

# **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



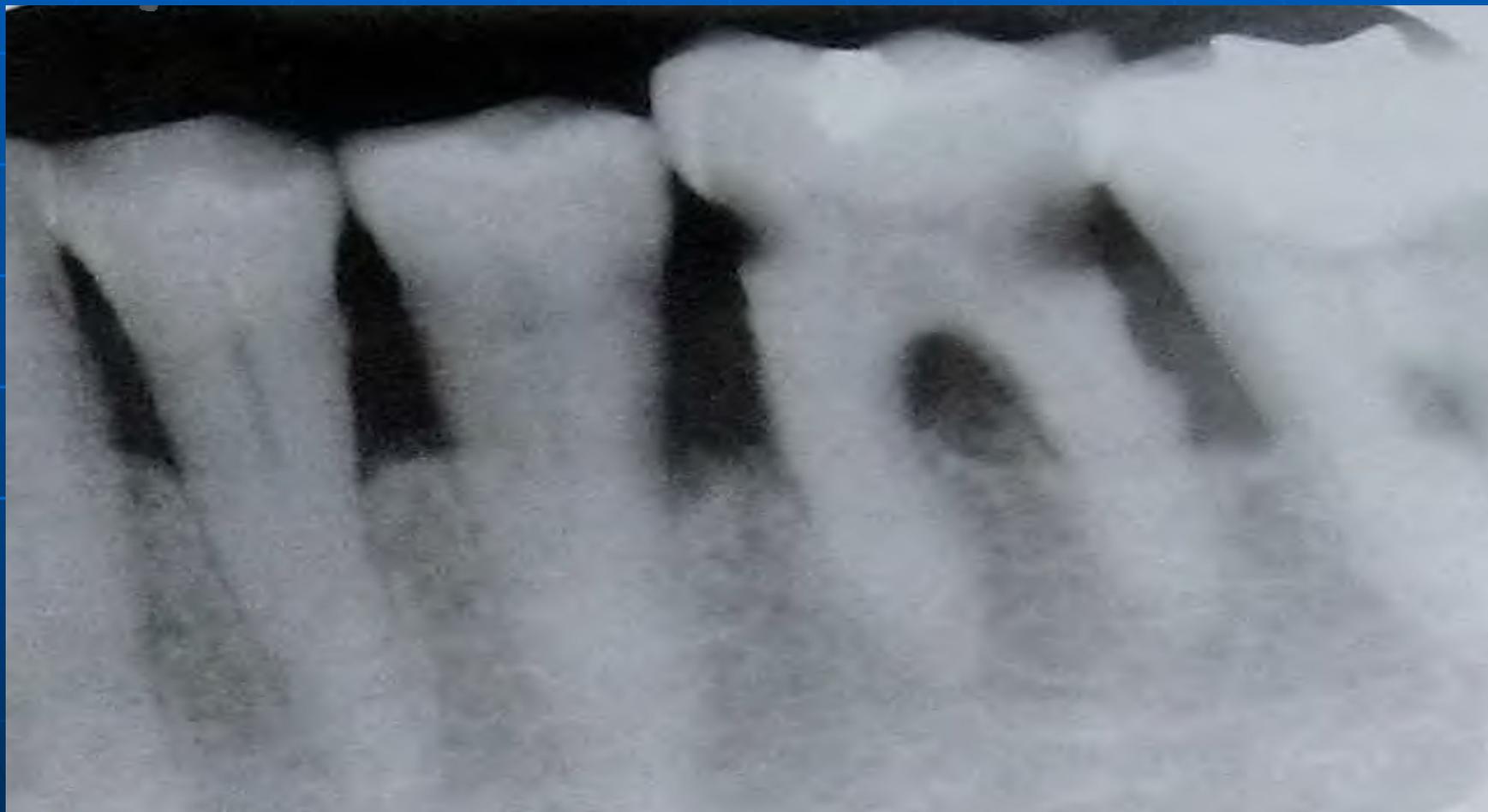
# ПАРОДОНТИТ



# 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 антимикробные 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.

