

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)



**Кафедра терапевтической стоматологии**

**«Терапевтическая стоматология 4 курс»  
«Пародонтология 8 семестр»**

Учебно-методическое пособие  
для студентов стоматологического факультета

Краснодар 2025.

УДК  
ББК  
М

**Составители:**

Заведующий кафедрой терапевтической стоматологии д.м.н., доцент А.А. Адамчик, доценты кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, к.м.н. **В.В.Таиров**, к.м.н. **В.В.Зорина**, к.м.н. **И.О.Камышникова**, к.м.н. **И.В.Хромцова**, к.м.н. **Е.С.Запорожская-Абрамова**; ассистенты кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, к.м.н. **В.А.Иващенко**, **К.Д.Кирш**, к.м.н. **Т.В.Северина**, к.м.н. **Ж.В.Соловьева**, к.м.н. **Ю.В.Веревкина**.

Терапевтическая стоматология 4 курс. Пародонтология 8 семестр / ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; составители: А.А.Адамчик; В.В.Таиров, И.О.Камышникова, Хромцова И.В., К.Д.Кирш, Т.В.Северина, Ж.В.Соловьева, Ю.В.Верёвкина. – Краснодар, Изд-во «Плехановец», 2025. – 95 с. – Текст: непосредственный.

**Рецензенты:**

Зав. кафедрой стоматологии общей практики ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д.м.н., доцент **А.В. Арутюнов**

Профессор кафедры стоматологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор **С.И.Рисованный**

Учебно-методическое пособие разработано в составлена на основании ФГОС ВО 3++ по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология (уровень специалитета), утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования РФ от 12 августа 2020 г. №984, приказа Министерства науки и высшего образования РФ от 26 ноября 2020 года №1456 «О внесении изменений в федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования», профессионального стандарта «Врач-стоматолог», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10 мая 2016 г. №227н, и учебного плана специальности 31.05.03 Стоматология. Основные виды. Термины и определения (далее – ГОСТ 7.60-2003), ГОСТ Р 7.0.3-2006 Издания. Основные элементы. Термины и определения (далее – ГОСТ Р 7.0.3-2006), ФГОС ВО, требований к учебным изданиям УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, изучения современной научно-методической литературы, содержат информацию о методологии проектирования, разработки, правилах оформления и утверждения учебно-методических изданий, правилах оформления использованной и рекомендуемой литературы (ГОСТ Р 7. 0.100 – 2018).

Учебно-методическое пособие утверждено ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (протокол № \_\_ от \_\_\_\_\_ г.)

УДК  
ББК

© А.А.Адамчик; В.В.Таиров, И.О.Камышникова, И.В.Хромцова, К.Д.Кирш, Т.В.Северина, Ж.В.Соловьева

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

Предисловие	
Введение	
Список сокращений	
Занятие №1	
Занятие №2	
Занятие №3	
Занятие №4	
Занятие №5	
Занятие №6	
Занятие №7	
Занятие №8	
Занятие №9	
Занятие №10	
Занятие №11	
Занятие №12	
Занятие №13	
Список рекомендуемой основной и дополнительной литературы	
Тестовые задания	

## Предисловие

Учебно-методическое пособие для студентов стоматологического факультета «Терапевтическая стоматология» 4 курс, Пародонтология 8 семестр подготовлено с целью ознакомить студентов с понятием пародонт.

В учебно-методическом пособии на основе анализа данных литературы изложены современные представления о болезнях пародонта и методиках их лечения.

Рассмотрены консервативные методики лечения пародонтоза и идиопатических заболеваний пародонта, опухолеподобных заболеваний пародонта. Рассмотрены препараты для местного и общего лечения. Показания и противопоказания к ним.

Описаны особенности составления плана лечения пациентов с пародонтитом. Мероприятия по оказанию помощи при неотложных состояниях в пародонтологии.

В пособии приведены методики проведения основных хирургических вмешательств в пародонтологии. Охвачен раздел физиотерапевтических методов лечения заболеваний пародонта. Имеется информация о современных технологиях лечения (лазер, фотодинамическая терапия, озонотерапия).

Проанализированы ортопедические и ортодонтические методы лечения, а также критерии излеченности заболеваний пародонта, методы реабилитации и профилактики.

Использование данного учебно-методического пособия позволит лучше ориентироваться в различных видах современных технологий лечения тканей пародонта, показаниях их к применению, в зависимости от клинической ситуации.

В рамках данного пособия совершенствуются следующие универсальные компетенции:

1. Системное и критическое мышление: УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.
2. Коммуникация: УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия.

Общепрофессиональные компетенции выпускников и индикаторы их достижения:

1. Этические и правовые основы профессиональной деятельности: ОПК-1. Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности. ОПК-2. Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок.
2. Диагностика и лечение заболеваний: ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач. ОПК-6. Способен назначать, осуществлять

контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач.

3. Основы фундаментальных и естественно-научных знаний: ОПК-8. Способен использовать основные физико-химические, математические и естественно-научные понятия и методы при решении профессиональных задач. ОПК-9. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.

4. Организация и управление: ОПК-11. Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности.

5. Медицинская реабилитация: ОПК-12. Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента.

6. Информационная грамотность: ОПК-13. Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности.

Профессиональные компетенции выпускников и индикаторы их достижения:

1. Проведение диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний пациентов: ПК-1. Способен к проведению диагностики у взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза.

2. Проведение лечения пациентов: ПК-2. Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности.

3. Проведение мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний: ПК-4. Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у детей и взрослых, в том числе к проведению профилактических осмотров и диспансерного наблюдения.

4. Проведение медицинской экспертизы: ПК-5. Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении взрослых со стоматологическими заболеваниями.

5. Участие в решении научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения и медицинских наук: ПК-6. Способен к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины, к участию в проведении научных исследований, к внедрению новых методов и методик, направленных на охрану здоровья населения.

6. Применение основных принципов организации оказания стоматологической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях: ПК-7. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала.

7. Обучение населения и медицинских работников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения стоматологических заболеваний и укреплению здоровья: ПК-
8. Способен к ведению санитарно-гигиенического просвещения среди населения, обучению пациентов и медицинских работников с целью предупреждения возникновения (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Методики лечения тканей пародонта различаются в зависимости вида поражения. Перед выработкой плана лечения врач должен попытаться выяснить причину, приведшую к патологии тканей пародонта.

Для зубов, со значительными изменениями в пародонте показаны хирургические зубосохраняющие операции.

Значительное количество пародонтологического инструментария и оснащения требует специфических знаний для того, чтобы ориентироваться в различных типах этого оборудования.

Появление современных материалов требует особого подхода к подготовке тканей зуба перед работой, особых видов манипуляций.

Необходимо знать какие ошибки и осложнения могут возникнуть на каждом этапе лечения.

### **Список сокращений**

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИДЖ – индекс десневой жидкости

ИРОПЗ – индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба

КПИ – комплексный пародонтальный индекс

КПП – кариес, пломба поверхностей

КПУ – кариес, пломба, удаленный

зуб

МКБ-10 – Международной классификации болезней

ОМС – обязательное медицинское страхование

СИЦ – стеклополиалкелатный (стеклоинономерный) цемент

УИК – уровень интенсивности кариеса зубов

## **ЗАНЯТИЕ №1.**

### **ТЕМА: КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТОЗА И РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ. ОПРОС, ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ, СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Пародонтоз – дистрофический процесс, распространяющийся на все структуры пародонта. Его отличительной чертой является отсутствие воспалительных явлений в десневом крае, отсутствие пародонтальных карманов. Лечение пародонтоза подбирается индивидуально для каждого пациента, направлено на приостановку патологического процесса в тканях пародонта и на укрепление защитных сил организма. Десневая рецессия представляет собой потерю уровня десны, уменьшение ее объема в апикальном направлении, которая может быть, как локализованной, так и генерализованной. Десневая рецессия не является отдельным заболеванием, а скорее симптомом, морфологическим проявлением (или исходом) других патологических процессов или состояний.

Этиология процесса образования рецессий недостаточно изучена, тем не менее, отмечается множество факторов, влияющих на возникновение этого явления, устранение которых можно провести с помощью консервативного лечения.

#### **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Ознакомить студентов с существующими в стоматологической практике методами консервативной терапии пародонтоза и рецессии десны.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** современные методики для лечения пародонтоза и рецессии десны

**Уметь:** правильно составить план консервативного лечения пародонтоза и рецессии десны.

**Владеть:** методиками консервативного лечения пародонтоза и рецессии десны

#### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Обоснование необходимости проведения местной терапии пародонтоза и рецессии десны.

2. Характеристика основных методик местного лечения заболеваний пародонта.

#### **4. АННОТАЦИЯ:**

##### **ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ:**

Лечение рецессии десны должно быть комплексным.

Принципы лечения больных с рецессией десны предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- восстановление утраченного объёма десны в области причинного зуба/зубов;
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы;

- предупреждение развития общих и местных осложнений;
- предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациентов.

Лечение представляет собой совокупность этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

Болезнь претерпевает обратное развитие в том случае, если этиологический фактор устранен и может быть стабилизирован благодаря усилиям врачей-стоматологов всех профилей, применения комплекса лечебных мероприятий и средств, а также действиям самого пациента, направленным на поддержание гигиены полости рта.

Терапевтическое лечение рецессии десны основано на применении нехирургических методов и является базовым или начальным этапом комплексного лечения заболеваний пародонта и направлено в первую очередь на устранение одного из этиологических факторов болезни – бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию на зубе, и включает:

- проведение профессиональной гигиены рта;
- обучение и контроль индивидуальной гигиене рта;
- удаление над - и поддесневых зубных отложений;
- коррекция и устранение факторов, способствующих поддержанию воспалительных процессов в пародонте, таких как: нависающие края пломб, кариозные полости, клиновидные дефекты. Восстановление анатомии зуба до уровня цементно- эмалевого соединения.
- устранение преждевременных контактов – функциональное избирательное пришлифовывание.
- назначение и/или проведение противомикробной и противовоспалительной терапии.

Терапия заболевания носит индивидуальный характер, нацелена на устранение поражений десен и первопричины.

Терапия пародонтита проводится комплексно и включает несколько этапов:

I этап: симптоматическое лечение

1. Рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта и ее контроль; зубная щетка мягкой или средней жесткости, исключить горизонтальные движения щетки, использовать лечебно-профилактические пасты, содержащие фтор и кальций.
2. Санация полости рта: пломбирование эрозий, клиновидных дефектов, кариозных полостей, восстановление контактных пунктов, проведение профессиональной гигиены полости рта (удаление зубных отложений), устранение острых краев зубов, выявление и устранение супраконтактов.
3. Лечение гиперестезии тканей зуба: местная и системная реминерализующая терапия; препараты фтора (натрия фторид, витафтор)
4. Рациональное протезирование и шинирование.

II этап: Патогенетическая терапия.

Учитывая, что в патогенезе пародонтоза значительную роль играют атеросклероз и другие психосоматические заболевания, необходимо обследование больного и правильный выбор антисклеротических и вазотропных препаратов в виде инъекций, электрофореза, перорального приема:

- пентоксифиллин (Трентал) по 2 драже 3 раза в сутки, курс 2-3 недели;
- витамин Е по 50 мг масляного раствора 3 раза в сутки, курс 3-5 недель;
- Эскузан по 10-20 капель 3 раза в сутки;
- Продектин по 0,25 г 3-4 раза в сутки;
- Никотиновая кислота по 0,05 г 2-3 раза в сутки, курс не менее 1 месяца;
- Ловастатин (Мевакор) по 40 мг 1 раз в сутки;

Физиотерапия: вакуумтерапия, гидромассаж (ирригатор), вибромассаж; дарсонвализация; светолечение; электрофорез.

Местная терапия воспалительных осложнений включает бальзамы, гели, мази (Асепта, Пародонтоцид). Рекомендуются применение специальных зубных паст, снижающих вероятность инфицирования (Асепта, Кедр-пихта).

Повышенная чувствительность зубов устраняется путем аппликаций на твёрдые ткани зубов фторсодержащих препаратов в виде 1-4% растворов фторида натрия, жидкостей и суспензий для глубокого фторирования («Глуфторед» («Владмива»), эмальгерметизирующего и дентингерметизирующего ликвидов («Humanchemie»)), гелей и лаков («Белак» «Владмива»). Хорошо зарекомендовали себя препараты-десенситайзеры («GLUMA desensitizer» «Heraeus», «Shield forse plus» «Токуяма Dental», «Сенсистаб» «Омега-дент»). Назначают также электрофорез с 10% р-ром глюконата кальция, с 10% р-ром лактата кальция, с 10% р-ром хлорида кальция, с 2,5% р-ром глицерофосфата кальция с последующим нанесением на твёрдые ткани зубов фторсодержащих препаратов. Высокая эффективность была достигнута при воздействии на зубы гелей хлорида стронция и фторида олова с ионизирующей зубной щёткой.

Из общеукрепляющей терапии назначают поливитаминные комплексы (алфавит, ундевит, декамевит, супрадин и др.) по 1-2 драже 3 раза в день после еды в течение одного месяца). Курсы витаминотерапии проводят 2 раза в год. Оправдано назначение при пародонтозе, особенно в осенне-весенний период, таких витаминов, как С, Д, В1, В6, В12. Отдельно следует остановиться на витамине Е. Установлено, что он опосредованно действует благоприятно на кровообращение вообще и на капилляры в частности. Он назначается по 0,05 х 4 раза в день в течение 4-5 недель. Пациентам с пародонтозом показано назначение антиоксидантов («мексидол», «нейромексол», «проинин», «умомекс», «церекард»).

Больным с выраженными психоэмоциональными расстройствами назначают психотропные и седативные препараты.

Большое значение в лечении пародонтита придается диете, которая должна быть калорийной, преимущественно белково-растительной с большим количеством витаминов.

#### **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Выписать методики консервативного лечения пародонтита.
2. Выписать методики консервативного лечения рецессии десны.

#### **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Заболевания пародонта. Грудянов А.И. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 336 с.
2. Комплексное лечение генерализованного пародонтита. Блохин В.П., Дрожжина В.А., Федоров Ю.А., Леонова Е.В., Казаков В.С. Учебное пособие. – СПб.: СПбМАПО, 2007. – 64 с.
3. Заболевания пародонта. Орехова Л.Ю. М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.
4. Лукиных Л.М. Заболевания полости рта. М.: Мед.информ. агентство, 2005 г.
5. Трунин Д.А, Постников М.А. Терапевтическая стоматология. ГЭОТАР-Медиа, 2023.

#### **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Пациент А., 46 лет, обратился с жалобами на чувствительность зубов от раздражителей, оголение корней зубов, эстетическая неудовлетворенность. При проведении рентгенологического исследования выявлено: мелкочаеистый рисунок кости альвеолярного отростка, равномерное снижение высоты межзубных перегородок при сохранившихся кортикальных пластинках.

Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

2. Больной 56 лет. Обратился с жалобами на обнажение корней зубов. Симптомы заболевания прогрессируют в течение 6 лет. При осмотре обнажение корней всех зубов на 2/3 их длины. Слизистая десен нормальной окраски. Пародонтальных карманов нет. Подвижность 1 степени. Незначительные зубные отложения во фронтальной группе зубов. Поставьте диагноз. Опишите методику консервативного лечения.

#### **ЗАНЯТИЕ №2.**

**ТЕМА: ЛЕЧЕНИЕ ДРУГИХ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА (ИДИОПАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА, пародонтитом).**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Основной целью лечения является уменьшение неблагоприятного воздействия на пародонт, а также воздействие на патогенетические звенья заболевания с целью восстановления структурных и функциональных свойств элементов, составляющих пародонт.

## **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Изучить методы консервативного лечения других заболеваний пародонта.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** лечение других заболеваний пародонта.

## **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Классификация идиопатических заболеваний
2. Методы лечения идиопатических заболеваний.
3. Методы лечения при пародонтомах и пародонтальных кистах.
4. Методы лечения при липомах.
5. Методы лечения при эпулисе.
6. Методы лечения при десмонтозе.

## **4. АННОТАЦИЯ:**

К идиопатическим заболеваниям относят следующие состояния:

1. Системные заболевания (гистиоцитоз-Х):
  - эозинофильная гранулема (болезнь Таратынова);
    - болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена;
    - болезнь Леттерера-Сиве;
    - кератиновый ретикулогистиоцитоз (болезнь Гоше)
2. Наследственные и орфанные заболевания:
  - десмонтоз;
  - синдром Папийона-Лефевра;
  - синдром Элерса-Данло (наследственная коллагенопатия)
3. Врожденные заболевания
  - синдром Дауна.
4. Эндокринные заболевания:
  - сахарный диабет в декомпенсированной стадии;
  - гипотиреоз (микседема).
5. Иммунодефицит:
  - СПИД
6. Заболевания крови:
  - лейкоз;
  - агранулоцитоз.

