

**Федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Кафедра-клиника ортопедической стоматологии**

Реферат :

Тема: «Классификация болезней пародонта »

Выполнил клинический ординатор:

Соловьев Сергей Александрович

Специальность: Стоматология ортопедическая

Руководитель ординатуры

к.м.н., доцент :

Киприн Дмитрий Владимирович

Вопросы клиники, диагностики, дифференциальной диагностики болезней пародонта в соответствии с классификацией 1983 года представляют актуальную задачу практической пародонтологии. Детальное изучение указанной проблемы на протяжении многих лет с использованием эпидемиологических, клинико-рентгенологических, морфологических и других методов исследования, а также динамическое наблюдение за больными в процессе комплексного лечения, проведенные как на нашей кафедре, так и другими исследователями, позволили сформулировать основные дифференциально-диагностические признаки болезней пародонта.

Среди заболеваний пародонта воспалительные формы (гингивит, пародонтит) занимают ведущее место (93-97%). Последние рассматриваются и как самостоятельные заболевания, и как последовательно развертывающиеся стадии одного патологического процесса (гингивит всегда предшествует пародонтиту, но он не обязательно при своевременном и качественно проведенном лечении заканчивается пародонтитом).

ГИНГИВИТ.

Для гингивита - заболевания, при котором имеется воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, протекающего без нарушения целостности зубодесневого соединения, наиболее характерны следующие диагностические признаки:

- 1) заболеванием поражаются преимущественно дети и лица молодого возраста (до 25-30 лет);
- 2) обнаруживаются те или иные морфологические признаки воспаления с нарушением конфигурации десны: преобладание экссудации при катаральном (серозном) гингивите, альтерации – при язвенном (некротическом) и пролиферации – при гипертрофическом (гиперпластическом);
- 3) выявляются преимущественно неминерализованные назубные отложения (микробный налет, мягкий налет, пищевые остатки);
- 4) отсутствует пародонтальный карман при зондировании; ложные (зубодесневые) карманы – при гипертрофическом гингивите;
- 5) не обнаруживаются изменения костной ткани альвеолярного отростка (по рентгенограмме);
- 6) общее состояние больного не страдает, за исключением тех случаев, когда имеет место обострение процесса. При обследовании могут быть выявлены некоторые виды соматической патологии, заболевания нервной системы.

Изменение реактивности организма больного и соответственно снижение резистентности тканей пародонта и появление катарального гингивита возможны при ряде общесоматических заболеваний и гормональных нарушений (сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные заболевания, инфекционные болезни, лучевые поражения, нарушения функции гипофиза, щитовидной и половых желез). Генерализованные симметричные поражения пародонта в молодом возрасте с локализацией на верхней и нижней челюстях и в области передних зубов обеих челюстей свидетельствуют о преобладающей роли в их развитии скорее общих, чем местных раздражающих факторов».

Хронический генерализованный пародонтит можно рассматривать как заболевание, возникающее под влиянием неблагоприятного воздействия внешних и внутренних, общих и местных факторов, инфекционно-индуцированное иммунным повреждением пародонтального комплекса с большой вероятностью генетической предрасположенности, т.е. являющееся результатом нарушения равновесия между факторами агрессии (пародонтопатогенами) и факторами защиты макроорганизма, полости рта и пародонтального комплекса, протекающее с инициальным поражением десны (гингивит) и последующим вовлечением в патологический процесс всех структур пародонта (пародонтит), характеризующееся прогрессирующим течением с исходом в резорбцию

костной ткани альвеолярного отростка, разрушением удерживающего аппарата зуба, появлением подвижности последнего, образованием пародонтального кармана и заканчивающееся (без своевременного и адекватного лечения) выпадением или удалением зубов и несомненным нарушением функции зубочелюстной системы и организма в целом.

Для пародонтита – заболевания воспалительно-деструктивного характера, при котором воспаление десны распространяется на подлежащие ткани и сопровождается прогрессирующим разрушением периодонта и костной ткани вначале межзубных, а в последующем - и межкорневых перегородок и других отделов альвеолярного отростка при активном течении заболевания характерны следующие признаки:

- 1) заболевание выявляется преимущественно у лиц в возрасте старше 30 лет;
- 2) из анамнеза выясняется наличие кровоточивости десен в течение многих лет;
- 3) обнаруживается воспаление десны с преобладанием серозного (катарального), некротического или пролиферативного процесса, т.е. так называемый симптоматический гингивит;
- 4) выявляется клинический карман различной глубины. Это – первый основной признак заболевания;
- 5) на внутриротовой рентгенограмме альвеолярных отростков, ортопантограмме, панорамной рентгенограмме челюстей обнаруживается резорбция костной ткани - второй основной признак. Рентгенологические изменения проявляются наличием деструктивных изменений костной ткани межзубных перегородок (а при прогрессировании процесса – и в области межкорневых перегородок, бифуркации) без нарушения глубоких отделов альвеолярного отростка и тела челюстей. Т.о., в отличие от пародонтоза, эти изменения, как правило, носят локальный характер, не затрагивая других костей скелета;
- 6) выявляется разнообразная клиническая симптоматика, обусловленная выраженностью воспалительной деструкции костной ткани и периодонта, а также клинко-морфологической картиной воспаления десны: расшатывание (подвижность) зубов (третий основной признак пародонтита), их смещение, боль, нарушение функции, травматическая артикуляция и др.;
- 7) нередко встречаются обострения хронического пародонтита и особенно гнойный и абсцедирующий пародонтит, которые сопровождаются выраженными общими нарушениями: повышением температуры тела, недомоганием, слабостью, изменениями периферической крови по типу реакции на неспецифический воспалительный процесс (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ и др.);
- 8) имеют место значительные отложения назубного налета (т.н. над- и поддесневого «зубного камня»).

В соответствии с тяжестью клинических проявлений выделяют пародонтит легкий, средней тяжести и тяжелый. Такое деление удобно для выбора вида хирургического, ортопедического вмешательств и всей комплексной терапии в целом.

Для легкого пародонтита характерны:

- глубина пародонтального кармана до 3,5 мм, преимущественно в области межзубного промежутка;
- начальная степень деструкции костной ткани по рентгенограмме (отсутствие компактной пластинки на вершине и боковых отделах перегородки, очаги остеопороза, расширение периодонтальной щели в пришеечной области);
- зубы неподвижны, не смещены;
- общее состояние пациента не нарушено.

При пародонтите средней степени тяжести:

- глубина пародонтального кармана достигает 5 мм;
- имеет место резорбция костной ткани по рентгенограмме на одну треть или на половину межзубной перегородки;
- подвижность зубов I-II степени с возможным смещением их.

Тяжелая степень пародонтита характеризуется:

- глубиной пародонтальных карманов более 5-6 мм;
- деструкцией костной ткани альвеолярного отростка более, чем на половину или полным отсутствием костной ткани;
- патологической подвижностью зубов преимущественно II-III степени, их смещением, выраженной травматической артикуляцией.

Таким образом, появление деструктивных изменений в пародонте, имеющих склонность к резкому прогрессированию, образование клинических карманов, содержащих грануляции и вросший эпителий, пятнистый остеопороз без явлений склероза костной ткани свидетельствуют в пользу хронического генерализованного пародонтита.

Тяжелый пародонтит и пародонтит средней степени тяжести часто сопровождаются гноетечением из пародонтальных карманов и абсцедированием. Своеобразная клиническая картина последнего (необходимо отличать от острого гнойного периостита челюсти), склонность к рецидивам, возникновение пародонтальных абсцессов то в одном, то в другом участке зубной дуги характеризуют это заболевание. Особенно часто пародонтальные абсцессы наблюдаются при фоновой патологии (например, при сахарном диабете). Следует отметить, что при наличии оттока экссудата и гноя из пародонтального кармана абсцедирование обычно не возникает. При абсцедировании, кроме отчетливо выявляющихся местных признаков гнойного воспаления (в первую очередь - десны), усиления подвижности зубов определяются также симптомы общей интоксикации организма больного.

