

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

Кафедра-клиника ортопедической стоматологии

Реферат: Тема: «Заболевание и лечение болезней пародонта»

Выполнил клинический ординатор 2 года:
Сафаров Рахматулло Мирзоалиевич
Специальность:
Стоматология ортопедическая Руководитель
ординатуры : Матвеев Виктор Андреевич

Красноярск, 2019 год

Содержание

- 1) Классификация заболеваний парадонта
- 2) Ортопедическое лечение пациентов с заболеваниями парадонта
- 3) Список литературы

Классификация заболеваний пародонта

Пародонт – это комплекс тканей, окружающих зуб и удерживающих его в альвеоле.

Составляющие:

десна; периодонт; цемент; альвеолярные отростки.

Клинические формы заболевания пародонта:

гингивит; пародонтит; пародонтоз; пародонтома.

Классификация пародонтопатий (ARPA)

I. *Parodontopathiae inflammatae*:

parodontopathia inflammata superficialis (gingivitis); *parodontopathia inflammata profunda (parodontitis)*.

II. *Parodontopathia dystrophica (parodontosis)*.

III. *Parodontopathia mixta (parodontitis dystrophica, parodontosis inflammatoria)*.

IV. *Parodontosis idiopathica interna (desmondontosis, parodontosis juvenilis)*.

V. *Parodontopathia neoplastica (parodontoma)*.

Приведенная классификация выделяет три основных процесса общей патологии — воспалительный, дистрофический и опухолевый. Пародонтоз (воспалительно-дистрофическая и дистрофическая формы) входит в понятие пародонтопатий.

Пародонтопатий, сопровождающиеся быстрым течением процесса и встречающиеся чаще у детей, при неясности этиологического фактора, объединены понятием десмонтоза. Быстрое разрушение тканей пародонта в детском возрасте наблюдается также при синдроме Папийона-Лефевра (кератодермия), болезни Леттерера-Зиве (острый ксантоматоз), болезни Хенда-Шюллера-Крисчена (хронический ксантоматоз), болезни Таратынова (эозинофильная гранулема), которые относят к гистиоцитозу Х. При этих заболеваниях неясной этиологии образуются пародонтальные карманы, содержащие гной, и развивается подвижность зубов.

Классификация болезней пародонта:

I. Гингивит — воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления. Форма: катаральный, гипертрофический, язвенный. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: острое, хроническое, обострение, ремиссия.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

II. Пародонтит — воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: острое, хроническое, обострение (в том числе абсцедирование), ремиссия.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

III. Пародонтоз — дистрофическое поражение пародонта. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: хроническое, ремиссия. Распространенность процесса: генерализованный.

IV. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта.

V. Пародонтомы — опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.

С точки зрения основного принципа (объединение всех известных видов поражений соединительной ткани), приведенная классификация не имеет слабых сторон, она помогает научно обосновать терапию и профилактику каждой формы заболевания пародонта.

Представляют интерес классификации последних лет (Lisqarten, 1986; Watanabe, 1991 и др.), особенно выделение быстротекущего пародонтита у взрослых (до 35 лет).

I. Препубертатный пародонтит (7—11 лет):

локализованная форма; генерализованная форма.

II. Ювенильный пародонтит (11—21 год):

локализованная форма (ЛЮП); генерализованная форма (ГЮП).

III. Быстротекущий пародонтит взрослых (до 35 лет):

у лиц, имевших ЛЮП или ГЮП в анамнезе; у лиц, не имевших ЛЮП или ГЮП в анамнезе.

IV. Пародонтит взрослых (без ограничения возраста).

Строение тканей пародонта*

*В англоязычных странах принят термин «периодонт». Отсюда «periodontal disease» — болезни периодонта (пародонта).

Десна. Различают свободную (межзубную) и альвеолярную (прикрепленную) десну. Выделяют также маргинальную часть десны.