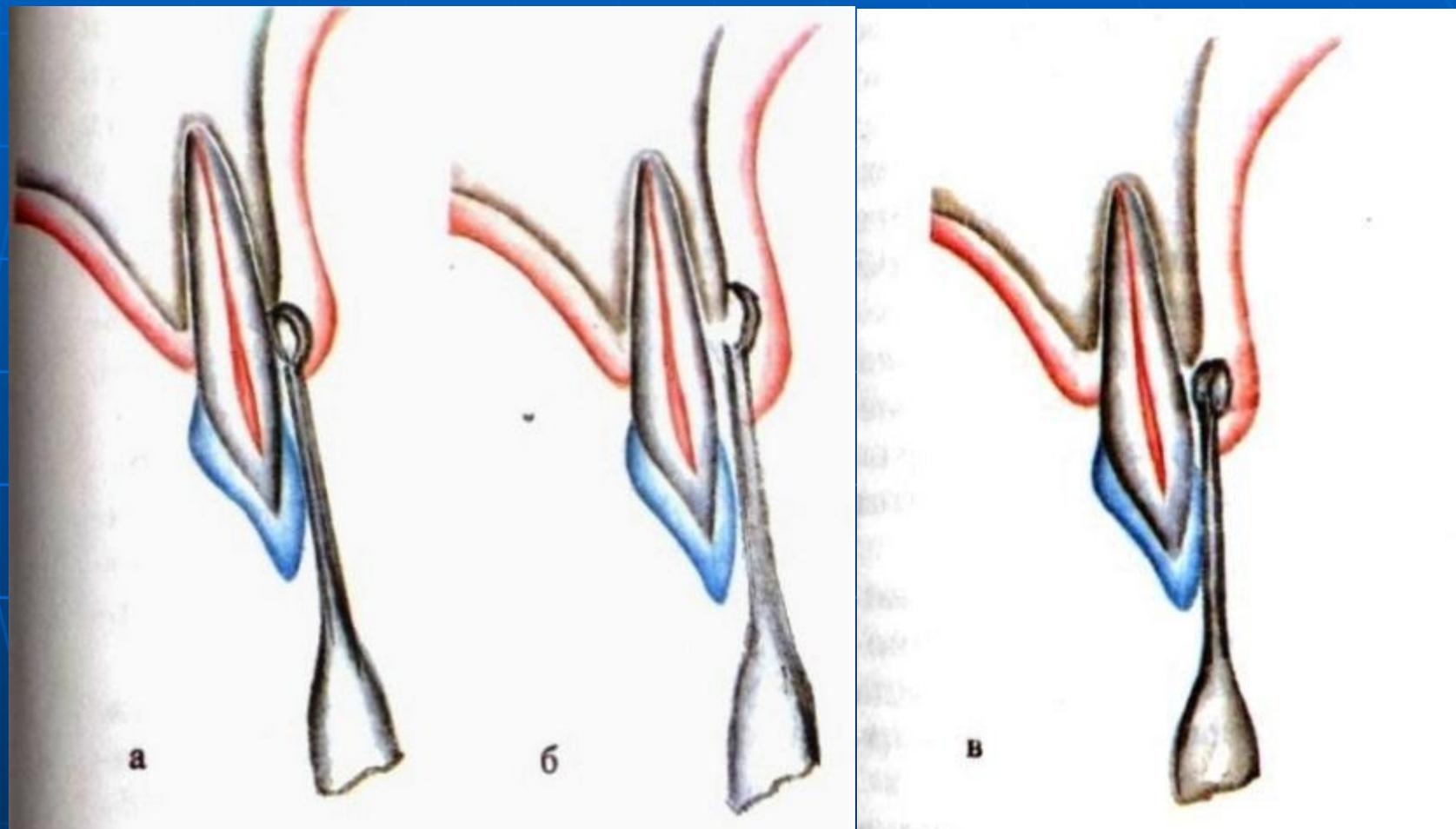
# I. Хирургические методы лечения :

- ✓ 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.

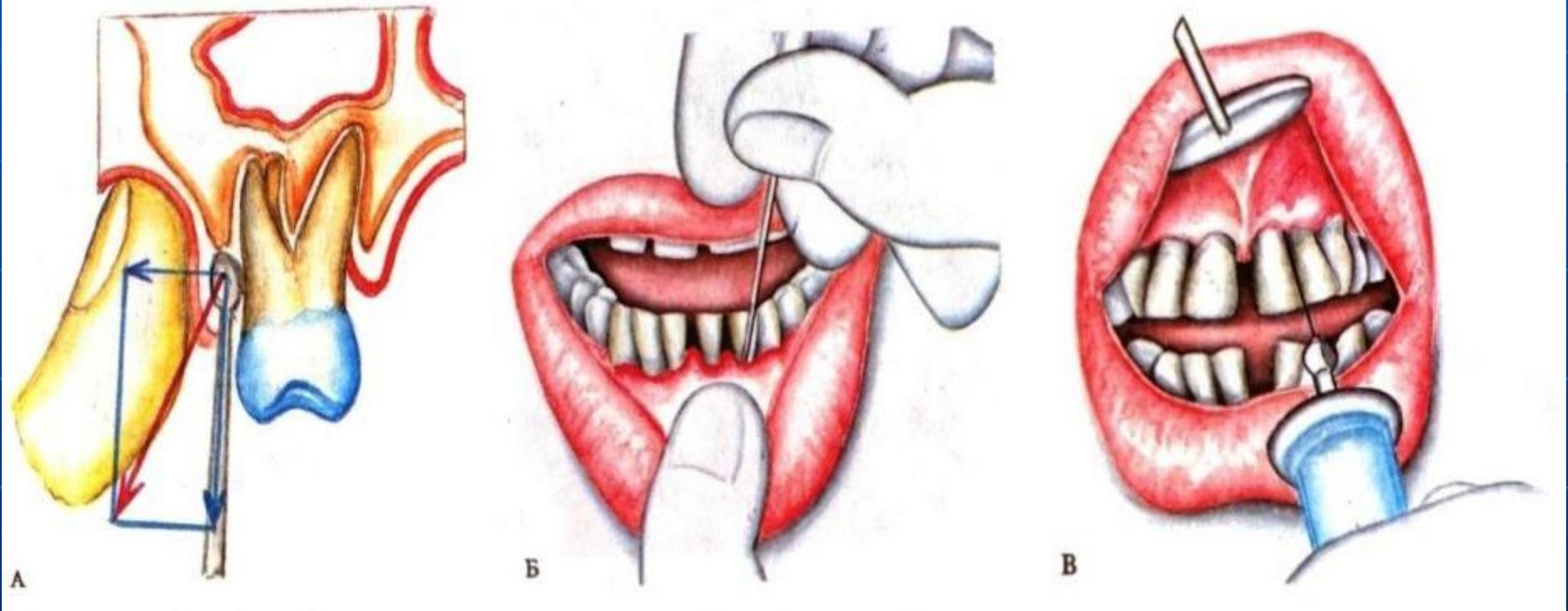
- В результате проведения кюретажа образуется полость, в которую изливается кровь, затем кровяной сгусток организуется в соединительную ткань, врастающую в поверхностные слои новообразованного цемента корня. Завершается кюретаж наложением особой твердеющей защитной повязки на один-два дня. В первые несколько 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:

