

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Актуальность:

- Незаметное начало, длительность течения патологических процессов, разнообразие форм пародонтальной патологии, негативное влияние пародонтогенных очагов инфекции на отдельные органы и системы, а также организм в целом, обуславливают необходимость формулирования принципов лечения заболеваний пародонта.

ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ

- Продиктован (имеется в виду принцип) необходимостью анализа и учета особенностей факторов, приведших к возникновению пародонтальных заболеваний,
- течения данной патологии,
- выявления характера местных патогенных факторов,
- наличия или отсутствия фоновой патологии,
- физиологических особенностей организма пародонтологического пациента,
- степени и фазы начавшегося, развившегося или угасающего процесса,
- особенностей труда и быта,
- эффективности ранее проводимой терапии.

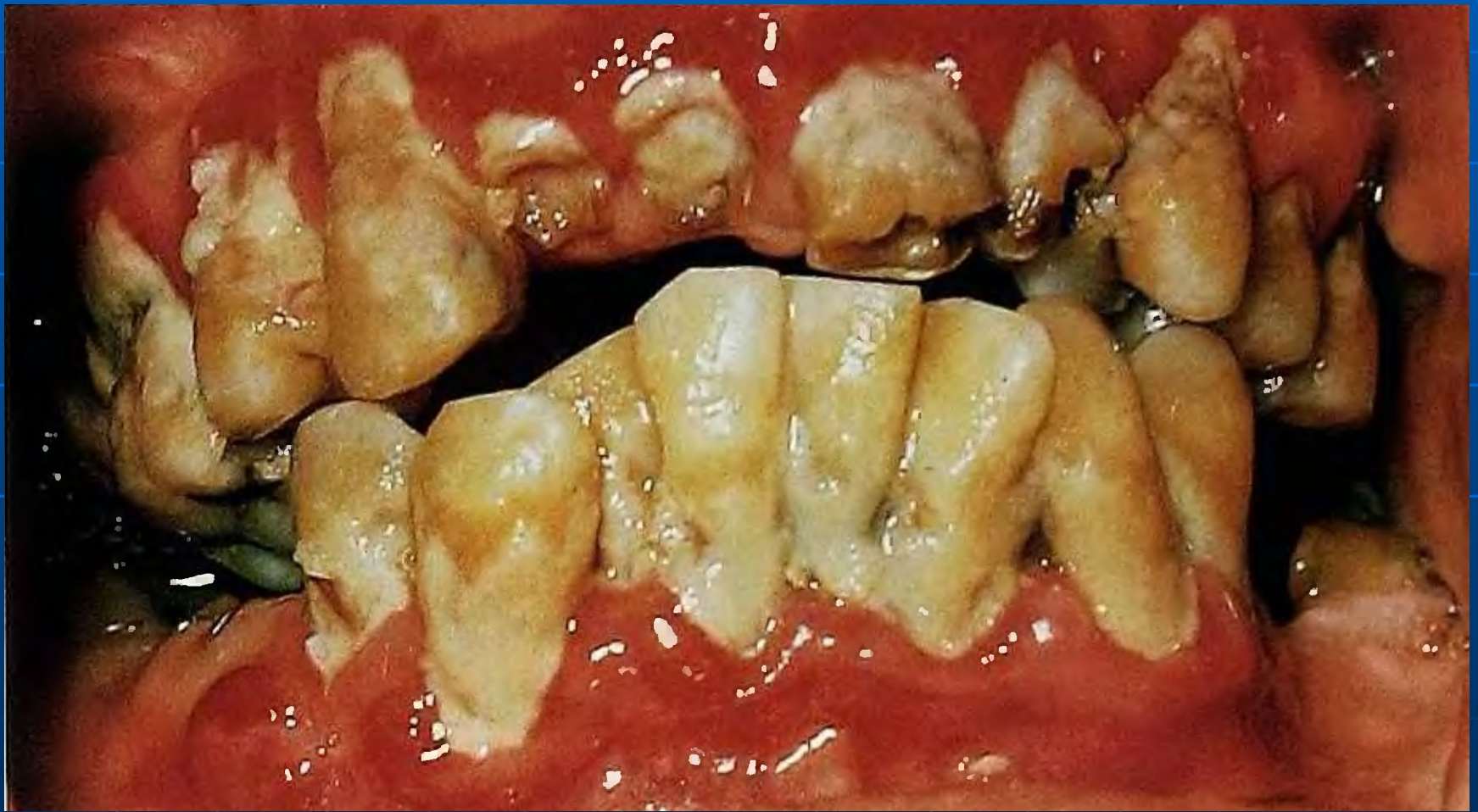
ПАРОДОНТИТ



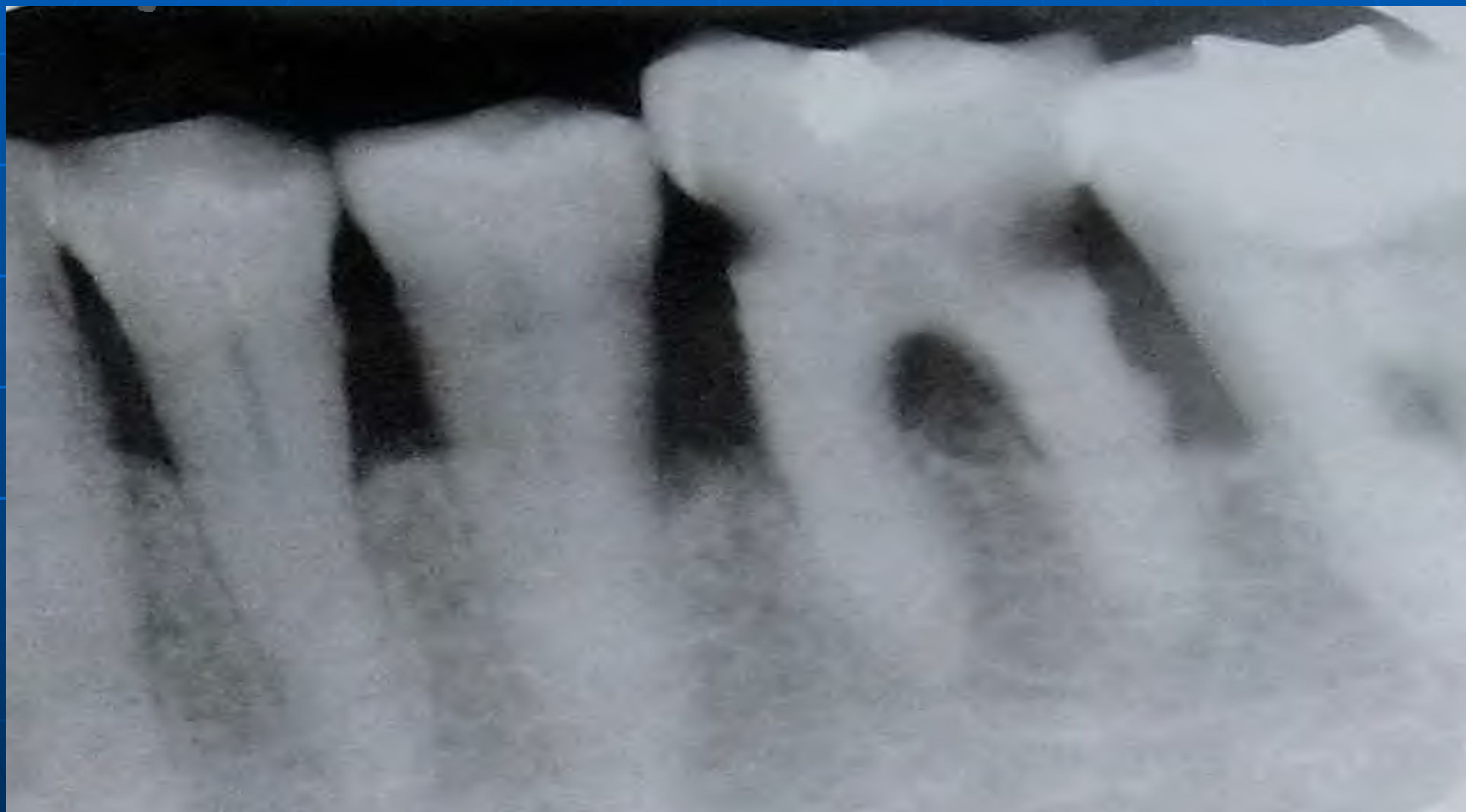
ПАРОДОНТИТ



ПАРОДОНТИТ (ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ)



РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПАРОДОНТИТА II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ



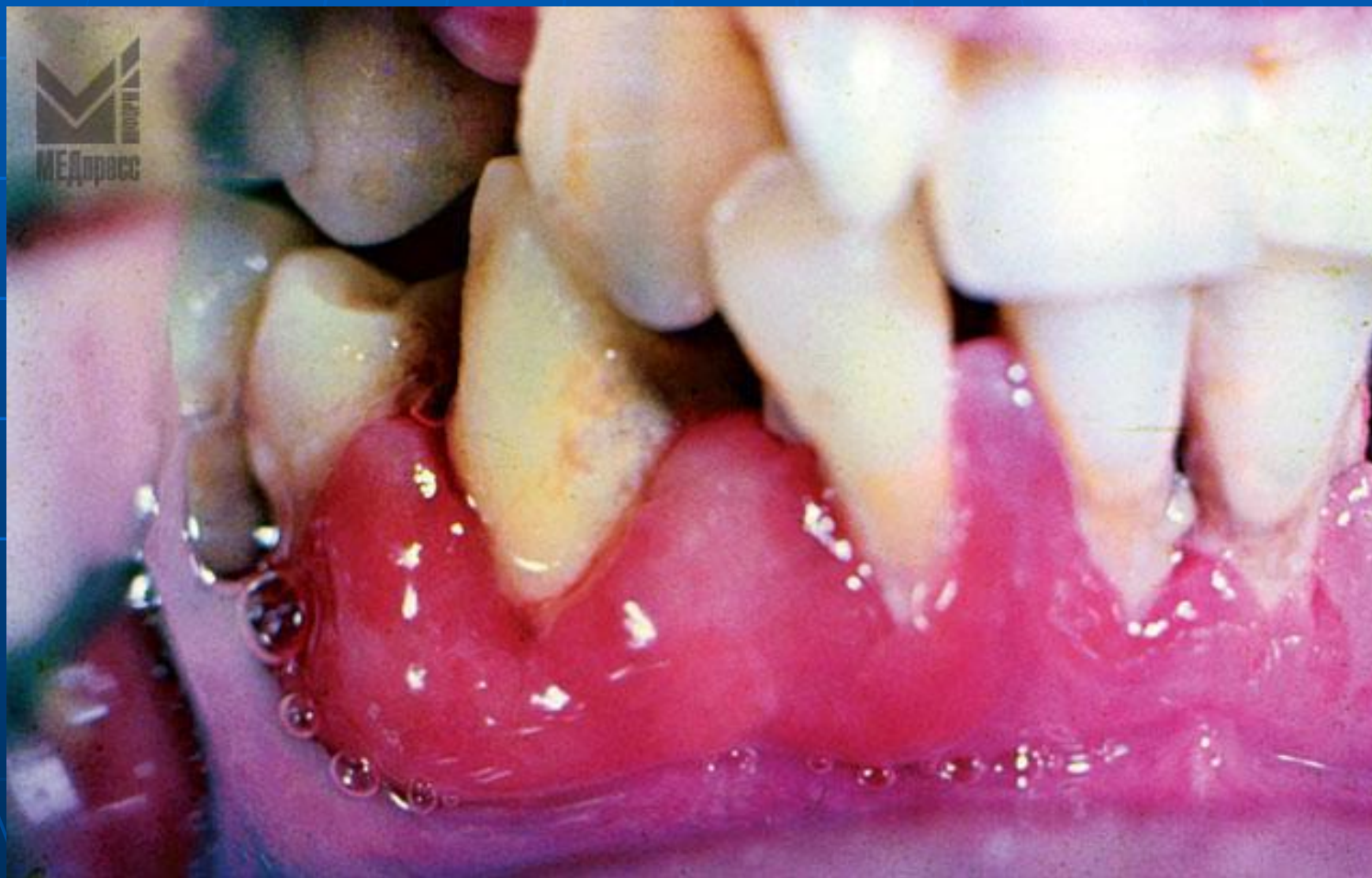
ПАРОДОНТИТ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА



ПАРОДОНТИТ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА



ПАРОДОНТИТ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА



КОМПЛЕКСНОСТЬ

- Характеризуется рациональным проведением различных видов вмешательств:
 - Терапевтических ,
 - хирургических,
 - ортопедических,
 - комбинированные
- Сочетание лекарственных препаратов общего воздействия и местно используемых средств.
- Привлечение врачей другого профиля: терапевта, эндокринолога, гинеколога, невропатолога и пр.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

Предполагает рациональную очередность проводимых мер, последовательный выбор лекарственных препаратов, различного рода вмешательств.

СИСТЕМАТИЧНОСТЬ

Обусловливается длительностью течения указанной патологии, высоким риском возникновения рецидивов, укорочением сроков ремиссий, т.е. необходимостью повторения курсов лечения.

АКТИВНОСТЬ

- Необходима с обеих сторон:
 - со стороны врачей, гигиенистов, которые способны правильно объяснить ситуацию, оценить и провести адекватно клинической ситуации лечение;
 - выявление ранних стадий заболевания;
 - со стороны пациентов: требуется настойчивость и терпение.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, ТЕРАПИЯ

- Направлена на стабилизацию начинающегося или развившегося процесса — предупреждение рецидивов, удлинение сроков ремиссии, профилактику осложнений.
- Оно, как правило, состоит из методов и средств, предназначенных для устранения симптомов указанной патологии, нормализации скомпрометированных тканей пародонта, воздействующих не только на *locus morbi*, но и весь организм в целом.

■ ЛЕЧЕНИЕ представляет собой совокупность

- этиотропной;
- патогенетической;
- симптоматической;
- саногенетической;
- и восстановительной терапии.

- Обязательным атрибутом лечения является составление индивидуального плана терапевтических воздействий для каждого конкретного пациента.
- План лечения основывается на стадии заболевания.

КОНСЕРВАТИВНОЕ (ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ) ЛЕЧЕНИЕ

- Представлено проведением общих и местных лечебных мероприятий.
- При локализованном пародонтите исключение (устранение) явных, достаточно легко обнаруживаемых причинных факторов, а также проведение местной медикаментозной терапии позволяет уменьшить или даже полностью ликвидировать воспалительные явления в пародонте, уменьшить глубину пародонтального кармана, приостановить деструкцию костных структур.

КОНСЕРВАТИВНОЕ (ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ) ЛЕЧЕНИЕ

- Местная терапия генерализованного пародонтита объемна, затратна, длительна.
- Начинается с санации полости рта: удаления зубных отложений, лечения кариозных полостей, удаления разрушенных зубов, обучения гигиене полости рта.

КОНСЕРВАТИВНОЕ (ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ) ЛЕЧЕНИЕ

- Предшествует хирургическим вмешательствам, направленным на устранение пародонтальных карманов.
- Сочетается с ортопедическими методами лечения пародонтита – функциональным пришлифовыванием зубов, проводящимся с целью создания множественных равномерных контактов и устранения перегрузки тканей пародонта, шинированием подвижных зубов и пр.

В ИТОГЕ:

- Нормализуется гемодинамика и обменные процессы в пародонте, повышается устойчивость тканей пародонтального комплекса к механической нагрузке и действию неблагоприятных факторов.

