

Методы индивидуальной и коммунальной профилактики стоматологических заболеваний у детей и взрослых.

Выполнил:

Студент пятого курса
стоматологического

факультета,

Курнаков Даниил Сергеевич.

1 группа

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ:

- Ведущим признаком является воспаление;
- Отложение зубного камня встречается редко (в основном у старшеклассников);
- С возрастом распространенность заболеваний нарастает;
 - У детей почти не встречаются чисто дистрофические процессы (за исключением наследственного заболевания, сопровождающегося преждевременным старением).

Классификация:

■ I. Гингивит.

Формы: катаральный, гипертрофический, язвенный.

Течение: острое, хроническое, обострившееся.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

II. Пародонтит (воспалительно-дистрофическое поражение).

Течение: острое, хроническое, обострившееся.

Степень тяжести: легкая, средняя, тяжелая.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

III. Пародонтоз — дистрофическое поражение пародонта.

IV. Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта (на фоне врожденных и приобретенных заболеваний).

V. Пародонтомы — опухолевые и опухолеподобные процессы в области пародонта.

ЛЕЧЕНИЕ:

- ▣ Лечение заболеваний пародонта строится на принципах индивидуального подхода к каждому больному, с учетом данных общего и местного статуса. В связи с этим оно всегда должно быть комплексным. В плане лечения следует предусмотреть методы и средства, направленные на устранение симптомов заболевания, нормализацию состояния тканей пародонта, и воздействие на организм больного в целом. Кроме этого, в комплексной терапии необходимо соблюдение правильной последовательности применения различных методов и средств.

Общая схема терапевтических мероприятий при заболеваниях пародонта:

- ▣ • удаление микробного налета и предотвращение его образования на поверхности зуба;
- снятие минерализованных отложений;
- качественная санация кариозных дефектов с восстановлением межзубных контактов;
- выравнивание окклюзионных поверхностей зубов путем избирательного пришлифовывания;
- ликвидация функциональной перегрузки отдельных групп зубов;
- устранение аномалий прикрепления мягких тканей к костному остову лица, вредных привычек;
- по показаниям ортодонтическое лечение:



- • лечение имеющихся заболеваний органов и систем организма ребенка соответствующими специалистами;
- использование медикаментозных и других средств и методов, воздействующих на патогенетические звенья воспаления в пародонте;
- применение средств, усиливающих защитно-приспособительные механизмы и стимулирующих регенерацию (общеукрепляющее лечение, иммунокорригирующая терапия, средства неспецифической и специфической гипосенсибилизации, повышение реактивности организма, стимулирование остеогенеза);
- общегигиенические мероприятия — гигиена полости рта, соблюдение режима питания, труда

- ▣ Лечение катарального гингивита предусматривает устранение местных раздражающих факторов, обучение правильной чистке зубов и контроль за ее качеством с использованием красителей, рекомендации по выбору средств гигиены, профессиональную гигиену и проведение противовоспалительной терапии. Очень важное значение имеет качество удаления зубного налета: бляшку необходимо удалять не только с вестибулярных и оральных поверхностей, но и с контактных — с помощью дополнительных предметов гигиены. Контроль гигиены полости рта следует проводить в каждое посещение больного, но не реже чем через 5, 10, 20 дней.

- Для местной противовоспалительной терапии катарального гингивита наиболее широко используют препараты из лекарственных трав для аппликаций, ванночек и полосканий: ромазулан, 2 % раствор календулы, имманиновую мазь и 1 % спиртовой раствор новоимманина (зверобой), коланхоэ (сок и мазь), 0,2 % раствор сальвина (шалфей), хлорофиллипт (1 % спиртовой раствор), настойки эвкалипта (10 %), чистотела (30 %), препараты прополиса (5 % спиртовой раствор), мазь «Пропосол», хлоргексидин (0,06 % раствор), галаскорбин, метацил, мундизал-гель, гель «Метрогил-дента»

- При затяжном течении гингивита применяют средства, подавляющие простейших: трихопол (метронида-зол), трихомонацид (1 % раствор), фуразонидол, цитраль (раствор 1:1000), клион, клиостом. Жидкие противовоспалительные средства используют после чистки зубов в течение 7 – 10 дней, аппликации проводят после высушивания десневого края. При катаральном воспалении удастся более быстро добиться нормализации окраски десны и прекращения кровоточивости во время чистки зубов с помощью повязок, накладываемых на десневой край на 2 – 3 ч.

