СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА БЕРЕМЕННЫХ**

Необходимость в консультации врача-стоматолога определяется врачом акушером-гинекологом (при постановке на учёт беременной в женской консультации или на этапе планирования беременности). Объём лечебно-профилактических мероприятий врач-стоматолог определяет, исходя из стоматологического, общесоматического статуса и срока беременности пациентки.

Лечебно-профилактические стоматологические мероприятия в период беременности

|  |  |
| --- | --- |
| Позиция | Рекомендуемые лечебно-профилактические мероприятия |
| 1. Беседа, мотивация по факторам риска развития стоматологических заболеваний | беседа, проводимая с использованием демонстрационных буклетов, плакатов и мультимедийных презентаций, лекции при групповой форме просветительской работы. |
| 2. Подбор основных и дополнительных индивидуальных средств гигиены, обучение методике их применения и методу чистки зубов  | Факторы риска определяются на основании данных стоматологического обследования. |
| 3. Профессиональная гигиена полости рта | контроль гигиены полости рта (контролируемые чистки зубов, индексная оценка гигиенического статуса) на каждом контрольном осмотре, коррекция назначенных средств гигиены по показаниям при динамическом наблюдении. |
| 4. Эндогенная профилактика стоматологических заболеваний (согласуется с врачом акушер-гинекологом) | - коррекция рациона и режима питания;- препараты кальция и витамина Д в суточной дозировке соответствующей сроку беременности) и индивидуальным показаниям пациентки;-препараты витамина С и Р (аскорутин, рутаскорбин и т.д.) в суточной дозировке соответствующей сроку беременности и индивидуальным особенностям пациентки;-поливитаминные препараты и комплексы витаминов и минералов по показаниям. |
| 5. Экзогенная профилактика стоматологических заболеваний | -использование комплексных лечебно-профилактических зубных паст для ежедневной чистки зубов.-коррекция кислотно-щелочного баланса полости рта индивидуально подобранными средствами гигиены;-курсы профессиональных процедур: аппликации кальцийсодержащих и кальций-фосфатных гелей с последующим применением фторсодержащих препаратов (лаков, гелей, растворов, систем глубокого фторирования) 3-6 раз в течении беременности;-ротовые ванночки с применением антисептиков синтетических и растительного происхождения курсами по 15 процедур 2 раза за триместр с интервалом 1 месяц.-периодонтальные повязки (по индивидуальным показаниям, учитывая форму, тяжесть и прогноз болезней периодонта). |
| 6. Хирургическое лечение болезней периодонта | Проводить в период планирования беременности или отсрочить на после родовой. Исключение составляют острые неотложные состояния (периодонтальный абсцесс). |
| 7. Проведение терапевтических мероприятий | Профессиональная гигиена рекомендуется в период с 16 по18, с 26 по 28, с 36 по 38 недели беременности. |
| 8. Ортопедическое лечение | рекомендуется отсрочить на послеродовой период. |
| 9. Консультация других специалистов | по показаниям в течение всего периода беременности. |
| 10. Контрольные визиты к стоматологу | до 20 недели беременности – 1 раз в месяц, с 20 по 32 – 2 раза в месяц, с 32 – 3 раза в месяц. |

Проводить лечение гингивита у беременных женщин лучше всего на ранних сроках беременности, чтобы свести к минимуму негативное воздействие на будущую мать и ее плод. Более того – еще до наступления беременности желательно провести ряд лечебных мероприятий (лечение зубов и десен), чтобы снизить будущее развитие гингивита. Лечение включает местные и общие мероприятия. Местное лечение носит паллиативный характер и начинается с гигиенических мероприятий. После удаления зубных отложений как минерализованных, так и неминерализованных поверхность зубов тщательно полируют. Устраняют все возможные варианты хронической микротравмы, некачественные протезы заменяют. Среди средств для местного лечения симптоматического гингивита беременных широко используют антисептики, витамины, протеолитические ферменты, кортикостероиды, растительные вяжущие препараты. Обязательно проводится противовоспалительная терапия с применение препаратов, нормализующих сосудисто-тканевую проницаемость (витамины С, Р). Для восстановления нормального размера десны применяются такие препараты, как лидазу, глюкоза, новэмбихин. Кроме того в процессе лечения гингивита беременных проводятся процедуры массажа, дарсонвализации, а также лекарственный электрофорез. В некоторых случаях при гингивите беременных под местной анестезией может быть проведена хирургическая операция по удалению гиперплазированных тканей десны (гингивэктомия). Назначения общего лечения (пероральные препараты и физиопроцедуры) согласуются с врачом акушером-гинекологом.