Местное консервативное лечение начинается со:

- Снятия зубных отложений. Сегодня подобное мероприятие облегчается за счет использования аппаратного скейлинга, завершающегося полировкой и шлифовкой очищенных поверхностей. Удаление зубных отложений сопровождается **антисептической обработкой** десневых и пародонтальных карманов. Собственно это и есть **первый этап** медикаментозной противовоспалительной терапии.

Целью местной противовоспалительной
терапии является:

купирование воспаления в десне,
приостановка деструкции костных
структур.

В простых, неосложненных случаях, в
самом начале развития патологии
данные мероприятия приводят к
достаточно быстрому уплотнению десны,
улучшению статики зубов,
нормализации обменных процессов в
пародонте.

- В запущенных случаях, когда выражена интенсивность воспалительной реакции уместно применять средства, направленные на подавление отдельных звеньев воспалительного процесса – ***ингибиторы простагландинов***, ***ингибиторы перекисного и свободнорадикального окисления***, ***стабилизаторы клеточных и лизосомальных мембран***.

- Первый этап местного воздействия включает помимо антисептических средств antimicrobные препараты. Наиболее эффективными признаны хлоргексидин и метронидазол, которые можно применять в сочетании в качестве аппликаторов на десну и для инстилляций в пародонтальные карманы.

- Неплохо зарекомендовали себя и другие средства, применяющиеся для местного медикаментозного лечения – йодиол, микроцид, сангвиритрин, сок каланхоэ и др.
- Для ликвидации продуктов тканевого распада после антисептической и противовоспалительной терапии ткани пародонта рекомендуется обрабатывать ферментами (трипсин, химопсин, хемотрипсин, лизоцим, террилитин и пр.), которые на 20 минут помещаются в пародонтальные карманы, а затем вымываются струей воды.

- При сохранении воспалительного процесса переходят к следующему этапу лечения – использованию **ингибиторов простагландинов** (раствор или 3% мазь аспирина), **антиоксидантов** (суспензия, эмульсия или мазь дибунола), **стабилизаторов клеточных мембран** (гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон в виде мазей, суспензий или растворов).

- При сохранении отечности десны показано назначение противоотечных препаратов: мараславина, полиминерола, бефунгина, гепарина т.д.
- Заключительный этап – применение кератопластиков и стимуляторов тканевого обмена (ретинола ацетата, метациловой мази, облепихового масла и пр.).
- Несколько слов следует посвятить форме применения препаратов. Лекарственные препараты применяют в виде аппликации, ирригаций, инъекций, ванночек, лечебных повязок.

- При незначительных явлениях экссудации и отсутствии гноетечения из пародонтальных карманов для удлинения лечебного эффекта вышеперечисленные препараты можно оставлять под повязками в пародонтальных карманах. Использование десневых повязок при гноетечении категорически **запрещено**.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Включает также:
 - физиотерапию,
 - нетрадиционные методы лечения: фитотерапию, апитерапию, криотерапию и др.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ.

- Лечение ПАРОДОНТАЛЬНОГО АБСЦЕССА зависит от клинических проявлений. В начале его формирования в пародонтальные карманы могут быть введены противовоспалительные средства, способствующие купированию этого процесса.
- При отсутствии эффекта от консервативного лечения и в случае наличия сформировавшегося абсцесса последний следует вскрыть и дренировать, и сопроводить общими назначениями.

■ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРЕСТЕЗИИ

твердых тканей применяются втирания и аппликации препаратов, уменьшающих чувствительность обнаженных шеек зубов и цемента корней, а также физиотерапевтические воздействия, назначаемые с той же целью.

- ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОГРАДНОГО ПУЛЬПИТА проводится методом витальной экстирпации пульпы после трепанации коронки пародонтитного зуба.

- Общие осложнения, нередко сопровождающие пародонтиты в виде невродов, обострений заболеваний желудочно-кишечного тракта и пр., требуют консолидации с врачами соответствующего профиля.

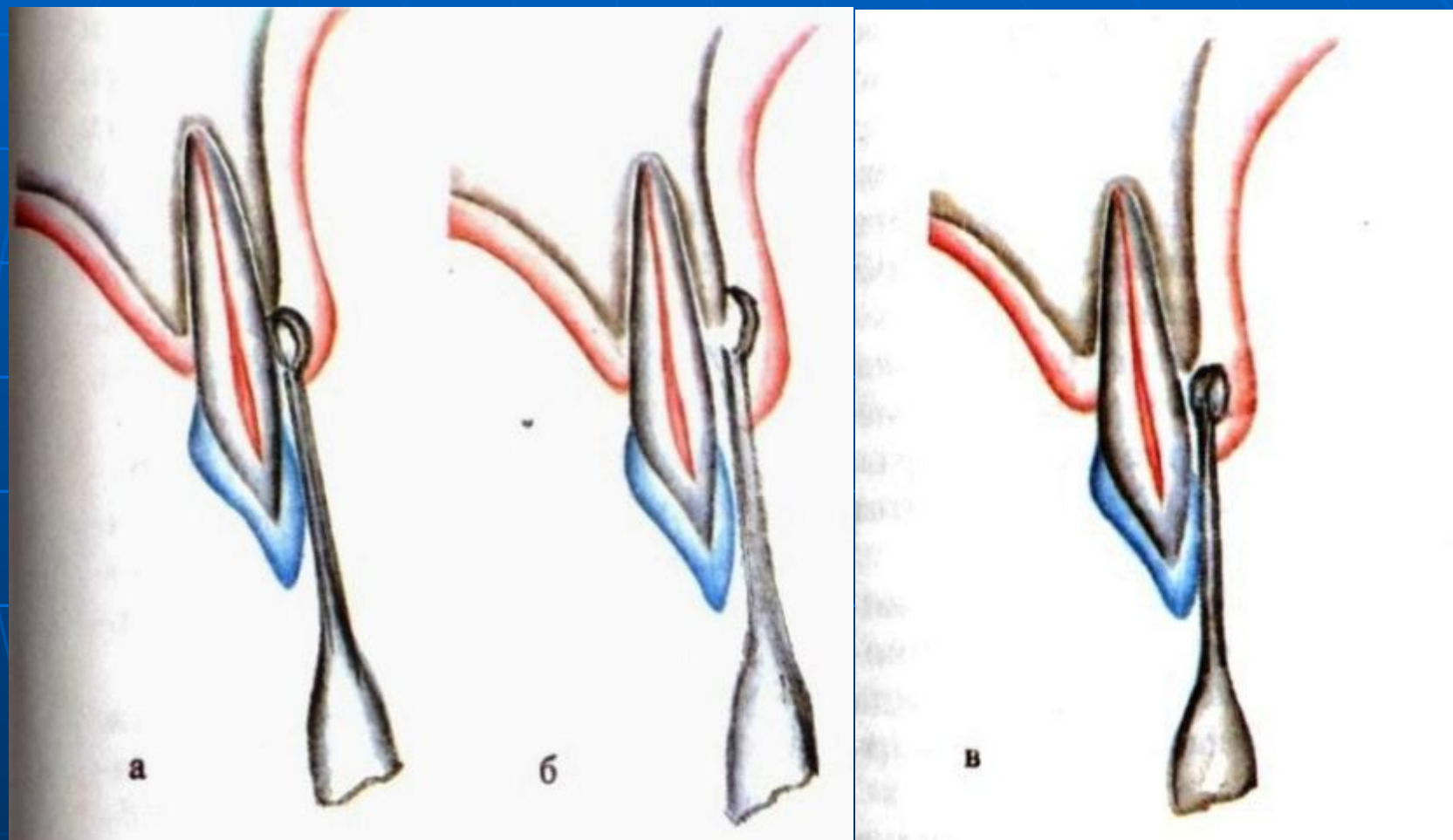
I. Хирургические методы лечения :

- ✓ кюретаж;
- ✓ гингивотомия;
- ✓ гингивэктомия (простая и радикальная);
- ✓ лоскутная операция.