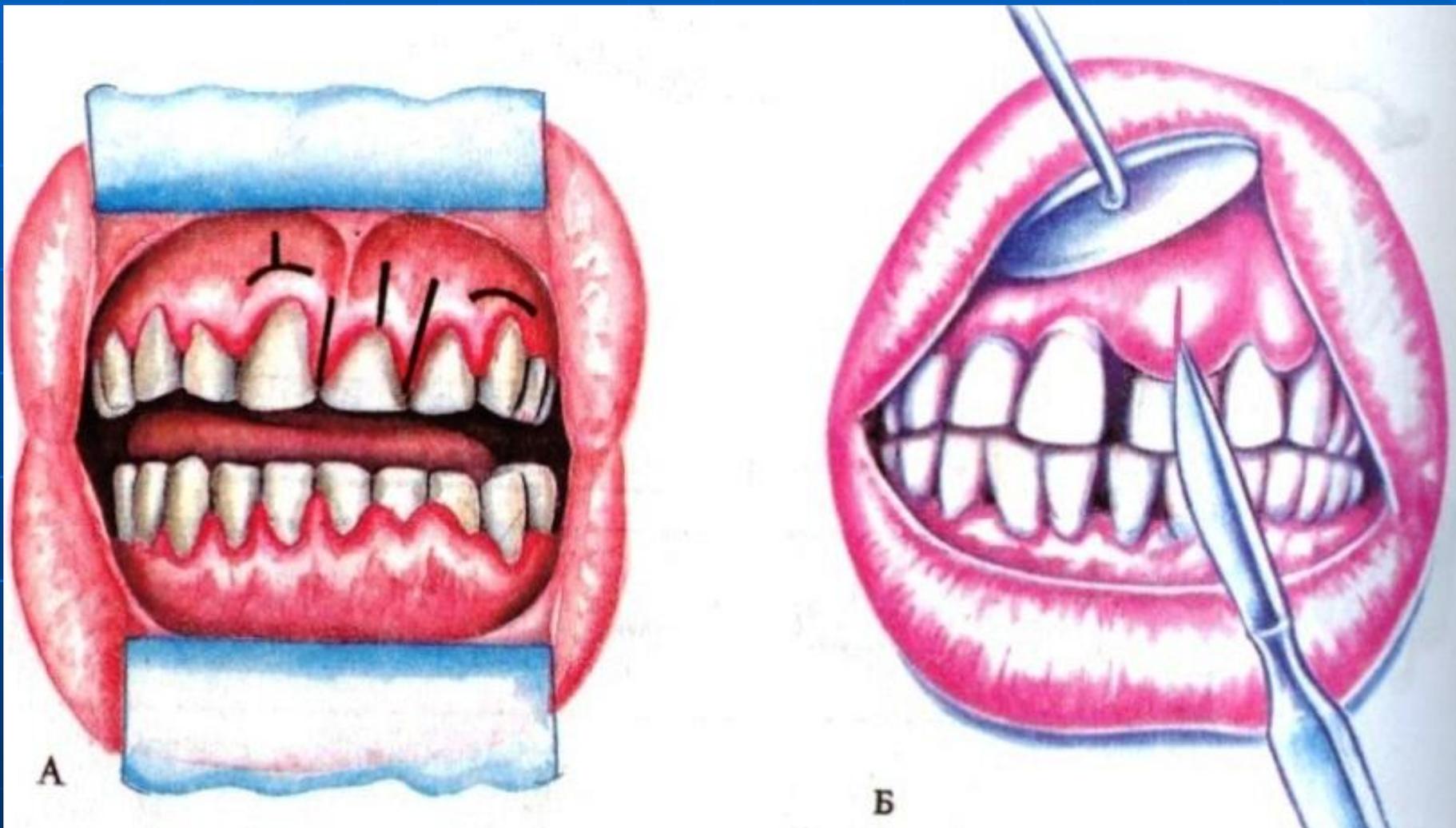
- пародонтальные карманы глубиной до 1-4 мм.

