

Методы индивидуальной и коммунальной профилактики стом 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. Парадонтоз – 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 пришлифования;
- 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 ги-посенсибилизации, 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 новоиммамина (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-помаз».

- 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 удается 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 аккуратной 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 сибедин (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, лигазы, 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. Склерози-рующий раствор вводят от вершины к основанию сосочка в количестве 0,1 – 0,2 мл (до побледнения сосочка). После 2 – 3 инъекций заметны уплотнение сосочеков и уменьшение их объема.

- При отечной 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 отечной 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 сосочеков 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 слабо выраженных 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 reparативных 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 устраниния активнодействующей причины проводят противовоспалительную терапию. Патологические карманы промывают из шприца растворами трихопола (к метронидазолу добавляют каплю хлоргек-сицина или дистиллированной воды), хлоргексидина, ферментами, клиостомом (в виде инстилляции 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 (A, B₁, B₆, C, D, E) 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-сенсибилизирующие 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 лечении 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 требуется 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 иммуно-корректоры (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-паро-донтолога. 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 устраниния причинных и предрасполагающих факторов либо стойкая, продолжающаяся много лет ремиссия.

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