Все описанные признаки заболевания относятся к пародонтиту в стадии активного течения, т.е. в той стадии, с которой больной обращается к врачу (пародонтит нелеченный или лечение его проведено не рационально или не в полном объеме).

Хронический генерализованный пародонтит в стадии ремиссии характеризуется следующими признаками:

- состояние десны соответствует понятию «здоровая десна», т.е. она имеет равномерный бледно-розовый цвет, плотная, хорошо прилежит к поверхности зуба;
- эпителий прикрепляется (выше - на верхней или ниже на нижней челюсти) к эмалево-десневому соединению;
- возможно обнажение корня зуба на какую-то величину (преимущественно - при тяжелом пародонтите);
- «зубных» отложений, в том числе микробного и мягкого налета нет;
- на рентгенограмме отсутствуют признаки активного процесса деструкции межзубных перегородок;
- нет остеопороза, костная ткань плотная, не наблюдается ее прогрессирующей убыли;
- показателен анамнез больного, из которого выясняется, что ранее ему было проведено лечение с использованием одного из хирургических методов или имеется выписка из медицинской карты стоматологического больного с указанием на характер выполненных хирургических вмешательств.

Различную степень выраженности воспаления пародонта (гингивит, пародонтит), остроту клинического течения и тяжесть патологического процесса подтверждают некоторые лабораторные и клинические исследования, функциональные методы и пробы

(Шиллера-Писарева, Ясиновского, Кулаженко, количество и состав десневой жидкости и т.д. Отмечается, что клеточный состав и количество последней нарастают от гингивита к пародонтиту. В такой же связи характеризуются изменения и некоторых факторов специфической защиты и неспецифической резистентности (содержание иммуноглобулинов, бета-лизина, лизоцима, снижение фагоцитарной активности лейкоцитов). В связи с этим можно еще раз подчеркнуть, что в основе развития генерализованного пародонтита лежат нарушения барьерной функции пародонта и иммунологической реактивности, на фоне которых местные факторы приводят к появлению, постепенному распространению и углублению воспалительно-деструктивных изменений в пародонте.

Н. Ф. Данилевский указывают, что острое воспаление в десне свидетельствует об активности системы нейтрофильного гранулоцита (НГ), макрофага (МФ); имеет место четкая динамика фаз воспаления, полноценное развитие типичной грануляционной ткани и регенерации. Хроническое же воспаление наблюдается при снижении антимикробной защиты, функционирования системы НГ и макрофага (особенно у лиц с заболеваниями печени, желудочно-кишечного тракта, гипофиза). Основой хронизации воспаления в пародонте является инфильтрация ткани пародонта недостаточным количеством нейтрофильных гранулоцитов с низкой активностью ферментов гликолиза и дыхания, слабая пролиферация фибробластов, торможение пролиферативной фазы воспаления с недостаточным развитием волокнистого компонента соединительной ткани, несостоятельность этой фазы регенерации.

Быстро прогрессирующий пародонтит (БПП).

Заслуживает хотя бы краткого рассмотрения т. н. быстро прогрессирующий пародонтит (БПП), понятие о котором стало входить в пародонтологическую практику около 20 лет тому назад. Считалось, что данной формой патологии страдают лица до 30-35 лет. Однако, данные ряда авторов показали, что БПП может встречаться у лиц разных половозрастных групп. Под термином БПП следует понимать группу заболеваний пародонта:

- локализованный ювенильный пародонтит (ЛЮП),
- генерализованный ювенильный пародонтит (ГЮП),
- БПП взрослых (от 32 до 62 лет).

Эти заболевания, как правило, протекают с резко выраженными клиническими проявлениями, сопровождаются очень быстрой и прогрессирующей деструкцией тканей пародонтального комплекса, практически не поддаются лечению «традиционными» средствами и отличаются крайне неблагоприятным прогнозом.

Факторами, способствующими развитию БПП, являются:

- стресс;
- наследственная предрасположенность;
- 3 группа крови;
- нарушение строения мягких тканей лица и отсутствие стираемости эмали бугров;
- снижение функциональной активности нейтрофилов /у 80% пациентов/ (в частности, снижение бактерицидности нейтрофилов наследственного и/или индуцированного характера), несмотря на высокое содержание этих клеток в очаге воспаления при высокой активности эластазы в ткани десны;
- дефицит антиоксидантной системы организма;
- наличие сопутствующей патологии аутоиммунной природы (сахарный диабет, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, заболевания щитовидной железы, псориаз);
- беременность;
- «агрессивные» свойства микрофлоры (в основном - грамотрицательные

анаэробы), практически не чувствительной к большинству применяющихся антибиотиков.

Пародонтоз можно рассматривать как хроническое заболевание первично-дистрофического генерализованного характера, охватывающее все ткани пародонтального комплекса, протекающее на фоне патологии сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, атеросклероз) эндокринной и нервной систем, эндокринных нарушений, без признаков гингивита и воспалительной деструкции костной ткани, характеризующееся симметричностью поражения костных образований, равномерной горизонтальной атрофией межальвеолярных перегородок при сохранении замыкательной пластинки, выраженными расстройствами микроциркуляции и гипоксии в тканях десны, обнажением шеек зубов и корней, патологией твердых тканей зубов некариозного происхождения (эрозия эмали, клиновидный дефект, гиперестезия), отсутствием пародонтальных карманов и выраженной подвижностью зубов.

Для пародонтоза, т.е. заболевания, обусловленного первичными трофическими нарушениями, характерны следующие признаки:

- заболевание выявляется у лиц пожилого и старческого возраста;
- отсутствие воспаления десны, нередко она – бледно окрашенная (анемичная), уплотненная, атрофичная, плотно прилегает к зубам, теряется фестончатая форма десневого края. Присоединившееся воспаление патогенетического значения не имеет;
- при зондировании пародонтальные карманы не определяются;
- наблюдается обнажение шеек и корней зубов вследствие ретракции десны;
- наличие микробного или мягкого налета не характерно;
- пародонтоз часто сопровождается патологией твердых тканей зубов некариозного происхождения (эрозия эмали, клиновидный дефект, гиперестезия);
- зубы устойчивы даже при значительном обнажении их корней;
- по рентгенограмме определяется, что нет признаков воспалительной деструкции костной ткани: очагов остеопороза, расширения периодонтальной щели в пришеечной области. Снижена высота межзубных перегородок различной степени выраженности. Сохранена плотность костной ткани. В глубоких отделах альвеолярного отростка можно выявить признаки склеротической перестройки костной ткани (чередование очагов остеопороза и остеосклероза). Возможны изменения в других костях скелета. Для пародонтоза характерна симметричность поражения костных образований, равномерная атрофия межальвеолярных перегородок при сохранении замыкательной пластинки;
- выявляются заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, атеросклероз и др.), эндокринные нарушения и т.д.;
- показатели некоторых проб (например, Шиллера-Писарева, Ясиновского), а также количество десневой жидкости без отклонений от нормы;
- функциональными методами (реопародонтография, полярография, витальная микроскопия десен) выявляются выраженные расстройства микроциркуляции в тканях десны: бледный фон, снижение количества капилляров, изменение их формы, расположения, а также признаки выраженной гипоксии и т.д.;
- иммунологические изменения в отличие от пародонтита не выражены.

Таким образом, пародонтоз (особенно его начальные проявления) относится к трудно диагностируемым заболеваниям. Дифференциальная диагностика пародонтоза и пародонтита в стадии ремиссии должна строиться на анамнестических данных,

особенностях рентгенологической картины и результатах динамического клинического и рентгенологического наблюдения.

Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта (idios - составная часть греч. слов, означающая «особенный», «необычный» + pathos - страдание, болезнь, - возникающее без видимых причин, характеризующееся неясным происхождением). Т. И. Лемецкая указывает, что введение этого термина снимает ответственность с врача-стоматолога за выяснение общего заболевания.