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.

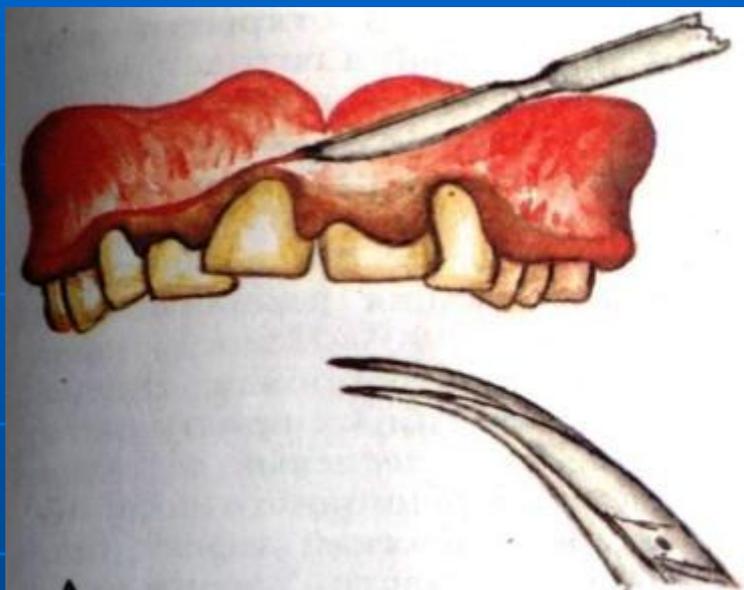
# Показания:

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

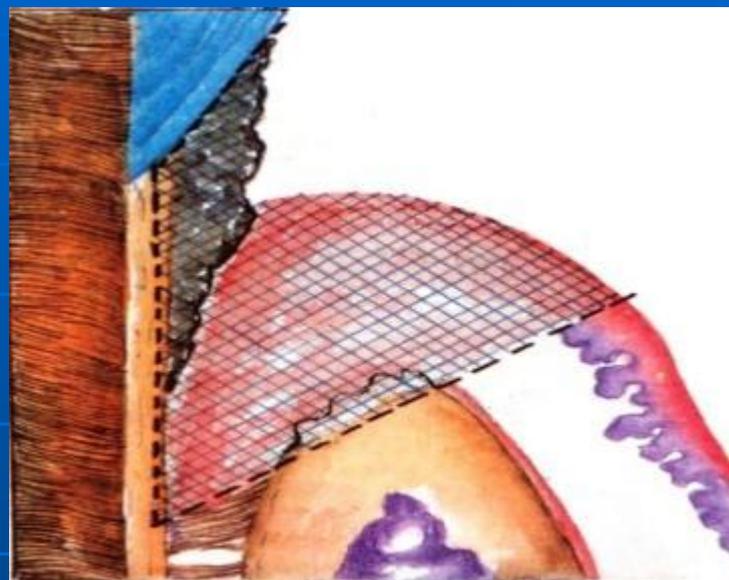
# Противопоказания:

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

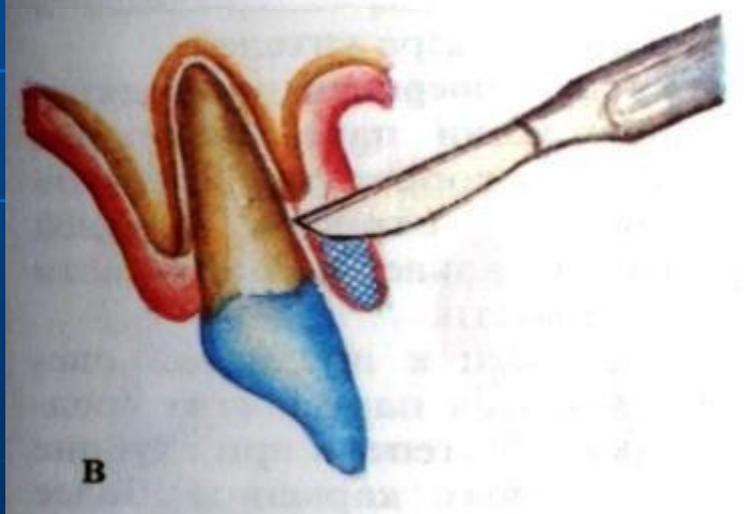
# ГИНГИВЭКТОМИЯ



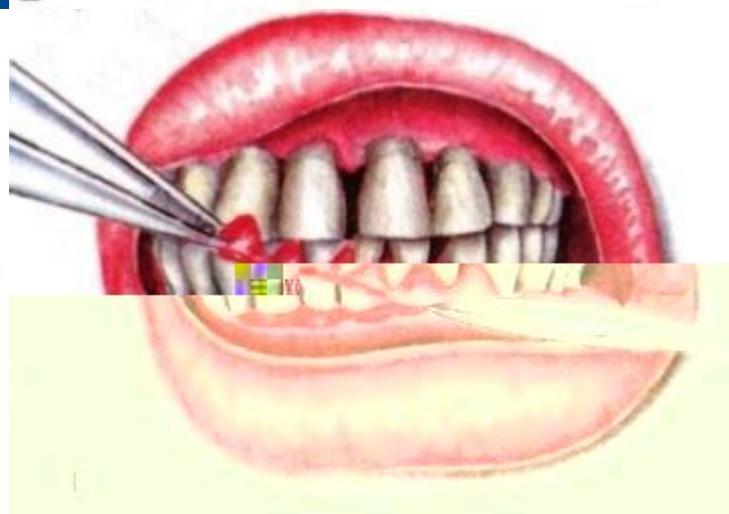
А



Б

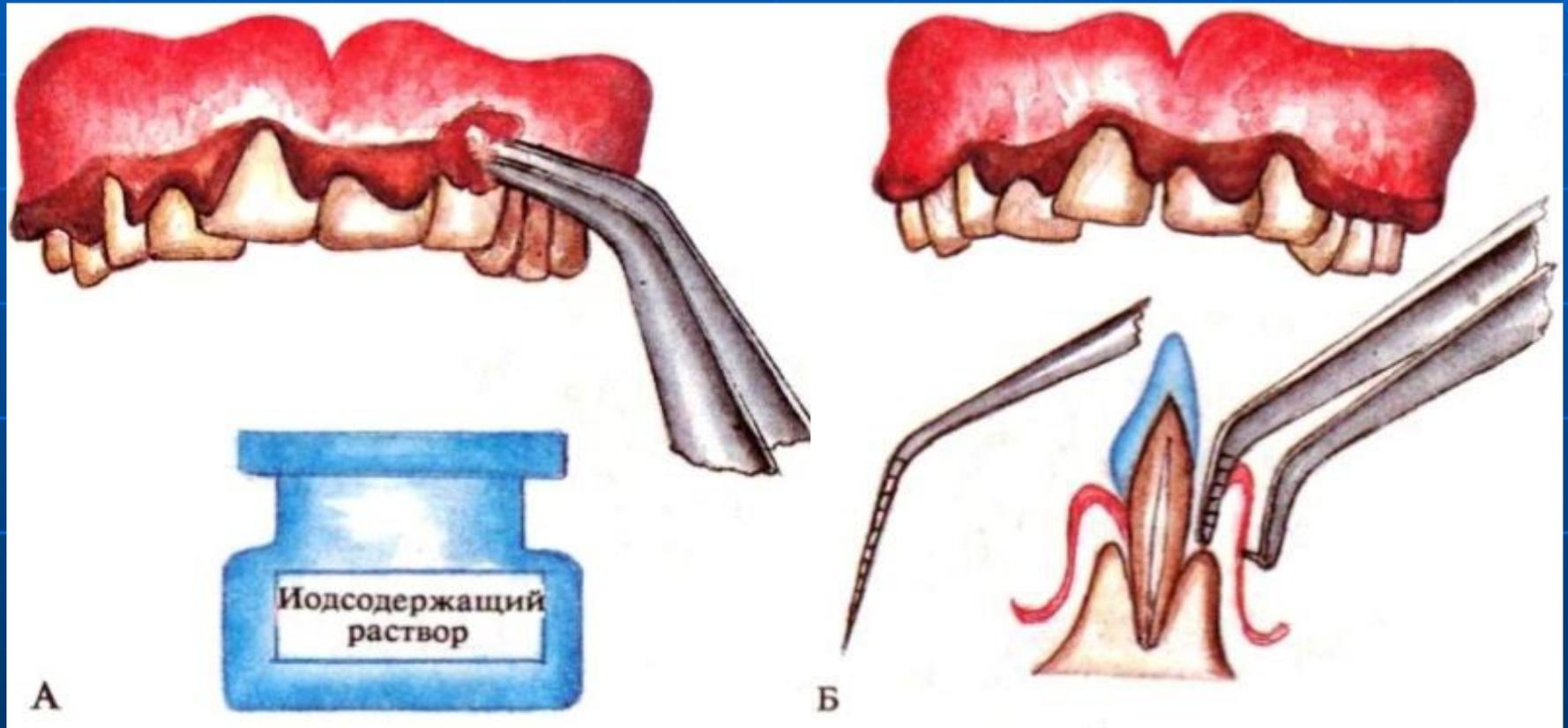


В