Свободной называется часть десны, располагающаяся между соседними зубами. Она состоит из губо-щечных и язычных сосочков, образующих межзубный сосочек, напоминающий по форме треугольник, вершиной обращенный к режущим (жевательным) поверхностям зубов.

Прикрепленной называется часть десны, покрывающая альвеолярный отросток. С вестибулярной поверхности прикрепленная десна у основания альвеолярного отростка переходит в слизистую оболочку, покрывающую тело челюсти и переходную складку; с оральной — в слизистую оболочку твердого неба на верхней челюсти или в слизистую

оболочку дна полости рта (на нижней челюсти). Альвеолярная десна неподвижно прикреплена к подлежащим тканям за счет соединения волокон собственно слизистой оболочки с надкостницей альвеолярных отростков челюстей.

Маргинальной обозначают часть десны, прилежащую к шейке зуба, где вплетаются волокна циркулярной связки зуба — маргинальный пародонт. Вместе с другими волокнами она образует толстую мембрану, предназначенную для защиты периодонта от механических повреждений. Свободная часть десны заканчивается десневым сосочком. Он прилежит к поверхности зуба, отделяясь от нее десневым желобком. Основную массу ткани свободной десны составляют коллагеновые волокна с включением эластичных волокон. Десна хорошо иннервирована и содержит различные виды нервных окончаний (тельца Мейснера, тонкие волокна, входящие в эпителий и относящиеся к болевым и температурным рецепторам).

Плотное прилегание маргинальной части десны к шейке зуба и устойчивость к различным механическим воздействиям объясняются тургором тканей, т. е. их внутритканевым давлением, создаваемым за счет высокомолекулярного межфибрилярного вещества.

Клинико-рентгенологически инволюционные изменения в тканях пародонта характеризуются атрофией десны, обнажением цемента корня при отсутствии пародонтальных карманов и воспалительных изменений в десне; остеопорозом (особенно постклимактерическим) и остеосклерозом, сужением периодонтальной щели, гиперцементозом.

Лечение заболеваний пародонта

Метод избирательного пришлифовывания

Показанием к применению метода является установление преждевременных контактов или наличие контактов только на отдельных зубах при смыкании челюстей в центральной, боковых и передних окклюзиях, а также установление контактов, которые блокируют движения челюсти в различных направлениях. Применяется как в начальной, так и в развившейся стадии процесса.

Преждевременные контакты возникают в результате неравномерной стираемости или отсутствия стираемости отдельных зубов либо их группы, изменения положения зубов вследствие поражения пародонта. Отсутствие антагонистов, соседнего зуба, повышенная стертость пломбы на окклюзионной поверхности антагониста, аномалии развития челюстей ведут к деформации окклюзионной поверхности зубного ряда.

В этих случаях проводят не избирательное пришлифовывание, а стачивание окклюзионной поверхности.

Терапевтический эффект от пришлифовывания и стачивания заключается в устранении

или значительном уменьшении вредного для пораженного пародонта горизонтального компонента жевательного давления, уменьшении пространственного смещения зуба, меньшего сдавления сосудов периодонта, а следовательно, снятия факторов, ухудшающих кровообращение и трофику тканей. Создание равномерных контактов на протяжении всего зубного ряда при движениях нижней челюсти (создание так называемой скользящей окклюзии) уменьшает удельное давление на ткани пародонта и также способствует нормализации кровообращения.

Выявление участков, на которых концентрируется давление при движениях нижней челюсти, проводят визуально при поэтапном смещении нижней челюсти из положения в центральной окклюзии в одно из крайних положений боковых окклюзии или вперед — до смыкания режущих краев передних зубов. Уточняют участки концентрации давления по всему пути смещения с помощью копировальной бумаги. Сошлифовывание проводят алмазными абразивными инструментами, снимая зоны окклюзионных контактов (рис. 161, 162). Обязательным условием при регуляции окклюзионных контактов является сохранение трех и более точечных контактов на окклюзионной поверхности группы жевательных зубов и линейного контакта в группе передних зубов (рис. 163). Несоблюдение этого правила впоследствии ведет к смещению зубов, у которых после стачивания создан контакт в одной точке. Недопустимо выключение зубов из окклюзионных контактов.

