

**Терапевтична стоматологія: у
4 томах. — Том 3.
Захворювання пародонта:
підручник (ВНЗ III—IV р. а.)**

Видання присвячено найпоширенішим патологічним станам у стоматології — захворюванням пародонта. У підручнику розглянуто питання анатомії та фізіології пародонта, клініки й діагностики, лікування й профілактики захворювань пародонта. Особливу увагу приділено медикаментозному, хірургічному лікуванню (кюретаж, гінгівектомія, клаптеві операції тощо), фізіотерапевтичним методам лікування (електролікування, ультразвукова терапія, вакуум-терапія, масаж тощо). В окремому розділі викладено методи обстеження хворого. У другому виданні з урахуванням настанов Міжнародної федерації стоматологів подано лікування захворювань пародонта згідно з вимогами доказової медицини. Анатомічні терміни подано за Міжнародною анатомічною номенклатурою. У контексті Болонського процесу наведено тести для самостійного контролю знань і відповіді до них. Для студентів стоматологічних факультетів вищих навчальних закладів — медичних університетів, інститутів й академій.

М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко,
Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин, І.Г. Дікова

ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

У ЧОТИРЬОХ ТОМАХ

ПІДРУЧНИК

Том 3

Захворювання пародонта

За редакцією професора А.В. Борисенка

Друге видання, перероблене і доповнене

Рекомендовано
Міністерством охорони здоров'я України
як підручник для студентів стоматологічних факультетів
вищих навчальних закладів — медичних університетів,
інститутів й академій

Київ
ВСВ "МЕДИЦИНА"
2018

УДК 616.31
ББК 56.6я73
Т35

*Допущено Міністерством охорони здоров'я України
як підручник для студентів стоматологічних факультетів
вищих навчальних закладів —
медичних університетів, інститутів й академій
(лист № 23-01-25/173 від 26.10.2007)*

Автори :

М.Ф. ДАНИЛЕВСЬКИЙ, А.В. БОРИСЕНКО, М.Ю. АНТОНЕНКО,
Л.Ф. СІДЕЛЬНИКОВА, О.Ф. НЕСИН, І.Г. ДІКОВА

Рецензенти :

К.М. Косенко,
чл.-кор. НАМНУ, акад. УАН, д-р мед. наук, проф. ;
Є.В. Ковальов,
заслуж. діяч науки і техніки України,
акад. УАН, д-р мед. наук, проф.

Т35 **Терапевтична стоматологія** : у 4 т. : підручник. Т. 3. Захворюван-
ня пародонта / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антонен-
ко та ін. ; за ред. А.В. Борисенка. — 2-е вид., переробл. і допов. — К. :
ВСВ “Медицина”, 2018. — 624 с. — кольор. вид.
ISBN 978-617-505-612-7 (повне зібр.)
ISBN 978-617-505-579-3 (Т. 3)

Видання присвячено найпоширенішим патологічним станам у стоматології — захворюванням пародонта.

У підручнику розглянуто питання анатомії та фізіології пародонта, клініки й діагностики, лікування й профілактики захворювань пародонта. Особливу увагу приділено медикаментозному, хірургічному лікуванню (кюретаж, гінгівектомія, клаптеві операції тощо), фізіотерапевтичним методам лікування (електролікування, ультразвукова терапія, вакуум-терапія, масаж тощо). В окремому розділі викладено методи обстеження хворого.

У другому виданні з урахуванням настанов Міжнародної федерації стоматологів подано лікування захворювань пародонта згідно з вимогами доказової медицини.

Анатомічні терміни подано за Міжнародною анатомічною номенклатурою. У контексті Болонського процесу наведено тести для самостійного контролю знань і відповіді до них.

Для студентів стоматологічних факультетів вищих навчальних закладів — медичних університетів, інститутів й академій.

УДК 616.31
ББК 56.6я73

ISBN 978-617-505-612-7 (повне зібр.)
ISBN 978-617-505-579-3 (Т. 3)

© М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко,
М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сідельнікова,
О.Ф. Несин, І.Г. Дікова, 2008, 2018
© ВСВ “Медицина”, оформлення, 2018

ПЕРЕДМОВА

За останні століття завдяки розвитку наукових та медичних знань було ліквідовано значну кількість різних захворювань, особливо інфекційних, і знижено кількість загальносоматичних. Це насамперед пов'язано з розробленням етіологічних та патогенетичних методів лікування, значними успіхами в профілактиці захворювань, зростанням життєвого рівня населення та соціальних умов життя суспільства. З іншого боку, відзначається зростання частоти виникнення так званих хвороб цивілізації. Серед стоматологічних захворювань до них відносять карієс та його ускладнення, захворювання пародонта. На кінець ХХ століття завдяки пропаганді раціонального харчування і широкого застосування розроблених стоматологами програм профілактики було значно знижено поширеність карієсу серед населення Центральної Європи та Північної Америки.

Значення захворювань пародонта недооцінювалося фахівцями. Так, на початку ХХ століття поширеність карієсу досягала 100 %. Втрата зубів унаслідок захворювань пародонта у 5—10 разів перевищувала втрату зубів унаслідок карієсу та його ускладнень. Така пропорція зростає зі зменшенням кількості зубів, уражених карієсом. Це призводить до того, що в деяких країнах кількість осіб, повністю позбавлених зубів у віці понад 40 років, сягає 100 %. Така рання втрата багатьох зубів спричиняє значні страждання пацієнтам, створює їм соціальні та побутові незручності, призводить до порушень діяльності різних органів та систем організму. Захворювання пародонта є передумовою розвитку орального сепсису, що спричинює виникнення низки загальносоматичних захворювань. Фахівців особливо турбує зростання кількості тяжких уражень пародонта серед осіб молодого віку.

Порівняно з іншими стоматологічними захворюваннями ураження тканин пародонта супроводжуються більш складними і глибокими порушеннями обміну речовин, ендокринологічними та імунологічними змінами. На цьому фоні розвиваються морфологічні зміни тканин пародонта, його судинно-нервового апарату, сполучнотканинних структур м'яких тканин і кістки коміркового відростка, що призводить до раннього руйнування комплексу тканин пародонта, виникнення патологічної рухомості та випадання зубів. У таких тяжких випадках лікарю-стоматологу дуже важко зберегти комплекс тканин пародонта і запобігти втраті хворим зубів. Тому велике значення має своєчасне проведення сучасного комплексного лікування, яке

ПЕРЕДМОВА

дасть змогу не допустити розвитку незворотного руйнування тканин пародонта. Лікар-стоматолог повинен своєчасно розпізнавати доклінічні функціональні розлади в структурах пародонта, виявляти ранні клінічні ознаки окремих захворювань пародонта. Своєчасне усунення чинників, які несприятливо впливають на тканини пародонта, дасть змогу ефективніше провести комплексне лікування захворювань пародонта.