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

# ГИНГИВЭКТОМИЯ

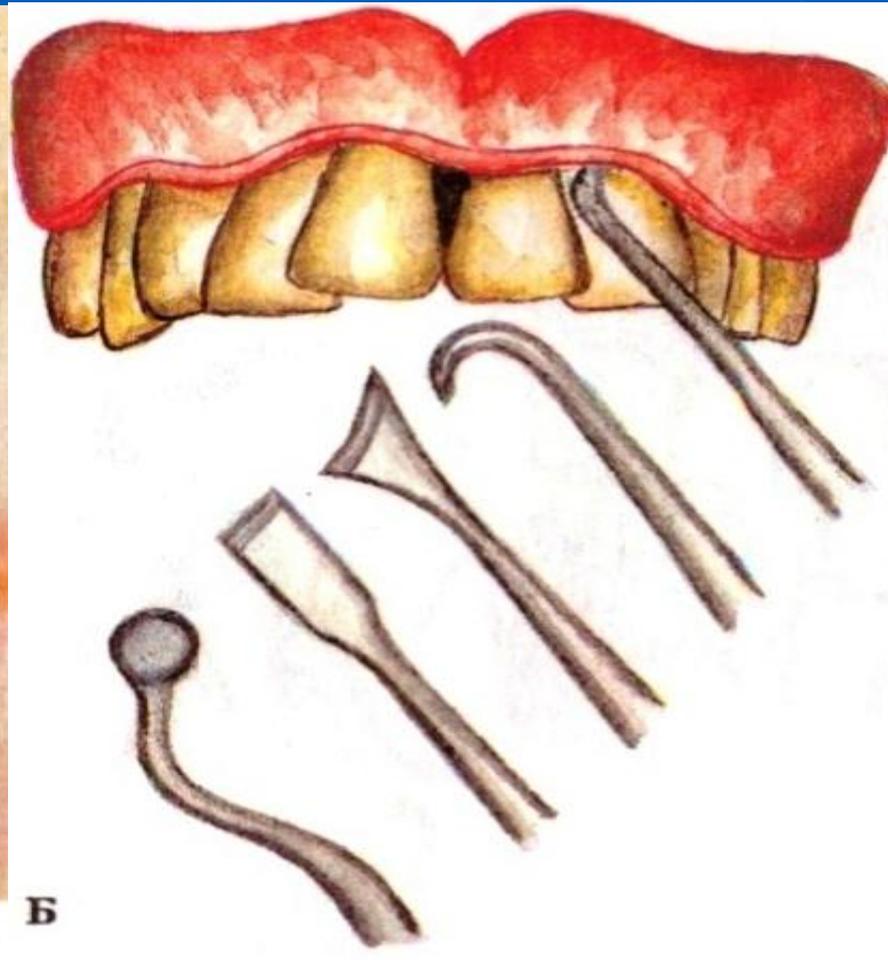


А - определение границы десны, подлежащей удалению  
Б - измерение глубины пародонтального кармана