- Для повязок используют различные медикаменты: например, эмульсии гидрокортизона и масла шиповника поровну по 2—3 капли, окиси цинка до получения пасты. Перед наложением на десну к пасте добавляют немного порошка искусственного дентина. Можно пользоваться повязкой из смеси официальной гепариновой мази с водным дентином, замешанными до консистенции пасты, и многими другими антибактериальными и противовоспалительными средствами. Окись цинка способствует уменьшению отека; гидрокортизон обладает выраженным противовоспалительным действием, масло шиповника — кератопластическое средство, содержащее различные витамины, бальзамы; гепарин нормализует микроциркуляцию в тканях пародонта.

- Физические методы лечения применяют после стихания острых воспалительных явлений. К ним относятся гидротерапия, электрофорез лекарственных веществ, содержащих кальций, витамина С с рутином, пальцевой массаж. Внутрь назначают препараты кальция и комплекс антигеморрагических витаминов (аскорутин, декамевит и др.) в течение 1 мес. В пищевом рационе должны преобладать белки, витамины, рекомендуют твердую пищу. При различных заболеваниях органов или систем одновременно с местным воздействием проводят лечение детей у соответствующих специалистов.

Критериями эффективного лечения служат следующие показатели:

- исчезновение неприятных субъективных ощущений,
- отрицательная проба Шиллера – Писарева, удовлетворительное состояние гигиены полости рта,
- отсутствие кровоточивости десен, а также зубодесневых карманов, признаков резорбции межзубных костных перегородок при осмотре через год и более.

- Лечение язвенного гингивита во многом зависит от местного применения антибактериальных препаратов. После постановки диагноза в первое посещение начинают активную терапию. Прежде всего тщательно обрабатывают полость рта рыхлыми ватными тампонами с антисептическими препаратами (все растворы должны быть теплыми). Для обезболивания десны можно использовать аэрозоль лидокаина, ксилестезин и др.
- После обезболивания аккуратно тщательно снимают мягкий налет и зубной камень, затем чистым экскаватором удаляют некротизированные ткани и снова полость рта промывают теплым раствором антисептиков и делают аппликации с одним из следующих препаратов: с растворами ферментов и антибиотиков, мазями «Клиостом» (метронидазол), «Лизо-6" (лизоцим, пиридоксин), мазью с антибиотиками и антисептиками (неомициновая, линкомициновая мази).
- Рекомендуют делать в домашних условиях ротовые ванночки с противовоспалительным средством в течение 2–3 мин после чистки зубов. Можно рекомендовать сосание таблеток сибедина (хлоргексидин + аскорбиновая кислота), что создает

- ▣ Общее лечение включает антибиотики в таблетках, препараты кальция, анальгетики, комплекс витаминов (аскорбиновая кислота, аскорутин). Физические методы лечения — облучение светом гелий-неонового лазера или КУФ, орошение растворами лекарственных веществ. Диета должна быть полноценной по составу и нераздражающей. Рекомендуется обильное питье. Горячая пища исключается.

Полная эпителизация наступает на 3—7-й день в зависимости от тяжести и распространенности процесса.

Лечение гипертрофического гингивита зависит от формы и стадии заболевания, начинается с выявления этиологического фактора и воздействия на очаг пролиферации десны. Однако обязательным остается тщательное удаление

- В начальной стадии фиброзной формы после устранения этиологических факторов назначают рассасывающие средства — гепариновую мазь, электрофорез или фонофорез гепарина, лидазы, гиалуронидазы, при незначительной гипертрофии — электрофорез 5 % раствора йодида калия, гидротерапию.
При фиброзной форме гипертрофического гингивита I—II стадии показана склерозирующая терапия следующими средствами: 30 % водный раствор салицилата натрия, 65 % раствор глюкозы, 0,1 % раствор новэмбихина и др. Склерозирующий раствор вводят от вершины к основанию сосочка в количестве 0,1—0,2 мл (до побледнения сосочка). После 2—3 инъекций заметны уплотнение сосочков и уменьшение их объема.

- При отежной и смешанной формах вначале проводят противовоспалительную терапию лекарственными растениями, а также мазями (бутадионовая — 5 %, ацетилсалициловая — 3 %, гепариновая). Физиотерапевтические методы включают гидротерапию, все виды массажа, электрофорез и КУФ. Противовоспалительные средства обычно применяют в течение недели. После снятия воспаления при отежной и смешанной формах, а также при фиброзной форме III стадии показана гингивэктомия. После остановки кровотечения накладывают твердеющую повязку с мазью «Ги-оксизон» и окисью цинка, повязки «Септопак», «Воко-пак». На соседнем участке оперативное вмешательство осуществляют не ранее 7 – 10 дней.