Правильность создания скользящей окклюзии определяется визуально и пальпаторно по снятию подвижности зуба при окклюзионных движениях.

рис. 161. Сошлифовывание участков зубов, блокирующих движение нижней челюсти (показаны зубы правой стороны), а — в области передних зубов: 1 — при сагитальном движении челюсти; 2 — для изменения степени резцового перекрытия; б — в области боковых зубов: 1 — при сдвиге нижней челюсти вправо; 2 — при сдвиге нижней челюсти влево.

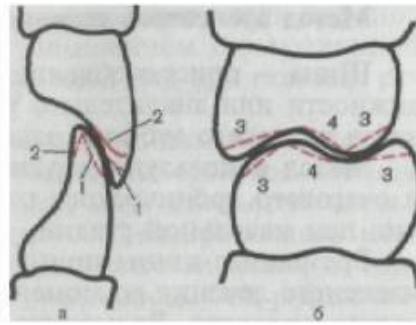


Рис. 162. Фазы стачивания передней группы зубов при передней (I) и боковой правой (II) окклюзии: а — до и б — после пришлифовки.

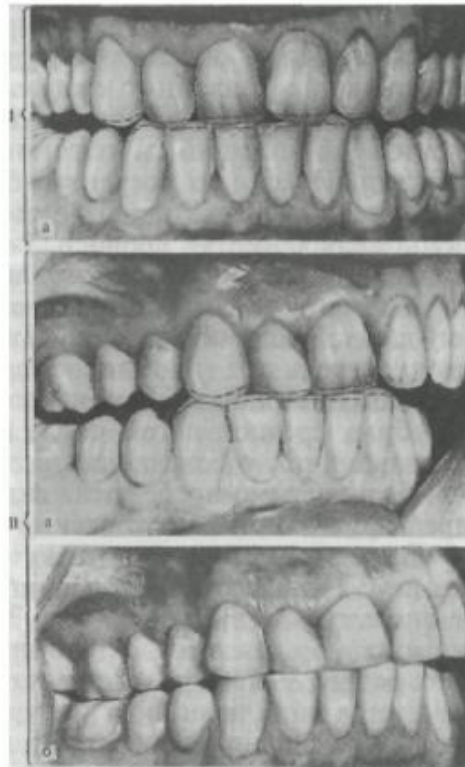
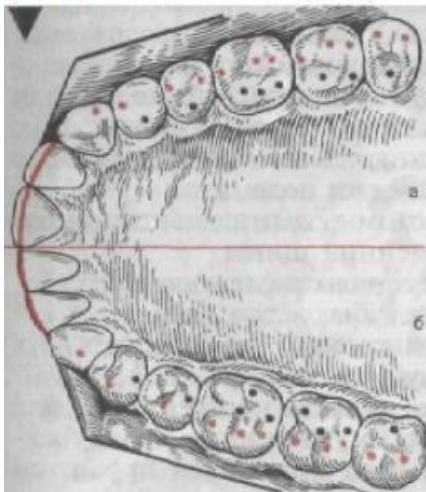


Рис. 163. Контактные зоны на окклюзионных поверхностях зубов верхней (а) и нижней (б) челюстей.



Терапевтический эффект при стачивании режущих поверхностей зубов передней группы обеспечивается двумя факторами: укорочением экстраальвеолярной части зубов и уменьшением резцового пути (переднего и бокового). Уменьшение резцового пути укорачивает период сжатия сосудов пародонта в момент откусывания пищи и при боковых смещениях челюсти, т. е. создаются условия нормализации сосудистой реакции на действие нагрузки.

Метод временного шинирования

Шина — приспособление для иммобилизации (полной неподвижности или значительно уменьшенной подвижности) группы зубов или всего зубного ряда.