# 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

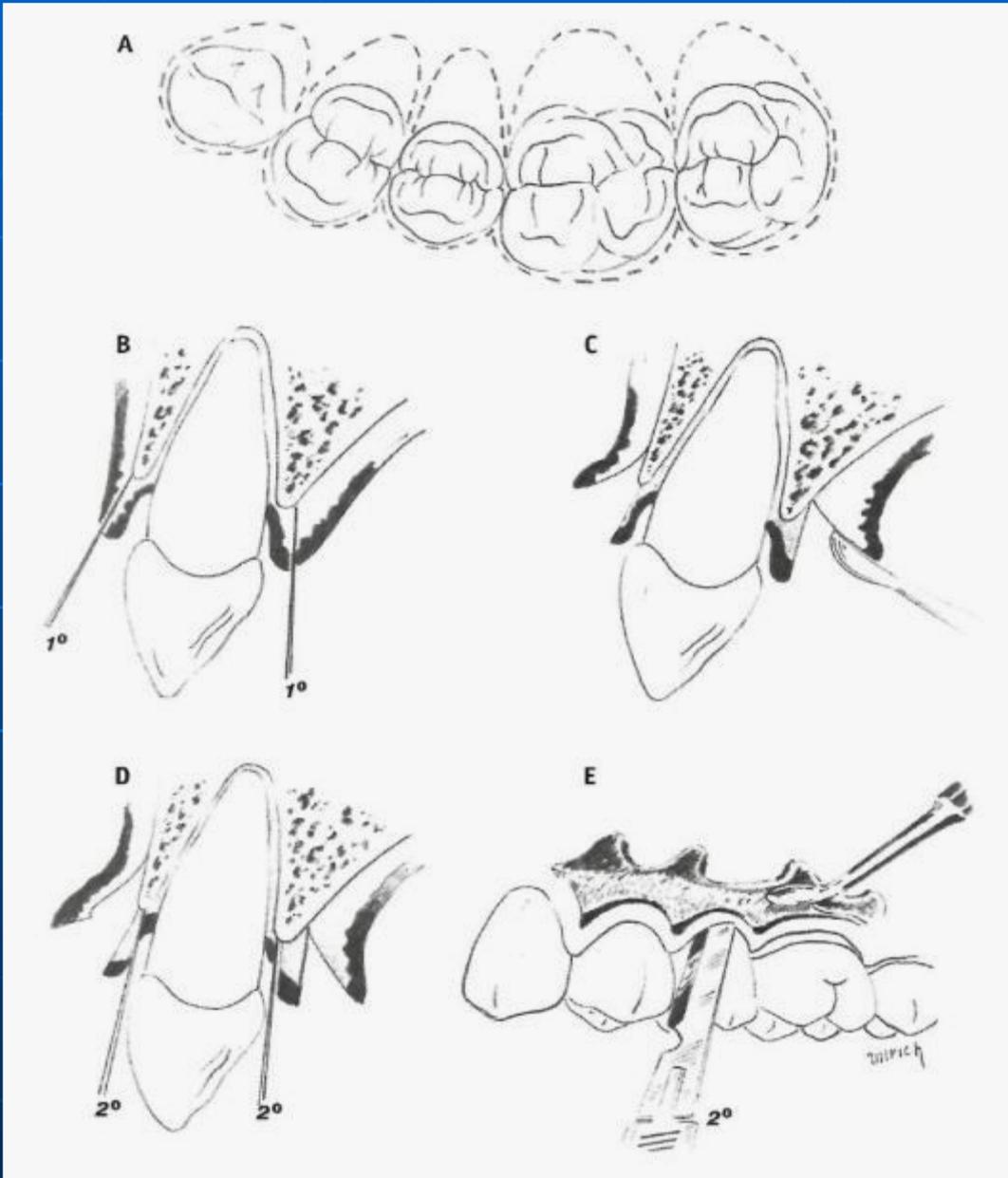
- **Преимущества**

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

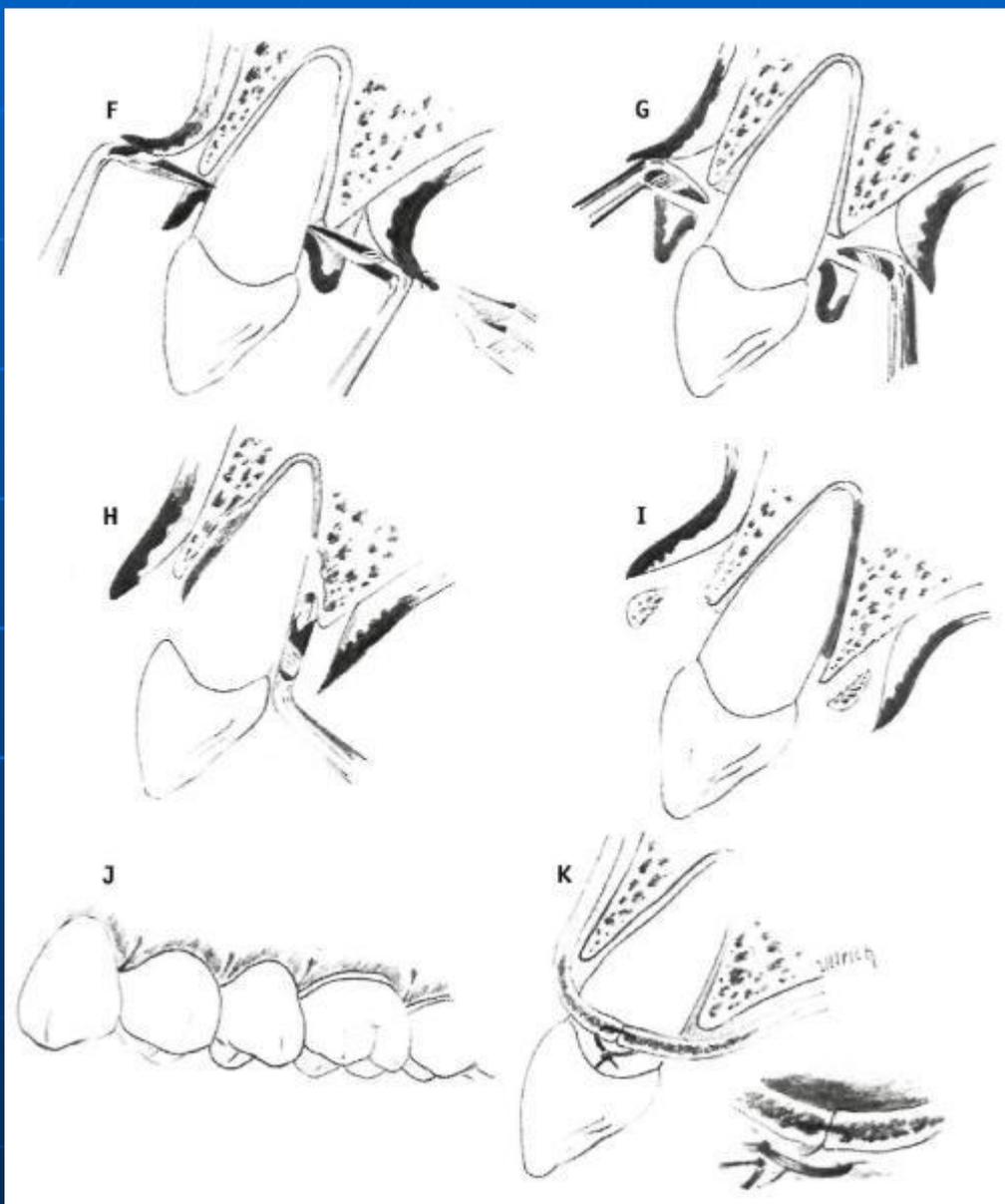
**В** – первичные разрезы проведены до уровня кости