- У молодых людей в пре- и пубертатном периоде хирургическое иссечение сосочков не показано, поскольку после нормализации гормонального статуса конфигурация десневого края почти всегда восстанавливается. При гипертрофическом гингивите, вызванном умышленным приемом лекарственных средств, стоматолог по согласованию с психиатром проводит гигиеническое обучение пациента, профессиональную чистку зубов, назначает противовоспалительную терапию. Гингивэктомия показана при тяжелой степени гингивита по окончании курса лечения препаратами, вызвавшими гиперплазию десны.

- Критерии эффективности лечения — нормальная величина, цвет и консистенция десневых сосочков, отсутствие зубодесневых карманов, изменений в костной ткани альвеолярных отростков и рецидивов в течение нескольких лет. Наличие слабовыраженных воспалительных явлений в краевом пародонте после гингивэктомии следует считать вполне удовлетворительным исходом лечения гипертрофического гингивита.

- ▣ Выбор методов и средств лечения пародонтита определяется особенностями его клинических проявлений и тяжестью процесса. В отличие от гингивита в комплексном лечении пародонтита основным является оперативное вмешательство, направленное на устранение пародонтального кармана, стимуляцию репаративных процессов. В лечении хронического пародонтита независимо от тяжести процесса необходимы санация полости рта; удаление зубных отложений, обучение гигиене полости рта и контроль за качеством чистки зубов. К другим лечебным мероприятиям можно приступать только после усвоения ребенком навыков по уходу за полостью рта.

- При местном лечении детей с ограниченным пародонтитом после устранения активнодействующей причины проводят противовоспалительную терапию. Патологические карманы промывают из шприца растворами трихопола (к метронидазолу добавляют каплю хлоргексидина или дистиллированной воды), хлоргексидина, ферментами, клиостомом (в виде инстилляций на 7—10 мин). Медикаментозную обработку карманов проводят в 2—3 посещения, затем используют хирургические методы лечения по показаниям: кюретаж (при глубине кармана 3,5 мм) и гингивотомию. При подвижности зубов показано их шинирование. Для закрепления положительных результатов назначают физиотерапию (орошение растворами лекарственных средств, КУФ, гелий-неоновый лазер).

- Общее лечение включает препараты кальция, фосфора, комплекс витаминов (А, В₁, В₆, С, D, Е) в возрастной дозировке в течение месяца.

Положительным результатом лечения можно считать хорошее общее состояние больного, отсутствие явлений прогрессирования процесса в пародонте, прироста показателей индексов кровоточивости и ПИ, пробы Кулаженко, стабильную рентгенологическую картину. При адекватно проведенном лечении может наблюдаться стабилизация процесса, исчезновение остеопороза и ликвидация зубодесневого кармана.

- Лечение генерализованного пародонтита проводят совместно с другими специалистами (педиатр, эндокринолог, гематолог и др.). Схема местной терапии аналогична таковой при локализованной форме.

После санации полости рта назначают курс стимулирующей терапии (алоэ, ФиБС, стекловидное тело), иммуномодуляторы, гипо-сенсibiliзирующие средства. Диета должна быть богата витаминами, минералами, с ограничением экстрактивных веществ и жиров. Курс общей терапии препаратами кальция, фосфора и витаминами проводят в течение 1 мес 2 раза в год.

- На заключительном этапе лечения используют следующие физические методы лечения: электрофорез препаратов кальция, через 3 — 4 дня перерыва электрофорез витамина С с рутином, дарсонвализацию, вакуум- и гидротерапию, массаж, УФО, гелий-неоновый лазер и др.

Проводя физиотерапевтическое лечение при любом виде патологии тканей пародонта, необходимо помнить, что вследствие особенностей в строении кожного покрова и слизистой оболочки полости рта детей, тонкости эпителиального покрова, богатства васкуляризации и повышенной гидрофильности тканей физические факторы, встречая меньшее сопротивление, проникают на большую глубину. Электрофорез лекарственных веществ необходимо проводить через 2 — 3 дня после удаления зубных отложений.