Відсутність виражених клінічних проявів на ранніх етапах розвитку багатьох захворювань пародонта часто є причиною пізнього звернення пацієнтів до стоматолога. Виражені симптоми ураження пародонта хворі нерідко виявляють, на жаль, лише на тій стадії розвитку патологічного процесу, коли ці зміни вже є незворотними (наприклад, резорбція кістки коміркового відростка щелеп, що, в свою чергу, призводить до ряду змін м'яких тканин пародонта).

Виникнення та подальший розвиток багатьох захворювань пародонта (гінгівіту, генералізованого пародонтиту) відбувається дуже повільно. Часто хворі не звертають особливої уваги на перші прояви захворювання (наприклад, кровоточивість та незначний набряк ясен), а саме на цих стадіях розвитку патологічного процесу можна досягти найбільш ефективного результату лікування. Слід також відзначити, що лікування захворювань пародонта (на відміну від пломбування каріозної порожнини) не можна провести лише за одне відвідування пацієнтом лікаря. Для лікування уражень пародонта необхідно декілька, а у разі значного ураження — генералізованого пародонтиту — до 10—15 сеансів лікування. Лікування повинно бути комплексним, включаючи чимало терапевтичних, ортопедичних, хірургічних, фізіотерапевтичних методів. Після проведеного курсу лікування обов'язковою є диспансеризація пацієнта з періодичним проведенням повторних курсів лікування. А це потребує неабияких зусиль пацієнта та лікаря-стоматолога, а також значних фінансових затрат. Для проведення такого комплексного ефективного лікування у багатьох країнах світу організовані спеціальні пародонтологічні стоматологічні заклади. Велику увагу в них приділяють саме ранньому лікуванню та профілактиці захворювань пародонта.

Усе це свідчить про необхідність ретельного вивчення захворювань пародонта студентами стоматологічних факультетів та постійного удосконалення рівня отриманих знань лікарями-стоматологами. Потребує значного поліпшення організація надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями пародонта. Створення спеціальної пародонтологічної служби (кабінети, спеціалізовані відділення, стоматологічні поліклініки) дозволить підвищити ефективність лікування захворювань пародонта та піднести його на сучасний рівень. Власне цим важливим проблемам і присвячений даний том підручника “Терапевтична стоматологія”.

Розділ 1

АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ПАРОДОНТА

Для виконання своєї основної функції — пережовування їжі, зуби повинні бути міцно укріплені в кістці щелепи. Це забезпечується цілим комплексом різних тканин: кістка (комірковий відросток щелепи), зв'язковий апарат періодонта, ясна, що вкривають кісткову тканину коміркового (альвеолярного) відростка. У нормі такий комплекс надійно утримує зуби в кістковій тканині щелеп, а ясна захищають його від травмування твердими часточками їжі та проникнення углиб мікроорганізмів. Зазвичай він створюється при формуванні та прорізуванні зуба, існує під час функціонування зуба й атрофується при його втраті. Незважаючи на те що ці анатомічні утворення складаються з різних тканин, вони тісно пов'язані один з одним спільною функцією, тому їх об'єднують під загальною назвою “пародонт”. Слід відзначити, що єдність генезу зуба та прилеглих до нього тканин була відома досить давно. Ще в 1905 р. М.М. Несмеянов запропонував позначати цей комплекс тканин терміном “амфодонтний орган”, “амфодонт”. Пізніше D. Siegmund (1928) запропонував термін *organum dentale* — “зубний орган”. Але значного поширення набув запропонований О. Weski в 1914 р. термін “параденціум”, а потім у 1921 р. — “пародонт”, який і отримав широке міжнародне визнання.

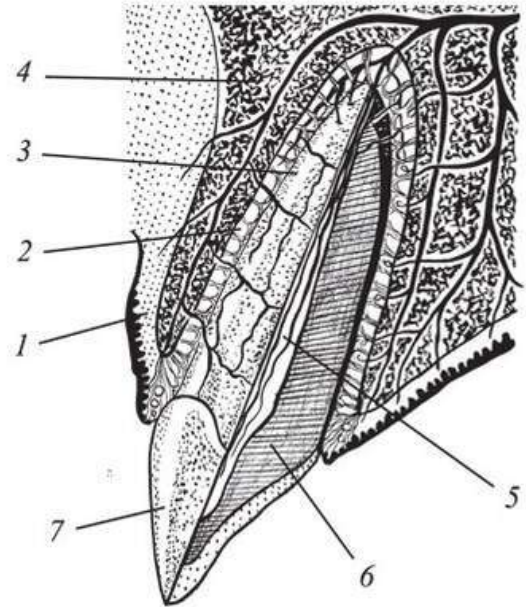
Поняття “пародонт” об'єднує комплекс анатомічних утворень: ясна, періодонт, кісткову тканину комірки і цемент кореня зуба, які мають спільні джерела іннервації та кровопостачання, становлять єдине ціле (мал. 1). Узагальнене поняття “пародонт” свідчить про генетичну та функціональну єдність тканин, які оточують зуб. Тканини пародонта мають мезенхімальне (періодонт, кістка коміркового відростка, цемент, дентин, пульпа зуба) та ектодермальне (емаль зуба, кутикула) походження (мал. 2, 3).

Пародонт виконує низку важливих функцій: 1) опорну та амортизувальну — утримує зуб у комірці, розподіляє жувальне навантаження та регулює тиск під час жування; 2) бар'єрну — формує бар'єр, який перешкоджає проникненню мікроорганізмів та шкідливих речовин у ділянку кореня; 3) трофічну — забезпечує живлення цементу; 4) рефлекторну — завдяки наявності в періодонті великої кількості чутливих нервових закінчень.