**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

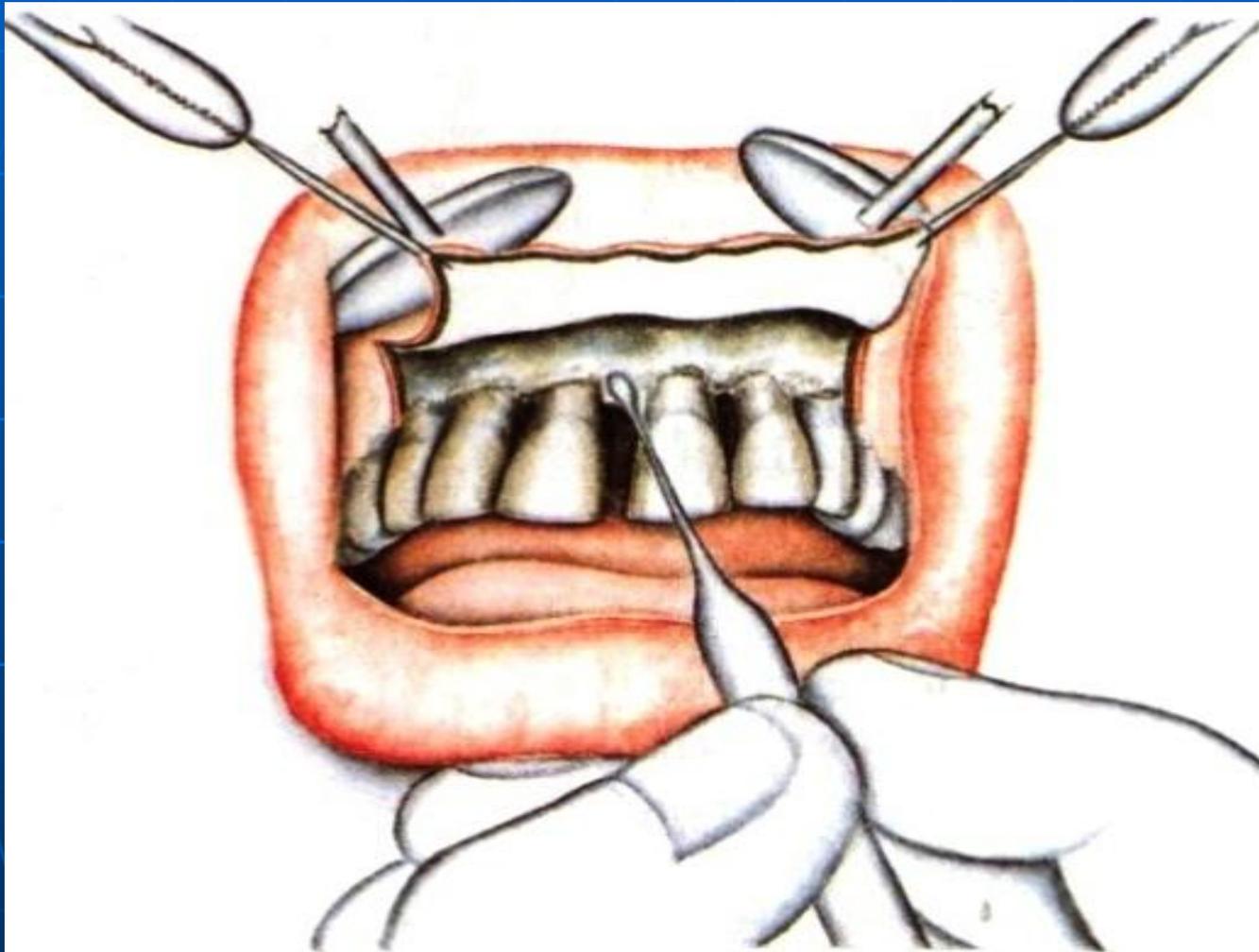


выкраивание  
лоскута



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

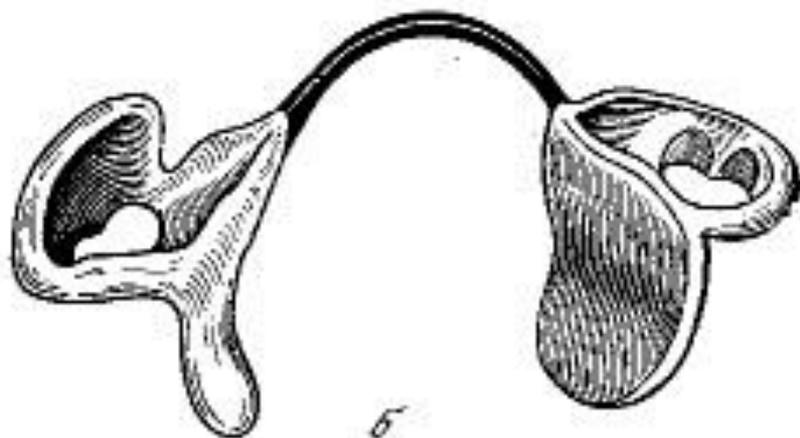
Шинирующие свойства съемных шин обеспечиваются различной комбинацией непрерывных опорно-удерживающих и перекидных кламмеров, а также разной формы окклюзионных накладок. Распространению их способствовала разработка методик параллелометрии, точного литья на огнеупорных моделях, применение хромокобальтовых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