- **Кюретаж** представляет собой выскабливание с помощью специального инструментария патологического зубодесневого кармана для удаления зубного камня, участков размягчённого цемента, грануляций, проросшего эпителия и содержимого, включающего микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности и распада тканей. При этом с внутренней стороны кармана обязательно удаляют эпителиальную выстилку, создавая чистую раневую поверхность.

- В результате проведения кюретажа образуется полость, в которую изливается кровь, затем кровяной сгусток организуется в соединительную ткань, врастающую в поверхностные слои новообразованного цемента корня. Завершается кюретаж наложением особой твердеющей защитной повязки на один-два дня. В первые несколько суток после операции пациентам не рекомендуют употреблять твёрдую пищу, а зубы советуют чистить мягкой щёткой.

КЮРЕТАЖ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА

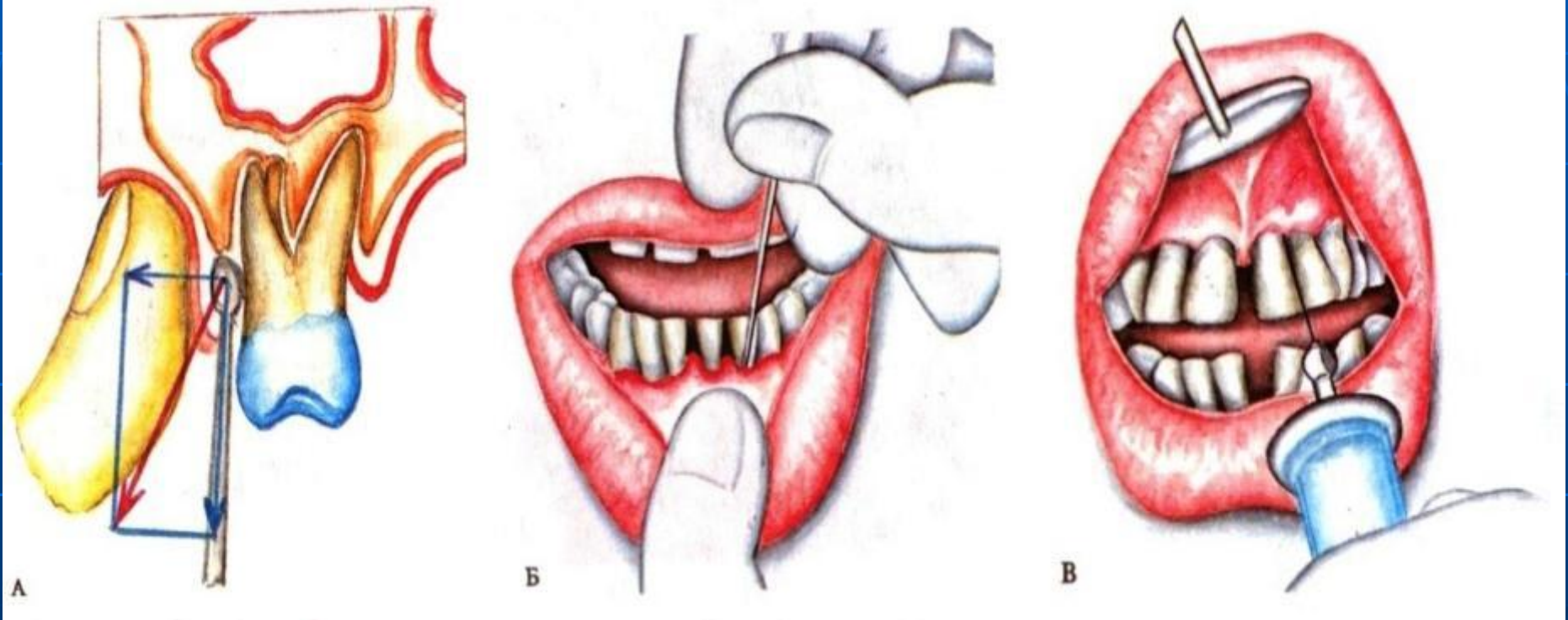


а - удаление поддесневого зубного камня

б - удаление разрушенной костной ткани

в - выскабливание грануляций и вросшего эпителия

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КЮРЕТАЖА ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ



А – направление движений инструмента при выскабливании грануляций

Б – состояние кюретки относительно 1 зуба

В – выскабливание грануляционного и выросшего эпителия

Гингивотомия - это полиативный или симптоматический метод лечения, проводимый с помощью вертикальных или горизонтальных разрезов тканей десны.

Показаниями к ней являются глубокий (более пяти-семи миллиметров) пародонтальный либо костный карман в зоне одного или же нескольких зубов, а также одиночные пародонтальные абсцессы.

Показания:

- гипертрофический гингивит,
- фиброматоз десен,
- узкий глубокий односторонний костный карман,
- одиночные рецидивирующие пародонтальные абсцессы

Противопоказания:

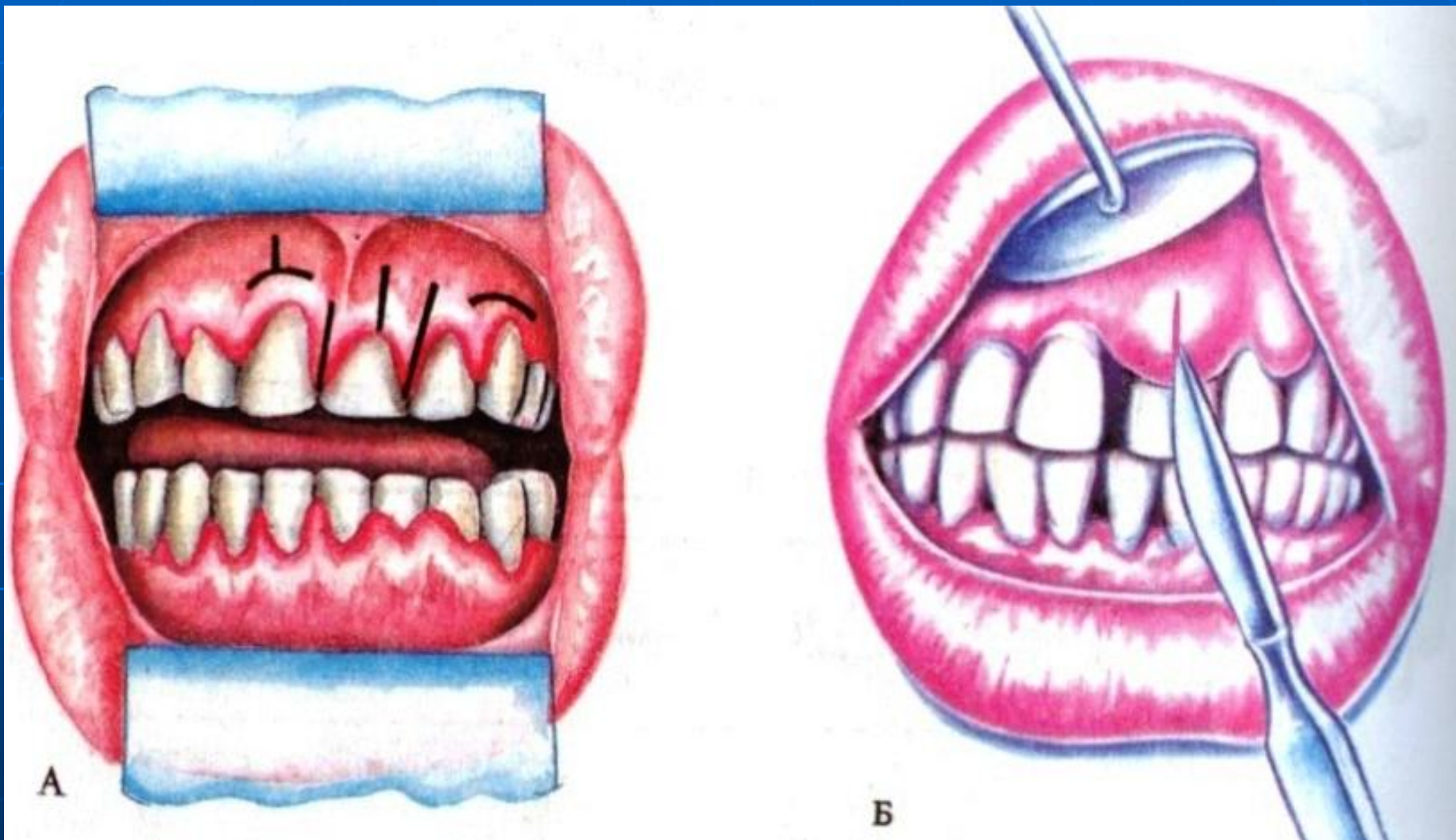
- пародонтальные карманы глубиной до 1-4 мм.