В эту группу включены заболевания, не укладывающиеся по своим клиническим проявлениям и прогнозу в приведенные выше нозологические формы.

Для них характерны следующие признаки:

- неуклонное, как правило, быстрое прогрессирование выраженных процессов разрушения всех тканей пародонтального комплекса (десны, периодонта, костной ткани) на протяжении 2-3 лет, сопровождающееся выпадением зубов;
- сравнительно быстрое образование пародонтальных карманов с гноетечением, смещением и расшатыванием зубов;
- своеобразные рентгенологические изменения с преобладанием вертикального вида резорбции костной ткани и образованием костных карманов, кистообразный вид деструкции и полное растворение костной ткани (остеолиз) за сравнительно короткий период времени. Остеолиз, например, наблюдается у детей при синдроме Папийона-Лефевра, когда поражается пародонт молочного прикуса и выпадают временные зубы.

Необходимо хотя бы кратко рассмотреть заболевания пародонта при синдромных поражениях. Понятие «синдром» некоторыми авторами определяется как совокупность симптомов, объединенных общим патогенезом и проявляющихся в виде характерных признаков при некоторых патологических состояниях организма. К сожалению, синдромов, относящихся к поражению пародонта, отечественными стоматологами описано очень мало. Вместе с тем, нет оснований утверждать, что этот перечень, охватывающий 26 синдромных поражений, завершен. По-видимому, его пополнение будет происходить постепенно за счет более тесного научного сотрудничества стоматологов, пародонтологов, врачей других специальностей (педиатров, эндокринологов), генетиков, биологов.

Некоторые синдромные поражения:

- 1) Болезнь Леттера-Зиве в развившейся стадии характеризуется лихорадкой, бледностью кожных покровов, адинамией, похуданием и потерей аппетита, гепато- и спленомегалией, явлениями генерализованного пародонтита с прогрессирующим остеолитом альвеолярного отростка. По современным воззрениям, этот патологический процесс - острый диссеминированный гистиоцитоз Х.
- 2) Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена также относится к гистиоцитозу, но к его хронической диссеминированной форме. Для нее характерна кожная сыпь, резорбция костей черепа, экзофтальм, несахарный диабет, увеличение печени, селезенки, отит, генерализованный пародонтит.
- 3) Эозинофильная гранулема (доброкачественная локализованная форма гистиоцитоза Х) характеризуется быстро прогрессирующим генерализованным пародонтитом. Десны как бы отслаиваются от зубов. Поражения пародонта наблюдаются и при агаммаглобулинемии, акаталазии.

К пародонтомам относятся фиброматоз десен, эпюлис, пародонтальная киста и другие новообразования тканей пародонта первичного или метастатического характера, а также опухолеподобные патологические процессы в области пародонта.

К осложнениям заболеваний пародонта можно отнести:

- развитие ретроградного пульпита и других воспалительных заболеваний

челюстно-лицевой области (например, остеомиелита челюсти, абсцессов и флегмон лица и шеи);

- нарушение функции жевания и пищеварения;
- при длительном гноетечении из пародонтальных карманов возможно возникновение хейлита;
- хроническая интоксикация организма из-за наличия гноя в пародонтальных карманах и продуктами распада тканей пародонтального комплекса;
- постоянная аспирация гноем ведет к развитию бронхо-пульмональных осложнений;
- сенсibilизация организма;
- возникновение очагово-обусловленных заболеваний;
- нервно-психические расстройства из-за нарушения дикции, обезображивающего вида зубов, запаха изо рта и нарушение эстетики.

Исход заболеваний пародонта может быть различным. Начальные формы воспаления (гингивит) излечимы. При выраженных же воспалительных, воспалительно-деструктивных, дистрофических поражениях, их сочетаниях даже рационально проводимое лечение позволяет лишь приостановить прогрессирование патологического процесса (т.е. добиться ремиссии) на какое-то время и сохранить зубы от выпадения (или удаления).

СУЩНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА

Основные принципы лечения заболеваний пародонта:

1. Комплексность.
2. Последовательность.
3. Индивидуальность.
4. Систематичность.
5. Взвешенность и сбалансированность.

Комплексность (подходов при лечении):

- Этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, заместительное, реабилитационное, нетрадиционное.
- Терапевтическое, хирургическое, ортопедическое, ортодонтическое, физиотерапевтическое.
- Общее, местное.

Последовательность – лечение воспалительных заболеваний пародонта строится как поэтапная терапия, что предусматривает обоснованный выбор лечебных методов и средств воздействия на каждом этапе лечения.

Индивидуальность – необходимо проводить детальный анализ формы и тяжести поражения пародонта, особенности его клинического течения у конкретного пациента, а также наличия и характера сопутствующей патологии, состояния реактивности тканей полости рта и организма в целом.

Систематичность – с целью профилактики обострения воспалительных заболеваний пародонта необходимо проведение повторного лечения, то есть поддерживающей терапии. Интервалы между курсами лечения определяются индивидуально и зависят от тяжести и клинической картины заболевания у конкретного пациента.

Взвешенность и сбалансированность – выбор средств и методов лечения должен быть обоснованным и взвешенным, учитывать форму и степень тяжести процесса,

индивидуальные особенности пациента, величину возможного эффекта и его стоимость. Считается, что лечение болезней пародонта генерализованного характера должно быть комплексным. Индивидуальность комплексов для каждого больного обусловлена различием этиологических факторов, характером и степенью выраженности воспалительных, деструктивных и дистрофических изменений в тканях, а также данными клинико-лабораторных исследований. Чаще всего осуществляется комплексная терапия, направленная и на причину (этиотропная терапия), и на патогенез (патогенетическая терапия) и, при необходимости, – на ликвидацию отдельных проявлений заболевания (симптоматическая терапия); т.е. это – применение средств, методов и приемов разного целевого назначения в определенной последовательности и сочетаниях. Выявление необходимости и возможности применения причинного, патогенетического или симптоматического лечения основывается на точном диагнозе болезни и анализе проявлений ее у данного больного.

Цель комплексной терапии – усиление эффективности лечения заболевания пародонта. Достигается она решением ряда задач:

- усиление терапевтического влияния (при недостаточной выраженности действия одного приема, способа, манипуляции, применения лекарственного препарата);
- повышение вероятности лечебного эффекта (при неполном этиологическом и патогенетическом диагнозе);
- снижение дозы обладающего нежелательным действием препарата;
- нейтрализация нежелательного действия основного лекарственного средства;
- уменьшение негативных последствий агрессивного по своей сути хирургического вмешательства.

При проведении комплексной терапии необходим обоснованный выбор методов и средств воздействия на патологический очаг в пародонте и организм больного в целом, а также соблюдение логической последовательности применения различных методов и средств, а также сочетаний их.

Показания к выбору различных методов лечения, их комбинаций, последовательность применения определяются:

- клинической формой заболевания (гингивит, пародонтит, пародонтоз и т.д.);
- степенью (тяжестью) выраженности патологического процесса в пародонте;
- стадией патологического процесса;
- наличием сопутствующей соматической патологии (фоновое заболевание).

Последовательность и характер различных воздействий в комплексной терапии, например, при активном течении хронического генерализованного пародонтита:

1) Удаление наддесневых назубных отложений, обучение больного гигиеническим навыкам по уходу за зубами и полостью рта, контроль за выполнением их. В идеальном случае это должно быть достаточно для стихания воспалительного процесса. Однако в 92% случаев пациенты обращаются к специалистам в фазе обострения воспалительного процесса, и в таком случае в одно посещение проводить механическую обработку нельзя. Поэтому начальное лечение, как правило, оказывается экстренным лечением и предполагает:

1. вскрытие абсцессов,
2. удаление зубов с неблагоприятным прогнозом в зоне абсцедирования,
3. устранение явлений обострения,
4. эндодонтическое лечение,
5. лечение язвенных и язвенно-некротических процессов.