При идиопатических заболеваниях пародонта назначают симптоматическое лечение – кюретаж пародонтальных карманов, гингивотомию, выскабливание патологического очага с введением остеоиндуктивных препаратов. При подвижности 3-4 степени зубы подлежат удалению с последующим протезированием. При болезни Папийона-Лефевра лечение симптоматическое – прием ретиноидов, смягчающих кератодермию и замедляющих лизис костной ткани. Для предотвращения инфицирования участка поражения назначают антисептики в виде ротовых ванночек, антибиотики.

Прогноз при заболеваниях пародонта зависит не только от характера патологии, уровня гигиены, наличия вредных привычек и генетической

предрасположенности, но и от своевременности обращения пациентов в медицинское учреждение, адекватности проводимого лечения. Лечение **гистиоцитозов** проводят после тщательного клинического обследования больного вместе с онкологами или гематологами, которые назначают общее лечение: гормональные препараты, цитостатики, белковые анаболизаторы, антибиотики, десенсибилизирующую терапию, препараты фтора и др.

Местная терапия предусматривает удаление зубных отложений под аппликационным обезболиванием, кюретаж пародонтальных карманов, удаление зубов, находящихся в терминальной стадии, ортопедическое лечение.

**Десмонтоз** - лечение. При I стадии заболевания назначается общеукрепляющая терапия, включающая поливитамины с микроэлементами, адаптогены, а также препараты, воздействующие на анаэробную микрофлору (метронидазол).

Местное лечение предусматривает устранение травматической окклюзии, шинирование подвижных зубов, проведение профессиональной гигиены, использование препаратов, обладающих активностью против анаэробной инфекции (растворы и гель хлоргексидина, гидроксиметилхиноксалиндиоксида (Диоксидина\*) и др.).

На II стадии заболевания прогноз зависит от общего состояния организма и активного лечения, в том числе и хирургического.

При II стадии заболевания из общих средств назначают противовоспалительные нестероидные препараты (ибупрофен, индометацин и др.), антигистаминные, метронидазол, поливитамины с микроэлементами, иммунокорректоры.

В местное лечение входит шинирование подвижных зубов, удаление зубов подвижности III степени, избирательное шлифование зубов, проведение профессиональной гигиены полости рта.

Подготовка к хирургическому лечению включает использование противовоспалительной терапии, содержащей средства антианаэробной активности. В хирургическом лечении предпочтение отдается лоскутным операциям с использованием остеотропных средств и методик НРТ. Заключительным этапом лечения данного заболевания является ортопедическое лечение.

**Пародонтомы** – опухолевидные процессы в тканях пародонта.

Фиброматоз десен относят к группе генетически детерминированных патологий. Выявляют преимущественно у лиц молодого возраста, чаще женского пола. Диффузная форма фиброматоза характеризуется плотными разрастаниями десен, что требует хирургического иссечения. Иногда помогает криодеструкция.

**Эпулис** – доброкачественная одонтогенная опухоль, возникает в местах хронического раздражения. Клинически проявляется ограниченным разрастанием десны, локализуется чаще в области клыков, резцов, малых коренных зубов. Лечение хирургическое: удаление эпюлида и его ростковой зоны, завершающееся диатермокоагуляцией или криодеструкцией. Вопрос о

сохранении зубов решается на основании клинических и рентгенологических данных. В случае возникновения рецидива производится удаление опухоли с одним или двумя близкорасположенными зубами.

**Пародонтальная киста** - развивается при хроническом течении основного заболевания; при этом эпителий полностью выстилает внутреннюю поверхность кармана, отслаивая надкостницу. Лечение оперативное, с обязательной дополнительной фиксацией лоскута с помощью заранее изготовленной временной пластинки.

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Напишите классификацию идиопатических заболеваний пародонта.
2. Выписать основные этапы лечения идиопатических заболеваний пародонта.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Боровский Е.В. с соавторами. Терапевтическая стоматология. - М., 2008
2. Л.А. Дмитриева, Ю.М. Максимовский с соавторами. Национальное руководство по терапевтической стоматологии.- М., 2009.
3. Маянский А.Н. Патогенетическая микробиология. - Н., 2006.
4. Царинский М.М. Терапевтическая стоматология.- Ростов-на-Дону, 2010.
5. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в пародонтологии. М., 2006.- 268 с.
6. Грудянов А.И., Москалев К.Е. Использование аппарата Пьезон-Мастер 400 в пародонтологической практике // «Маэстро стоматологии». №5. -2000.-С. 19-22.

## **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Жалобы: на общее недомогание, кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах изо рта, зуд и жжение десен. Прикус глубокий травмирующий. Десневые сосочки и маргинальная десна в области всех зубов гиперемированы, отечны. Назовите возможные методы лечения данной патологии. Ваша тактика.
2. Пациентка К., 45 лет, жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов, неприятный запах изо рта. В анамнезе сахарный диабет. Составьте схему общего лечения данной пациентки.
3. Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов 41, 31, 32, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны. Десна в области 41, 31, 32 зубов застойна гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6 мм, патологическая подвижность зубов III степени. Поставьте предварительный диагноз, наметьте план лечения.

## **ЗАНЯТИЕ №3.**

### **ТЕМА: МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ.**

**Продолжительность занятия** \_\_ мин.

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Лечение заболеваний пародонта носит комплексный характер, включает методы местного воздействия и системные мероприятия, направленные не только на ликвидацию воспалительного процесса в пародонте, но и укрепление общего состояния организма, повышение его защитных сил. Используется этиотропное лечение, патогенетическое, симптоматическое.

Одним из важных составляющих комплексного лечения заболеваний пародонта является медикаментозное лечение.

## **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Ознакомить студентов с существующими в стоматологической практике методами медикаментозной терапии заболеваний пародонта

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** современные препараты для лечения заболеваний пародонта, показания и противопоказания к назначению медикаментозной терапии заболеваний пародонта.

**Уметь:** назначить и выписать рецепт препарата для лечения заболеваний пародонта, использовать медикаментозную терапию в комплексном лечении заболеваний пародонта.

**Владеть:** методом выбора необходимого препарата для лечения заболеваний пародонта.

## **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Обоснование необходимости медикаментозной терапии болезней пародонта.
2. Показания и противопоказания к назначению медикаментозной терапии.
3. Характеристика препаратов для местного лечения заболеваний пародонта.
4. Рецептурные прописи препаратов для лечения патологии пародонта.

## **4. АННОТАЦИЯ:**

Исходя из патогенетической сущности воспалительных заболеваний пародонта и с учётом вариантов течения патологического процесса практически у каждого больного лечение должно носить комплексный характер. В этот комплекс входят местные и общие терапевтические приёмы с применением лекарственных средств, хирургическое и ортопедическое лечение. В зависимости от преобладающего фактора, лечение может быть преимущественно этиотропным либо патогенетическим, либо просто симптоматическим. Однако наиболее успешным является сочетание всех приёмов. Кроме того, лечение следует вести с учётом состояния естественных защитных механизмов в расчёте на укрепление общего состояния организма. Комплексный подход к лечению патологии пародонта предусматривает медикаментозную терапию практически на всех этапах лечения заболеваний пародонта.

Показания к применению препаратов для лечения заболеваний пародонта:

1. Наличие клинических проявлений заболевания пародонта.
2. Воспалительный процесс в пародонте

3. Тяжелая степень течения процесса.
4. Изменение (ухудшение) общего состояния.

Противопоказания:

1. Непереносимость препаратов.
2. Несовместимость с другими медикаментами, назначаемыми по поводу других заболеваний.
3. Недостаточная эффективность.

Медикаментозное лечение может быть, как местным, так и общим.

Лекарственные препараты, которые применяются в пародонтологии можно разделить на следующие фармакологические группы:

- 1) препараты антибактериального действия: антибиотики, антисептики, антимикотики;
- 2) противовоспалительные средства: нестероидного ряда, стероидные;
- 3) препараты анаболического действия: витамины, гормоны, иммуностимулирующие.

Местные анестетики применяются в виде инъекций, аппликаций, ванночек. В виде аппликаций используется: 1—12 % раствор лидокаина гидрохлорида, 10% аэрозоль лидокаина, 20-30% маслянистый раствор бензокаина, 2-4% раствор пиромекаин, 3-5% мазь пиромекаина, 10% взвесь анестезина в глицерине. В виде инъекций используется 2% лидокаин, 3% мепивакаин, 4% артикаин,

Местные антисептики – 1% раствор перекиси водорода, 0,02% раствор фурацилина, 0,02% р-р этакридина лактата, 0.05% раствор хлоргексидина, лизоплак; хлорофиллипт; йодинол; таблетки для рассасывания — амбазон, себидин.

Противовоспалительные и противомикробные препараты – отвары и настои трав (ромашка, календула, шалфей, зверобой), мази и гели на основе нестероидных противовоспалительных препаратов: индометацин, ацетилсалициловая кислота, ортофен), раствор мирамистина 0,2% раствор сангвинорина, мефенаминат натрия в виде пасты, мази; ромазулан; 10%-ная метилурациловая мазь, и стероидных: 0,5—2,5%-ная гидрокортизоновая, 0,5%-ная преднизолоновая мази, лоринден, дермозолон.

Рекомендуется использование биополимерных пленок «Диплендента» с различными лекарственными компонентами (хлоргексидином, метронидазолом, линкомицином, лидокаином). Хороший эффект дает паста «Метрагил дента», в состав которой входит метронидазол и хлоргексидин.

Антисептическим и противовоспалительным действием обладает димексид (диметилсульфоксид), обладающий и местноанестезирующим действием и способностью проникать через тканевые барьеры.

0,5 % линимент или 0,2% спиртовой раствор сангвиритрина оказывает противомикробное действие в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, устойчивых к действию антибиотиков.

Местно могут использоваться антибиотики в виде полосканий, аппликаций (тетрациклиновая мазь; эмульсия синтомицина; грамицидин — 2%-ный раствор; микроцид; левовинизоль — аэрозоль; 0,1%-ная мазь гентамицина сульфата). Реже применяются сульфаниламиды (стрептоцид — в виде присыпки; ингалипт — аэрозоль), препараты нирофуранового ряда (0,02%-ный водный раствор или 0,2%-ная мазь фурациллина)..

Протеолитические ферменты – трипсин, химотрипсин, террилитин, химопсин, «бализ-2» -расщепляют некротические массы, улучшают окислительно-восстановительные процессы, оказывают противовоспалительное действие.

Стероидные препараты – глюкокортикоиды, оказывают противовоспалительный эффект за счет угнетения всех фаз воспалительного процесса – альтерации, экссудации, пролиферации, оказывают десенсибилизирующее действие. Эти препараты используют только в фазе острого воспаления без гноетечения и абсцедирования, местно, в виде аппликаций, не более 5 дней.

Эпителизирующим и репаративным действием обладают масляные растворы витаминов А, Е, масло шиповника, каротолин, АЕвит, метилурацил, солкосерил, винилин. Снижению проницаемости сосудистой стенки способствуют галаскорбин, соли кальция.

Рецептурные прописи необходимы при назначении антибиотиков, противогрибковых препаратов, транквилизаторов (анксиолитиков).

Образец прописи:

Rp.: Amoxycilin 500 mg.

D.t.d. № 16 in tab.

Da signa 1 т. 3 раза в день внутрь.

Rp.: Hydroxyzini 0,025

D.t.d. № 25

Da signa 1 т. 1 раз в день внутрь.

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Написать схему местной и общей медикаментозной терапии пародонтита.
2. Выписать рецепты препаратов для местного лечения пародонтита.
3. Выписать рецепты для общего лечения пародонтита.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Болезни полости рта /Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - Стр. 214-229.
2. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов /Под редакцией Е.В. Боровского. - М.:«Медицинское информационное агентство», 2003.- Стр.575 -581.

3. Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие / А.И.Николаев.

Л.М. Цепов. - 9-е изд. перераб. и доп.-М.: МЕДпрессинформ, 2010. – Стр. 819-836.

4. Терапевтическая стоматология: учебник: в3ч. /под ред. Г.М. Барера.- М.:ГЭОТАР –Медиа, 2009.- Ч.2- Болезни пародонта.- 224с.

5. Артюшкевич А.С. Заболевания периодонта. - М.: Мед.лит., 2006. -328с

6. Грудянов А.И., Александровская И.Ю. Планирования лечебных мероприятия при заболеваниях пародонта. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2010.

#### **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1.Пациентка К., 46, жалуется на кровоточивость десны, неприятный запах изо рта, выделение гноя из- под десны, подвижность зубов.

Ей поставлен диагноз: хронический генерализованный пародонтит, тяжелый, обострение.

Составьте схему местного медикаментозного лечения.

2.Пациент У., 38 лет, жалуется на неприятный запах изо рта, кровоточивость десен, повышенную чувствительность зубов на кислое, холодное, сладкое.

При осмотре: обилие мягкого налета и зубного камня, обнажение шеек и корней зубов на 1/3, десна рыхлая, кровоточит при прикосновении. Пародонтальные карманы 2-3 мм, подвижность зубов 1степени.

Поставлен диагноз: хронический генерализованный пародонтит, легкий.

Выпишите рецепты для местного лечения.

#### **ЗАНЯТИЕ №4.**

#### **ТЕМА: МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ. ОПРОС, ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ, СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Лечение заболеваний пародонта носит комплексный характер, включает методы местного воздействия и системные мероприятия, направленные не только на ликвидацию воспалительного процесса в пародонте, но и укрепление общего состояния организма, повышение его защитных сил. Используется этиотропное лечение, патогенетическое, симптоматическое.

Одним из важных составляющих комплексного лечения заболеваний пародонта является медикаментозное лечение.

#### **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Ознакомить студентов с существующими в стоматологической практике методами медикаментозной терапии заболеваний пародонта.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** современные методики для лечения заболеваний пародонта, показания и противопоказания к назначению медикаментозной терапии заболеваний пародонта.

**Уметь:** выбрать методику местной терапии в комплексном лечении заболеваний пародонта.

**Владеть:** методиками лечения заболеваний пародонта.

### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Обоснование необходимости проведения местной терапии болезнью пародонта.
2. Показания и противопоказания к назначению различных методик.
3. Характеристика основных методик местного лечения заболеваний пародонта.

### **4. АННОТАЦИЯ:**

Заболевания пародонта являются одной из наиболее сложных проблем современной стоматологии. В последние годы преобладающим взглядом стало представление о тесной взаимосвязи местных повреждающих факторов разной природы с ответной реакцией организма (сано- и патогенетической по своей сути).

Заболевания пародонта признаны мультифакториальными заболеваниями, однако известно, что основной этиологический фактор развития воспалительного процесса в пародонте – микроорганизмы, находящиеся в зубной бляшке. Соответственно первым этапом лечения заболеваний пародонта будет местная терапия, воздействующая на патогенную микрофлору.

С помощью ручных инструментов, УЗ-аппаратов, AIRflow проводится удаление зубного камня и зубного налета, а значит и микроорганизмов с поверхности зубов. Однако, воспалительный процесс уже запущен, поэтому для комплексного лечения необходимо провести медикаментозную терапию.

Показанием к проведению местной медикаментозной терапии является наличие клинических проявлений заболеваний пародонта.

Противопоказаниями являются: аллергическая реакция на препарат, несовместимость препаратов, применяемых пациентом для лечения других заболеваний.

**Способы введения** лекарственных веществ в пародонтологии, по сути, те же самые, что и в общей медицине, но с небольшими исключениями:

- полоскания;
- ротовые ванночки;
- инстилляциии - введение в пародонтальный карман;
- аппликации;
- инъекции;
- повязки;
- физические методы (электрофорез, фонофорез, магнитофорез);
- традиционные методы введения - per os и внутримышечно;

- "доставляющие" системы.

Субгингивальное введение подразумевает использование "доставляющих" систем, которые обеспечивают большую концентрацию лекарственных средств непосредственно в очаге поражения. К ним относятся: тетрациклиновые и хлоргексидиновые нити, доксициклиновые полимеры, самоклеящиеся пленки "Диплен-дента", ПериоЧипы и т.д.