К осложнениям гингивитомии

можно отнести:

ретракцию десны и ограниченность
обзора операционного поля

ГИНГИВОТОМИЯ



А - линии разрезов

Б - положение скальпеля по отношению к оси зуба

ГИНГИВОТОМИЯ

Вертикальный разрез краевой и альвеолярной десны
между 3 и 4 зубов



Гингивоэктомия

Гингивоэктомия – обрезание тканей десны в пределах глубины пародонтального кармана.

Простая гингивоэктомия – проводится при гипертрофическом гингивите где отсутствуют пародонтальные карманы .

Радикальная гингивоэктомия – проводится при средней и тяжелой форме пародонтита.

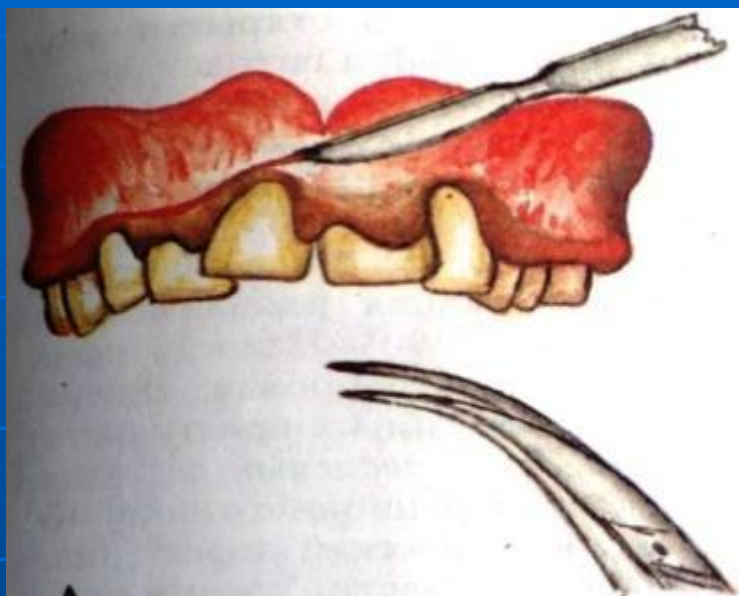
Показания:

- пародонтальные и костные карманы глубиной более 3-4 мм,
- неравномерная резорбция альвеолярного отростка по вертикальному типу при сохранении более половины высоты альвеолярного отростка

Противопоказания:

- глубокие костные карманы, достигающие апекса
- сопутствующая тяжелая соматическая патология

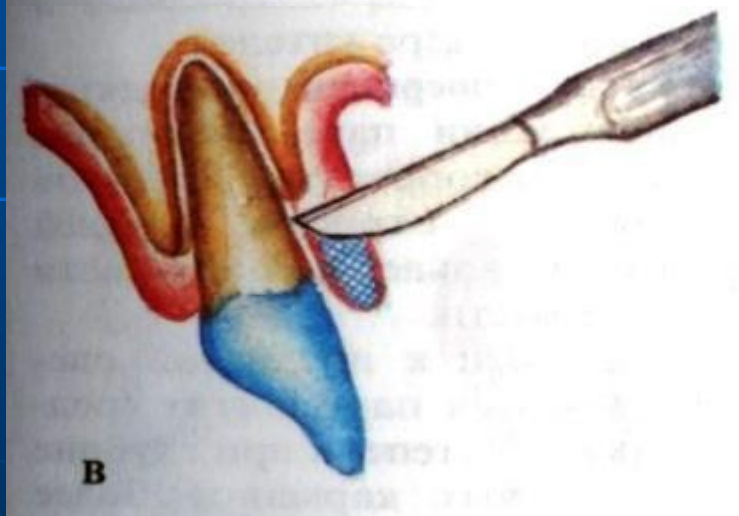
ГИНГИВЭКТОМИЯ



А



Б

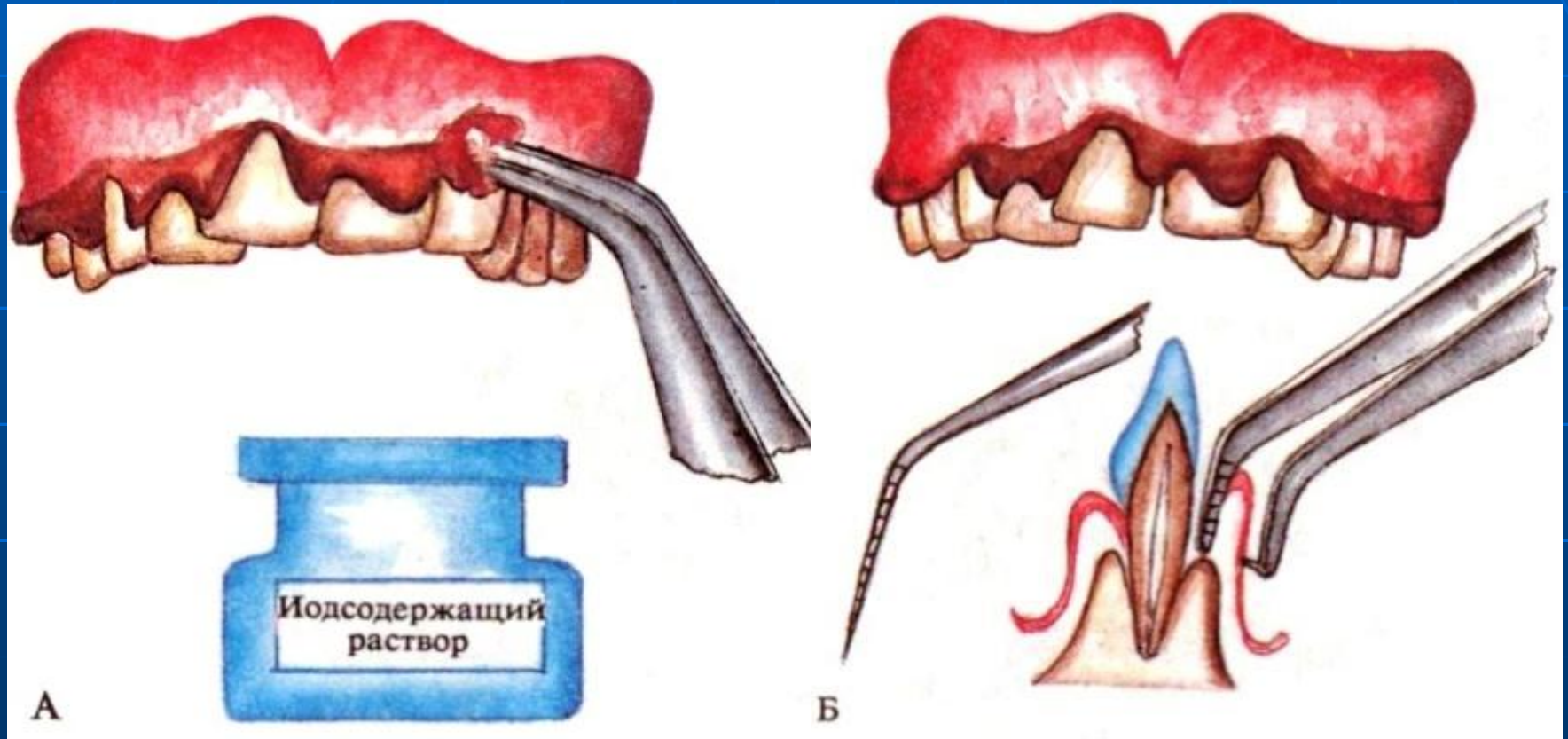


В



- А - граница удаления десны
- Б - граница патологически измененных тканей (заштриховано)
- В - иссечение десны при обычной гингивэктомии
- Г - иссечение десны при радикальной гингивэктомии