Только после устранения острого воспаления можно приступить к снятию назубных отложений.

Применяется несколько способов удаления т.н. зубного камня:

- химический,
 - механический,
 - ультразвуковой. При распространении ультразвука в жидкой среде возникает эффект кавитации - образования пульсирующих пузырьков, заполненных паром, газом или их смесью. Кавитационные пузырьки пульсируют, сливаются, порождая сильные гидродинамические возмущения в жидкости, микропотоки, эрозию поверхности твердых тел (например, «зубного» камня), граничащих с кавитирующей жидкостью, которая одновременно является и соединяющей, и охлаждающей средой. Различная форма насадок позволяет удалять любые видимые отложения «зубного камня» за один сеанс.
 - пескоструйный метод обработки поверхности зубов с использованием аппаратов серии Air Flow S, принцип работы которого заключается в применении реактивной струи аэрозоля, содержащего воду и частицы порошка бикарбоната натрия со вкусом сладкого лимона, что кроме снятия налета обеспечивает и максимальный комфорт пациенту.
- Наиболее распространенный пока механический («ручной») способ, который осуществляется с помощью набора специальных инструментов, является более трудоемким (выигрыш во времени при использовании ультразвуковых инструментов может составлять 50%). Следует обратить внимание на необходимость после «ручного» удаления «камня» тщательного сошлифовывания поверхности в области шейки и участков зуба, где был прикреплен этот «камень», с помощью рапильной гладилки, финиров, полиров, специальных щеточек, насадок и т.д.
- Кроме того, устранение местных раздражителей предусматривает ликвидацию дефектов пломбирования и протезирования (удаление избытка пломбировочного материала из межзубных промежутков; снятие и замену глубоко продвинутых под десну коронок; замену неправильно сконструированных мостовидных протезов и т. д., если последняя не планируется как отдельный этап лечения позже), устранение пришеечных кариозных полостей, эмалевых капель, борозд на корневых поверхностях.

2) Избирательное пришлифовывание зубов проводится до терапевтических и хирургических мероприятий или параллельно с ними. Существует два метода пришлифовывания - предварительное и окончательное. Первое заключается в сошлифовывании (укорочении) выдвинувшихся зубов. Окончательное пришлифовывание выполняется в определенной последовательности. Сначала устраняются преждевременные контакты в различных видах окклюзии, затем - при движении нижней челюсти из центральной в переднюю и боковые окклюзии.

3) Местная медикаментозная терапия. Применяют, как правило, преимущественно антисептики, противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины. Предпосылками для применения многих из указанных препаратов должна быть доказанная эффективность и безвредность. Категорически запрещается применение в пародонтологии сильнодействующих и прижигающих средств.

Арсенал средств фармакотерапии заболеваний пародонта огромен, и выбор их определяется необходимостью воздействовать, с одной стороны, на микроорганизмы полости рта и пародонтального кармана, с другой, - на саногенетические и патогенетические звенья патологического процесса в пародонте. Первое, по существу, и есть химиотерапия. Второе – это воздействие на местное кровообращение, центральную и периферическую нервную систему, усиление процессов регенерации; это - общеукрепляющая, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, т. е. фармакотерапия, включающая принципы применения лекарственных средств с целью ликвидации либо прерывания или замедления развития болезни воздействием этих средств на причину болезни или ведущие звенья патогенеза, а также с целью устранения наиболее тягостных или прогностически неблагоприятных ее проявлений.

ПРОТИВОМИКРОБНЫЕ СРЕДСТВА.

Участие микроорганизмов не только в развитии воспалительных заболеваний пародонта (особенно гингивита и пародонтита), но и в их запуске вынуждает врача включать в комплекс лечебных мероприятий противомикробные средства (антисептики, антибиотики, фунгистатические, фунгицидные и антипротозойные препараты).

Антисептические средства содержат в себе:

- группу галоидов (хлорамин Б, йодиол, йодопирон);
- группу окислителей (перекись водорода, калия перманганат);
- группу красителей (этакридина лактат);
- группу разных антибактериальных препаратов природного происхождения (натрия уснинат, сангвиритрин, хлорофиллипт, эктерицид, лизоцим, полифепан, бализ и др.);
- группу препаратов для лечения протозойных инфекций (метронидазол, фазижин).

АНТИБИОТИКИ.

Антибиотики в прошлом широко применялись в пародонтологии.

Они даже при системном (т е парентеральном и энтеральном - (тетрациклин, аугментин, клиндамицин), не говоря уже о местном /тетрациклиновое волокно, доксициклиновый гель, миноцин в микрокапсулах/) применении дают только временный эффект (по данным различных авторов - от нескольких недель до 3 месяцев). С помощью только антибиотиков ликвидировать хронический генерализованный пародонтит невозможно.

При использовании антибиотиков должны быть соблюдены следующие условия:

- определена чувствительность микрофлоры пародонтального кармана к данному антибиотику;
- выявлена способность антибиотика диффундировать в ткани пораженного пародонта;
- достигнута достаточно низкая концентрация лекарственного препарата в очаге поражения, в то же время оказывающая терапевтический эффект;
- у антибиотика должна быть низкая токсичность;
- он должен быть индифферентным по отношению к организму хозяина,
- препарат должен быть эффективным в отношении патогенной микрофлоры;
- при использовании антибиотика непатогенная и сапрофитная микрофлора не должна образовывать резистентные формы,
- антибиотик должен использоваться строго по показаниям,
- должен осуществляться индивидуальный подбор антибиотика,
- должен быть обеспечен подбор адекватной дозировки антибиотика и продолжительности лечения;
- целесообразен мониторинг результатов лечения;
- должна быть оценена эффективность антибиотика при его повторном использовании одним и тем же пациентом.

Недопустимо систематическое применение антибиотиков для профилактики гингивита. Тем не менее, в ряде случаев антибиотики могут быть показаны:

- при проведении хирургических вмешательств на пародонте;
- в случае развития интенсивного и длительного воспаления в пародонте, сопровождающегося абсцедированием;
- при наличии выраженной соматической патологии (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации и т.д.).

ВИТАМИНЫ.

Основанием к назначению витаминов и комплексов последних с микроэлементами и другими биологически активными веществами служат широкий спектр действия этих препаратов, участие витаминов в обменных процессах, регенерации, стимуляции защитных сил организма.

Выявленный в нашей стране дефицит затрагивает не один какой-то витамин, а имеет характер сочетанной недостаточности витаминов С (у 90% населения), группы В (у 80%), витамина А (у 50%) и каротина, т.е. является полигиповитаминозом.

Дефицит витаминов обнаруживается не только весной, но и в летне-осенний, и таким образом, является постоянно действующим на человека неблагоприятным фактором. Витаминный дефицит имеется не у какой-то ограниченной категории людей, а является уделом практически всех возрастных и профессиональных групп населения во всех регионах страны.

Кроме того, сахар в России потребляется в два раза больше рекомендуемых величин, 70% населения страны живут в состоянии затяжного психоэмоционального и социального стресса.

Витаминные комплексы наиболее эффективны на начальных этапах развития патологии пародонта. Следует однако помнить, что и витаминные препараты не безвредны (например, интоксикация витамином А при передозировке последнего, аллергические реакции при парентеральном введении тиамин). Наибольшее распространение в пародонтологии получили витамины С, А, Е, группы В.

Появились сообщения о применении препаратов метаболического действия в комплексном лечении больных пародонтитом. Первое «метаболическое пособие» включало (внутримышечно или per os) назначение кофакторов и субстратов цикла Кребса (тиамин-пирофосфата в виде кокарбоксилазы, рибофлавинмононуклеотида, пантотоната кальция, лимоната, липоевой кислоты), направленное на оптимизацию обменных внутриклеточных процессов на уровне митохондрий, за счет усиления продукции АТФ. Второй комплекс (цианокобаламин, пиридоксальфосфат, фолиевая и глутаминовая кислоты, пангамат кальция, рибоксин, оротат калия) назначался для стимуляции биосинтетических процессов, метаболической регуляции обмена липидов, белков и стабилизации биомембран.