Участок вмешательства при лечении пародонтита обычно закрывают пародонтальной повязкой - Periodontal Pack, Coe Pack, Voco Pack, Septo Pack. Когда необходимы наложение повязки на длительное время и визуальный контроль над течением раневого процесса (например, при мукогингивальных операциях), используют светоотверждаемую прозрачную повязку Barricade.

Самоклеящиеся пленки "Диплен-дента" с различными лекарственными включениями можно применять в качестве самостоятельного лечения, а также использовать в виде пародонтальной повязки для удержания введенных в карман или на краевой пародонт композиций из антисептиков, антибиотиков и противовоспалительных препаратов в более высокой, нежели в составе пленок, концентрации.

Мази (Метрогил Дента, Солкосерил) наносятся на раневую поверхность тонким слоем с помощью ватной палочки.

Местная анестезия при заболеваниях пародонта проводится аппликационно (высушивание поверхности, наложение мази с помощью ватной палочки) или инъекционно (на нижней челюсти с преобладанием проводниковой методики анестезии)

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Написать основные методики местной терапии.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Болезни полости рта /Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - Стр. 214-229.

2. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов /Под редакцией Е.В. Боровского. - М.:«Медицинское информационное агентство», 2003.- Стр.575 -581.

3. Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие / А.И.Николаев.

Л.М. Цепов. - 9-е изд. перераб. и доп.-М.: МЕДпрессинформ, 2010. – Стр. 819-836.

4. Терапевтическая стоматология: учебник: в3ч. /под ред. Г.М.Барера. - М.: ГЭОТАР –Медиа, 2009. - Ч.2- Болезни пародонта.- 224с.

5. Артюшкевич А.С. Заболевания периодонта. - М.: Мед.лит., 2006. -328с

6. Грудянов А.И., Александровская И.Ю. Планирования лечебных мероприятия при заболеваниях пародонта. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2010.

## **ЗАНЯТИЕ №5.**

### **ТЕМА: МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.**

**Продолжительность занятия** \_\_ мин.

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Определенное место в комплексном лечении заболеваний пародонта, в особенности в начальных стадиях, занимает консервативное лечение, которое позволяет сохранить зубы, восстановить утраченную функцию, предотвратить обострение патологического процесса в пародонте.

**2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Освоить основные схемы назначения препаратов для общей терапии при лечении заболеваний пародонтита. Уметь выписывать рецепты препаратов.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** современные препараты для общего лечения заболеваний пародонта, показания и противопоказания к назначению общей медикаментозной терапии.

**Уметь:** назначить и выписать рецепт препарата для общего лечения заболеваний пародонта, использовать общую медикаментозную терапию в комплексном лечении заболеваний пародонта.

**Владеть:** методом выбора необходимого препарата для лечения заболеваний пародонта.

#### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Методы комплексного лечения больных пародонтитом.
2. Общее лечение пародонтита: задачи, методы, средства.
3. Особенности общей медикаментозной терапии пародонтита легкой степени тяжести.
4. Особенности общей медикаментозной терапии пародонтита средней степени тяжести.
5. Особенности общей медикаментозной терапии пародонтита тяжелой степени.

#### **4. АННОТАЦИЯ:**

Пародонтит - воспаление тканей пародонта с прогрессирующей деструкцией периодонта и кости челюстей. Патогенетическая особенность воспалительных заболеваний пародонта, с учётом вариантов течения патологического процесса, практически у каждого больного лечение должно носить комплексный характер и врачу так же необходимо лечение индивидуализировать. В этот комплекс входят местные и общие терапевтические приёмы с применением лекарственных средств, хирургическое и ортопедическое лечение. В зависимости от преобладающего фактора, лечение может быть преимущественно этиотропным либо патогенетическим, либо просто симптоматическим. Однако наиболее успешным является сочетание всех приёмов. Кроме того, лечение следует вести с учётом состояния естественных защитных механизмов в расчёте на

укрепление общего состояния организма. Комплексный подход к лечению патологии пародонта предусматривает медикаментозную терапию практически на всех этапах лечения заболеваний пародонта.

Основные требования при лечении пародонтита следующие:

1. Строгая индивидуализация при использовании комплексной терапии с учетом вида, тяжести заболевания, а также общего состояния организма больного.
2. Обоснованный выбор методов и средств воздействия на очаг в пародонте и организм в целом.
3. Соблюдение правильной последовательности применения различных методов и средств комплексной терапии.
4. Проведение повторных курсов лечения в период ремиссии с целью профилактики обострения процесса.
5. Диспансеризация больных пародонтитом.

Показания к применению препаратов для лечения заболеваний пародонта:

Наличие клинических проявлений заболевания пародонта.

1. Воспалительный процесс в пародонте
2. Тяжелая степень течения процесса.
3. Изменение (ухудшение) общего состояния

Противопоказания:

1. Непереносимость препаратов.
2. Несовместимость с другими медикаментами, назначаемыми по поводу других заболеваний.
3. Недостаточная эффективность.

В комплексном лечении пародонтита большое внимание уделяется общему лечению, целью которого является повышение защитных сил организма, устойчивость организма больного к раздражающим факторам.

Лекарственные препараты, которые применяются в пародонтологии можно разделить на следующие фармакологические группы:

- 1) препараты антибактериального действия: антибиотики, антисептики, антимикотики;
- 2) противовоспалительные средства: нестероидного ряда, стероидные;
- 3) препараты анаболического действия: витамины, гормоны, иммуностимулирующие.

Большое значение имеет диспансеризация больных пародонтитом. При достижении ремиссии- осмотры и оздоровительные мероприятия проводятся 1-2 раза в год.

Общая терапия заболеваний пародонта состоит из лечения фоновой общесоматической патологии, общеукрепляющей терапии, стимулирующей терапии и патогенетической терапии.

При выборе препаратов для общего лечения следует иметь в виду факторы, влияющие на резорбцию костной ткани при патологии пародонта:

1. Особенности функции пародонта (рассасывание и формирование кости в связи с функцией зуба и возрастными изменениями). В норме высота альвеолярного гребня удерживается в физиологическом равновесии между

формированием и резорбцией кости, которые регулируются местными и общими факторами.

2. Усиленная васкуляризация в тканях пародонта.
3. Действие энзимов (коллагеназа, бактериальная гиалуронидаза, лизосомные ферменты).
4. Изменение активности секции тирокальцитонина.
5. Снижение рН при воспалении, что способствует декальцинации кости.
6. Системные факторы (за счет нарушения метаболических процессов, ответственных за синтез кости, они могут тормозить формирование кости, приводя к ее гибели).

Общая терапия проводится параллельно с местным лечением. Выбор лечения обусловлен степенью патологического процесса в пародонте, характером его течения, возрастом, общим состоянием.

Системная терапия – **антибиотики и антибактериальные средства** рекомендуется пациентам с первичным клиническим эпизодом острого пародонтита.

Антибиотики группы полусинтетических пенициллинов широкого спектра действия: Амоксициллин по 500 мг 3 раза в день 5 – 7 дней в сочетании с метронидазолом или Амоксиклав 625 мг – 3 раза в день 5 дней

Противопроtoзойные средства, нарушающие структуры ДНК чувствительных микроорганизмов: Метронидазол 250 мг 3 раза в день 7 дней или Азитромицин 500 мг в сутки за 1 прием 3 дня

Или

антибиотики - линкозамиды, обладающие широким спектром действия, бактериостатики, связывающиеся с 50S субъединицами рибосом и ингибирующими синтез белка в микроорганизмах:

Клиндамицин 150 мг 4 раза в день 7 дней

Линкомицин 500 мг 3 раза в день 7 дней

Или

полусинтетические антибиотики группы макролидов, подавляющие синтез белков в микробной клетке, взаимодействуя с 50S рибосомальной субъединицей бактерий. Действуют в основном бактериостатически, а также бактерицидно:

Кларитромицин 500 мг 1 раз в сутки 7 дней

Рокситромицин 150 мг 2 раза в день 10 дней

Или полусинтетический антибиотик группы тетрациклинов широкого спектра действия. Оказывает бактериостатическое действие за счет подавления синтеза белка возбудителей: Доксциклин 100 мг 2 раза в день 10 дней

Противогрибковые препараты: флуконазол - пероральный противогрибковый препарат; клотримазол-противогрибковый препарат в виде таблетки; нистатин-противогрибковое средство для полоскания;

**Препараты, нормализующие микробиоту кишечника**

Линекс 2 капсулы 3 раза в сутки 10-14 дней

Бифиформ 2-3 капсулы в сутки 10-21 день

Бактисубтил 2 капсулы 2-4 раза/сут в течение 7-10 дней

Системная противовоспалительная терапия

Нестероидные противовоспалительные препараты:

Нимесулид 100 мг 2 раза в сутки 5 дней

Ибупрофен 200 мг 3 раза в сутки 5 дней

**Десенсибилизирующие средства с целью антиэкссудативного действия.**

Уменьшают проницаемость капилляров, предупреждают развитие отека тканей:

Супрастин 25 мг 2 раза в день 3-5 дней

Кестин (Эбастин) 20 мг 1 раз в сутки 3-5 дней

Лоратадин 10 мг 1 раз в сутки 3-4 дня

Тавегил 1 мг 1-2 раза в день 3-4 дня

Цетиризин 10 мг 1 раз в сутки 3-5 дней

Витаминотерапия

Витамин С (аскорбиновая кислота) 250 мг в сутки 14 дней

Протеолитические ферменты – трипсин, химотрипсин, террилитин, химопсин, «бализ-2» -расщепляют некротические массы, улучшают окислительно-восстановительные процессы, оказывают противовоспалительное действие.

Стероидные препараты – глюкокортикоиды, оказывают противовоспалительный эффект за счет угнетения всех фаз воспалительного процесса – альтерации, экссудации, пролиферации, оказывают десенсибилизирующее действие. Эти препараты используют только в фазе острого воспаления без гноетечения и абсцедирования, местно, в виде аппликаций, не более 5 дней.

Препараты для устранения микроциркуляторных нарушений нормализуют проницаемость сосудистой стенки, улучшают реологические свойства крови, стимулируют метаболические процессы в стенках сосудов. В пародонтологии используют компламин, трентал, эскузан, ацетилсалициловую кислоту, никотиновую кислоту, рутин, аскорбиновую кислоту, мексидол. При назначении этих препаратов следует учитывать противопоказания к их применению.

Стимулирующая терапия показана при вялотекущих воспалительно-дистрофических процессах в пародонте на фоне снижения иммунологической реактивности и неспецифических факторов защиты. В то же время, она противопоказана при активном течении патологического процесса, сопровождающегося гноетечением, абсцедированием, наличии онкологических заболеваний, нефрите, циррозе печени и др. Иммуномодуляторы назначают после консультации врача-иммунолога: ликолипид по 0,001 и 0,01 внутрь или сублингвально 3 раза в сутки, курс 10 дней, учитывая побочное действие. Местно применяют имудон в таблетках под язык, полиоксидоний в виде аппликаций на десну. Эти препараты

активируют В-клеточное звено иммунитета, индуцируют продукцию эндогенных интерферонов.

Перспективным препаратом в комплексном лечении заболеваний пародонта является танакан. Танакан имеет многопрофильное действие: влияет на обменные процессы в клетках, оказывает регулирующее действие на всю сосудистую систему, улучшает микроциркуляцию в тканях, обладает антигипоксическим и противоотечным действием, препятствует образованию свободных радикалов и перекисному окислению клеточных мембран. Танакан является гиперсаливантом, повышает защитный барьер полости рта обладает седативным действием, уменьшает эмоциональную напряженность, тревогу и страх, что позволяет отнести препарат к легким транквилизаторам. Назначают танакан в таблетках по 40мг 1-2 раза в день до 3 недель.

Эпителизирующим и репаративным действием обладают масляные растворы витаминов А, Е, масло шиповника, каротолин, АЕвит, метилурацил, солкосерил, винилин. Снижению проницаемости сосудистой стенки способствуют галаскорбин, соли кальция.

Рецептурные прописи необходимы при назначении антибиотиков, противогрибковых препаратов, транквилизаторов (анксиолитиков).

Образец прописи:

Rp.: Amoxycylin 500 mg.

D.t.d. № 16 in tab.

Da signa 1 т. 3 раза в день внутрь.

Rp.: Hydroxyzini 0,025

D.t.d. № 25

Da signa 1 т. 1 раз в день внутрь.

Необходимо помнить, что при заболеваниях пародонта успех терапии зависит от данных стоматологического исследования и правильного построения плана комплексного лечения, максимального индивидуализированного для каждого пациента.

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ**

1. Выпишите рецепты препаратов для общего лечения больного пародонтитом средней степени тяжести.
2. Составьте показания и противопоказания для стимулирующей терапии при заболеваниях пародонта.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Болезни полости рта /Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - Стр. 214-229.
2. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов /Под редакцией Е.В.Боровского. - М.:«Медицинское информационное агентство», 2003.- Стр.575 -581.

3. Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие / А.И.Николаев, Л.М.Цепов. - 9-е изд. перераб. и доп.-М.: МЕДпрессинформ, 2010. – Стр. 819-836.

4. Терапевтическая стоматология: учебник: в3ч. /под ред. Г.М. Барера.- М.:ГЭОТАР –Медиа, 2009.- Ч.2- Болезни пародонта.- 224с.

5. Артюшкевич А.С. Заболевания периодонта. - М.: Мед.лит., 2006.-328с.

6. Грудянов А.И., Александровская И.Ю. Планирования лечебных мероприятия при заболеваниях пародонта. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2010.

## **7. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Больной 48 лет жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов. При осмотре полости рта отмечается цианоз десен обеих челюстей, пародонтальные карманы в области моляров 5-8 мм, подвижность зубов 2-3 степени.

Проведите дополнительное обследование больного, поставьте диагноз, наметьте план комплексного лечения.

2. Больной 19 лет жалуется на сильную болезненность десен, неприятный запах изо рта, слабость. При осмотре полости рта - отсутствие межзубной десны в области фронтальных зубов верхней челюсти и нижней челюсти. Большое количество поддесневого и наддесневого зубного камня, пародонтальные карманы в области фронтальных зубов до 6 мм.

Проведите дополнительное обследование больного, поставьте предварительный диагноз, наметьте план лечения.

3. Наметьте план комплексного обследования больного с диагнозом: Пародонтит генерализованный, тяжелая степень.

4. Больной 45 лет жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов. При осмотре- десна нижней и верхней челюсти отека, гиперемирована с синюшным оттенком, пародонтальные карманы 6-7 мм, поддесневой и наддесневой камень. На рентгенограмме: деструкция костной ткани на 1/2-2/3 длины корня.

Поставьте диагноз, наметьте план лечения.

5. Больной 50 лет жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов, частое появление абсцессов в боковых отделах нижней челюсти, плохое самочувствие с периодическими повышениями температуры тела, кровоточивость десен. Впервые жалобы появились 10 лет назад, но за последние 3 года усилились, появилась подвижность зубов, гноетечение из карманов.

Составьте план обследования больного, поставьте диагноз, наметьте план лечения.

6. Больной 48 лет жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов. При осмотре- десна отека, цианотичная. В области нижних и верхних фронтальных зубов отмечается глубокое резцовое перекрытие. На рентгенснимке- деструкция костной ткани в этой области на 1/2 длины корня, у остальных зубов- незначительная резорбция костной ткани.

Поставьте диагноз, наметьте план комплексного лечения.

## **ЗАНЯТИЕ №6.**

### **ТЕМА: СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТИТОМ.**

**Продолжительность занятия** \_\_ мин.

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Лечение заболеваний пародонта является одной из наиболее сложных задач современной стоматологии. Заболевания пародонта отличаются крайне высокой распространённостью, многообразием клинических проявлений и различным характером течения и прогноза в зависимости от ряда местных и общих факторов.

**2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Освоить составление плана лечения пациентов при лечении заболеваний пародонтита.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** современные методики лечения.

**Уметь:** составлять план лечения заболеваний пародонта, использовать.

**Владеть:** методиками составления плана лечения заболеваний пародонта.

#### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Цели лечения пациентов с заболеванием пародонта.
2. Основные методы лечения заболеваний пародонта.
3. План пародонтологического лечения.
4. Хирургические методы лечения пародонтита.
5. Принципы лечения заболеваний пародонта.

#### **4. АННОТАЦИЯ:**

Лечение заболеваний пародонта является одной из наиболее сложных задач современной стоматологии. Заболевания пародонта отличаются крайне высокой распространённостью, многообразием клинических проявлений и различным характером течения и прогноза в зависимости от ряда местных и общих факторов.