ГИНГИВЭКТОМИЯ

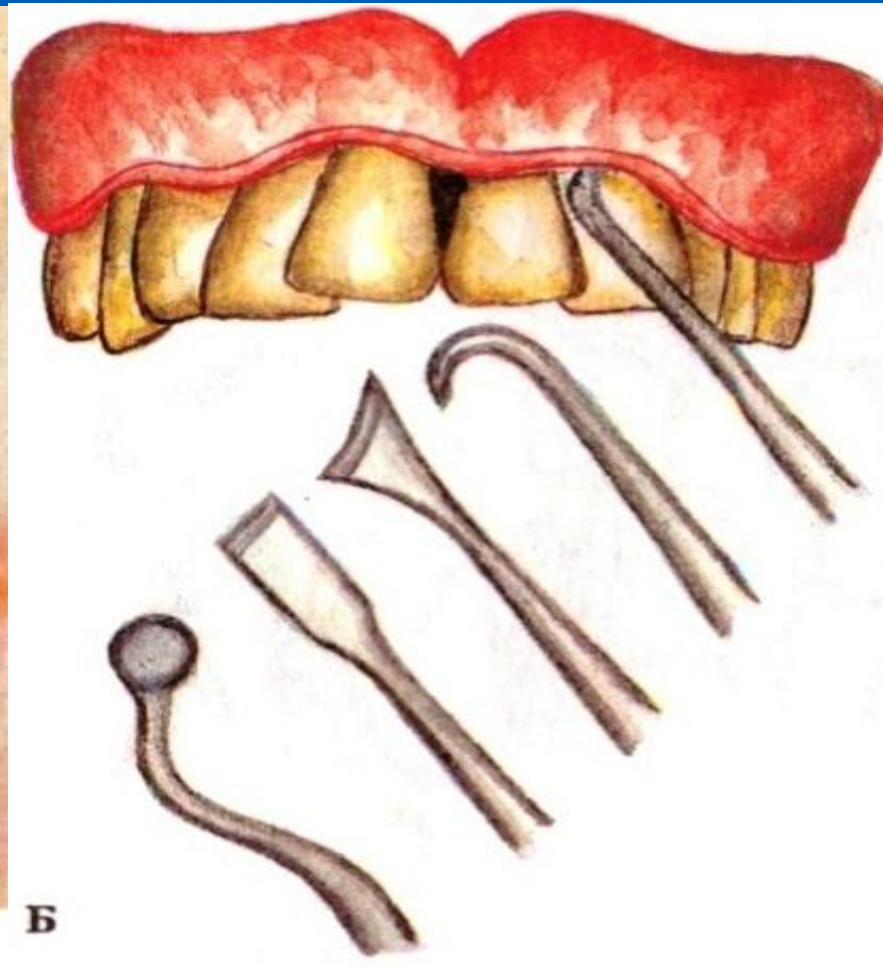


А - определение границы десны, подлежащей удалению
Б - измерение глубины пародонтального кармана

ГИНГИВЭКТОМИЯ



А



Б

А - открытый кюретаж грануляций и патологически измененной кости альвеолярного отростка в области **Б**
Б - формирование десневого края на завершающем этапе.

Лоскутные операции

Лоскутные операции также направлены на ликвидацию патологических костных и зубодесневых карманов, они, к тому же, позволяют произвести коррекцию дефектов края десны, восстановить разрушенные ткани и ликвидировать подвижность зубов.

Показания:

- пародонтит средней и тяжелой степени с пародонтальными карманами 5-8 мм, резорбция костной ткани на $1/3$ длины корня,
- при использовании трансплантатов – в случае резорбции костной ткани на $2/3$ длины корня.

Противопоказания:

- резорбция альвеолярного отростка при глубине поражения III степени,
- наличие многокорневых зубов с межкорневой гранулемой или значительным очагом резорбции в области бифуркации,
- тяжелая сопутствующая соматическая патология.

Модифицированный ЛОСКУТ Цишенского-Видман-Немана

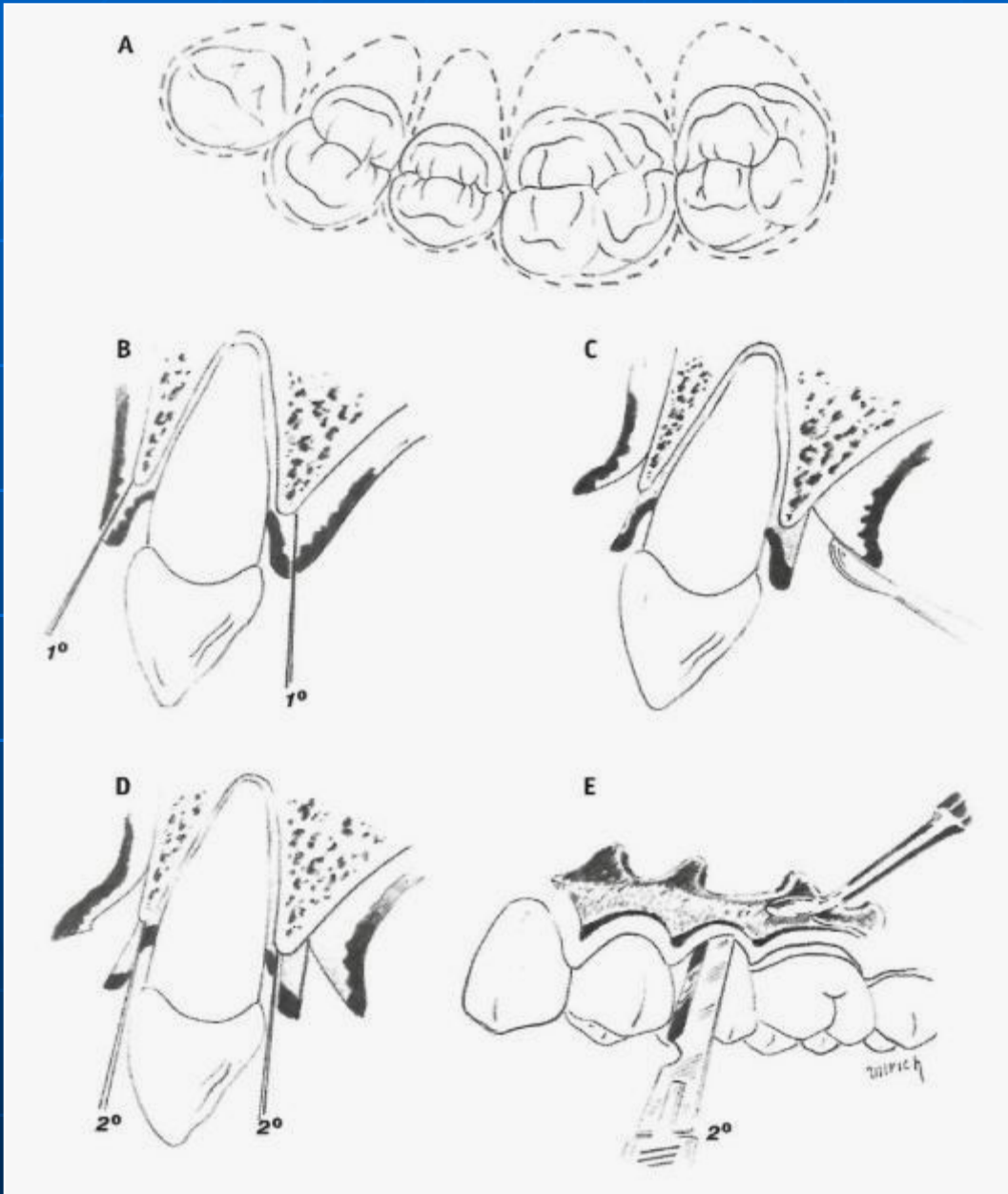
- **Преимущества**

1. Минимальное удаление кости
2. Плотное прилегание здоровой, богатой коллагеном, ткани к поверхности зуба сразу после операции
3. Максимальное сохранение тканей пародонта
4. Отсутствие негативного влияния на эстетику
5. Создание условий для хорошей самостоятельной гигиены полости рта
6. Меньшее раскрытие корня ведет к меньшей гиперчувствительности
7. Меньшая механическая травма, чем при закрытом кюретаже