**ВОПРОС 3. ПРОГНОЗ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА**

**БЕРЕМЕННЫХ**

При своевременном обращении, соблюдении всех рекомендаций врача прогноз заболевания благоприятный.

Тяжелые заболевания у будущих матерей повышают риск недостаточной массы тела новорожденного (менее 2500 г). Относительный риск с учетом других факторов риска составляет около 7.

***Профилактика симптоматического гингивита беременных***. Помня о возможности возникновения гингивита, уже на ранней стадии беременности следует соблюдать ряд профилактических мер:

1. Увеличить наличие витаминизированной пищи в рационе питания (овощи, фрукты и т.д.);
2. Тщательно соблюдать гигиену полости рта (чистку зубов (лучше всего мягкой зубной щеткой), полоскание ротовой полости и т.д.);
3. Активно использовать зубную нить для очистки промежутков зубов от остатков пищи;
4. Свести к минимуму прием сладкой, липкой и клейкой пищи;
5. Регулярно посещать стоматолога для осмотра полости рта.

**Заключение**

В конце занятия преподаватель отвечает на вопросы студентов, подводит результаты устного собеседования, решения ситуационных и тестовых задач, выполнения мануальных навыков, дает задание на следующее занятие.

**Тестовые вопросы**

**1. К каким из перечисленных факторов относятся микроорганизмы зубного налета?**

1. факторы риска;
2. фактор иммунологической защиты;
3. этиологический фактор;
4. ни к одному из названных.

**2. Укажите, что является основной причиной гингивита у беременных:**

1. гормональные сдвиги при беременности;
2. местные раздражители;
3. микроорганизмы зубного налета;
4. затрудняюсь ответить.

**3. Что включает в себя термин «профессиональная гигиена»?**

1. удаление зубных отложение со всех поверхностей зубов с последующей полировкой фторсодержащими зубными пастами;
2. мотивация пациента по гигиене полости рта;
3. мотивация пациента с последующим тщательным удалением зубных отложений и полированием зубов, контрольные визиты.

**4. Назовите лечебные мероприятия при лечении хронического гиперпластического гингивита беременных:**

1. профессиональная гигиена, хирургические методы лечения;
2. профессиональная гигиена, терапевтические методы лечения;
3. профессиональная гигиена

**5. Определите тактику стоматолога при лечении гингивита у беременных:**

1. проводить лечебные мероприятия сразу после постановки диагноза «гингивит»;
2. проводить лечение гингивита после окончания беременности;
3. сроки проведения лечения не имеют значения;
4. лечение не показано

**6. Какую форму имеют вершины межзубных сосочков при хроническом простом гингивите?**

1. закругленную;
2. остроконечную;
3. шарообразную;
4. кратерообразную;
5. усеченную.

**7. Какую форму чаще всего имеют вершины межзубных сосочков при гиперпластическом гингивите?**

1. закругленную;
2. остроконечную;
3. шарообразную;
4. кратерообразную;
5. усеченную.

**8. Назовите жалобы больного при гиперпластическом гингивите:**

1. на боль и кровоточивость десен, усиливающиеся при еде;
2. на разрастание десен, их кровоточивость;
3. на неприятный запах изо рта, боль, плохое общее состояние;
4. на боль при еде.

**Ситуационные задачи**

1. Пациентка 24 лет обратилась с жалобами на кровоточивость десен, боль в деснах, быстрое образование налета. В анамнезе: беременность 1 триместр. Объективно: десневые сосочки отечны, гиперемирована; выраженная кровоточивость при зондировании. Индекс OHI-S=2.3, GI=2,8. Поставьте диагноз, какие дополнительные методы обследования необходимо провести. Составьте план лечения.



1. Пациентка Н. 25 лет обратилась к врачу с жалобами на неприятные ощущения, чувства дискомфорта, неприятный запах изо рта, кровоточивость и отёчность десны. Жалобы появились 1,5 месяцев назад. В анамнезе: беременность 2 триместр Объективно: десна отечна, гиперемирована, кровоточит при зондировании, межзубные сосочки неправильной округлой формы увеличены в объёме, обилие мягких и твердых зубных отложений.



Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения.

1. Пациентка Д. 23 года обратилась к врачу-стоматологу по направлению женской консультации для профилактического осмотра. OHI-S=1,0, GI=0,9, КПИ=1,0. Кариеса и его осложнений не выявлено, удаленных ранее зубов нет, прикус физиологический. Составьте индивидуальный план лечения для данной пациентки. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.
2. Составьте индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий пациентке 22 лет, планирующей беременность. OHI-S=1,6, GI=0,9, КПИ=1,5, КПУ=7.

Зав. кафедрой терапевтической

стоматологии с курсом ФПК и ПК, доц. Чернявский Ю.П.