Основными целями лечения пациентов с заболеванием пародонта являются:

- уменьшение или устранение этиологического фактора
- уменьшение глубины пародонтальных карманов
- восстановление физиологической архитектуры десны и кости
- создание функциональной окклюзии
- уход (самостоятельный и профессиональный).

Выделяют три этапа комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта.

1. Первичная подготовка (консервативное лечение)
2. хирургическое лечение (открытый кюретаж, НРТП)
3. поддерживающая терапия

Первичная подготовка включает в себя

- обучение гигиене
- снятие зубных отложений
- сглаживание поверхности корня кюретами

- устранение нависающих краев реставраций и других элементов, способствующих скоплению налета.
- замена ортопедических конструкций
- шинирование подвижных зубов
- коррекция окклюзии.

Спустя три месяца после начала первичной подготовки проводим оценку эффективности лечения: отмечаем состояние тканей пародонта, уровень гигиены, подвижность зубов, глубину зондирования пародонтальных карманов для принятия решения о дальнейшем хирургическом лечении. Наличие карманов более 4мм является показанием к хирургическому лечению.

Главной целью является предотвращение заболеваний пародонта. При наличии заболеваний пародонта основной задачей является достижение стадии ремиссии. В настоящее время существуют проверенные методы лечения, позволяющие устранить воспаление и приостановить развитие заболевания. Помимо этого, возможно восстановление утраченного прикрепления.

В план пародонтологического лечения входит:

1. Обучение пациента рациональной гигиене полости рта;
2. Санация полости рта — лечение кариеса и его осложнений;
3. Профессиональная гигиена — удаление над- и поддесневого камня, налета, полировка поверхности зуба, доступной части корня;
4. Терапевтическое лечение:
  1. Местное — применение местно препаратов антимикробных, противовоспалительных, противоотечных, кератопластических и др.;
  2. Общее — применение антимикробных препаратов, витаминов, иммуномодуляторов и др.
5. Хирургическое лечение:
  1. Основные виды операций при заболеваниях пародонта (гингивотомия, гингивэктомия, кюретаж, открытый кюретаж, лоскутная операция и др.);
  2. Вспомогательные виды операций при заболеваниях пародонта (пластика уздечек губ, вестибулопластика);
6. Ортопедическое лечение включает в себя:
  1. Шинирование зубов
  2. Устранение травматической окклюзии;
  3. Замену нерациональных ортопедических конструкций;
  4. Рациональное протезирование.
  5. Физиотерапевтическое лечение заключается в применении различных видов электро- , гидро- , бальнеотерапии и т.д.

Существуют следующие методики пародонтологического лечения:

1. Закрытый или открытый кюретаж. Кюретаж – неотъемлемая часть любого пародонтологического лечения, в процессе которого удаляется зубная бляшка(биопленка) и поддесневой зубной камень, послужившие причиной развития заболевания. При неглубоких карманах и простой морфологии

(однокорневые зубы) кюретаж может проводиться закрытым методом, в более сложных случаях под визуальным контролем проводится кюретаж после откидывания лоскута.

2. Регенеративное хирургическое лечение. Регенеративные методы лечения могут приводить к формированию новых тканей пародонта.

Лечение при легкой форме пародонтита проводят в 3-4 посещения. После снятия зубных отложений проводят антисептическую обработку дёсен растворами ХГН, мирамистин, фурацилина, метронидазол. (трихопол). Пациента обучают правилам гигиены полости рта, проводят подбор зубной щетки, зубной пасты, флоссов. На данном этапе следует рекомендовать зубные пасты с противовоспалительным и антимикробным действием, назначают ротовые ванночки с растворами антисептиков, ромашки, шалфея, календулы.

Пародонтит, как правило, сопровождается функциональной перегрузкой зубов, поэтому пациента необходимо направить на консультацию к врачу-ортопеду для проведения избирательного шлифования и других методов ортопедического лечения.

В последующие посещения проверяют уровень гигиены полости рта, продолжают снятие зубных отложений. После проведенного лечения заболевание переходит в стадию ремиссии и требует контроля каждые 6 месяцев.

Хронический генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени тяжести. Эта стадия болезни характеризуется более выраженной клинической симптоматикой и ощутимыми нарушениями функций зубочелюстной системы.

Лечение начинают со снятия зубных отложений, противовоспалительной терапии, избирательное шлифование зубов, пластика преддверия и уздечек, ликвидацию пародонтальных карманов, стабилизацию зубных рядов.

Контроль гигиены полости рта должен осуществляться на протяжении всего курса лечения. Решают вопрос об удалении зубов с подвижностью 3 степени, замене неполноценных пломб, неправильно изготовленных ортопедических конструкций. При пародонтите средней степени тяжести для уменьшения глубины пародонтальных карманов проводят «открытый кюретаж».

## ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

1. Комплексность:

а) использование комплекса местных лечебных воздействий (консервативных, хирургических, ортопедических, ортодонтических), направленных на восстановление структуры и функции пародонта и на достижение максимального косметического эффекта;

б) взаимодействие врачей-стоматологов с врачами других специальностей в целях дополнения эффекта местных вмешательств устранением или

минимизацией общих метаболических влияний на состояние пародонтального комплекса (т.е. сочетание местного и общего лечения).

II. Индивидуальность: необходимо проводить детальный анализ формы и тяжести поражения пародонта, особенностей его клинического течения у конкретного пациента, а также характера сопутствующей патологии (при ее наличии), состояния реактивности тканей ротовой полости и организма в целом.

III. Последовательность, лечение воспалительных заболеваний пародонта строится как поэтапная терапия, что предусматривает обоснованный выбор лечебных методов и средств воздействия на каждом этапе лечения. Это очень важно, поскольку часто именно нарушение этапности приводит к отрицательным результатам лечения пародонтита.

IV. Систематичность, в целях профилактики обострения воспалительного процесса необходимо проведение повторных курсов лечения, т.е. поддерживающей терапии. Интервалы между курсами лечения определяются индивидуально на основании наблюдения клинической динамики после первого курса лечения и зависят от тяжести и клиники процесса у конкретного пациента.

V. Взвешенность и сбалансированность: выбор средств и методов лечения должен быть полным, обоснованным и взвешенным, учитывать форму и степень тяжести процесса, индивидуальные особенности пациента. Этот момент предполагает необходимость со стороны специалиста (причем, как правило, группы специалистов) решить вопрос возможного результата лечения.

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ**

1. Составьте примерные схемы местного и общего лечения пародонтита в зависимости от степени тяжести.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Болезни полости рта /Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - Стр. 214-229.

2. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов /Под редакцией Е.В.Боровского. - М.:«Медицинское информационное агентство», 2003.- Стр.575 -581.

3. Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие / А.И.Николаев, Л.М.Цепов. - 9-е изд. перераб. и доп.-М.: МЕДпрессинформ, 2010. – Стр. 819-836.

4. Терапевтическая стоматология: учебник: в3ч. /под ред. Г.М. Барера.- М.:ГЭОТАР –Медиа, 2009.- Ч.2- Болезни пародонта.- 224с.

5. Артюшкевич А.С. Заболевания периодонта. - М.: Мед.лит., 2006.-328с.

6. Грудянов А.И., Александровская И.Ю. Планирования лечебных мероприятия при заболеваниях пародонта. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2010.

## **7. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Пациентка И. 45 лет обратилась с жалобами на кровоточивость дёсен, неприятный запах изо рта, болезненность зубов и дёсен при приёме твёрдой пищи. Жалобы появились около 3х лет назад. Ранее проводилось снятие зубных отложений после чего наблюдалось улучшение. В последний год к стоматологу не обращалась.

Объективно: десна гиперемирована, отёчна, кровоточит при зондировании. Скученность фронтальных зубов нижней челюсти, обилие мягкого зубного налёта, наличие над- и поддесневого зубного камня в области фронтальных зубов. Пародонтальные карманы до 4мм.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

2. Пациентка Л. 37 лет предъявляет жалобы на чувство «стянутости» в области десен, чувствительность зубов на температурные и химические раздражители. При осмотре обнаружена ретракция десны на ½ длины корней зубов. Наличие клиновидных дефектов. Десна бледная. Подвижность зубов не выражена. Пародонтальных карманов нет.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

## **ЗАНЯТИЕ №7.**

**ТЕМА: ЛЕЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПАРОДОНТОЛОГИИ. ВСКРЫТИЕ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНОГО.**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Осложнения, возникающие при обострении средней и тяжелой формы пародонтита (абсцедирование, ретроградный пульпит, подвижность зубов 3-4 степени), сопровождаются резко выраженным болевым синдромом, лишаящим пациента нормальной жизнедеятельности, ухудшением общего состояния и требуют оказания неотложной помощи.

### **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Ознакомить студентов с существующими в стоматологической практике методами оказания неотложной помощи при острой боли, вызванной осложнениями пародонтита.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** методы диагностики и дифференциальной диагностики неотложных состояний в пародонтологии.

**Уметь:** оказывать адекватную помощь при неотложных состояниях.

**Владеть:** методиками оказания экстренной помощи при неотложных состояниях.

### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Характеристика неотложных состояний в пародонтологии.

2. Оказание неотложной помощи при гноетечении из пародонтальных карманов.

3. Методика лечения пародонтального абсцесса.

4. Тактика при ретроградном пульпите.

5. Показания к удалению зуба.

6. Реабилитация пациентов с неотложными состояниями.

#### **4. АННОТАЦИЯ:**

К неотложным состояниям относятся ситуации, для которых характерен резко выраженный болевой синдром в виде приступообразных или постоянных болей в челюстно-лицевой области. В пародонтологии к таким состояниям относятся: обострение хронического генерализованного пародонтита, сопровождающееся гноетечением из пародонтальных карманов, абсцедированием, повышением температуры тела, интоксикацией, изменениями в формуле крови; ретроградный пульпит; подвижность зубов 3-4 степени, связанная с о значительной резорбцией костной ткани и выраженным воспалением всех тканей пародонта.

Неотложная помощь при обострении хронического генерализованного пародонтита, сопровождающегося гноетечением из пародонтальных карманов, заключается в проведении ряда местных и общих мероприятий, прежде всего, с выявления и устранения травмирующих факторов.

Местно проводится обезболивание (инфильтрационное или проводниковое), осуществляется тщательная антисептическая обработка полости рта и пародонтальных карманов с использованием протеолитических ферментов, препаратов противомикробного и противовоспалительного действия, удаляется содержимое карманов и накладывается нетвердеющая повязка такого же действия.

Если есть пародонтальный абсцесс, осуществляется хирургическое лечение. Разрез проводится под инфильтрационной или проводниковой анестезией. Возможно проведение вертикального разреза на всю глубину пародонтального кармана или горизонтального, в области апикального полюса абсцесса, отступя от десневого края 4-5 мм.

Полость промывают раствором антисептика, удаляют зубной камень и грануляционную ткань, повторно промывают антисептическим раствором. накладывают повязку, обладающую противомикробным, противовоспалительным, сорбирующим действием.

Иногда удается вскрыть абсцесс с помощью гладилки тупым путем.

Ретроградный пульпит возникает при инфицировании пульпы через глубокий пародонтальный карман, зачастую в интактном зубе.

При оказании неотложной помощи необходимо решить вопрос о возможности сохранения зуба. Лечение осуществляется под инъекционной анестезией по всем правилам: проводится трепанация коронки зуба, ампутация, экстирпация, пломбирование каналов.

Необходимость удаления зуба по неотложным показаниям

1. обострение хронического пародонтита при патологической подвижности зуба 11 степени и резорбции альвеолярной кости на 2/3 длины корня;

2. обострение хронического пародонтита при патологической подвижности зуба 11 степени, резорбции альвеолярной кости более 1/2 длины

корня и очага хронического воспаления периодонта в области верхушки  
корня;

3. обострение хронического пародонтита при патологической  
подвижности зуба II степени, резорбции альвеолярной кости на 1/2 длины  
корня, осложненное радикулярной кистой;

4. пародонтолиз при патологической подвижности III степени.

Реабилитация пациентов с неотложными состояниями.

Реабилитация пациентов после оказания необходимой помощи по  
поводу неотложных состояний заключается:

- в выполнении гигиенических мероприятий (удалении мягкого  
налета, предупреждении его образования), коррекция и контроль гигиены  
полости рта;

- санации полости рта (пломбирование кариозных дефектов,  
восстановление контактных пунктов);

- выравнивание окклюзионной поверхности путем избирательного  
пришлифовывания зубов;

- устранение функциональной перегрузки отдельных зубов или их  
групп при наличии некачественных ортопедических конструкций;

- лечение сопутствующих заболеваний у соответствующих  
специалистов;

- назначение поливитаминных комплексов с микроэлементами;

- физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение.

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Описать методики оказания неотложной помощи при пародонтальном  
абсцессе.

2. Выписать рецепты препаратов для оказания помощи при гноетечении из  
пародонтальных карманов.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Болезни полости рта /Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во  
Нижегородской государственной медицинской академии, 2004.- Стр. 231 -  
236.

2. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов  
/Под редакцией Е.В. Боровского.- М.:«Медицинское информационное  
агентство», 2003.- 840с.

3. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. /под ред. Г.М. Барера.-  
М.:ГЭОТАР –Медиа, 2009.- Ч.2- Болезни пародонта.- 224с.

4. Артюшкевич А.С. Заболевания периодонта.- М.: Мед.лит., 2006.-328с..

## **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Пациентка К., 46, жалуется на затрудненный прием пищи, повышенную  
температуру тела, кровоточивость десны, неприятный запах изо рта,  
выделение гноя из- под десны, подвижность зубов.

Поставлен диагноз: хронический генерализованный пародонтит, тяжелый,  
обострение.

Составьте схему оказания неотложной помощи.

2. Пациент У., 38 лет, жалуется на острые боли рвущего характера в области верхней челюсти слева, боли при прикосновении к зубу, головную боль, озноб.

Боли появились 3 дня назад, постепенно нарастают, полоскания настоем ромашки не помогают.

Пациент страдает сахарным диабетом.

При осмотре: обилие мягкого налета на зубах. На десне между 25 и 26 сформирован абсцесс до 5мм, ближе к десневому краю. Десна отечна, гиперемирована, прикосновение резко болезненно. На прицельной рентгенограмме определяется деструкция межзубной перегородки по косому типу на 2/3 длины корня. Подвижность зубов 2 степени

Поставить диагноз. Оказать неотложную помощь.

Выпишите рецепты для местного и общего лечения.

## **ЗАНЯТИЕ №8.**

### **ТЕМА: МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ОСНОВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.**

Продолжительность занятия \_\_ мин.

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Необходимость знания хирургических методов лечения заболеваний пародонта, для выбора индивидуального метода лечения при различных заболеваниях пародонта.

#### **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Освоить методы хирургического лечения заболеваний пародонта.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** методы, технику хирургического лечения пародонта, показания и противопоказания к ним

**Уметь:** выбрать ту или иную методику в зависимости от заболевания.

**Владеть:** основными хирургическими методами лечения пародонта.

#### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Кюретаж - показания и противопоказания, методика проведения.
2. Разновидности кюретажа.
3. Гингивотомия - показания и противопоказания, методика проведения
4. Гингивэктомия – показания, этапы операции.
5. Радиальная гингивэктомия – показания, этапы операции.
6. Корректирующие операции –разновидности, показания.

#### **4. АННОТАЦИЯ:**

В комплексной терапии заболеваний пародонта хирургические вмешательства занимают большой удельный вес.

Кюретаж– выскабливание содержимого пародонтального кармана.

Виды 6 закрытый и открытый.

Цель – удаление несостоятельной ткани, поддесневого зубного камня, пораженного цемента, скопления микробов, грануляций, вегетирующего эпителия.

Показания: пародонтит легкой и средней степени при глубине ПК не более 6 мм, при плотной десне и отсутствии костных карманов, после устранения воспаления и гноетечения из карманов.

Противопоказания: острый воспалительный процесс, абсцесс, костные карманы, истонченные стенки кармана, глубина более 6 мм, значительная подвижность зуба, аномальное расположение, фиброз десны, острые инфекционные заболевания и общие заболевания, беременность.

Инструменты: ультразвуковые аппараты, кюреты, крючки, экскаваторы, напильники, рашпили.

Этапы:

1. ирригация;
2. обезболивание;
3. антисептическая обработка;
4. удаление зубного камня, разрушенного цемента;
5. кюретаж костной ткани альвеолы;
6. удаление грануляций и эпителия;
7. промывание антисептиками;
8. гемостаз;
9. наложение лечебной повязки.