Метод используют в развившейся стадии генерализованного и очагового хронического пародонтита, реже в период обострения при начальной стадии.

Временные шины применяют в течение всего периода комплексного лечения до момента

наложения постоянного шинирующего аппарата. Временное шинирование позволяет устранить травматическое воздействие патологической подвижности и функции жевания, т. е. устранить один из патогенетических механизмов, поддерживающих гемодинамические нарушения при пародонтите. Шина обеспечивает равномерное распределение сил жевательного давления между пародонтом зубов, включенных в шину, создает покой пораженным тканям и способствует повышению эффективности патогенетической и симптоматической терапии. Исходя из сосудисто-биомеханической гипотезы, применение временной шины позволяет разорвать патогенетическую цепь воспаление — кровоснабжение — дистрофия — функция жевания, что способствует улучшению трофики тканей пародонта, снятию воспалительного процесса. Учитывая, что воспаление пародонта увеличивает патологическую подвижность, которая в свою очередь при функции жевания усиливает застойные явления в тканях, не сняв воспалительных явлений, применив комплекс лечебных средств, в том числе и шины, невозможно правильно решать вопрос о сохранении или удалении подвижных зубов.

Недопустимо проведение гингивотомии и гингивэктомии без предварительного изготовления временной шины.

Временные шины должны соответствовать следующим требованиям: 1) надежно фиксировать все зубы, легко накладываться и сниматься с зубных рядов; 2) равномерно перераспределять жевательное давление на опорные зубы и замещать дефект зубных рядов; 3) при фиксации на зубных рядах не препятствовать лекарственной терапии и хирургическому лечению; 4) не травмировать слизистую оболочку десны; 5) отличаться простотой изготовления.

При генерализованном пародонте в шину включают все зубы, обеспечивая тем самым иммобилизацию по дуге. При очаговом пародонтите протяженность шины обусловлена локализацией поражения и взаимоотношением его с зубами, у которых пародонт не поражен: шина обязательно должна включать в блок зубы с непораженным пародонтом.

Временные шины изготавливают из пластмассы, которую можно армировать для прочности металлической проволокой. Различают капповые шины, оральные и вестибулооральные многозвеньевые (рис. 164).

Капповые шины охватывают окклюзионную часть коронок зубов, и их применение связано с завышением окклюзионной высоты. Шину-каппу фиксируют на зубной ряд при помощи репина, дентола, дентина.

В случаях, когда по клиническим показаниям нежелательно завышение окклюзионной высоты, можно пользоваться методом шинирования с применением оральной многозвеньевой шины, фиксируемой с помощью медицинского цианакрилатного клея марки МК-6; МК-9 (см. рис. 164, б). Шину изготавливают на гипсовой модели из быстротвердеющей пластмассы. Она располагается по границе от режущего края или перехода жевательной поверхности в язычную, нижняя граница не доходит до десневого края на 2—3 мм. Применение шин из быстротвердеющих пластмасс, изготавливаемых непосредственно на зубном ряде, нежелательно, так как снятие ее представляет большие

трудности.

Ортодонтические приемы

При пародонтите под влиянием функциональных нагрузок как при окклюзионных контактах, так и через пищевой комок наступают вторичные деформации зубных рядов. Силы жевательного давления, а также давление языка во время глотания, речевой артикуляции и в покое сдвигают зубы в одном или нескольких направлениях. Передние зубы смещаются чаще всего в вестибулярном направлении, что лишает их контакта между собой, обуславливает попадание пищи в межзубные промежутки и дальнейшее их расхождение или наложение друг на друга. Внедрение пищевого комка между зубами происходит и за счет подвижности зубов.