О сложности использования такого «метаболического пособия», кроме финансовых издержек, свидетельствует и необходимость проведения цитохимического анализа для определения ферментативной активности лимфоцитов периферической крови.

Значительное место в лечении заболеваний пародонта в прошлом занимали препараты стимулирующей терапии.

Выбор препаратов этой группы диктуется формой заболевания пародонта и общим состоянием организма. В любом случае стимулирующей терапии должно предшествовать изучение исходного фона защитных сил организма и оценка иммунологического статуса. Существуют определенные противопоказания к этому виду терапии.

Все биостимуляторы не рекомендуется использовать при активном течении патологического процесса в пародонте, особенно с выраженным воспалительным компонентом (абсцедирование, гноетечение из пародонтальных карманов, быстро прогрессирующая деструкция костной ткани альвеолярного отростка). Абсолютным противопоказанием служат: беременность, новообразования, гормональные расстройства, аллергические реакции, декомпенсированные заболевания внутренних органов.

Средства стимулирующей терапии разнообразны и многочисленны. Наибольшее распространение в пародонтологии получили стимуляторы растительного и животного происхождения. Все они условно подразделяются на средства неспецифического (метиурацил, пентоксил, препараты алоэ, препараты на основе морских и лиманных

грязей, микробные полисахариды, некоторые витамины и т.д.) и специфического действия (неробол, ретаболил, каль-цитрин, левамизол, нуклеинат натрия).

Уже на ранних стадиях развития гингивита и пародонтита поражение тканей отчетливо напоминает реакцию повышенной чувствительности замедленного типа. Для коррекции этих изменений применяют антигистаминные средства, кортикостероиды, гистаглобулин, ферменты, расщепляющие гистамин, и другие. Пародонтологи обычно прибегают к неспецифической десенсибилизирующей терапии. С этой целью применяют препараты кальция (глюконат, глицерофосфат).

Микробная токсемия (эндотоксикоз) составляет значительную долю интоксикации организма, которая не только сопутствует генерализованному пародонтиту, но и сама является важным фактором патогенеза последнего. Большое значение в борьбе с токсемией приобрели инфузионные препараты, предназначенные для связывания (сорбции) и выведения из организма токсических веществ. Наиболее эффективными из таких средств являются препараты на основе низкомолекулярного поливинилпирролидона (гемодез, неогемодез), особенно при тяжелом течении генерализованного пародонтита, сопровождающегося обострениями процесса, в том числе и абсцедированием установлено, что внутривенное введение указанных препаратов не только улучшает общее состояние организма за счет снижения интоксикации, но и уменьшает отек десен, кровоточивость их, снижает вероятность послеоперационных осложнений после пародонтальных операций, ускоряет заживление ран.

Установлено, что одним из факторов развития воспалительных заболеваний генерализованного характера у молодых лиц является дезадаптация к хроническому психоэмоциональному напряжению. Наличие изменений в функциональном состоянии нервной системы у больных с патологией пародонта (особенно в стадии напряжения механизмов адаптации) предусматривает назначение неспецифических адаптогенов (поливитаминных комплексов, экстракта элеутерококка, фитина), а в стадии недостаточности адаптации - применение симпатолитических препаратов (резерпина, пирроксана, анаприлина, перед сном - транквилизаторов). При соматизированных депрессиях, сопровождающихся беспокойством, тревогой, нозофобиями, показаны антидепрессанты с седативно-анксиолитическим действием (амитриптилин, азафен).

ИММУНОТЕРАПИЯ.

В ряде случаев традиционные методы лечения больных с заболеваниями пародонта из-за изменений в системе иммунитета не эффективны. Дисфункция иммунной системы как раз и является тем фоном, на котором болезнь приобретает хроническое, рецидивирующее течение. В связи с этим включение в лечебный комплекс иммуностимулирующих препаратов логично, но применение иммуномодулирующих, иммуностимулирующих, иммунокорректирующих средств без учета сложившихся функциональных систем организма за пределами очага воспаления в пародонте имеет пределы клинической эффективности. Иммунотерапия заболеваний пародонта должна проводиться крайне осторожно!!! Ей должны предшествовать тщательный анализ иммунограммы и оценка возможности лекарственной иммунокоррекции. О некоторых из таких препаратов (тималин, левамизол, миелопид, имудон) имеются отдельные сообщения.

ОЗОНОТЕРАПИЯ.

Побочные эффекты и аллергические реакции на антибиотики, приобретение устойчивости к ним микрофлорой пародонтальных карманов привели к мысли использования озонотерапии воспалительных заболеваний пародонта. Озон отличается от антибиотикотерапии по трем важным аспектам: 1) озон даже в высоких дозах не

оказывает негативных воздействий на человеческий организм; 2) для озона не существует устойчивости микроорганизмов;

ФЕРМЕНТЫ.

Так как помимо микроорганизмов в патогенезе воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта важную отрицательную роль играют продукты тканевого и бактериального распада, то для расщепления, отторжения и выведения из очага поражения используют протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, химопсин, рибонуклеаза и др.).

Наличие в пародонтальном кармане гноя, продуктов распада тканей, приводящих к интоксикации организма, позволили предложить аппликационные сорбенты (гелевин, дигиспон) для повышения эффективности «местного» лечения пародонтита. Выявленные нарушения перекисного окисления липидов и снижение активности антиоксидантной системы послужили основанием для местного применения у таких больных патогенетически обоснованной антиоксидантной терапии с помощью олифена.

Требует дальнейшего изучения методика лечения пародонтита с использованием гидроокиси меди-кальция, предложенная немецкими пародонтологами. Она предусматривает:

- тщательное удаление назубных отложений;
- обработку поверхности зуба в два этапа специальными жидкостями;
- введение в пародонтальные карманы на турундах или с помощью гладилки гидроокиси меди-кальция, имеющую консистенцию густой сметаны. Процедуру необходимо повторять 2-3 раза с интервалом 2-3 недели.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА.

Важное значение в лечебном комплексе имеет противовоспалительная терапия. Из лекарственных препаратов, применяемых с этой целью, выделяют:

- стероидные препараты,
 - нестероидные противовоспалительные средства,
 - иммунодепрессивные средства,
 - растительные препараты.

С учетом роли сосудистых и микроциркуляторных нарушений в генезе как пародонтита, так и пародонтоза назначают терапию, направленную на устранение спазма сосудов и улучшение микроциркуляции (ксантинола никотинат или компламин, галидор, пармидин, гливенол и т.д.).

При выборе лекарственных средств для лечения пародонтологического больного стоматолог должен придерживаться ряда принципов:

- отказ от сильно действующих препаратов;
- чередование применяемых лекарственных средств;
- критический анализ их возможностей;
- знание побочных эффектов лекарственной терапии;
- учет соотношения ожидаемой пользы и возможного вреда;
- сведение к минимуму лекарственной нагрузки на больного;
- готовность пациента по финансовым соображениям выполнить назначения врача;
- четкое знание этиологии и патогенеза заболевания;
- учет характера процесса и особенностей его течения у данного больного и т.д.

4) Удаление зубов с подвижностью последних III степени; депульпирование зубов при подвижности II-III степени и значениях ЭОМ более 30 мкА с пломбированием каналов штифтами и эндогерметиками.

Удалению подлежат зубы при:

- наличии обширных периапикальных или пародонтальных костных дефектов;
- подвижности 3 степени с утратой костной ткани более чем на 70% по высоте;
- деструкции кости в области бифуркации и ниже апекса;
- генерализованной утрате кости с ее сохранением на 3 мм в области верхушки;
- глубоких костных карманах с поражением пульпы;
- глубоким раздвоении корней.