Розділ 1. АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ПАРОДОНТА

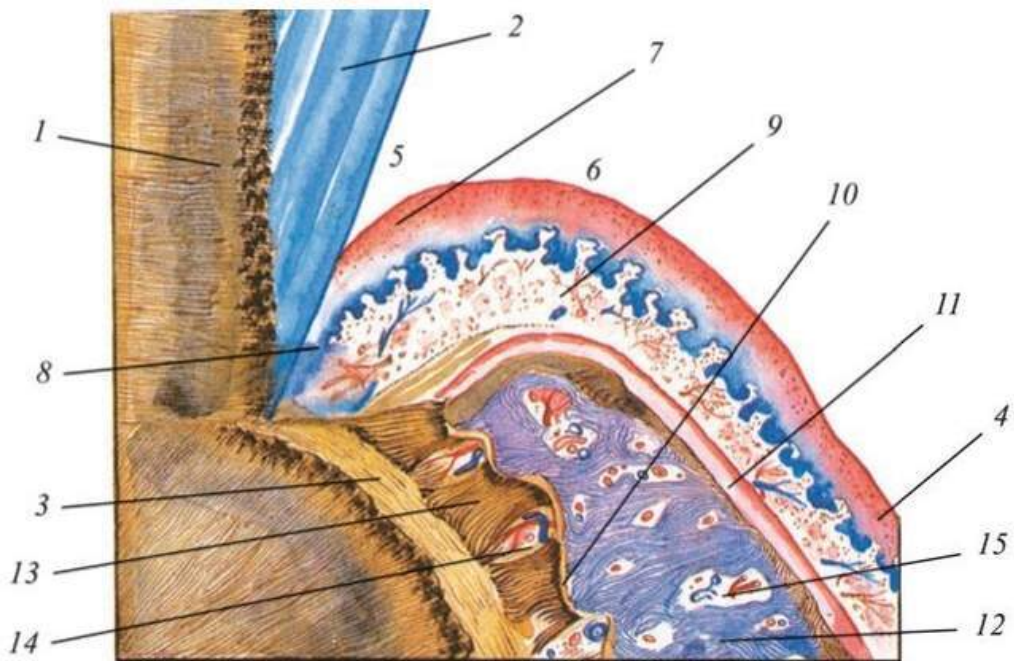


Мал. 1. Клінічно здорові тканини пародонта



Мал. 2. Схематичне зображення будови пародонта:

1 — ясна; 2 — періодонт; 3 — цемент;
4 — кістка комірки; 5 — пульпа зуба;
6 — дентин; 7 — емаль



Мал. 3. Гістологічна будова тканин пародонта:

1 — дентин; 2 — емаль; 3 — цемент; 4 — прикріплена частина ясен; 5 — ясенна борозна; 6 — вільна частина ясен; 7 — епітелій ясенної борозни; 8 — сполучний епітелій (епітеліальне прикріплення); 9 — циркулярна зв'язка ясен; 10 — компактна пластинка комірки; 11 — окістя; 12 — спонгіозна частина кістки; 13 — сполучнотканинні волокна періодонта; 14 — судинно-нервовий пучок; 15 — кістковомозкові порожнини

РОЗВИТОК ПАРОДОНТА

Під час формування тканин пародонта активну участь беруть ектодермальний епітелій та мезенхіма первинної порожнини рота, в яку заглиблюється епітелій і утворює губну та зубну пластинки (мал. 4, А). Унаслідок нерівномірного росту епітелію на щічно-губній поверхні зубної пластинки формуються колбоподібні вирости відповідно до кількості зубів, які потім перетворюються на емалеві органи. Мезенхіма, розміщена біля основи епітеліального виросту, утворює зубний сосочок, який дає початок утворенню пульпи, а в подальшому і дентину.

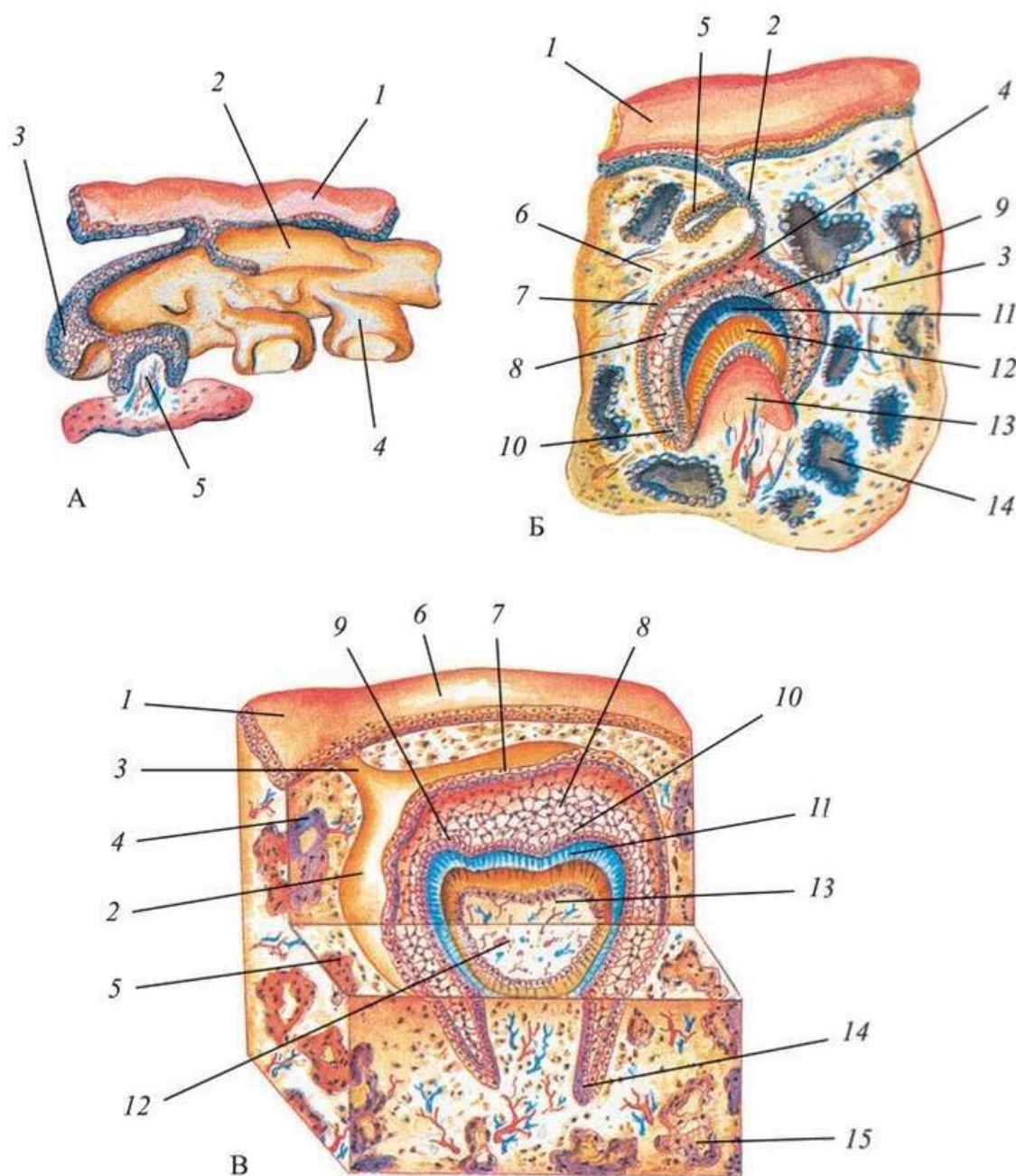
Сполучнотканинні утворення, які прилягають до епітеліального зачатка, формують разом із зубним сосочком так званий зубний мішечок. З його елементів утворюється цемент кореня, зв'язковий апарат зуба, кісткова основа коміркового відростка.