Комбинация снятия зубных отложений при помощи ультразвука и последующая механическая обработка кюретами весьма целесообразна. Ультразвуковые аппараты позволяют использовать в качестве орошения антисептические растворы, что существенно повышает антимикробный эффект, особенно в сочетании с ультразвуковыми вибрациями и постоянным вымыванием детрита из карманов.

Одновременно можно обработать ПК в области 3-4 зубов. Интервал 2-3 дня. Повторно через 6 месяцев. Недостаток визуального контроля.

При проведении закрытого кюретажа требуется соблюдать все законы послеоперационного ведения пациентов: обеспечение условий для трансформации кровяного сгустка внутри кармана, для чего следует использовать пародонтальные повязки; предотвращение микробной инвазии в ПК, для чего в послеоперационном периоде следует назначать антисептические полоскания.

Открытый кюретаж предусматривает предварительную отслойку десны.

Гингивотомия- линейное рассечение стенки ПК с целью вскрытия абсцесса или открытого кюретажа.

Показания- глубокий ПК в области одного или нескольких зубов, одиночные абсцессы.

Виды разрезов: вертикальные по оси зуба, смещенные дистально (не через межзубный сосочек), полулунные, Т-образные и др.

Гингивэктомия - иссечение десны в области ПК. Различают простую и радикальную.

Показание: глубина ПК более 5-6 мм, горизонтальная резорбция, гипертрофический гингивит, отсутствие рубцевания после кюретажа.

#### **ЭТАПЫ:**

Обезболивание.

Предоперационная обработка.

Иссечение края десны.

Удаление поддесневого зубного камня.

Открытый кюретаж.

Гемостаз.

Депонирование и аппликация лекарственных средств.

Недостатки: обнажение шеек зубов, косметический дефект, гиперестезия.

Лоскутные операции- проводятся до ликвидации ПК и частичного замещения дефектов альвеолярных отростков.

Показания: пародонтит средней и тяжелой степени при глубине карманов более мм, деструкция костной ткани на S длины корня, истонченная десна.

При лоскутных операциях после гингивотомии отслаивается и формируется слизисто-надкостный лоскут с язычной и вестибулярной сторон.

#### **Радикальная гингивэктомия**

Лоскутная операция {по Видманну—Нейманну, 1974) проводится при глубине карманов более 6 мм. Для улучшения обзора и доступа к корням и костным карманам, возможности их лучшей обработки на границах лоскута делают два вертикальных разреза, после этого лоскуты отслаивают и откидывают. При условии их мобилизации возможно последующее проведение коронарной репозиции лоскута, что позволяет иногда избежать, а чаще уменьшить послеоперационную рецессию.

Преимущества методики определяются возможностью максимально тщательной обработки альвеолярного отростка, внутрикостных карманов. Главным же недостатком является то, что утраченная кость либо вообще не восстанавливается, либо восстанавливается за счет того, что устранение воспаления нормализует функцию остеобластов. Поэтому обычно нарушаются контуры межзубных сосочков (так называемые «черные треугольники»), что для ряда пациентов оказывается неприемлемым, особенно — на фронтальных участках. Обнажения корней после заживления практически никогда не удается избежать, отсюда проблема их повышенной чувствительности.

Техника операции. После анестезии по границам участка вмешательства скальпелем проводят два вертикальных разреза от края десны до переходной складки. Эти разрезы соединяют околобороздковыми горизонтальными разрезами со щечной и язычной сторон, отступив 1,0-1,5 мм от края десны вестибулярный и язычный лоскуты отслаивают и отводят в

стороны. Удаляют остатки грануляций со стенки ПК, снимают отложения и сглаживают поверхность обнаженных корней. Проводят биомодификацию корней, адаптацию лоскута, иногда необходимо моделировать рельеф внешней поверхности кости альвеолярного гребня, т. е. провести остеопластику. Этим достигается максимальная возможность обеспечения заживления первичным натяжением. Далее накладывают узловые швы.

Модификации лоскутных операций многочисленны, и все они направлены на повышение эффекта за счет сведения до минимума недостатков, присущих известным вмешательствам. Самым типичным их недостатком является послеоперационная ретракция тканей. В связи с этим логично применение остеопластических подсадов в сочетании с техникой направленной регенерации тканей — для воздействия на механизмы тканевой репарации регенерации.

Костные трансплантаты: лиофилизированная костная мука, стружка, кость, хрящ, формализованная кость, блефокость, коллагеновый остеопласт, препараты крови, фибринный порошок, биопластмасса, коллаост, калапан и пр.

Радикальная гингивэктомия с компактостеотомией, мукогингивоостеопластика. Корректирующие операции: френциотомия, френциэктомия, углубление преддверия полости рта.

Показания к удалению зубов:

Резорбция более 2/3 длины корня

Часто рецидивирующие абсцессы

Интоксикация

Наличие околоушечных очагов, не поддающихся лечению

Угроза хронического сепсиса

Ортопедические показания

Показания к депульпированию зубов:

Подготовка к радикальным операциям

Ортопедическому лечению

Глубокие костные карманы

Абсцедирование

Ретроградный пульпит

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Составить схему показаний и противопоказаний к хирургическим методам лечения заболеваний пародонта.

2. Написать этапы кюретажа.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Заболевания пародонта. Грудянов А.И. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 336 с.

2. Комплексное лечение генерализованного пародонтита. Блохин В.П., Дрожжина В.А., Федоров Ю.А., Леонова Е.В., Казаков В.С. Учебное пособие. – СПб.: СПбМАПО, 2007. – 64 с.

3. Заболевания пародонта. Орехова Л.Ю. М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.
4. А.И. Грудянов, А.И. Ерохин Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. МЕДИЦИНСКОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ АГЕНТСТВО. – Москва, 2006 год.
5. А.Ю. Февралева, А.Л. Давидян Устранение рецессии десны. Планирование, современные методы лечения, прогноз. Москва «Полимедиа пресс» 2007 год.
6. Т.Н. Модина, И.Р. Ганжа, М.В. Болбат, С.С. Молькова, Э.Г.Старикова, Е.Ю. Блинова Рецессия десны и ее устранение использованием современных технологий. DentalMarket#2 2006 год.

## **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов 41, 31, 32, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны. Десна в области 41, 31, 32 зубов застойна гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6 мм, патологическая подвижность зубов III степени.

Поставьте предварительный диагноз, наметьте план лечения.

2. Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Объективно: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 – 2 степени.

Поставьте предварительный диагноз, наметьте план лечения.

## **ЗАНЯТИЕ №9.**

### **ТЕМА: МЕТОД НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ В СИСТЕМЕ ПАРОДОНТО-АЛЬВЕОЛЯРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ.**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Целью современной терапии поврежденного пародонта является восстановление тканей в их природной топографии, гистологии и функции. Направленная тканевая регенерация (НТР) предполагает полную репарацию пародонтального аппарата, повреждённого в результате хронического пародонтита.

#### **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Изучение вопросов этиологии, топографии и этиологической значимости пародонтальных внутрикостных дефектов, а также современных методов их реконструкции. Рассмотрение основных методологических,

технологических и материаловедческих аспектов метода направленной регенерации тканей в стоматологии.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** современные методики направленной регенерации тканей пародонта.

**Уметь:** выбрать соответствующие материалы и методики их применения для комплексной реконструкции пародонтального комплекса.

**Владеть:** методиками хирургических методов лечения заболеваний пародонта

с применением средств направленной регенерации.

### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Внутрикостный пародонтальный дефект как этиологический фактор прогрессирования пародонтита и как очаг хронической одонтогенной инфекции.

2. Метод направленной тканевой регенерации.

3. Механизм действия барьерной мембраны при направленной регенерации внутрикостных дефектов. Типы барьерных мембран.

4. Краткие сведения о костнопластических материалах. Коллаген как костнопластический материал.

5. Сочетанное применение барьерных мембран и костнопластических материалов.

6. Факторы, влияющие на результаты лечения пациента методом направленной тканевой регенерации.

### **4. АННОТАЦИЯ:**

Одним из основных последствий генерализованного пародонтита является системная морфофункциональная дезорганизация зубочелюстной системы на всех уровнях. Важным звеном этого процесса является образование пародонтальных дефектов, проявляющихся в разрушении зубодесневого соединения, периодонтальной связки, цемента корня зуба и альвеолярной кости. К основным клиническим проявлениям деструкции пародонта можно отнести образование кармана, патологическую подвижность и смещение зуба, вторичную патологию прикуса и как интегративный результат — прогрессирующую дисфункцию конкретного зуба и зубочелюстной системы в целом.

Степень влияния пародонтального дефекта на функциональные возможности зуба определяется площадью дезинтегрированной поверхности корня, то есть глубиной, топографией дефекта и анатомией корня.

Так, по современной классификации пародонтальных дефектов, выделяют одно-, двух-, трех- и четырехстеночные (циркулярные, кратерообразные) дефекты (Goldman H., Cohen D., 1980; Papapanou P., Tonetti M., 2000)

Таким образом, при возникновении пародонтальных дефектов утрата функциональных возможностей вовлеченных зубов происходит, опережая традиционно используемые рентгенологические показатели деструкции тканей пародонта уже на ранних стадиях. При дальнейшем нарастании

площади нефункциональной поверхности корня (при средней, тяжелой степени пародонтита) включаются механизмы патологической биомеханики — апикальное смещение точек опоры и прогрессирующее увеличение нагрузки в апикальной части корня, сопровождающееся утратой периодонтальной связки (обратная отрицательная связь).

Оценивая значение пародонтального дефекта как очага одонтогенной инфекции, необходимо отметить, что, независимо от этиологии, в биоценозе пародонтального кармана формируются биотопы пародонтопатогенной микрофлоры. В зависимости от характера, стадии течения и биологических условий дефекта в микробном составе преобладают представители «классических» микстов.

Наибольшим деструктивным и системным потенциалом обладают грамотрицательные анаэробы, которые традиционно связываются с агрессивными, тяжелыми и рефрактерными формами пародонтита (Socransky S. et al., 1998).

Традиционная схема лечения пародонтита подразумевает максимальное нивелирование инфекционного и воспалительного компонентов на этапах инициальной терапии. Рациональная антибактериальная терапия (как системная, так и местная), сочетающаяся с различными методами пародонтального скейлинга и соответствующей индивидуальной гигиеной полости рта, позволяет в большинстве случаев провести эрадикацию пародонтопатогенной флоры.

Однако в сохранившемся пародонтальном дефекте создаются идеальные условия для повторной колонизации: отсутствие условий для реализации иммунного ответа, нежизнеспособные участки альвеолярной кости, цемента, невозможность гигиенического обслуживания и крайне выраженные ретенционные условия. Таким образом, восстановление пародонтальных дефектов — фундаментальный элемент функциональной реабилитации как конкретного зуба, так и зубочелюстной системы в целом.

## МЕТОД НАПРАВЛЕННОЙ ТКАНЕВОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ

Целью современной терапии поврежденного пародонта является восстановление тканей в их природной топографии, гистологии и функции. Направленная тканевая регенерация (НТР) предполагает полную репарацию пародонтального аппарата, то есть формирование нового цемента, периодонтальной связки и альвеолярной кости, постоянных в результате хронического пародонтита.

Клетки разных типов, участвующие в процессе заживления, регенерируют во всех видах хирургических дефектов со своей собственной скоростью. Это явление называется «биологическая гонка». В репаративной регенерации пародонта участвуют шесть типов тканей: эпителий десны, соединительная ткань десны, периодонтальная связка, корневой цемент зуба, кость альвеолярного отростка и объединяющая все эти структуры сосудистая сеть. Ключевые биологические принципы, которые легли в основу метода НТР, сформулировал А. Melcher в 1976 г., показавший, что именно в

периодонтальной связке находится основной источник клеток, необходимых для регенерации опорного аппарата зуба.

В периодонтальной связке содержатся клетки-предшественницы, способные в процессе заживления сформировать фибробласты, синтезирующие коллагеновые волокна, остеобласты, формирующие костную ткань, и цементобласты, восстанавливающие цемент. Из-за того, что эпителиальные клетки регенерируют быстрее клеток, входящих в структуру периодонтальной связки, при заживлении пародонта клетки эпителия мигрируют в глубь пародонтального кармана, предотвращая формирование нового прикрепления (Melcher A., 1976). A. Melcher определил четыре типа клеток, конкурирующих за прикрепление к поверхности корня в период заживления дефекта (собственная пластина десны с десневым эпителием, пародонтальная связка, цемент, альвеолярная кость). Он выдвинул теорию типоспецифической репопуляции клеток, которая заключается в том, что клетки, преуспевающие в репопуляции на поверхности корня, определяют природу и качество прикрепления и регенерации.

В то же время прорастание соединительной ткани в область дефекта приводит к внешней резорбции цемента, а появление остеобластов в этой области — к развитию анкилоза или резорбции корня в области контакта костной ткани с поверхностью зуба. Размещение физического барьера предотвращает апикальную миграцию эпителиальных клеток и фибробластов соединительной ткани десневого лоскута и создает благоприятные условия для роста клеток, образующих структуры периодонтальной связки, обеспечивая регенерацию пародонтального комплекса.

Кроме того, применение барьерных мембран стабилизирует кровяной ступок на ранней стадии заживления раны.

Результаты рандомизированных контролируемых клинических исследований указывают, что устранение внутрикостных дефектов с помощью метода НТР по сравнению с применением резективных лоскутных операций приводит к достоверному снижению глубины пародонтальных карманов и росту уровня зубодесневого прикрепления.

**МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ БАРЬЕРНОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ВНУТРИКОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ**  
Остеогенез в области внутрикостных дефектов при применении метода НТР схож с ростом кости в эмбриональном периоде (прямая оссификация) и протекает в несколько стадий. Мембрана сохраняет стабильность субмембранного пространства и отделяет соединитель-нотканый лоскут от внутреннего пространства, который должен быть выполнен стабильным графтом или сгустком до того момента, пока не начнется регенерация костной ткани. Приблизительно к 6–12-й неделе после вмешательства формируется каркас губчатой костной ткани, между трабекулами которой находится сеть пространств костного мозга, заполненных рыхлой соединительной тканью с большим количеством сосудов. Сосуды и фиброзная ткань связаны с первоначальным костным мозгом.

Формирование костной ткани начинается с краев дефекта и сначала распространяется над открытыми участками полости костного мозга. На рентгенограммах пародонтального дефекта, закрытого мембраной, полученных через 8–12 нед после оперативного вмешательства, определяется рост кости со стороны дна дефекта и его стенок. В большинстве случаев мембрана не служит основой для формирования костной ткани и отделена от кости слоем врастающей соединительной ткани. Однако при использовании коллагеновых барьерных мембран с сохраненной нативной структурой (КОЛЛОСТ) отмечается включение мембраны в зону восстановления костного дефекта. В течение 8–10 нед между кортикальной и трабекулярной поверхностями кости появляются отростки костной ткани в форме тонких расходящихся пластин, которые содержат кровеносные сосуды и образуют межтрабекулярное пространство. При регенерации изолированно костной ткани первично образуется остеоид, покрытый слоем остеобластов, которые прорастают в глубокие слои костного регенерата, образуется первичная губчатая кость.

Через 12–15 недель после проведения НТР первичная губчатая кость дифференцируется на компактную и губчатую костную ткань. Формирование кортикальной пластинки может происходить в области края дефекта как продолжение существующей кортикальной пластинки или на новом уровне. В это время слой остеобластов на поверхности трабекулы синтезирует костную ткань, увеличивая диаметр трабекулы, уменьшая межтрабекулярные пространства. Структура остеоида постепенно меняется, превращаясь в пластинчатую костную ткань. Регенерация завершается в тот момент, когда межтрабекулярные пространства достигают размеров обычных каналов кортикальной кости и вместе с окружающими их концентрическими пластинами формируют первичный остеоон.

Ремоделирование кортикальной кости приводит к тому, что каналы последовательно заполняются концентрическими пластинками. В результате образуется вторичный остеоон. Ремоделирование костной ткани начинается в самой зрелой части, прилежащей к периферической части дефекта, и распространяется в центр. Процесс также протекает со дна дефекта к вершине восстановленной кортикальной пластинки. Затем ремоделирование костной ткани продолжается посредством резорбции и формирования кости вдоль внешней и внутренней поверхностей кортикальной пластинки. На гистологических срезах, выполненных в период активного процесса ремоделирования костной ткани, виден слой остеобластов, покрывающий поверхность кости.