- **Недостатки**

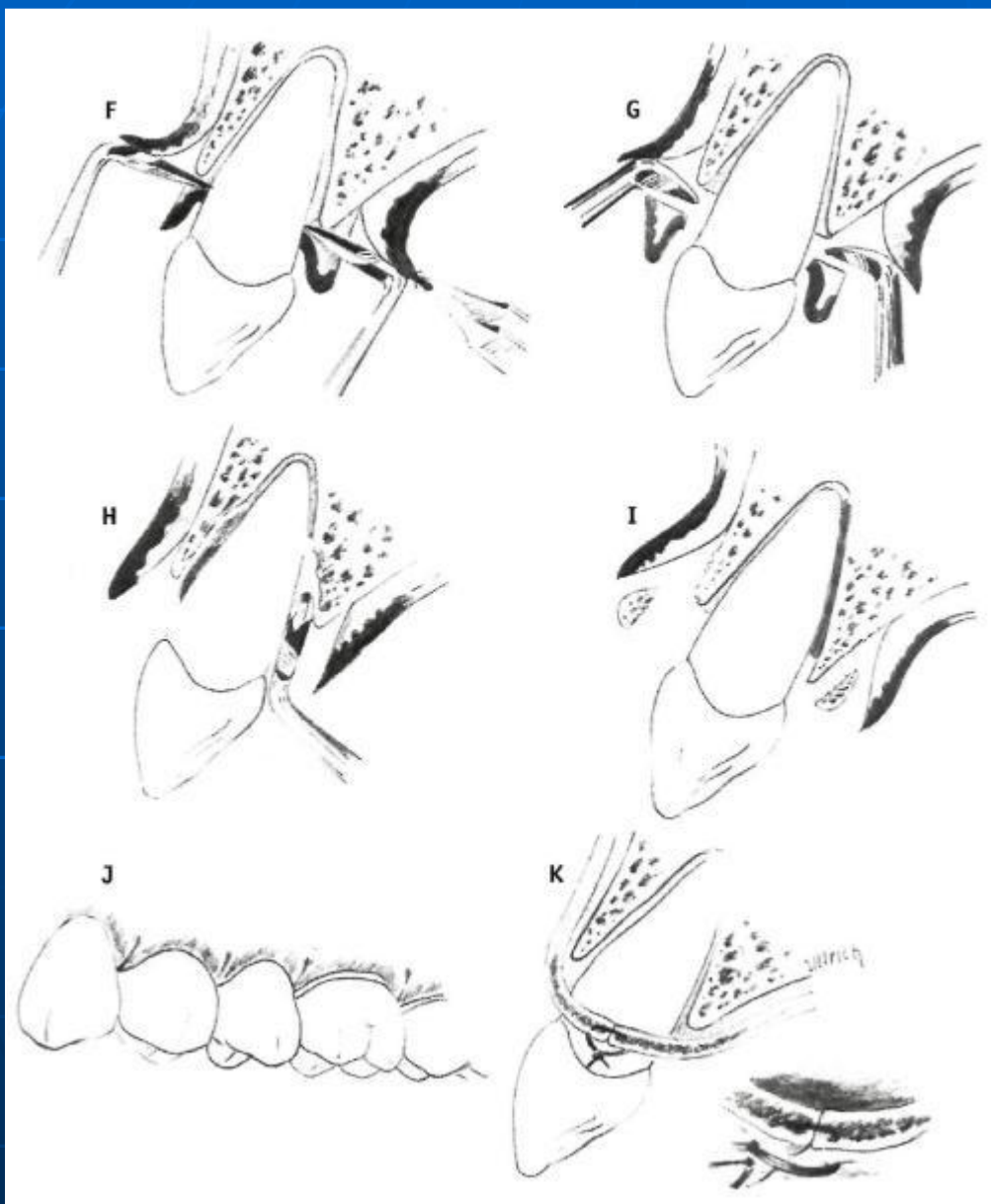
1. Техническая сложность и скрупулезность
2. Требуется высокой квалификации и хороших мануальных навыков
3. Интерпроксимальные лоскуты требуют точной адаптации
4. Сразу после снятия повязки создается нежелательный контур в межзубных промежутках

Модифицированный лоскут Видмана



- А** – намечена линия основного разреза с чрезмерно выраженной фестончатостью на небе, что позволит добиться ушивания и заживления первичным натяжением
- В** – первичные разрезы проведены до уровня кости
- С** – при откидывании лоскута открывают только 2-3 мм кости
- Д** – вторичный бороздковый разрез выполняют для освобождения внутреннего лоскута
- Е** – фронтальный вид показывает откидывание лоскута и вторичный разрез

Модифицированный лоскут Видмана (продолжение)



F – острым пародонтологическим ножом отсекают оставшийся десневой воротник над костным гребнем и высвобождают ткани в межзубных пространствах

G – скалерами удаляют внутренний лоскут

H – при наличии внутрикостных дефектов необходимо проводить их санацию с помощью скалеров и кюрет

I – для устранения костных наростов, препятствующих адаптации лоскута, используют остеопластику