У період диференціювання тканин зуба формуються гістологічні структури зуба й пародонта. Клітини зовнішнього шару епітелію емалевого органа становлять зовнішній шар емалі, який потім зрощується з яснами й утворює первинне епітеліальне прикріплення. Під час прорізування коронки зуба епітеліальні клітини значно видозмінюються, втрачають ядра, стають плоскими і перетворюються у сполучний епітелій (мал. 4, Б, В).

Утворення ясенної борозни пов'язане з розвитком і прорізуванням зубів. Після закінчення емалегенезу із клітин проміжного шару епітеліального зубного органа утворюється шар епітеліальних клітин, тісно пов'язаних з поверхнею новоутвореної емалі. Цей шар отримав назву кутикули емалі. При прорізуванні зуба відбувається стикання, а потім і з'єднання клітин епітелію ясен з кутикулою емалі. Таке з'єднання вважають лабільним. Після розриву епітелію над горбком зуба, який прорізується, відбувається подальше переміщення епітелію вздовж поверхні емалі в напрямку емалево-цементної межі. Установлено, що в безпосередньому зв'язку з кутикулою знаходяться недозрілі клітини, які мають специфічні особливості регенерації. Унаслідок цього виникає ростковий тиск, який зумовлює просування молодих клітин вздовж емалі. На певній глибині клітини епітелію дозрівають повністю і втрачають здатність кріпитися до кутикули. На зміну їм із базального шару приходять менш дозрілі клітини, які здатні приєднуватися до зуба. Таке рухоме приєднання епітелію ясен до кутикули дозволяє йому опускатися при прорізуванні зуба вздовж емалі, зберігаючи при цьому неперервність (мал. 5). Коли епітеліальне прикріплення досягає емалево-цементного з'єднання, то прорізування зуба припиняється. А потім справжнє зрощення епітелію ясен з кутикулою емалі зберігається лише в ділянці емалево-цементного з'єднання (мал. 6).

Корінь зуба формується за допомогою епітеліальної кореневої піхви (Гертвіга) — ділянки емалевого органа, в якій відбувається поступовий перехід епітеліальних клітин внутрішнього шару в зовнішній. Це утворення у вигляді спідниці поступово спускається від емалевого органа до основи зубного сосочка. Її внутрішні клітини індукують диференціювання периферійних клітин сосочка в одонтобласти, які утворюють дентин кореня. В епі-

Розділ 1. АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ПАРОДОНТА



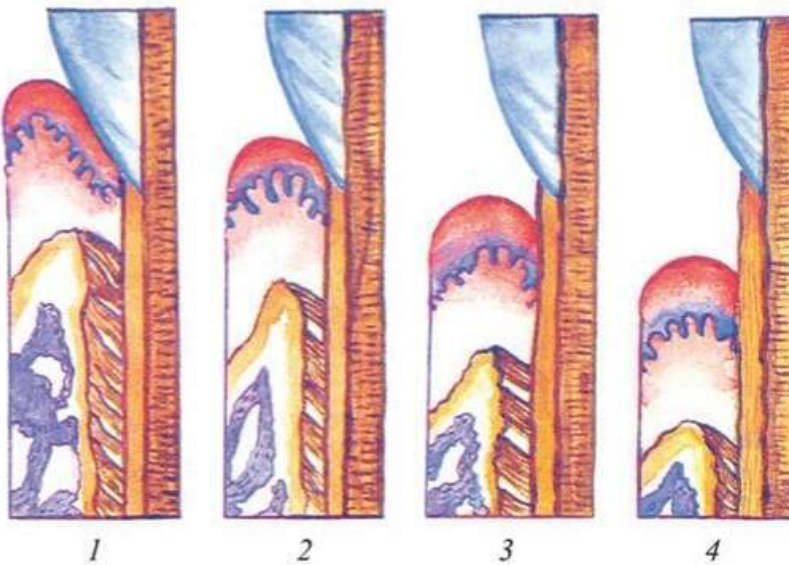
Мал. 4. Стадії розвитку зуба і пародонта:

А — стадія закладки: 1 — епітелій первинної ротової порожнини; 2 — губна пластинка; 3 — зубна пластинка; 4 — зубний зачаток; 5 — зубний сосочок

Б — стадія диференціювання зубного зачатка: 1 — епітелій; 2 — шийка емалевого органа; 3 — мезенхіма; 4 — зачаток тимчасового (молочного) зуба; 5 — зачаток постійного зуба; 6 — клітини зубного мішечка; 7 — клітини зовнішнього епітелію емалевого органа; 8 — пульпа емалевого органа; 9 — клітини внутрішнього епітелію емалевого органа; 10 — епітеліальна коренева піхва; 11 — емаль коронки зуба; 12 — дентин; 13 — зубний сосочок; 14 — зачатки кісткової тканини

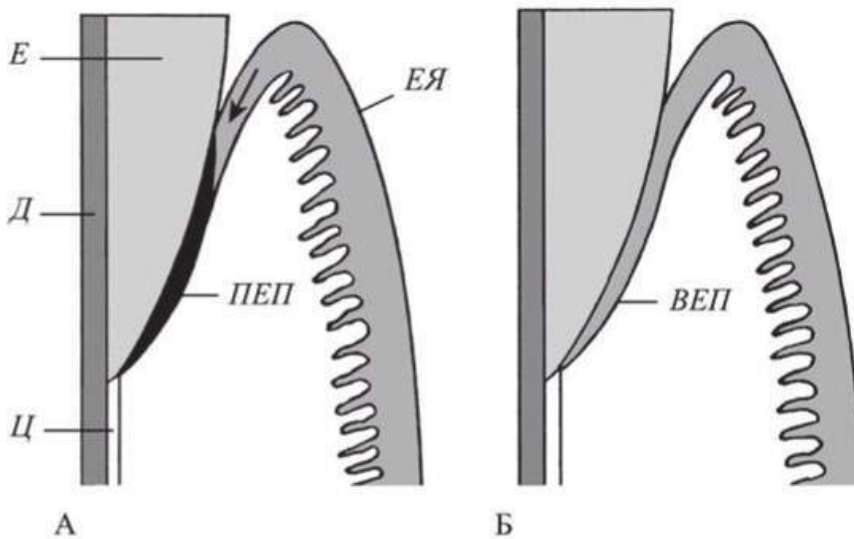
В — стадія гістогенезу тканин зуба: 1 — епітелій; 2 — зубний зачаток; 3 — шийка емалевого органа; 4 — мезенхіма; 5 — клітини зубного мішечка; 6 — клітини зовнішнього епітелію емалевого органа; 7 — пульпа емалевого органа; 8 — зірчасті клітини; 9 — клітини внутрішнього епітелію емалевого органа; 10 — емаль коронки зуба; 11 — дентин; 12 — пульпа зуба; 13 — одонтобласти; 14 — епітеліальна коренева піхва; 15 — зачатки кісткової тканини