Когда созревание кости завершается, поверхность новообразованной костной ткани гладкая, а коллаген интегрируется в минерализованный костный матрикс наподобие шарпеевских волокон. Плотность средней части регенерирующего костного дефекта и степень его организации всегда отстают от периферических участков. При применении резорбируемых коллагеновых мембран на внешней поверхности мембраны фибробласты и сопровождающие их тонкие коллагеновые волокна и тонкие капилляры

прорастают через мембрану, проникают в подмембранное пространство, где соприкасаются с формирующейся костной тканью, обеспечивая васкуляризацию трансплантата. При использовании мембран, неспособных к интеграции (политетрафторэтилен, полилактид, полигалактид), прорастания сосудов не происходит, кровоснабжение носит только эндооссальный характер и не может считаться полноценным.

Таким образом, формирование новой костной ткани посредством метода НТР успешно завершается при следующих условиях: необходим источник остеогенных клеток, что обеспечивается наличием жизнеспособной кости в том дефекте (ростковых зон); необходимы достаточные возможности для ревазуляризации аугментата; обеспечение стабильности аугментата в костном дефекте; мембрана должна сохраняться и ограничивать пространство костного дефекта; до периода формирования первичного остеона клетки эпителия и соединительной ткани должны быть изолированы от пространства, созданного мембраной.

Идеальная мембрана для НТР должна удовлетворять следующим требованиям:

- интегрироваться с тканями (только мембраны с сохраненной нативной структурой) или обладать биоинертностью (для нерассасывающихся мембран);
- выполнять барьерную функцию в отношении фибробластов и эпителиоцитов;
- обладать высокой биосовместимостью;
- длительно сохранять форму и объем дефекта;
- иметь высокие эргономические характеристики.

#### ТИПЫ БАРЬЕРНЫХ МЕМБРАН

Барьерные мембраны				
Резорбируемые				Нерезорбируемые
Аллотранплантаты	Аутотрансплантаты	Ксенотрансплантаты	Синтетические	
<i>Dura mater</i>	Соединительно-тканый лоскут	Коллагеновые	Полилактид-ный, поли- галактидный полимеры	ePTFE, тефлон
Барьерные мембраны				
Резорбируемые				Нерезорбируемые
<i>Pericardium</i>	Аутофибриновая мембрана	Деминерализованная кость	Сульфат кальция	Титан (фольга, сетка)
DFBA	Аутокость и надкостница			Силикон

Политетрафторэтилен. В первых случаях выполнения метода НТР успешно использовались нерезорбируемые мембраны на основе ацетата метилцеллюлозы. Однако хрупкость этих мембран и склонность к разрыву ограничили их клиническое применение. В 1986 г. Управление по контролю производства, хранения и реализации пищевых продуктов, лекарственных препаратов и косметических средств США (FDA) одобрило первый коммерчески доступный нерезорбируемый барьер на основе политетрафторэтилена (ePTFE), специально разработанный для метода НТР (GORE-TEX Regenerative material). ePTFE — синтетический биосовместимый материал, состоящий из длинной углеродной цепи, защищенной плотной оболочкой из фтора.

Отсутствие химической реакции в тканях не оказывало влияния на физиологический процесс заживления пародонтального дефекта. Мембрана имела внутреннюю поверхность, обладающую свойством клеточной окклюзивности, и внешнюю поверхность, обладающую свойством клеточной адгезии. Такое строение обеспечивает селективное предотвращение миграции эпителиальных и соединительнотканых клеток и ее интеграцию с костной тканью и соединительнотканым участком пародонтального дефекта.

Мембрана обладала как необходимой жесткостью для создания подмембранного пространства, в котором формируется новое зубодесневое прикрепление, так и достаточной гибкостью для хорошей адаптации в области дефекта. Выпускают различные размеры и формы ePTFE мембран, а также варианты мембраны, упрочненные титаном. Последние предназначены для проведения НТР в области дефектов больших размеров, например одностеночных.

Недостатком ePTFE мембраны, кроме необходимости повторного оперативного вмешательства через 4–6 нед для ее удаления, является высокая частота инфицирования мембраны, что препятствует регенерации кости. Клиническая эффективность применения резорбируемых мембран зависит от их способности сохранять структурную физическую неприкосновенность в течение 6–8 нед заживления и постепенного резорбирования в период дальнейшего восстановления дефекта.

Возможность включения в состав резорбирующихся мембран, влияющих на остеогенез, противовоспалительных, противомикробных средств и других активных соединений является одним из достоинств этого вида мембран. Предполагается, что сохранять физическую неприкосновенность мембраны необходимо в течение 6 недель заживления, после чего длительное удержание их в области дефекта негативно влияет на процесс регенерации.

Мембраны на основе коллагена в настоящее время более 80% применяемых резорбируемых мембран созданы на основе коллагена. При изготовлении коллагеновых резорбируемых мембран преимущественно используется коровий или свиной коллаген I типа. Эти мембраны успешно применяются для устранения пародонтальных дефектов, так как коллаген

обладает свойством хемотаксиса и стимулирует пролиферацию фибробластов, выполняет барьерную функцию, препятствует миграции эпителиальных клеток, обеспечивает гемостаз, служит основой для прорастания соединительной ткани и капилляров, легко адаптируется к форме дефекта.

Коллагеновые мембраны резорбируются ферментами, выделяемыми макрофагами и нейтрофилами, что сопровождается воспалительным ответом окружающих тканей.

### **Синтетические материалы**

Вторую большую группу резорбируемых мембран составляют мембраны на основе резорбируемых полимеров. Материалы для этих мембран получают методом сополимеризации полимолочной, полигликолевой кислоты и полилактата/полигликоната. Эти синтетические мембраны сохраняются в ране неизменными в течение 20 нед и даже более в зависимости от их полимерной композиции. Затем они разрушаются в результате гидролиза эфирных связей и выводятся из организма в виде углекислого газа и воды.

### **КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛАХ**

Современные реконструктивно-восстановительные операции в пародонтологии и имплантологии практически нереализуемы без костнопластических материалов, представляющих собой биогенные или синтетические имплантаты с определенными свойствами и характеристиками. Технология изготовления костнопластических материалов определяет их основные свойства (остеокондукцию, остеоиндукцию, остеогенность), важные и необходимые для имплантации в область костного дефекта.

<b>Свойство</b>	<b>Источник</b>	<b>Представители</b>
Остеогенность	Остеогенные прогениторные клетки	Губчатый ауто-трансплантат. Пунктат костного мозга. Клеточные технологии
Остеоиндукция	Сигнальные молекулы. Костные морфогенетические белки	Ауто-, алло-трансплантаты, рекомбинантные белки. Тромбоцитарные и плазмогенные факторы роста (Эмдогейн)
Остеокондукция	Скаффолд-системы	Ксенотрансплантаты: минеральный матрикс кости КСР; • структурированный коллаген. Аллопластические материалы. β-ТКФ. Гидроксиапатит. Диоксид титана. Биоактивное стекло

Свойство остеоиндуктивности определяется как способность вызывать образование костной ткани путем инициализации или трансформации. По

данным доступной литературы подобные свойства доказаны только для костных морфогенетических белков и родственных пептидов.

Остеогенность — свойство трансплантата включать собственные остеогенные клетки в рост новых костных клеток — остеоцитов.

Остеокондуктивность рассматривается как способность трансплантата являться структурной основой для адгезии и заселения остеогенными клетками (остеобластами) с края дефекта, поддержки их пролиферации и реваскуляризации.

Остеоидная структура (скаффолд-система) широко используется при создании кондуктивных препаратов, в которых искусственно воссоздана или сохранена нативная структура костной ткани. Учитывая, что костной ткани присущи две параллельно существующие трехмерные структуры — общая для всех тканей коллагеновая и уникальная минеральная (определяющая ее свойства), — предлагается использовать либо структурированный коллаген, либо депротеинизированные препараты кости, либо синтетические аналоги. В идеальных условиях заселение этих структур одонтобластами приведет к включению их в состав вновь образованной кости, что обеспечит ее регулярность и достаточную минерализацию, то есть качество.

Идеальный костнопластический биоматериал должен обладать в полной мере всеми этими свойствами, то есть весь объем материала должен включаться/замещаться во вновь образованные ткани.

В настоящее время используется условная классификация костнопластических биоматериалов по источнику получения:

- 1) аутотрансплантат — ткань, полученная из другого участка тела одного человека;
- 2) гетеро(ксено)трансплантат — ткань, полученная у особи другого вида;
- 3) алло(гомо)трансплантат — ткань, полученная у другой особи того же вида.

Однако данная классификация не отражает функциональную нагрузку, которую несут различные части используемых в хирургии сочетаний типов трансплантатов.

Кроме того, не существует однокомпонентного препарата, который бы удовлетворял всем требованиям. До конца XX в. основной, наиболее приближенной к «золотому стандарту» для реконструкции в стоматологии была аутокость, которая широко использовалась в имплантологии и челюстно-лицевой хирургии. Однако применение данного материала в пародонтологии ограничено вследствие большого объема, а главное — сложной топографии пародонтальных дефектов, дискретности пародонтологических вмешательств. К тому же применение аутокости в измельченном виде лишает ее структурного компонента. Однако при отсутствии дополнительных остеоиндуктивных элементов восстановление можно наблюдать только в зоне спонтанной (неиндуцированной) регенерации кости (остеокондукция).

Факторы роста					
Аутогенные		Гетерогенные			
Производные аутокосты	Аутотромбоцитарный концентрат (PRP)	Белки эмалевого матрикса	rhBMP-2	rhPDGF- BB	P-15 фрагмент молекулы коллагена
Аутогенные BMP	Аутогенные факторы роста	Emdogain ©	INFUSE © Bone Graft Cowell BMP	GEM 21S <sup>©</sup>	PEPGEN-15 Препараты нативного коллагена
Измельченная аутокость (кортикальная)	PRP, FRP, A-PRF				

## КОЛЛАГЕН КАК КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ

Коллаген является самым известным природным полимером, применяемым в костнопластической хирургии. Это белок, составляющий основу костного межклеточного матрикса. На сегодняшний день идентифицировано 19 типов молекул коллагена, 5 из которых являются основными. Наиболее распространенным является коллаген I типа, преобладающий в соединительнотканых структурах, в том числе кости. Коллагеновые биоматериалы в организме рассасываются под влиянием коллагеназ, выделяемых полиморфноядерными лейкоцитами, фибробластами, макрофагами без образования побочных продуктов.

Гемостатическое действие реализуется посредством тромбоцитов, адсорбированных на его поверхности и дегранулирующих с высвобождением факторов свертываемости крови и биологически активных веществ (БАВ).

Коллаген, введенный в рану, активирует синтез сульфатированных гликозаминогликанов (ГАГ), фибрилlogenез, васкуляризацию и повышает пролиферацию фибробластов. Кроме того, коллаген способствует агрегации тромбоцитов, остеобластов, служит биологическим каркасом для врастания эндотелиальных, сосудистых клеток и клеток-предшественниц периодонтальной связки.

Коллаген I типа необходим для дифференцировки остеобластов и минерализации остеоида. Однако структурные свойства натуральных полимеров, включая сравнительно слабую механическую прочность, варибельность сроков рассасывания и слабовыраженный самостоятельный остеопластический потенциал, ограничивают их использование в качестве автономных материалов для костной пластики и диктуют необходимость применения в виде композиций. Коллаген в костной ткани представлен двумя основными типами — в большей мере I и в значительно меньшей III типом. Таким образом, материалы на основе коллагена обладают прекрасной биосовместимостью.

В многочисленных исследованиях было показано, что коллаген способствует дифференцировке остеобластов, а композиция коллагена и гидроксиапатита (ГА), помимо этого, ускоряет остеогенез. Добавление фосфата кальция к коллагену обеспечивает большую стабильность, повышенную устойчивость к трехмерному набуханию по сравнению с чистым коллагеном и улучшает его механические и гидрофильные свойства. Кроме того, добавление гидроксиапатита (ГА) замедляет процессы биодegradации коллагена, что объясняется потенциальной конкуренцией частиц ГА с сайтами расщепления коллагена ферментом коллагеназой или путем абсорбции некоторых коллагеназ на поверхности частиц ГА.

Добавление коллагена к керамике обеспечивает множество дополнительных преимуществ для хирургического применения: возможность управления формой, пространственную адаптацию, увеличение частиц, адгезию к стенкам дефекта и способствование формированию и стабилизации кровяного сгустка.

Широкое применение коллагена началось с 70-х годов XX в. Высокая биологическая совместимость на уровне культивируемых клеток, а также тканей макроорганизма, отсутствие токсичности, включая образуемые продукты деградации, способность к адгезии и дифференцировке клеток, обеспечение свободного доступа субстратов и отток продуктов метаболизма обусловили его широкое применение как в стоматологии, так и в общей медицине.

Основные формы выпуска коллагеновых материалов для НТР:

- 1) мономатериал в виде блоков — губки, конусы, шарики, блоки (КОЛЛОСТ, Collacone);
- 2) мономатериал в виде гранул (КОЛЛОСТ, «Остеодент»);
- 3) в качестве матрицы в скаффолд-системах, в тканеинженерных конструкциях: в комбинации с ГА либо гетерофазным фосфатом кальция, модифицированным ГАГ, БАВ, факторами роста, костными морфогенетическими белками (КМБ), стволовыми клетками (СК), аутофибробластами и т.д. При этом возникает сочетание остеокондуктивного, остеоиндуктивного, стимулированного остеогенеза, что может привести к ускоренному и полноценному закрытию дефекта (КОЛЛОСТ, «Коллапан», «Колопол», «Стимул-Осс», «Гидроксиапол», «Остеоматрикс» и т.д.);
- 4) в качестве матриц для лекарственных средств — антисептиков, антибиотиков, когда необходимо местное пролонгированное антимикробное воздействие («Коллапан М, Г, К»), эпителизирующих материалов (КОЛЛОСТ, «Коллапан С»);
- 5) в качестве материала для закрытия раневых, ожоговых поверхностей, в частности, в пародонтологии и челюстно-лицевой хирургии при аугментации мягких тканей, закрытии рецессии, трансплантации мягких тканей в сочетании с направленной регенерацией кости и мягких тканей, туннельной технике (КОЛЛОСТ, Mucoderm).

Таким образом, биоматериалы на основе коллагена способствуют регенерации как костного, так и мягкотканного компонента и являются неотъемлемой частью хирургических, пародонтологических вмешательств.

## **СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БАРЬЕРНЫХ МЕМБРАН И КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ.**

Помещение костнопластического материала под барьерную мембрану способствует стабилизации кровяного сгустка и сохранению объема и топографии пространства при устранении пологих дефектов, что предотвращает пролапс мембраны в область дефекта. Результаты применения техники НТР в области фуркационных дефектов зависит от объема и локализации пародонтального дефекта. Успех применения метода НТР при устранении фуркационных дефектов напрямую зависит от морфологии пародонтального дефекта.

Таким образом, концепция применения направленной регенерации тканей пародонта заключается в селективной репопуляции клеток периодонтальной связки на поверхности корня. Формирование и стабилизация сгустка крови, выбор участка, исключение эпителиальных клеток, полное перекрытие десневой тканью являются благоприятными условиями для проведения любой процедуры НТР. В будущем методика НТР может использоваться в сочетанном применении с биологическими факторами роста, которые способны к избирательным процессам пролиферации клеток-предшественниц фибробластов.

### **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Выписать таблицы препаратов для НТР.

### **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Заболевания пародонта. Грудянов А.И. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 336 с.
2. Комплексное лечение генерализованного пародонтита. Блохин В.П., Дрожжина В.А., Федоров Ю.А., Леонова Е.В., Казаков В.С. Учебное пособие. – СПб.: СПбМАПО, 2007. – 64 с.
3. Заболевания пародонта. Орехова Л.Ю. М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.
4. Лукиных Л.М. Заболевания полости рта. М.: Мед.информ. агентство, 2005 г.
5. Трунин Д.А, Постников М.А. Терапевтическая стоматология. ГЭОТАР-Медиа, 2023.

### **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Пациент А., 46 лет, обратился с жалобами на чувствительность зубов от раздражителей, оголение корней зубов, эстетическая неудовлетворенность. При проведении рентгенологического исследования выявлено: мелкоячеистый рисунок кости альвеолярного отростка, равномерное снижение высоты межзубных перегородок при сохранившихся кортикальных пластинках.

Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

2. Больной 56 лет. Обратился с жалобами на обнажение корней зубов. Симптомы заболевания прогрессируют в течение 6 лет. При осмотре обнажение корней всех зубов на 2/3 их длины. Слизистая десен нормальной окраски. Пародонтальных карманов нет. Подвижность 1 степени. Незначительные зубные отложения во фронтальной группе зубов.