J, K – лоскуты плотно ушиты без осуществления глубокого захвата десны

Лоскутная операция



определение линии
разреза

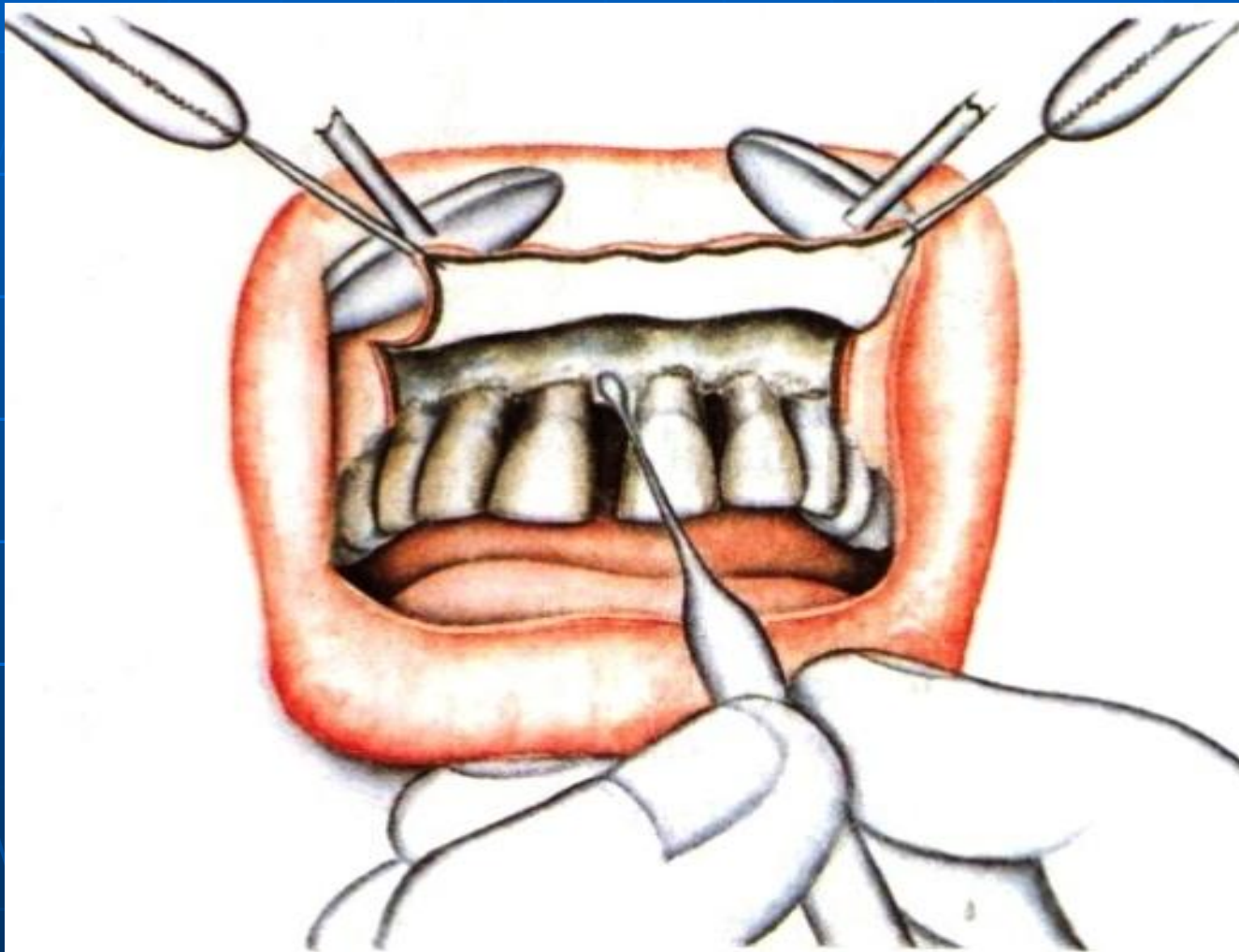


выкраивание
лоскута



отслаивание
слизисто-
надкостничного
лоскута

ЛОСКУТНАЯ ОПЕРАЦИЯ



кюретаж

Ортопедические методы лечения

- Избирательное пришлифовывание.
- Временное шинирование.
- Ортопедические приемы.
- Применение постоянных шинирующих аппаратов и протезов.
- Непосредственное протезирование и шинирование.

Метод избирательного пришлифовывания

Показания:

Суперконтакты при:

- вторичной деформации зубных рядов при вторичной частичной адентии;
- патологической стираемости;
- заболевании пародонта с наклоном зубов, поворотом зубов вокруг оси, образованием диастем и трем.
- Синдром болевой дисфункции нижнечелюстного сустава.
- Отсутствие физиологической стираемости.

Проводится избирательная пришлифовка:

- После кюретажа, медикаментозного лечения и временного шинирования.
- Перед лоскутной операцией и открытым кюретажем (т.е. до хирургического вмешательства).

Различают три класса:

- щечные поверхности вестибулярных бугров нижней челюсти, вестибулярные - режущих поверхностей резцов и клыков;
- оральные поверхности небных бугров верхней челюсти;
- щечные поверхности небных бугров верхней челюсти.

ШИНЫ

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

Требования, предъявляемые к шинам:

- создавать прочный блок из группы зубов, ограничивая их движения в трех направлениях: вертикальном, вестибуло-оральном, медиолатеральном (для передних) и переднезаднем (для боковых);
- быть жесткой и прочно фиксированной на зубах;
- не оказывать раздражающего действия на маргинальный пародонт;
- не препятствовать медицинской и хирургической терапии десневого кармана;
- не иметь ретенционных пунктов для задержки пищи;
- не создавать своей окклюзионной поверхностью блокирующих моментов движению нижней челюсти;
- не нарушать речи больного;
- не вызывать грубых нарушений внешнего вида больного;
- изготовление шины не должно быть связано с удалением большого слоя твердых тканей коронок зубов.

Решение о необходимости шинирования принимается по оценке подвижности зубов, которая характеризует функциональное состояние пародонта. При убыли на $1/2$ длины корня зуба плоскость шинирования горизонтальная (мезиодистальное и трансверзальное направления). При убыли на $3/4$ длины корня зуба горизонтальное и вертикальное шинирование. После определения плоскости шинирования, следует выбрать вид стабилизации - сагиттальная (в пределах бокового участка зубного ряда), фронтальная (передний участок); фронто-сагиттальная, парасагиттальная, по дуге, по дуге в сочетании с парасагиттальной.

-Конструкциями,
изготавливаемыми до проведения
терапевтического и
хирургического лечения -
временные;

-Постоянные или долговременные
протезы.

Временное шинирование

Временные протезы изготавливают с целью восстановить дефекты зубных рядов и шинировать имеющиеся зубы.

Метод временного шинирования 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 жевательного давлен

Постоянное шинирование.

Постоянные шины применяют как лечебные аппараты для иммобилизации зубов на продолжительное время. Больной такими шинами пользуется постоянно.

В зависимости от топографии дефекта зубного ряда, распространенности и степени деструкции пародонта постоянные конструкции могут быть съемными, несъемными и комбинированными.

1. Несъемные шины.

Несъемные протезы лучше, чем съемные, т.к. фиксируют зубы в горизонтальной и вертикальной плоскостях.

Они обеспечивают надежное укрепление подвижных зубов, образуя из них блок, способный противостоять как единое целое горизонтальным и вертикальным силам, развивающимся при жевании. Они мало нарушают речь, и больные быстро привыкают к ним.

2. Съемные шины

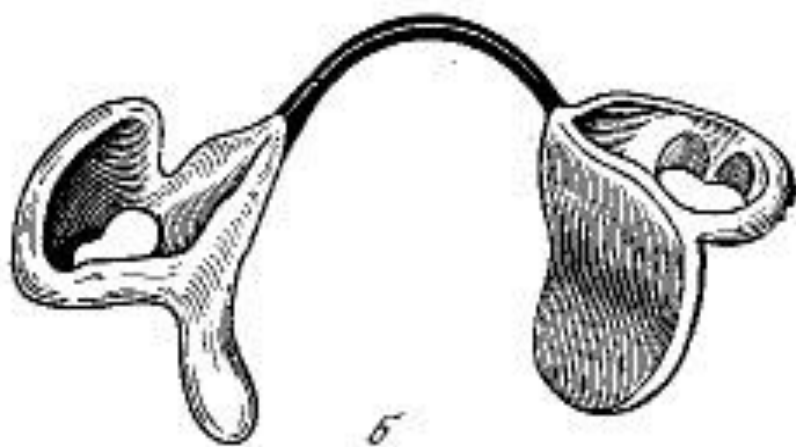
Шинирующие свойства съемных шин обеспечиваются различной комбинацией непрерывных опорно-удерживающих и перекидных кламмеров, а также разной формы окклюзионных накладок. Распространению их способствовала разработка методик параллелометрии, точного литья на огнеупорных моделях, применение хромокобальтовых сплавов и сплавов из благородных металлов.

Съемные шины могут применяться для шинирования одной какой-либо группы зубов или всего зубного ряда. При иммобилизации передних зубов шину желательно доводить до премоляров, а при шинировании боковых - до клыков. Съемные шины могут включаться в конструкцию дугового протеза как его составляющая часть. Это шины-протезы:

- шина типа непрерывного кламмера;
- шина-каппа;
- единая шина для всего зубного ряда.



а



б

Рис. 236. Пластинчатая шина из пластмассы для закрепления отломков нижней челюсти.

а — по Вайкевич; б — по Степанову.

Шина-каппа в полости рта