РОЗВИТОК ПАРОДОНТА



Мал. 5. Схематичне зображення різних варіантів розміщення дна ясенної борозни і сполучного епітелію (В. Gotlieb, В. Orban, 1973):

Дно ясенної борозни і сполучний епітелій розміщені: 1 — на емалі; 2 — частково на емалі і цементі кореня; 3 — на емалево-цементному з'єднанні; 4 — на цементі кореня



Мал. 6. Розвиток епітеліального прикріплення. Заміщення первинного епітеліального прикріплення (А) вторинним (Б) (за В.Л. Биковим, 1996):

Стрілка — напрямок руху епітелію ясен, який заміщає редукований емалевий епітелій. ЕЯ — епітелій ясен; ПЕП — первинне епітеліальне прикріплення; ВЕП — вторинне епітеліальне прикріплення; Е — емаль; Д — дентин; Ц — цемент

теліальну піхву врастають сполучнотканинні волокна і вона поступово розпадається. Залишки епітеліальних клітин у вигляді острівців Малаясе можуть спостерігатися в періодонті. Малодиференційовані сполучнотканинні клітини зубного мішечка взаємодіють з новоутвореним дентином і диференціюються в цементобласти, які утворюють цемент кореня.

Розділ 1. АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ПАРОДОНТА

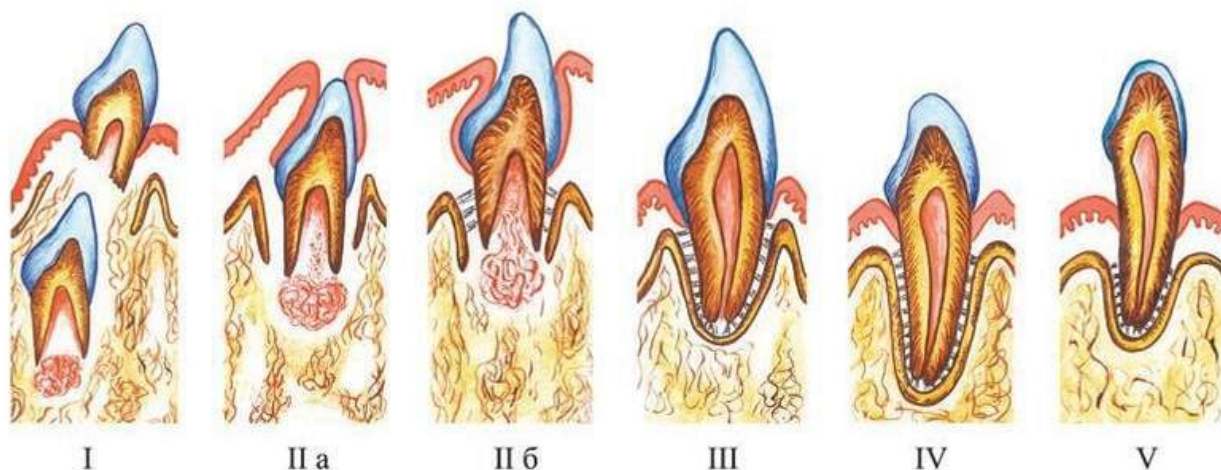
Утворення комплексу тканин пародонта починається, як правило, з моменту формування зачатків зубів і триває протягом тривалого часу після їх прорізування. За цей період закінчується формування кореня зуба, періодонта й кістки коміркового відростка. Формування періодонта починається в період внутрішньощелепного розвитку зуба і продовжується одночасно з розвитком його кореня, міжкоміркових перегородок, утворення цементу і прорізування зубів. Завершується формування періодонта у віці близько 14 років.

На початок прорізування зуба сформовується лише 1/3 кореня. Після його прорізування повне формування кореня тимчасових зубів триває 2,5 року, а постійних — до 3 років. Протягом цього часу епітеліальна коренева піхва формує контури верхівки кореня та апікальний отвір з подальшим утворенням дентину і цементу (мал. 7).

Цемент формується одночасно з коренем за допомогою спеціальних клітин — цементобластів. Вони розміщуються в ділянці епітеліальної кореневої піхви й утворюють радіальні колагенові волокна, які спрямовані до дентину. Згодом на їх місці виникає волокнистий, безклітинний, слабо мінералізований цемент, на який періодично нашаровується тканина, що містить цементоцити.

Періодонт розвивається із зубного мішечка після початку формування кореня зуба. Сполучнотканинні волокна періодонта розвиваються з мезенхіми зубного мішечка, як з боку цементу, так і з боку коміркової кістки. На ранніх стадіях розвитку зачатка зуба формуються три шари клітин. Клітини одного шару вростають у цемент, іншого — утворюють кісткові стінки комірки. Між ними міститься третій шар, клітини якого не мають певної орієнтації.