Поставьте диагноз. Опишите методику консервативного лечения.

## **ЗАНЯТИЕ №10.**

### **ТЕМА: ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Необходимость знания физиотерапевтических методов лечения заболеваний пародонта, для выбора индивидуального метода лечения в комплексном лечении различных заболеваниях пародонта.

#### **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Освоить физические методы, используемые в стоматологии для лечения и реабилитации пациентов с заболеваниями пародонта.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** механизмы воздействия физических методов на организм человека, показания и противопоказания к их применению.

**Уметь:** индивидуально подобрать наиболее целесообразный метод физиотерапевтического воздействия, выбрать ту или иную методику в зависимости от характера клинического течения процесса (острое течение, хроническое течение, обострение, ремиссия).

**Владеть:** основными физическими методами лечения заболеваний пародонта.

#### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Роль физических факторов в комплексном лечении заболеваний пародонта.
2. Массаж. Виды, методики применения.
3. Показания и противопоказания к применению ультразвука.
4. Физиологический механизм действия электрического тока.
5. Показания и противопоказания к электротерапии, варианты электролечения.
6. Показания и механизм действия светолечения
7. Аэротерапия, вакуум- терапия, криотерапия, магнитотерапия в комплексном лечении заболеваний пародонта.

#### **4. АННОТАЦИЯ:**

В комплексной терапии заболеваний пародонта широко используют физические методы. Некоторые из них непосредственно воздействуют на клетки и ткани, но кроме того, все они раздражая богатое рецептивное поле слизистой оболочки полости рта, оказывают рефлекторное действие,

благоприятно влияя на нервную систему (ее вегетативный отдел), гемодинамику, в результате чего в пародонте улучшается крово- и лимфообращение, трофика и обмен веществ угнетается рост грануляционной ткани, уменьшаются воспалительные явления, явления застоя, повышается активность лейкоцитов и элементов ретикулоэндотелиальной системы, ускоряется процесс регенерации и др.

При назначении физиотерапии должны соблюдаться общепринятые показания и противопоказания (абсолютные и относительные) с обязательным учетом общего состояния больного. Как правило, физиотерапия назначается после снятия зубных отложений, купирования острого воспалительного процесса, но некоторые процедуры (УФО, гидротерапия, лазеротерапия, др.) могут применяться с самого начала комплексного лечения.

При начальной стадии патологии пародонта наиболее эффективным являются различные виды **массажа** (ручной или инструментальный, вакууммассаж, вибромассаж, а также гидромассаж).

С помощью массажа устраняют явления застоя в тканях пародонта, при этом включаются в общий кровоток резервные сосуды, улучшаются трофика тканей. Гидромассаж способствует вымыванию из карманов и межзубных промежутков распада пищи, микрофлоры и продуктов воспалительного экссудата.

Инструментальный и гидромассаж проводится курсами по 15-20 процедур, каждый. Интервал между курсами 1-2 мес. Пальцевой массаж проводится ежедневно практически годами.

**Лечение ультразвуком.** Применяется аппарат УТ-5, УЗТ-3.04С. Интенсивность излучения от 0,005 до 0,4 Вт/см<sup>2</sup>. При колебаниях от 800 кГц до 3 МГц в непрерывном режиме. Продолжительность процедуры 3-9 минут. Курс лечения 10-12 сеансов через день. Ультразвук усиливает обмен веществ, активизирует деятельность ферментов увеличивает проницаемость мембран. При этом освобождаются биологически активные вещества. Действие ультразвука на ткани можно рассматривать как массаж клеток. Ультразвук используется также для введения лекарственных веществ в ткани – фонофорез (витаминов А, Е, антиоксидантов).

Специальные аппараты “Ультрастом”, “Ультрадент”: (современные многофункциональные ультразвуковые комплексы типа Master - Reson фирмы EMS) используют; для снятия зубных отложений.

#### **Электротерапия.**

Наиболее широко применяются электрофорез, дидинамотерапия (токи Бернара), д,Арсонвализация, флюктуоризация, электрическое поле УВЧ, микроволновая терапия, диатермия.

**Электрофорез** - введение лекарственных веществ в ткани организма с помощью постоянного электрического тока низкого (30-60 В) напряжения и небольшой силы (несколько миллиампер). По месту введения различают назубный, наддесневой, внутриносковой электрофорез, ионный воротник по Щербаку и т.д.). Показания к электрофорезу при патологии пародонта

зависят от фармакологических свойств лекарственных веществ. Часто назначают электрофорез препаратов кальция, витамина В1 с новокаином, фтора.

При выраженной кровоточивости и явлениях застоя в деснах проводится электрофорез кальция, танина, витамина Р и В1 и новокаина. При этом предпочтение отдается лекарственным веществам, имеющим положительный заряд и вводимых с анода, что способствует уплотнению клеточных оболочек, понижению возбудимости нервных элементов, дегидротации тканей.

При электрофорезе сложных многокомпонентных веществ с разнополярными компонентами необходимо учитывать показания к применению того или иного полюса постоянного тока и рН буферного раствора. Однако все же предпочтительно вводить такие вещества путем фонофореза с целью сохранения их фармакологической целостности.

Если преобладающим симптомом при рыхлой, застойной десне является болезненность шеек зубов, то эффективнее электрофорез витамина В1 с новокаином, при кровоточивости - электрофорез 10 % р-ра хлористого кальция. При гиперестезии на фоне атрофической гингивита-электрофорез фтора и витамина РР.

Длительность процедуры электрофореза 15 - 20 мин ежедневно иди через день, на курс 12-15 процедур.

**Диадинамотерапия** – метод лечения импульсными токами низкой частоты. В основе механизма физиологического действия лежит перераспределение в тканях ионов, изменение проницаемости мембран и клеточных оболочек, улучшение кровообращения, трофики, обезболивание и др. Используется аппарат СНИМ-1. Продолжительность процедуры увеличивают с 5 до 15 мин. Курс 4-5 процедур ежедневно или через день. Можно сочетать с введением лекарственных веществ – диадинамофорез. Показания: системная гиперестезия зубных тканей, явления отека, застоя, перед гингивопластикой и после нее.

**Флюктуоризация** - использование с лечебной целью переменного тока с беспорядочно меняющейся силой, частотой и длительностью колебаний. Обладает противовоспалительным, болеутоляющим действием, активизирует митоз эпителия и ускоряет механизм отторжение некротических тканей, способствует регенерации тканей. Показана при обострении процесса с гноетечением из пародонтальных карманов и наличии болевых ощущений. Вне обострений не показана, т.к. может ускорить остеокластическую резорбцию кости. Длительность процедуры от 5 до 15 мин. Курс 6-8 процедур, используется аппарат АС1-2.

**Д'Арсонвализация** – метод, при котором действующим факторам является резко затухающий разряд импульсного высокочастотного (150 КГц) переменного тока малой силы и высокого напряжения (до 20 КВт). Используется аппарат «Искра-1». Токи Д'Арсонваля угнетают чувствительность периферических нервных рецепторов, оказывая болеутоляющее действие, уменьшает зуд в тканях, расширяют кровеносные

сосуды, улучшают трофику тканей, снижают спазм сосудов, усиливают миграцию лейкоцитов и др. Показания: пародонтоз (особенно начальная стадия), катаральный гингивит, отечная форма гипертрофического гингивита. Длительность процедуры- 20 мин., курс- 15-20 процедур (для контактной методики). В отечной стадии гипертрофического гингивита используется "искровой" разряд (в течение 1 мин. на каждый сосочек, в одно посещение обрабатывается 4-5 сосочков). Процедуру проводят 1 раз в 4-5 дней.

**Диатермия**- применение с лечебной целью переменного электрического тока высокой частоты (1,5-2 МГц), высокого напряжения (150-200 В) и небольшой силы (0,1-0,2 А). Механизм действия связан с образованием в тканях эндогенного тепла в результате превращения электрической энергии в тепловую. При этом снимается спазм сосудов, усиливается кровоток, активизируется обмен веществ за счет этого оказывается болеутоляющее действие, рассасывание, что способствует регенерации тканей и рассасыванию инфильтратов и выпота. Применяется при пародонтозе, генерализованном атрофическом гингивите.

Значительно чаще используется диатермия с целью коагуляции гипертрофированных межзубных сосочков (сила тока до 15 мА, мощность 6-7 Вт, время 2-3 сек.). При проведении частичной гингивэктомии при гипертрофическом гингивите целесообразно применять биоактивный метод диатермокоагуляции по Г.Н.Вараве.

**УВЧ-терапия** - воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (39 МГц и 40,68 МГц), применяется аппарат УВЧ-4 и УВЧ-66. Механизм физического действия обуславливается физико- химическими свойствами коллоидов молекул, тесно связанными с тепловым и осцилляторным эффектом. Под влиянием поля УВЧ расширяются капилляры, ускоряется в них кровоток, повышается активность макрофагов, уменьшается отечность ткани, снижается отек, улучшаются обменные процессы, понижается чувствительность нервных рецепторов, ускоряется рост соединительной ткани и др. УВЧ- терапия показана при острых гингивитах, обострении пародонтита, при абсцедировании (сразу после вскрытия), при наличии гематом после гингивоостеопластики. Применяют атермическую и олиготермическую дозы, длительность 5-10 мин. курс 5-8 процедур.

**Микроволновая терапия** – лечение переменными электромагнитным полем СВЧ. Используется аппарат Луч-2 (мощность 20 Вт, частота колебаний 2375 МГц). Под влиянием микроволн расширяются кровеносные сосуды, ускоряются кровоток, нормализуется трофика и обмен веществ, стимулируется процесс регенерации и др. В дозе 5-7 Вт при экспозиции 5-7 мин. микроволны оказывают противовоспалительное, антисептическое и обезболивающее действие. Показания такие же, как и для УВЧ- терапии.

**Аэроионотерапия** – введение лекарственных веществ аэрозольным методом при помощи ингаляторов АИ-1, ПАИ-1, ПАИ-2 особенно показанных для тканей пародонта. Применяется для аэрозолей

обезболивающих, некролитических, антибактериальных средств (1% р-р цитраля, 1% р-р мефанамина натриевой соли, протеолитические ферменты с антибиотиками и др.), препаратов, нормализующих тканевой метаболизм и стимулирующих регенерацию), 2% р-р аскорбиновой кислоты, сок каланхоэ, 1% р-р ромазулана, экстракт алоэ, масляный р-р прополиса и др.).

**Светолечение.** УФО обладает противовоспалительным, десенсибилизирующим, стимулирующим обменные процессы и регенерационным действием. Широко применяется при выраженном воспалении тканей пародонта. Наиболее эффективными являются короткие ультрафиолетовые лучи КУФ (235,7 нм). Используются холодные ртутно-кварцевые лампы с горелкой ГТРК-4, портативные лампы ЛКУФ-3, ОКУФ-5. Облучение проводится по полям (участок десны в области 4-5 зубов), начиная с 2 биодоз и увеличивается на 1 ед. при каждом последующем облучении, доводя до 5-10 биодоз.

**Лазерная терапия** - использование электромагнитных волн, излучаемых квантовыми генераторами. Наиболее широко применяется излучение гелий-неонового лазера. Для лечения острого и хронического катарального гингивита, пародонта используются противовоспалительные параметры: плотность потока мощности 100-200 мВт/см<sup>2</sup>, экспозиция 1-3 мин на поле облучения, суммарное время – не более 25 мин. в сеанс, количество сеансов 5-10. Проводится несколько курсов с перерывом в 6 мес.

При лечении пародонтоза применяются стимулирующие параметры излучения (20-50 мВт/см<sup>2</sup> - суммарное время 10 мин, курс – 15 сеансов). Широкое распространение в последнее время получили портативные электромагнитные лазерные установки, существенным достоинством которых помимо небольшой стоимости является отсутствие отрицательно воздействия на органы зрения (врача и пациента) видимого лазерного луча.

**Вакуум-терапия.** Под влиянием отрицательного давления кровь и лимфа перемещаются к периферии из глубоких слоев не только слизистой оболочки, но и кости. Образуется гематома, рассасывание которой сопровождается образованием ряда веществ, стимулирующих защитные свойства организма, активизирующие обмен веществ. Разновидностью вакуум-терапии является вакуумный массаж и вакуум-кюретаж.

**Криотерапия**, или локальная гипотермия, применяется с целью понижения болевой чувствительности, уменьшения отечности тканей, замедление распада белков и процессов всасывания продуктов распада и микроорганизмов, снижения гипоксии и ацидоза. Преимущества криотерапии - относительная безболезненность, ограниченное разрушающее действие, выраженный гемостатический эффект, быстрота выполнения, благоприятное течение раневого процесса с образованием нежного рубца. В комплекс лечения заболеваний пародонта входят методы криооблучения, криодеструкции и криокюретаж. Показания: хронический катаральный гингивит, хронический гипертрофический гингивит, хронический генерализованный пародонтит.

**Магнитотерапия.** Применяется постоянное и переменное магнитное поле, которое оказывает противовоспалительное, спазмолитическое, болеутоляющее действие, ускоряет регенерацию и др. Для лечения в назубно-десневую каппу или зубную щетку монтируются магниты – источники постоянного магнитного поля, силовые линии которого сконцентрированы в зоне патологии. Каппа используется в течение 20-30 дней. При этом уменьшается отек, гиперемия, кровоточивость десен, выделение экссудата из карманов. Магнитная зубная щетка обеспечивает ежедневный магнитный массаж тканей пародонта. Эффективно также сочетание магнитотерапии с электрофорезом и лазеротерапией, использование аппликаций, орошений, полосканий, ротовых ванночек, гидромассажа предварительно с намагниченными лекарственными препаратами. Хороший эффект дает магнитофорез с различными лекарственными препаратами с использованием переменного магнитного поля. Применяются аппараты «Плюс -1», «Плюс-101», «Олимп-1», «Звезда-3».

#### **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Составьте таблицу с показаниями к физиотерапии при различных заболеваниях пародонта.
2. Перечислите общие противопоказания к физиотерапии.

#### **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Ефанов О.И., Дзанонова Т.Ф. Физиотерапия стоматологических М.. 1984.
2. Иванов В.С. Заболевания пародонта. М., 1989.
3. Прохончук Л.А. ЖнжипаН.А. Лазеры в стоматологии. М.Л 1986.
4. Царинский М.М. Клиническая терапевтическая стоматология. Краснодар. 1991. – С. 79-85.
5. Данилевский Н.Ф. с соавторами. Заболевания пародонта. Атлас. М. – С.212-245.

#### **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Больной 35 лет жалуется на повышенную чувствительность зубных тканей ко всем видам раздражителей. Объективно: слизистая десен бледная, истонченная, шейки зубов обнажены на 1/3, в области шеек 15, 14, 13, 23, 24, 25 зубов имеются клиновидные дефекты, их зондирование резко болезненно. Окклюзионные поверхности зубов стертые.

Поставьте предварительный диагноз, наметьте план лечения. Какие физические методы показаны и противопоказаны в данном случае.

2. Больной 40 лет жалуется на периодически возникающую кровоточивость десен, неприятный запах изо рта. При осмотре слизистая десен цианотична, пародонтальные карманы 4-5 мм, подвижность 1 и 2 степени, имеются множественные над- и поддесневые зубные отложения.

Какие исследования необходимо провести? Поставьте предварительный диагноз. Наметьте план лечения. Какие физические методы показаны и противопоказаны в данном случае

3. Больная 35 лет жалобы на кровоточивость десен. Отмечает повышенную жажду. При осмотре слизистая слегка гиперемирована, отечна. Поставьте предварительный диагноз. Наметьте план лечения. Какие дополнительные методы обследования надо провести. Какие физические методы показаны и противопоказаны в данном случае.

### **ЗАНЯТИЕ №11.**

#### **ТЕМА: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА (ЛАЗЕР, ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, ОЗОНОТЕРАПИЯ).**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Основной целью лечения заболеваний пародонта является устранение этиологических факторов или уменьшение их неблагоприятного воздействия на пародонт, а также воздействие на патогенетические звенья заболевания с целью восстановления структурных и функциональных свойств элементов пародонта.

#### **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Изучить основные методы консервативного лечения заболеваний пародонта.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** современные методы консервативного лечения заболеваний пародонта (лазер, фотодинамическая терапия, озонотерапия).