5) Изготовление имедиатпротеза или частичного съемного протеза (например, при удалении фронтальных зубов) относится к методам профилактики функциональной перегрузки остающихся не удаленными зубов и является, по существу, примером непосредственного протезирования. Протез изготавливается до удаления зубов и накладывается сразу же после операции.

6) Временное шинирование зубов со II-III степенями подвижности (при сохранении костной ткани более одной трети высоты в апикальной области) с помощью композитных материалов, различного рода лигатур.

Показаниями для временного шинирования также являются:

- а) закрепление результатов терапевтического и хирургического лечения;
- б) трудность прогнозирования состояния отдельных зубов или их групп сразу после проведения консервативных и хирургических манипуляций;
- в) удаление зубов (на период заживления лунки).

7) Кюретаж, открытый кюретаж, лоскутные операции, пластика уздечки, углубление преддверия полости рта. Выбор вида хирургического вмешательства определяется глубиной пародонтальных карманов, состоянием всего пародонтального комплекса и др. Эффект комплексной терапии во многом определяется своевременностью и качеством этих хирургических вмешательств. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта эффективны, если им предшествует тщательная подготовка, особенно освоение и соблюдение больным как в период подготовки, так и в последующем требований по уходу за полостью рта. Они же строго обязательны и в послеоперационном периоде.

Существует большое количество методик хирургического лечения заболеваний пародонта, которые рассматриваются как в учебниках по хирургической стоматологии, так и в руководствах по пародонтологии :

- кюретаж;
- открытый кюретаж,
- криохирургия,
- гингивотомия,
- гингивэктомия;
- лоскутные операции: а) корригирующие край десны; б) лоскутные операции с применением средств, стимулирующих репаративные процессы в пародонте;

- операции по формированию /как правило, углублению/ преддверия полости рта и перемещению уздечки.

По данным Е. В. Боровского, 19-25% больных в возрасте 35-44 лет с заболеваниями пародонта нуждаются в лоскутных операциях, 40-45% – в открытом кюретаже, а 90% – в протезировании. Е. В. Боровский и соавт. [1984] считают, что к кюретажу при пародонтите в начальной стадии заболевания можно приступить через 5-7 дней, а при развившейся стадии – через 10-12 дней от начала освоения больным гигиены полости рта. (Кстати, итальянские пародонтологии доводят этот срок подготовки к оперативным вмешательствам до нескольких месяцев). Показанием к кюретажу является глубина пародонтального кармана 4 мм; к «открытому» кюретажу – до 5 мм. При глубине пародонтального кармана 5-8 мм необходимо прибегать к таким операциям, как гингивопластика, лоскутные операции и их модификации. При глубине клинического кармана более 8 мм показано удаление зуба. При подвижности зубов II-III степени оперативному вмешательству предшествует временное или постоянное шинирование. Лечебно-защитные десневые повязки на основе аспириновой, бутадиеновой, гепариновой мазей они рекомендуют накладывать только после кюретажа. Мы с целью защиты послеоперационного поля используем аэрозольные клеевые композиции, клей КЛ-3 и другие материалы, особенности применения и отдаленные результаты использования которых отражены в ряде наших публикаций. С целью сохранения и организации кровяного сгустка никаких лекарственных веществ в карман, как правило, не вводят. Противопоказаниями к кюретажу являются: абс-цедирование, обильное гноетечение из пародонтальных карманов, глубокие костные карманы, язвенно-некротические процессы на десне и на слизистой оболочке других отделов рта. На конечный результат хирургических вмешательств в области пародонта оказывают воздействие ряд факторов (возраст больного, состояние его организма, соблюдение больным рекомендаций врача, строгое следование правилам хирургической техники и т.д.).

В последние годы (особенно за рубежом) стали использовать различные мембраны (не деградируемые /которые в последующем должны удаляться/ и биodeградируемые) для выведения из контакта поверхности корня и слизисто-надкостничного лоскута, для исключения прорастания ротового эпителия десны в «бывший» пародонтальный карман, так как клетки пародонта регенерируют медленнее, чем эпителий десны прорастает в апикальном направлении. К сожалению, эти операции из-за высокой стоимости указанных барьерных мембран и определенной сложности вмешательств широкого распространения в России пока не получили.

8) Изготовление постоянных шинирующих протезов (обычно – спустя 3-6 месяцев после выполнения пунктов 1-7 указанной схемы последовательности действий стоматолога и определения исхода лечения для каждого пораженного зуба). Постоянные шины делятся на несъемные и съемные. Последние показаны при генерализованном поражении пародонта с равномерной резорбцией альвеолярного отростка не более чем на одну вторую длины корня по рентгенограмме; в начальной стадии заболевания для устранения или ослабления горизонтальной перегрузки, как профилактические аппараты. Несъемные шины показаны при наличии зубов с различными степенями подвижности, для устранения перегрузки в вертикальном направлении.

В заключение необходимо напомнить, что пародонтолог (стоматолог) должен лечить данную болезнь у конкретного больного, используя весь возможный комплекс лечебных методов, а не применять монотерапию, какой бы заманчивой и «модной» она ни была.

В комплексном консервативном лечении заболеваний пародонта одним из важнейших составляющих являются физические методы. Они могут быть включены в комплексную терапию только после проведения местного противовоспалительного лечения, удаления «зубных» отложений. **ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ**

ПРОЦЕДУРЫ проводятся, как правило, на завершающем этапе консервативной терапии. Физические факторы можно использовать в сочетании с лекарственными средствами.

Из физических факторов в пародонтологии нашли широкое применение массаж, гидро- и бальнеотерапия, электро- и светолечение. Большинство из указанных физических факторов используются в комплексной терапии заболеваний пародонта при любой форме (пожалуй, кроме идиопатических заболеваний и пародонтом), степени тяжести, как при хроническом течении, так и в период обострения, но во всех случаях - при отсутствии противопоказаний, обусловленных общим состоянием организма.

Противопоказаниями к назначению физических методов лечения являются:

- тяжелое общее состояние организма, резкое истощение последнего;
- склонность к кровотечениям;
- злокачественные новообразования любой локализации;
- болезни крови;
- резко выраженная сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность;
- нарушения функции печени и почек;
- эпилепсия с частыми припадками;
- истерия и психозы с явлениями психомоторного возбуждения;
- эндокринные заболевания тяжелой степени;
- непереносимость тех или иных физиопроцедур.

Физиотерапевтические процедуры оказывают многообразное действие на организм человека в целом и на пародонт в частности. Эффективность комплексной терапии заболеваний пародонта повышается при соблюдении ряда принципов лечебно-профилактического использования физических факторов:

- диалектического единства теории и практики;
- учета единых механизмов действия как физических факторов, так и единых механизмов саногенеза;
- единства этиотропного, патогенетического и симптоматического подходов;
- малых дозировок;
- адекватности воздействий;
- индивидуализации физиотерапии;
- динамизма лечения;
- комплексности воздействий;
- варьирования параметров воздействия;
- преемственности в проведении лечебных мероприятий.

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ.

Наибольшее распространение среди физических факторов получил лекарственный электрофорез, так как он имеет ряд особенностей и преимуществ, выгодно отличающих его от других способов введения лекарственных веществ в ткани и организм в целом:

- вводится небольшое количество вещества;
- введение последнего осуществляется медленно;
- имеет место более длительное пребывание лекарственного вещества в организме из-за медленного выведения препарата из очага введения;
- создается депо действующего препарата;
- в ткани вводится наиболее активная ионная форма лекарственного вещества;
- имеет место сочетанное действие активной формы лекарственного препарата и постоянного электрического тока непосредственно в очаге поражения (так называемый электрофармакологический лечебный комплекс);
- повышается физиологическая активность тканей, что рассматривается как один из механизмов биостимулирующего действия гальванизации;
- лекарства, вводимые в организм методом электрофореза, значительно реже

вызывают аллергические реакции.