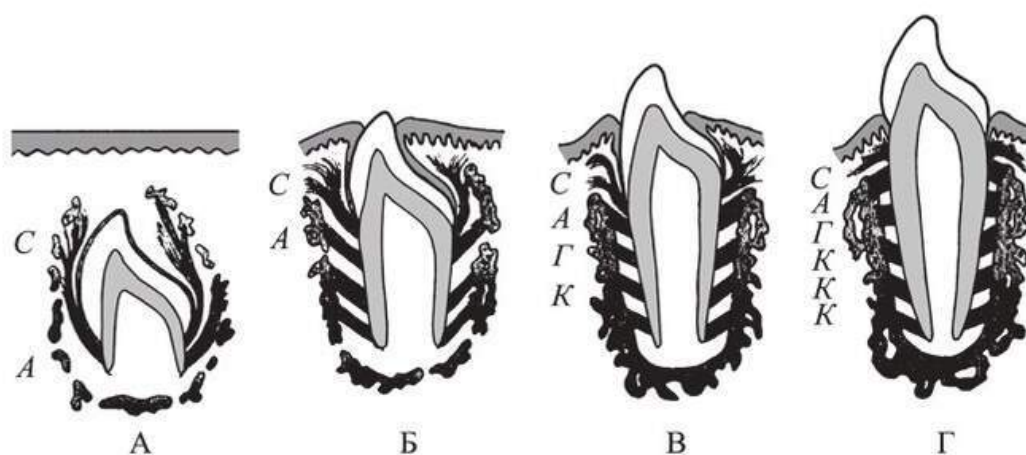
Кістка комірки розвивається із сполучнотканинних клітин зубного мішечка, які перетворюються в остеобласти і формують острівці грубоволокнистої кістки. Вони поступово оточують зубний орган. У міру формування



Мал. 7. Етапи розвитку зуба і періодонта:

I — зміна зуба; II — прорізування постійного зуба: а) наближення коронки зуба до епітелію слизової оболонки рота; б) злиття розміщених поряд ділянок епітелію слизової оболонки рота і редукованого емалевого епітелію; початок прорізування коронки зуба у порожнину рота; III — формування кореня зуба; IV — повне прорізування зуба; V — вікові зміни

РОЗВИТОК ПАРОДОНТА



Мал. 8. Послідовність (А—Г) формування основних груп волокон пародонта (за В.Л. Биковим, 1996):

С — вільні зубоясенні волокна; А — волокна коміркового гребеня; Г — горизонтальні волокна; К — косі волокна

зуба диференціюється компактна пластинка, живильні канали, кістковий мозок. Міжкоміркова перегородка розвивається за рахунок зростання розміщених поряд зубних мішечків. Процес мінералізації відбувається без стадії хрящового зачатка. Утворення комірки — одночасно з формуванням кореня і розвитком цементу. Ріст і розвиток комірки починається від емалево-дентинного з'єднання і продовжується в напрямку основи щелепної кістки. На початкових стадіях зачатки молочних (тимчасових) і постійних зубів знаходяться в одній комірці, потім між зачатками формується кісткова перегородка, яка внаслідок розвитку постійного зуба розсмоктується.

Під час прорізування зуба його коронка поступово піднімається над рівнем гребеня коміркової кістки. Услід за її просуванням волокна, що формують пародонт, займають різне положення і остаточно набувають навскісного напрямку до стінки комірки, відповідно до виконуваної ними функції (мал. 8). Під впливом функціонального навантаження вони перетворюються у волокна, напрямок яких відповідає навантаженню зуба. Протягом усього життя пародонт постійно перебудовується відповідно до змінних умов навантаження зуба.

У міру зростання щелеп відбувається остаточний процес мінералізації коміркових відростків та верхівок міжкоміркових перегородок. Формування коміркового відростка починається в ранній період внутрішньоутробного розвитку з мезенхіми, що оточує зачаток зуба. На 5-му місяці — зрощення кістки коміркового відростка і щелепи. У період тимчасового прикусу продовжується формування кісткової тканини і відбувається процес моделювання кістки коміркового відростка. У кістковій тканині переважають процеси формування, що призводить до зростання кісткової маси коміркової кістки.

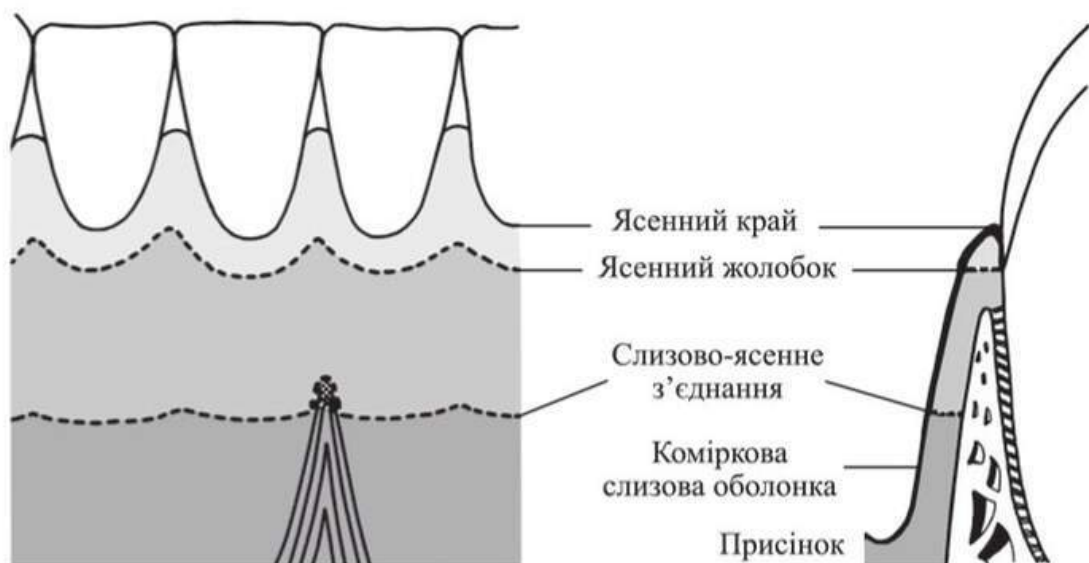
Після повного прорізування зуба верхівки міжкоміркових перегородок набувають характерних для них обрисів. Мінералізація верхівок міжкоміркових перегородок і компактних пластинок закінчується одночасно з форму-

Розділ 1. АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ПАРОДОНТА

ванням верхівок зубів і закриттям верхівкового отвору, тобто 14—15 років. Таким чином, про ступінь формування пародонта можна судити за результатами аналізу рентгенограм на основі форми коренів зубів, повноти закриття верхівкових отворів, рівномірної ширини періодонтальної щілини. Певною мірою про це свідчить також наявність чіткої замикальної пластинки міжкоміркових перегородок, яка досягає емалево-цементного з'єднання. У період моделювання коміркової кістки відбувається мінералізація кісткової тканини, збільшення її маси та щільності кістки. Повне формування комплексу тканин пародонта завершується майже в 14 років, проте вважають, що цей процес завершується лише після прорізування усіх зубів. Унаслідок цього кістку коміркового відростка визначають як наймолодшу в організмі людини, яка динамічно реагує на будь-які несприятливі впливи. Підтвердженням цього є процеси мінералізації коміркової кістки, що продовжуються ще в 20—30 років. У цей період організм потребує підвищеного засвоєння білків, мінеральних речовин тощо. Тому будь-які порушення цих процесів обміну в першу чергу уражають кістку коміркового відростка щелеп. Залежно від впливу несприятливих чинників на організм у тих або інших ділянках кістки коміркового відростка кісткова тканина формується з певною нестачею її мінеральних компонентів.