Заблаговременно должны быть изготовлены электроды для детей по размеру челюсти. Дарсонвализацию и вакуум-терапию у детей нужно проводить после аппликационной анестезии, так как эти процедуры сопровождаются

- О стабилизации патологического процесса в тканях пародонта свидетельствуют отсутствие рецидивов, стихание воспалительных явлений, укрепление зубов, восстановление их функции, появление очагов уплотнения костной ткани, особенно в тех участках, где ранее обнаруживался остеопороз. Детям с идиопатическими поражениями тканей пародонта необходимо проводить рентгенологическое исследование и комплексное лечение у эндокринолога, гематолога и педиатра. Стоматолог назначает местную симптоматическую терапию и кюретаж очагов поражения. При консервативном лечении идиопатических заболеваний с прогрессирующим лизисом тканей и печени пародонтом физиотерапия не

- Среди причин неудовлетворительных результатов лечения детей с воспалительными заболеваниями пародонта можно выделить следующие:
 - недостаточное внимание врачей к появлению первых признаков заболевания;
 - отсутствие мотивации к лечению как со стороны детей, так и со стороны их родителей;
 - недостаточное обучение навыкам гигиены полости рта, отсутствие контроля над ее соблюдением;
 - часто отсутствие комплексного лечения, в первую очередь орто-донтического (ортопедического), а также отсутствие при санации полости рта должного внимания в случаях появления суперконтактов при пломбировании, нависающих краев пломб и т.д.;
 - несоблюдение необходимой последовательности при проведении комплекса лечебных мероприятий;
 - отсутствие тесного контакта стоматолога с врачами других специальностей.

- Выбор наиболее эффективных способов лечения конкретного пациента осложняется разнообразием клинических проявлений заболеваний пародонта, поэтому во всех случаях обращения за стоматологической помощью требуются тщательное всестороннее обследование пациента и постановка развернутого диагноза. Это дает возможность вовремя, а значит и более эффективно влиять на развитие болезней пародонта. В схему комплексной терапии болезней пародонта у детей рекомендуется включать иммунокорректоры (имудон, ликопид и др.), которые оказывают иммуностимулирующее и иммуномоделирующее действие.

Профилактика

Диспансеризация детей с заболеваниями пародонта. Основные задачи диспансеризации — выявление ранних форм заболевания и факторов риска, проведение комплексных лечебно-профилактических и социально-гигиенических мероприятий, позволяющих сохранить функции зубочелюстной системы, осуществлять динамическое наблюдение. Основной объем работы по диспансеризации возложен на врача-пародонтолога. Наиболее эффективно диспансеризация осуществляется в тех учреждениях, где функционируют кабинеты по лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта.

- Выделяют следующие диспансерные группы:
- здоровые — не нуждаются в лечении;
- практически здоровые, у которых наблюдается стабилизация процесса. К этой группе также относятся дети, не имеющие клинических признаков заболеваний пародонта, с выявленными факторами риска;
- нуждающиеся в лечении — наиболее многочисленная диспансерная группа. В этой группе выделяют 2 подгруппы: с активным течением заболевания и в фазе ремиссии.

Врач-пародонтолог, принимая на диспансерный учет ребенка с заболеваниями пародонта, должен провести комплекс исследований, сформулировать диагноз, наметить план лечения и осуществлять диспансеризацию.

- Рекомендуются следующие сроки повторных наблюдений детей с заболеваниями пародонта:
 - осмотр детей, не имеющих выраженных симптомов патологии, но с повышенным риском заболевания, после устранения причины проводят 1 раз в год;
 - осмотр детей с гингивитами всех форм и стадий, а также оперированных по поводу различных видов пародонтом проводят 2 раза в год;
 - осмотр детей с генерализованным и локализованным пародонтитом проводят 3 раза в год и при необходимости лечат;
 - дети с идиопатическими заболеваниями пародонта и тяжелой формой пародонтита и пародонтоза на фоне общесоматических заболеваний (диабет, болезни крови и др.) проходят осмотр 3—4 раза в год. Совместно с педиатром им проводят интенсивное общее и местное лечение, включая в лечебный комплекс средства патогенетической терапии.

- Основным критерием для снятия детей с заболеваниями пародонта с диспансерного учета является полное выздоровление ребенка в результате устранения причинных и предрасполагающих факторов либо стойкая, продолжающаяся много лет ремиссия.

Систематически проводят оценку эффективности диспансеризации (стабилизация процесса, ремиссия, состояние без изменения, ухудшение).