Терапевтический эффект электрофореза лекарственных веществ заключается в:

- улучшении кровообращения,
- стимуляции лимфообращения,
- активации трофических процессов,
- увеличении в тканях АТФ и напряжения кислорода,
- повышении фагоцитарной активности лейкоцитов,
- усилении выработки антител,
- повышении в крови свободных форм гормонов и усиленной их утилизации тканями,
- противовоспалительном и рассасывающем действии.

Показанием к назначению лекарственного электрофореза служат практически все заболевания пародонта (кроме, разумеется, идиопатических и пародонтоз).

Для оказания рассасывающего, противовоспалительного и трофического эффектов при лечении, например, катарального гингивита назначают электрофорез глюконата кальция, витаминов С и РР.

Со склерозирующей целью при гипертрофическом гингивите используют электрофорез гепарина, а также кальция и хлора из 10% раствора хлорида кальция.

Для получения противовоспалительного эффекта при хроническом генерализованном пародонтите используют электрофорез террилитина, лизоцима.

Электрофорез витамина С способствует нормализации проницаемости капилляров, витамина Р - уменьшению проницаемости стенки сосудов.

Широко используется также электрофорез вазоактивных веществ (гливенола, трентала и др.).

Для лечения генерализованного пародонтита, протекающего на фоне хронического психоэмоционального напряжения, электрофорез оксибутирата натрия, а при пародонтите на фоне язвенной болезни – электрофорез синтетического нейропептида даларгина.

Доказана высокая эффективность комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у женщин, находящихся в условиях дефицита эстрогенов после овариэктомии, с использованием комбинации климонорма и электрофореза на область десен фторида натрия.

ДАРСОНВАЛИЗАЦИЯ.

Под влиянием дарсонвализации также проявляются вазомоторные реакции: повышается тонус капилляров, артериол и венул, увеличивается циркуляция в артериальном и венозном руслах, появляется активная гиперемия, снимается спазм сосудов, улучшается трофика тканей, стимулируется тканевой обмен и неспецифические факторы защиты.

Показанием к проведению дарсонвализации служат: катаральный гингивит, хронический генерализованный пародонтит всех степеней тяжести в стадии ремиссии, пародонтоз.

УЛЬТРАТОНТЕРАПИЯ.

Благодаря ультратонтерапии (используется аппарат «Ультратон ТНЧ-10»), уменьшается спазм и увеличивается проницаемость сосудов, активизируется гемодинамика и фагоцитоз. Ультратонтерапия показана при хроническом катаральном гингивите и пародонтите в стадии обострения, в том числе при абсцедировании.

ФЛЮКТООРИЗАЦИЯ (применение с лечебной целью синусоидального переменного тока, беспорядочно меняющегося по амплитуде и частоте) оказывает противовоспалительный, болеутоляющий, рассасывающий, регенерирующий эффекты. Показана она при обострении хронического генерализованного пародонтита средней и тяжелой степени с гноетечением из пародонтальных карманов.

ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ десневых сосочков целесообразна при гипертрофическом гингивите («электронож»).

СВЕТОЛЕЧЕНИЕ. Занимает важное место в комплексной терапии заболеваний пародонта. С лечебной целью применяют ультрафиолетовое излучение (УФО). Для

непосредственного воздействия на патогенную флору пародонтальных карманов лучше применять короткие УФ лучи либо с помощью специального тубуса аппаратом ОН-7, ОКУФ-5М, либо переносным облучателем при широком обнажении десен с помощью зеркал-расширителей. Излучение гелий-неонового лазера (ИГНЛ) применяют в комплексе с хирургическими методами лечения пародонтита (кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия и др.). С помощью лазерного полупроводникового физиотерапевтического аппарата «Оптодан» достигается выраженное противовоспалительное, противоотечное действие, стимулируется микроциркуляция, нормализуется проницаемость сосудистых стенок.

МАССАЖ. Применение его при патологии пародонта рассчитано на улучшение циркуляции крови и лимфы, активизацию обмена веществ, улучшение трофики тканей, уменьшение атрофии, снижение отека, застоя в мягких тканях пародонта. В комплексном лечении заболеваний пародонта могут быть использованы все виды массажа (вакуумный, вибрационный, аутомассаж, гидромассаж). Массаж показан при хронических воспалительных заболеваниях пародонта, пародонтозе.

ГИДРОТЕРАПИЯ. В пародонтологической практике используют три фактора гидротерапии: температуру, давление, химические добавки (в том числе и лекарственные вещества).

Высокоэффективным методом лечения гингивита и пародонтита является использование плазменного потока аргона.

Физиотерапия не показана при лечении идиопатических заболеваниях пародонта.

Исключается использование физических факторов, усиливающих функцию остеокластов и, следовательно, рассасывание костной ткани. Применение физических воздействий, приводящих к активной гиперемии (диатермия, УВЧ и др.), должно быть ограничено, так как она (гиперемия) может вызвать обострение воспалительного процесса в пародонте, активацию «васкулярной» резорбции костной ткани,

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ - одна из методик оксигенотерапии - показана для лечения пародонтоза.

Рабочий контакт пародонтологов и врачей общесоматического профиля при определении показаний и противопоказаний в тактике общего лечения заболеваний пародонта, к сожалению, не всегда возможен. И стоматологу (пародонтологу) во многом приходится полагаться на свои знания и опыт. Тем не менее от консультаций со своими коллегами по этим вопросам отказываться нельзя.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.

Вопросам профилактики болезней пародонта до настоящего времени не уделяется должного внимания. Как не существует одной причины возникновения этих заболеваний, одного метода лечения болезней пародонта, так нет и не может быть одного способа их предупреждения.

Профилактика подразделяется на первичную, вторичную и третичную.

Под системой первичной профилактики понимают комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения стоматологических заболеваний (в том числе и болезней пародонта), включающих использование всех изученных на данном этапе развития медицины и общества методов профилактики по специальным программам и при активном участии служб здравоохранения, просвещения и самих групп населения.

Комплексная система профилактики строится в соответствии с современными представлениями об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта, а также с учетом возраста человека, социальных и экономических условий.

Комплекс профилактических мероприятий можно условно подразделить на следующие основные группы:

мероприятия общего характера;
мероприятия местного характера;
выявление ранних форм заболеваний и предупреждение прогрессирования их (вторичная профилактика);
лечение развившихся заболеваний, предупреждение осложнений, обострений и рецидивов заболеваний пародонта (третичная профилактика);
гигиена полости рта;
санпросветработа;
диспансеризация больных.

К основным из указанных мероприятий относятся:

- соблюдение общего рационального образа жизни,
 - сбалансированное питание, рациональная гигиена полости рта,
 - активная санитарно-просветительская работа методом медико-педагогического убеждения, т.е. всего того, что входит в понятие «первичная профилактика заболеваний».
- К вспомогательным - устранение первичной и вторичной травматической окклюзии, корригирующая гимнастика.

Мероприятия общего характера - это комплекс санитарно-гигиенических установлений, «норм», благоприятствующих правильному, гармоничному развитию личности.

И проводятся эти мероприятия, следовательно, должны с самого раннего возраста.

Очень важен контакт стоматолога с педиатрами, а в последующем - и с другими специалистами медицинского профиля.

Главными мероприятиями местного характера являются:

своевременное лечение гингивитов, выступающее как важный элемент вторичной профилактики по отношению к пародонтиту и осуществляемое как в плановом порядке, так и по программе диспансеризации;
регулярное проведение терапевтического и хирургического компонентов санации полости рта с удалением «зубных» отложений;
своевременное протезирование и ортодонтическое лечение;
улучшение кровоснабжения тканей пародонта путем применения как средств физиотерапии, так и механотерапии (способ предупреждения пародонтоза).