Ясна

Ясна — це слизова оболонка, що вкриває комірковий відросток верхньої щелепи, коміркову частину нижньої щелепи й охоплює зуби в ділянці шийки. Зовні вона межує з рухомою слизовою оболонкою, яка вкриває комірковий відросток (мал. 9, 10). Ця межа прикріплених ясен має вигляд хвилястої лінії і її можна добре розгледіти завдяки відмінності кольору цих відділів слизової оболонки ясен. Слизова оболонка, що вкриває комірковий

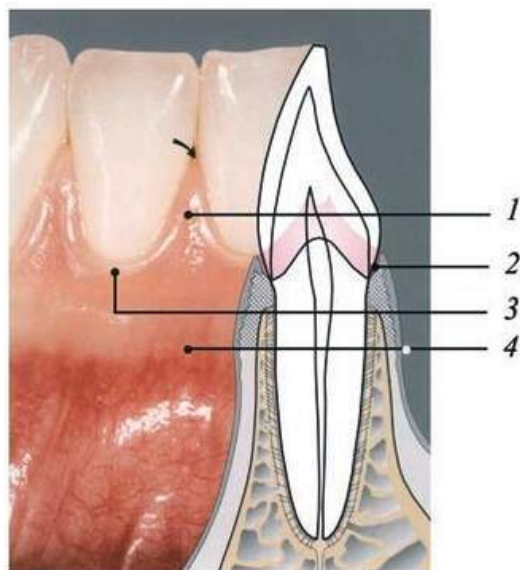


Мал. 9. Схематичне зображення нормальних ясен

РОЗВИТОК ПАРОДОНТА

Мал. 10. Зони ясен:

1 — міжзубний сосочок; 2 — ясенна борозна; 3 — ясенний край; 4 — прикріплена частина ясен

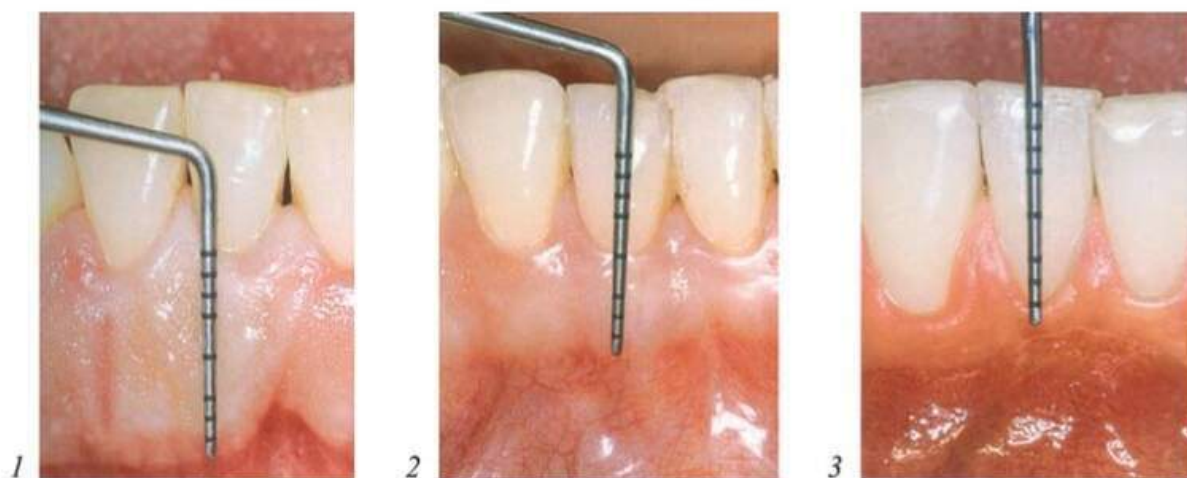


відросток, більш яскрава, тоді як прикріплена частина ясен дещо блідіша, з матовим відтінком. Ширина прикріплених ясен різна (мал. 11), що має значення при проведенні оперативних утручань на тканинах пародонта: чим вона більша, тим кращий може бути результат операції. Ясна мають дещо блідо-рожевий колір, тому що вкриті багатошаровим плоским зроговілим епітелієм. Зсередини ясна переходять у слизову оболонку крайової зони твердого піднебіння або дна порожнини рота (мал. 12). Зона пародонта з яснами, що прилягають до шийок зубів, отримала назву маргінального пародонта (мал. 13).

З клінічної та фізіологічної точки зору в яснах розрізняють міжзубний (ясенний) сосочок, крайові ясна, або ясенний край (вільні ясна), коміркові ясна (прикріплена частина), рухомі ясна.

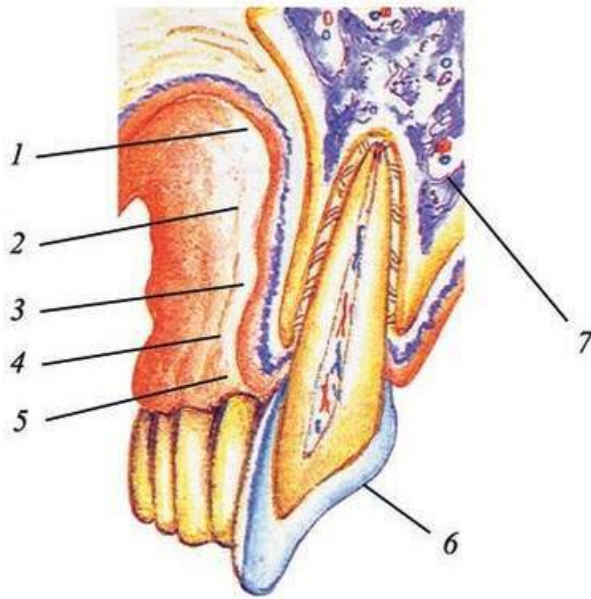
Прикріплена частина ясен міцно зрощена з окістям коміркових відростків щелеп. Її поверхня має певну хвилястість унаслідок чергування підвищених ділянок та жолобків. Останні є глибокими епітеліальними “гребінцями”, які заглиблені у власну пластинку слизової оболонки ясен. Хвилястість поверхні більше виражена в чоловіків, при набряку вона зникає.