Вторичные деформации развиваются как при интактных зубных рядах, так и при дефектах в них. В последних случаях деформации возникают чаще и в клинической картине появляется ряд осложнений. Например, при потере группы жевательных зубов на одной или обеих челюстях происходит снижение окклюзионной высоты, нижняя челюсть смещается, как правило, дистально, увеличивается степень перекрытия в передней группе зубов, изменяются взаимоотношения элементов височно-нижнечелюстного сустава. Дальнейшее смещение передних зубов ведет к исчезновению режущего контакта, передние зубы нижней челюсти могут травмировать слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти. При пародонтите, развившемся на фоне аномалий челюстей и зубных рядов, вторичные деформации протекают значительно тяжелее.

Измененная ось наклона зуба при увеличенной экстраальвеолярной части (за счет атрофии) усиливает деформацию тканей и деструктивные процессы.

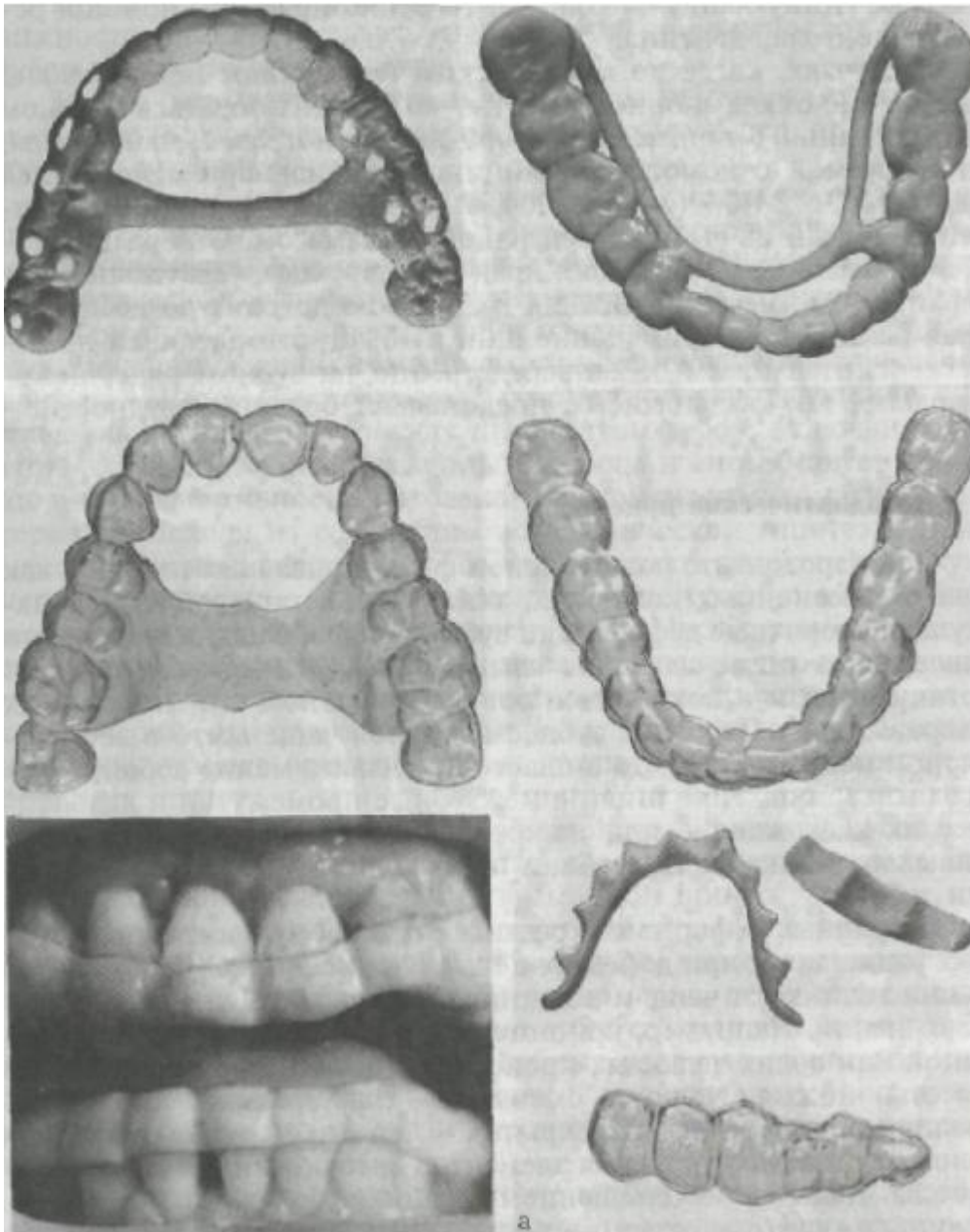


Рис. 164. Разновидности временных шин (а) и временная шина-протез (б). 1 — вид шины; 2 — момент нанесения клея на шину; 3 — фиксация шины; 4 — вид шины в полости рта.

Не исправив положение зубов, не восстановив нормальную окклюзионную высоту и правильное взаимоотношение элементов зубочелюстной системы, нельзя снять дополнительные факторы «перегрузки» тканей пародонта и улучшить трофику тканей.

Возникновение вторичных деформаций и нарушение во взаимоотношении зубных рядов должно быть расценено как осложнение генерализованного или очагового пародонтита. Осложнение усугубляет течение основного заболевания, и невнимание к этому факту снижает эффективность лечения.

В начале лечения подвижность перемещаемых зубов несколько возрастает, но со

временем эти явления стихают. Анализ рентгенограмм и пародонтограмм позволяет констатировать, что ортодонтическое лечение не усугубляет дистрофических процессов в пародонте. Перемещение зубов и восстановление нормальных артикуляционных взаимоотношений зубных рядов в комплексе с другими лечебными мероприятиями позволяют добиться прекращения обострений процесса, исчезновения воспалительных явлений.

Показания к ортодонтическому лечению при очаговом и генерализованном пародонтите развившейся стадии следующие.