Для профилактики обострений пародонтита и «рецидивов» других воспалительных заболеваний пародонта (гингивита) применимы все те же мероприятия, о которых уже говорилось. Основным в данной ситуации должна быть системность, комплексность в лечении и наблюдение за больными, что может быть обеспечено только диспансеризацией.

Скрупулезное соблюдение пациентами правил индивидуальной гигиены полости (с регулярным контролем за этим процессом со стороны врача-стоматолога и проведением им профессиональной гигиены с помощью специальных инструментов, аппаратов, приспособлений и медикаментов) – обязательное и необходимое в жизни современного человека условие для получения хорошего не только лечебного, но и профилактического эффекта. Успешно проведенная профессиональная гигиена трансформирует стрессовый комплекс, связанный с посещением стоматологического кабинета, в позитивное сотрудничество врача и пациента.

Важно не только то чем, но и как пациент чистит зубы. Целесообразны также такие гигиенические мероприятия как: полоскания рта различными «ополаскивателями», кипяченой водой после каждого приема пищи, применение флоссов («зубных» нитей), специальных наконечников для массажа межзубных промежутков, специальных «ершиков» для удаления остатков пищи и налета из межзубных промежутков, зубных щеток. Необходимо напомнить о контроле за качеством ухода за полостью рта путем определения, например, гигиенического индекса Федорова-

Володкиной (в норме он равен 1,1-1,3 балла) или применения растворов различных красителей.

Диспансеризация в настоящее время - сложная медико-социальная проблема. Это система работы врачей и лечебно-профилактических (в том числе и стоматологических) учреждений, заключающаяся в:

- определении состояния здоровья каждого индивида;
- дифференцированном активном динамическом наблюдении за здоровыми лицами, имеющими факторы риска развития заболеваний, и за больными;
- выявлении и устранении причин, вызвавших заболевания, устранении вредных привычек;
- своевременном проведении лечебно-оздоровительных мероприятий;
- обеспечении взаимосвязи и преемственности в работе всех типов лечебных учреждений для повышения качества лечебно-оздоровительных мероприятий.

В организационном плане диспансеризация отдельных групп населения складывается из нескольких последовательных этапов:

- отбор лиц для диспансерного наблюдения;
- взятие их на учет;
- составление плана диспансеризации;
- реализация плана диспансерного наблюдения;
- анализ диспансерной работы (экспертиза эффективности диспансеризации).

Для учета эффективности проводимой диспансеризации предложены показатели диспансеризации, которые не потеряли своей значимости и в настоящее время:

- количественные: 1) процент больных, впервые взятых на учет в данном году ко всем больным, состоящим на учете; 2) процент больных, снятых с учета в текущем году; 3) процент диспансерных больных, не наблюдавшихся в текущем году;
- качественные показатели диспансеризации: 1) частота «рецидивов» (точнее - обострений) в среднем на одного диспансерного больного; 2) длительность ремиссии в среднем на одного диспансерного больного; 3) процент больных с клинической ремиссией, подтвержденной данными рентгенологического исследования.

В настоящее время можно говорить о трех формах специализированной пародонтологической помощи:

- выделение врача для оказания лечебной помощи лицам с заболеваниями пародонта,
- создание специального пародонтологического кабинета;
- организация специализированного пародонтологического отделения (пародонтологического центра).

Врач пародонтологического кабинета при наличии в качестве помощника одной медсестры может взять на диспансерный учет и лечение 300-350 пародонтологических больных, врач-стоматолог терапевтического или «смешанного» профиля – 75-80 больных. Документацией при диспансеризации служат карта диспансерного наблюдения (форма 030/у), медицинская карта стоматологического больного (ф. 43/у), операционный журнал.

Эффект лечения достигнут, если:

- а) глубина пародонтального кармана не увеличивается;
- б) если костная ткань (определяется по рентгенограмме) не резорбируется.

При снятии больных с диспансерного учета необходимо руководствоваться следующими критериями:

больные, страдающие гингивитами и локализованными формами пародонтита, могут быть сняты с учета через 2-3 года наблюдения при условии отсутствия у них в течение этого срока клинических симптомов заболевания, подтвержденных рентгенологически;

критериями снятия с учета больных пародонтозом служит стойкая стабилизация процесса, также подтвержденная рентгенологически;

больные пародонтитом должны находиться на диспансерном учете не менее 4-5 лет. Отсутствие у них прогрессирования процесса, а также наличие стойкой стабилизации процесса могут служить критерием для снятия с учета;

срок наблюдения за больными с идиопатическими заболеваниями пародонта зависит от течения основного заболевания, от успешности лечения последнего, проводимого интернистом;

всем больным, снятым с диспансерного учета, рекомендуются ежегодные осмотры и наблюдение у участковых стоматологов на общих основаниях. При наличии у пародонтолога диспансерной группы из 300 человек ежегодно сниматься с учета может не более 50 человек.

Считается, что лица старше 50 лет, а также страдающие тяжелыми соматическими заболеваниями, диспансеризации не подлежат. Они получают помощь по обращаемости.

Причины безуспешного лечения заболеваний пародонта могут быть обусловлены различными обстоятельствами и условно их можно разделить на три группы:

А. Зависящие от врача.

бесплановое лечение пациента без учета его индивидуальных особенностей;

растянутость курсов лечения;

отсутствие взаимодействия стоматолога (пародонтолога) с врачами общего профиля и со своими коллегами-стоматологами (ортопедами, хирургами) при лечении больных с патологией пародонта;

игнорирование жалоб больных на состояние пародонта в начальной стадии заболевания, наиболее благоприятной для лечения;

недостаточное (или неполноценное) устранение местных факторов, поддерживающих воспалительные явления в пародонте;

злоупотребление «сильными» антисептиками, применение прижигающих веществ;

упование на панацею только из одних лекарственных средств, недоучет важности и последовательности терапевтических, физиотерапевтических, хирургических и ортопедических манипуляций, разумного сочетания их, составляющих сущность комплексной терапии;

неадекватное хирургическое лечение;

неправильное ведение послеоперационного периода;

наложение слишком давящей защитной десневой повязки и реакцией слизистой на ее компоненты;

недостаточное проведение санпросветработы;

игнорирование диспансеризации;

консервативное лечение терминальных стадий заболеваний пародонта с попытками сохранения большого количества зубов, подлежащих безусловному удалению.

Б. Зависящие от больных:

несоблюдение пациентами гигиены полости рта;
нерегулярное посещение ими врача, что удлинит курс лечения и оказывает огромное влияние на его конечный результат;
недостаточно тщательное выполнение назначений и рекомендаций лечащего врача;
ложная уверенность и убежденность больного в том, что лечение заболеваний пародонта должно проводиться врачом и только в лечебном учреждении и только тогда, когда туда явится больной.

В. Причины «общего» порядка:

трудности выявления причин заболеваний пародонта;
наличие у пациента сопутствующей (фоновой) патологии;
отсутствие стандартов врачебных манипуляций и оценки эффективности лечения заболеваний пародонта;
отсутствие диспансерного наблюдения и четкой организации пародонтологической помощи в регионах и РФ в целом;

Пародонтологическую помощь получает 1-2% населения страны. Исправить негативную ситуацию с пародонтологической помощью населению поможет внедрение трёхуровневой системы организации последней:

- 1 уровень - стоматологические кабинеты школ, учебных заведений, городских и районных поликлиник, где работают стоматологи-терапевты и врачи, ведущие «смешанный» прием;
- 2 уровень - районные и городские стоматологические поликлиники с наличием профильного (терапевт, хирург, ортопед) приема;
- 3 уровень - стоматологические учреждения, имеющие в своей структуре пародонтологические кабинеты (отделения, центры) и штат пародонтологов, хирургов и ортопедов высокой квалификации, прошедших специальную подготовку по пародонтологии.

Список литературы: заболевания пародонта. Под общей редакцией профессора Ореховой Л.Ю