Вільна частина ясен — її край (маргінальні ясна) — вільно прилягає до поверхні зуба і відділяється від неї лише вузькою щілиною (ясенною борозною). Ясна цієї ділянки не так міцно з'єднані з окістям і тому мають певний ступінь рухомості. Межею між цими ділянками ясен є ясенний жолобок,



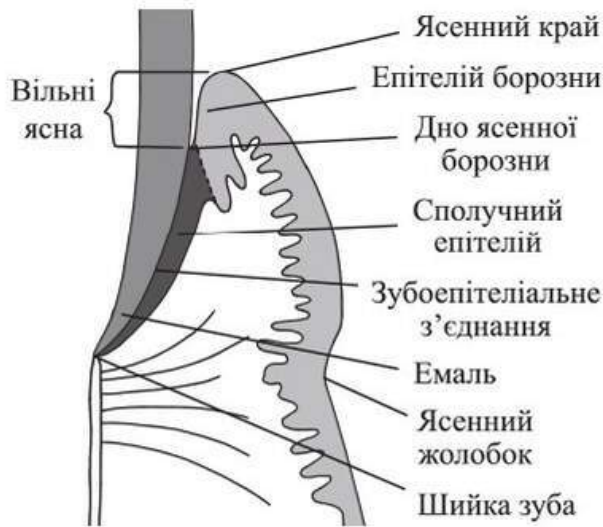
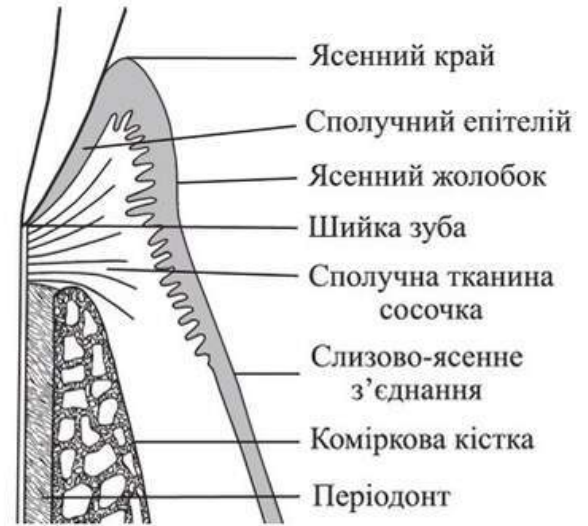
Мал. 11. Варіанти ширини прикріплених ясен: 1 — велика; 2 — середня; 3 — мала

Розділ 1. АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ПАРОДОНТА



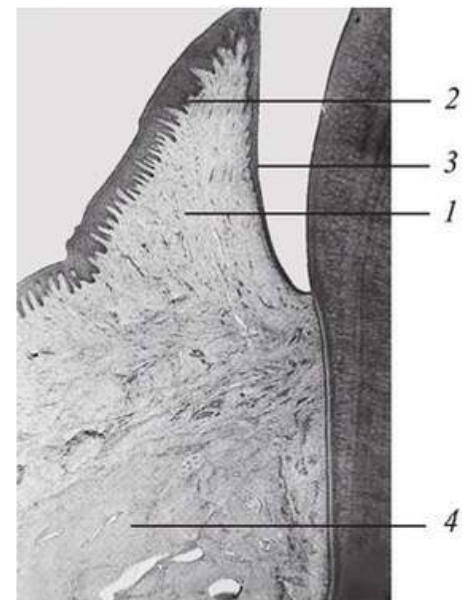
Мал. 13. Схематичне зображення маргінального пародонта

Мал. 12. Сегмент коміркового відростка:
1 — дно присінка рота; 2 — рухомі ясна;
3 — ясенна борозна; 4 — прикріплені ясна;
5 — вільна частина ясен; 6 — зуб; 7 — коміркова кістка



Мал. 15. Ясна і зубоясенне з'єднання. ×8:
1 — міжзубний сосочок; 2 — ясенний край;
3 — ясенна борозна; 4 — прикріплена частина ясен

Мал. 14. Схематичне зображення гістологічної будови ясен

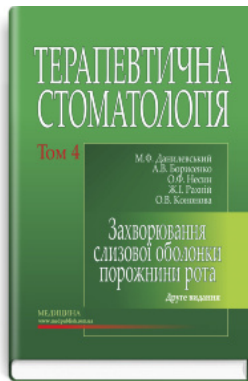


який розміщений на поверхні ясен паралельно до їх краю, на рівні дна ясенної борозни або більш апікально. Вільні ясна в ділянці шийки щільно прилягають до зуба, прикріплені — міцно зрощені з окістям за допомогою сполучнотканинних волокон (мал. 14).

З М І С Т

ПЕРЕДМОВА	3
Розділ 1. АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ПАРОДОНТА	5
Розвиток пародонта	7
Ясна	12
Періодонт	22
Цемент	26
Комірковий відросток	26
Кровопостачання пародонта	30
Лімфатична система пародонта	33
Іннервація пародонта	33
Слина	35
Функції пародонта	36
Вікові зміни	38
Розділ 2. ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО	41
Анамнез	41
Огляд	42
Індексна оцінка стану тканин пародонта	78
Функціональні методи дослідження пародонта	89
Методи дослідження кісткової тканини щелеп	93
Лабораторні методи діагностики	101
Цитологічні методи	101
Мікробіологічні методи	104
Біохімічні та імунологічні методи	107
Морфологічні методи	111
Розділ 3. КЛІНІКА ТА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА	112
Класифікація захворювань пародонта	112
Етіологія та патогенез захворювань пародонта	118
Місцеві фактори	119
Загальні фактори	144
Запальні захворювання пародонта	162
Клініка захворювань пародонта	163
Папіліт	163
Гінгівіт	166
Дистрофічно-запальні та дистрофічні захворювання пародонта	206
Клініка генералізованого пародонтиту	206
Клініка пародонтозу	243
Прогресивні ідіопатичні захворювання	249
Пародонтальні прояви, що супроводжують захворювання крові	249
Гістіоцитоз із клітин Лангерганса	258
Пародонтальні прояви, що супроводжують порушення обміну речовин	262
Ураження пародонта в разі імунодефіцитних станів	267
Пародонтальні прояви в разі вроджених захворювань	274
Продуктивні процеси, пародонтоми	276
Диференціальна діагностика захворювань пародонта	280

Рекомендована література



Терапевтична
стоматологія: у 4
томах. Том 4.
Захворювання слизової
оболонки порожнини
рота: підручник

Перейти до категорії
Стоматологія

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