1. Вторичные деформации: а) тремы и диастемы, обусловленные смещением зубов; б) снижение окклюзионной высоты, осложненное глубоким резцовым перекрытием и дистальным смещением нижней челюсти.
2. Зубочелюстные аномалии: а) глубокий прикус; б) прогения, осложненная уменьшением окклюзионной высоты; в) глубокий прикус, прогения, осложненные вторичной деформацией зубных рядов.

При вестибулярном смещении зубов, тремах и диастемах с успехом применяют пластинку (рис. 165) с вестибулярной дугой (диаметр проволоки 0,4—0,6 мм). При наложении одного зуба на другой в конструкцию данного аппарата вводят пальцевидные отростки из проволоки диаметром 0,4 мм, а при наличии супраокклюзионного положения зуба — плоскую зацепную петлю. Если имеется и вторичная частичная адентия, аппарат изготавливают по типу съемного пластиночного протеза. В этом случае аппарат устраняет дефект зубного ряда, что в большинстве случаев равносильно устранению этиологического или патогенетического момента (функциональной перегрузки), и саму деформацию.

Применяя этот лечебный аппарат, следует помнить, что после его припасовки базисная пластинка в области перемещаемых зубов должна отстоять от них с язычной стороны на такое расстояние, на которое необходимо переместить зубы. Вестибулярная дуга должна располагаться на 1,5—2, 0 мм от режущего края зубов. При слабом активировании дуги путем сближения краев петель эффект лечения наступает в первые 2—3 нед. После окончания ортодонтического лечения и до момента фиксации постоянного вида шины аппарат является ретенционным (удерживающим) и одновременно временной шиной.

Снижение окклюзионной высоты при пародонтите и обусловленное этим изменение топографических взаимоотношений зубных рядов верхней и нижней челюстей требуют предварительного ортодонтического лечения для перестройки мышечной системы (миотатического рефлекса).

Список литературы

1. Лекционный материал.
2. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология. 1977.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология. 1985.
4. Копейкин В.Н., Жемнер Л.М. Зубопротезная техника. М., 1985.
5. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология. М. 2003