**Уметь:** определять показания и противопоказания к использованию лазера, фотодинамической терапии, озонотерапии.

**Владеть:** методиками использования лазера, фотодинамической терапии, озонотерапии.

#### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Понятие о лазере.
2. Механизм действия лазерного излучения.
3. Противопоказания к проведению лазерного кюретажа.
4. Методика лазерного кюретажа.
5. Низкоэнергетическое лазерное излучение. Механизм действия.
6. Показания и противопоказания к проведению. Общие методики лазерной терапии.
7. Фотодинамическая терапия. Понятие.
8. Механизм действия ФДТ. Методики проведения процедуры.
9. Показания к проведению фотодинамической терапии.
10. Озонотерапия. Понятие.
11. Механизм действия озонотерапии. Методики проведения процедуры.
12. Показания и противопоказания к проведению.

#### **4. АННОТАЦИЯ:**

Заболевания пародонта на сегодняшний день являются одними из самых распространенных в стоматологической практике. Они поражают пациентов всех возрастных групп и могут привести к серьезным последствиям. Среди множества лечебно-профилактических мероприятий, используемых при заболеваниях пародонта, большое значение имеют физиотерапевтические процедуры, которые позволяют стимулировать иммунобиологические реакции организма, снизить явления общей и местной сенсibilизации, изменить нервно-гуморальные процессы в организме и патологическом очаге, усилить локальное избирательное действие лекарственного вещества, восстановить микроциркуляцию.

Лазер (он же квантовый генератор) – это техническое устройство, которое излучает свет в узком диапазоне направленного сфокусированного пучка электромагнитных волн. Под действием лазерного излучения в ядрах клеток различных тканей человека выявлено увеличение синтеза нуклеиновых кислот (ДНК, РНК). Отмечается увеличение активности ферментов, усиливается обмен кислорода, происходит активирование окислительно-восстановительных реакций, усиление фотобиологических процессов вызывает усиление пролиферации клеток, выраженное иммуностимулирующее и трофическое действие, активируются репаративные процессы в тканях, отмечается расширение сосудов микроциркуляторного русла, нормализуется локальный кровоток, что приводит к дегидратации воспалительного очага – противовоспалительное действие.

Лазерный кюретаж – разрушение твердых отложений и отторжение поврежденных тканей пародонтального кармана с одновременным бактерицидным и гемокоагуляционным воздействием.

Противопоказанием проведения кюретажа пародонтальных карманов является:

- острые и обострения хронических гнойно-воспалительных явлений в десне (абсцессы, флегмоны и т.д.);
- атрофированные, истонченные ткани десны;
- наличие полостей (карманов) в костях и надкостнице челюсти; высокая (III-IV) степень подвижности зубов;
- заболевания ССС и крови в стадии декомпенсации, онкологические заболевания, тяжелые поражения печени и т.д.

Методика лазерного кюретажа: стеклянное оптоволокно вводится в пародонтальный карман, лазер активируется, волокно 2-3 раза перемещается от апекса до коронки параллельно поверхности корня. Таким образом, зуб облучается со всех сторон. Лечение одного пародонтального кармана занимает примерно 30-60 сек. в зависимости от его глубины. Во время хирургической обработки оптическое волокно должно удерживаться почти перпендикулярно патологически измененным тканям, которые удаляются небольшими круговыми движениями лазерного наконечника. Процедура закончена, когда вся патологически измененная поверхность коагулируется и покрывается корочкой. Кровотечение во время лечения отсутствует.

Низкоэнергетическое лазерное излучение (НИЛИ) — это воздействие электромагнитным излучением оптического диапазона (свет), обладающим такими свойствами, как когерентность, монохроматичность, поляризованность и направленность потока излучения.

Механизм биологического и лечебно-стимулирующего действия низкоэнергетического лазерного излучения (НИЛИ): в основе лежат фотофизические реакции (нагревание и распространение тепла в биотканях) и фотохимические реакции (перемещение электронов на различных орбитах в атомах поглощающего свет вещества). Они могут выражаться в виде фотоионизации, фотоокисления или фотовосстановления, фотодиссоциации молекул, их перестройке (фотоизомеризации) либо в непосредственном разрушении вещества — фотолизе. В различных спектральных диапазонах свет обладает специфическим действием и поглощается преимущественно хромофорными группами белковых молекул (гемоглобин, меланин и ряд ферментов) и отчасти кислородом.

Наиболее широкое применение в лазерной терапии получили лазеры красного (длина волны излучения 632 нм) и инфракрасного (длина волны излучения 760–1200 нм) спектральных диапазонов. НИЛИ, воздействуя на ткани, приводит к распаду соединительнотканых структур с выделением свободной энергии, а в мышечной и нервной тканях, напротив, — с ее поглощением. Итогом воздействия НИЛИ становятся стимуляция процессов окислительного фосфорилирования глюкозы и увеличение выработки АТФ, что повышает энергетический потенциал клетки. В частности, доказано действие его на развитие коллатерального кровообращения. В терапевтических аппаратах, применяемых для лазерной физио- и рефлексотерапии, наиболее широко используются газовые гелий-неоновые и полупроводниковые лазеры на арсениде галлия.

Показания: заболевания, сопровождаемые воспалительными и дегенеративно-дистрофическими процессами, болевым синдромом, нарушением местных циркулярно-метаболических функций организма, а также для стимуляции регенерации и репарации поврежденных тканей.

Противопоказания:

- злокачественные новообразования;
- доброкачественные новообразования со склонностью к прогрессированию;
- легочно-сердечная и сердечно-сосудистая патологии в стадии декомпенсации;
- сахарный диабет в стадии декомпенсации;
- тиреотоксикоз;
- активный туберкулез;
- лихорадочное состояние;
- заболевания нервной системы с резко повышенной возбудимостью;
- индивидуальная непереносимость фактора.

Общие методики лазерной терапии. Лазерное излучение может быть дистантное, когда луч проходит в открытом пространстве между излучателем и объектом, и контактное — при плотном прилегании излучателя или световода к облучаемой поверхности. Дистантную (бесконтактную) методику в стоматологии используют преимущественно при внешнем облучении проекций патологических очагов и тканей с целью анальгезирующего и противоотечного действия. Контактную методику используют при трансоральном облучении патологических очагов, процедурах лазерного фотофореза, облучении альвеолярных лунок после резекции зубов.

В последнее время широкое распространение в медицине получила фотодинамическая терапия (ФДТ). В основе метода ФДТ лежит фотосенсибилизация клеток фотосенсибилизатором, предварительно введенным в организм пациента, с последующей активацией лазерным излучением со специально подобранной длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора. В качестве источника облучения необходимо использовать световой поток с максимальной проникающей способностью в ткани. Таковым является лазерное излучение с высокой длиной волны (т.е. красный спектр, 635—660 нм), так как с увеличением её повышается проникающая способность света в биологические ткани.

Механизм действия. ФДТ оказывает значительное антибактериальное действие на грамположительные бактерии, а на грамотрицательные аэробные и анаэробные бактерии — при повторных сеансах терапии. Повреждающее действие фотодинамической терапии имеет локальный характер, так как зависит от места накопления и химической структуры препарата, чувствительности эндогенных молекул к экзогенному фотосенсибилизатору. Фотосенсибилизатором является химическое соединение, молекула которого под действием видимой части спектра света переходит в возбужденное триплетное состояние.

После воздействия лазерного излучения молекулы фотосенсибилизатора индуцируют фотохимические реакции двух типов. При реакции первого типа возбужденный фотосенсибилизатор взаимодействует с субстратом и образует переходные соединения, которые, взаимодействуя с кислородом, формируют свободные радикалы. Во втором варианте реакция протекает немного иначе: энергия с возбужденного фотосенсибилизатора переносится на кислород, который всегда присутствует в биологических тканях, и образуется синглетный кислород. Это активное соединение с выраженным повреждающим действием на клетку, при котором образуются циклические пероксиды, разрушающиеся в термических и ферментативных процессах. Остаются продукты распада субстрата и свободные радикалы, в результате происходит повреждение биологических структур, развиваются некротические и апоптотические изменения.

Фотосенсибилизатор в организме, связываясь с клеткой-мишенью, без источника света никакого действия не оказывает. На сегодняшний день в качестве фотосенсибилизаторов могут использоваться: производные

гематопорфирина, фталоцианинов, бензопорфинов, бактериохлорофиллов, хлорина и др. Фотосенсибилизаторы, в сравнении с антибиотиками, не обладают токсическим и мутагенным действием, не накапливаясь в тканях более необходимого, в результате чего не способствуют селекции резистентных штаммов. ФДТ эффективна при остром и при хроническом воспалении тканей полости рта. Действуя локально, ограничиваясь зоной лазерного облучения, она не воздействует на нормальную микрофлору в других зонах, которые не подлежат лечению.

ФДТ используется для: Лечения и профилактики пародонтита; Лечения хронического и острого гингивита; Послеоперационной реабилитации.

Озонотерапия – это метод лечения, предполагающий использование озона (O<sub>3</sub>), который генерируется специальными приборами медицинского назначения – озонаторами. Озон – газ с резким характерным запахом, это аллотропная форма кислорода, которая является значительно более сильным окислителем, чем сам кислород.

Малые концентрации озона создают ощущение свежести, как после грозы, токсичные же – вызывают раздражение дыхательных путей, кашель, головокружение.

Терапевтическое действие озона: антибактериальное, противовирусное, фунгицидное, противовоспалительное, иммуномодулирующее, цитостатическое и анальгезирующее. Также при местном введении озон усиливает микрогемодинамику, повышает активность системы антиоксидантной защиты.

Антибактериальное действие озона заключается в избирательном разрушении клеточной мембраны бактерий одноатомным кислородом. Кроме того, за счет своего небольшого размера, молекула озона обладает лучшей проникающей способностью, по сравнению с молекулами других антисептических препаратов, что, безусловно, является большим преимуществом в воздействии на патогенные микроорганизмы в полости рта пациента, организованные в биопленках.

Озон при высоких концентрациях можно также использовать как кровоостанавливающее средство. Низкие концентрации озона способствуют эпителизации и заживлению раневых поверхностей.

Высокая растворимость озона в воде позволяет использовать его не только в виде газовой озонкислородной смеси, но и в виде озонированных растворов с различной концентрацией растворенного озона. Жидкости насыщают озоном, пропуская через них озонкислородную газовую смесь. Важным аспектом при этом является сложность точного дозирования озона в растворе и его быстрый распад до молекулярного кислорода, с последующим снижением концентрации озона в растворе. Период полураспада озонированного физиологического раствора составляет 30 мин. Распад озона замедляется в дистиллированной воде и при понижении температуры. Однако наряду со своими положительными свойствами, озон остается для человека токсичным веществом при его вдыхании. Важным требованием к

озонотерапевтической аппаратуре является поддержание низких концентраций озона в воздухе рабочего помещения. Для получения озона применяют генераторы, синтезирующие озон из чистого кислорода или воздуха.

Для антисептической обработки пародонтального пространства используются специальные одноразовые насадки, которые надежно фиксируются на наконечнике резьбовым соединением, не допускающим утечки газа. Для обработки пародонтальных карманов предназначена насадка Regio, благодаря удлиненной форме и безопасному кончику которой можно подавать озонкислородную смесь даже в самые труднодоступные и глубокие пародонтальные карманы, не повреждая при этом мягкие ткани и периодонтальную связку. Процедура не вызывает неприятных ощущений у пациента, так как выполняется абсолютно безболезненно.

Показаниями к использованию ОЗ для лечения пациентов с заболеваниями пародонта являются все формы гингивита и пародонтита как при обострении, так и в период ремиссии. Перспективно применение для лечения периимплантита, дезинфекции пародонтальных карманов и является альтернативой системному назначению антибактериальных препаратов.

Противопоказаниями для применения ОЗ являются: нарушения свертываемости крови (тромбоцитопения, гемофилия, прием препаратов, снижающих свертываемость крови), кровотечение любой интенсивности, что объясняется тромболитическим действием озона, инфаркт миокарда, алкогольная интоксикация, судорожный синдром, эпилепсия, гиперфункция щитовидной железы (тиреотоксикоз, гипертиреоз), индивидуальная непереносимость озона.

Методика антисептической обработки пародонтального кармана заключается во введении в предварительно механически очищенный от зубных отложений пародонтальный карман озонкислородной газовой смеси в течение 18 с.

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Опишите методику лазерного кюретажа.
2. Опишите механизм действия ФДТ.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Физиотерапия и курортология/под ред. В.М. Боголюбов. — Кн. II. — Москва, 2017. — 312 с.
2. Лукиных, Л.М. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии: учебное пособие/Л.М. Лукиных, О.А. Успенская. — Москва: НГМА, 2010. — 36 с.
3. Ушаков, А.А. Практическая физиотерапия: учебное пособие/А.А.Ушаков. — Москва: МИА, 2009. — 608 с.
4. Применение лазеров в стоматологии: учебное пособие по физиотерапии стоматологических заболеваний/под ред. Ю.В. Мандра. — Екатеринбург, 2010. — 72 с.

## **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Больной обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Коронки зубов покрыты пигментированным налетом курильщика. Обильные отложения наддесневого минерализованного зубного налета во фронтальном отделе нижней челюсти. Десневые сосочки и маргинальная десна в области 31, 32, 33, 41, 42, 42, 43 зубов отечны, гиперемированы. Обнаруживаются пародонтальные карманы глубиной 3-4 мм в области 26, 27, 37, 38 зубов. Назначьте лечение.

2. Пациента беспокоят постоянное задержку пищи в области моляров нижней челюсти справа и слева, периодическое появление "гнойничков" в области жевательных зубов нижней челюсти, проходящее после интенсивных полосканий полости рта раствором соды. Иногда возникает чувствительность в области шеек всех зубов при приеме холодной, кислой, сладкой пищи. Десневые сосочки в области всех зубов синюшно-красного цвета, легко кровоточат при зондировании. Десна увеличены в объеме и закрывают 1/3-1/2 коронок зубов. Отмечаются наддесневые отложения минерализованного зубного налета. Назначьте план лечения.

## **ЗАНЯТИЕ №12.**

### **ТЕМА: ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ И ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

#### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Основной целью ортопедического и ортодонтического лечения заболеваний пародонта является устранение этиологических факторов или уменьшение их неблагоприятного воздействия, а также восстановление структурных и функциональных свойств элементов, составляющих пародонт.

#### **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Изучить основные методы ортопедического лечения заболеваний пародонта, обучить клинико-биологическим и биохимическим основам выбора метода лечения.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** современные методы ортопедического и ортодонтического лечения заболеваний пародонта.

**Уметь:** определять показания и противопоказания к использованию шинирующих аппаратов, шинирующих протезов.

**Владеть:** методиками изготовления различных видов шинирующих конструкций.

#### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Задачи ортопедического лечения заболеваний пародонта.
2. Виды и обоснование выбора ортопедического метода лечения
3. Биомеханические принципы шинирования. Требования к шинам
4. Шинирующие аппараты и протезы. Виды, обоснование к их применению.

5. Обоснование съёмного и несъёмного протезирования при заболеваниях пародонта.
6. Обоснование ортодонтического лечения при заболеваниях пародонта.

#### 4. АННОТАЦИЯ:

Основные задачи ортопедического лечения - устранить травматическую окклюзию или функциональную травматическую перегрузку тканей пародонта; вернуть утраченное единство зубному ряду и превратить зубы из отдельно действующих элементов в неразрывное целое; правильно распределить жевательное давление на оставшиеся зубы и разгрузить зубы с наиболее поражённым пародонтом за счёт тех зубов, у которых он лучше сохранился; предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальной перегрузки.

Многообразие клинической картины предполагает индивидуальный подход к выбору метода ортопедического лечения. Избирательное шлифование зубов проводится для выравнивания окклюзионных поверхностей зубных рядов при образовании преждевременных контактов или блокады движений нижней челюсти.

Шинирование — это объединение нескольких или всех зубов в единый блок с целью их иммобилизации - обездвиживания. Виды стабилизации: передняя - шина объединяющая резцы и клыки, которые разгружают ослабленный пародонт резцов; боковая - при которой шина располагается в передне-заднем направлении и позволяет создать блок зубов, устойчивых к усилиям, развивающимся в вертикальном, поперечном и переднезаднем направлениях.

Шинирование основано на следующих биомеханических принципах: вследствие своей жесткости ограничение свободы подвижности зубов, разгрузка пародонта при откусывании или разжевывании пищи. Нагрузка в шинирующем блоке прежде всего воспринимается зубами, имеющими меньшую патологическую подвижность. Шина, расположенная по дуге, более устойчива к действию наружных сил, чем шина, расположенная линейно.

Требования:

- Надёжная фиксация зубов, объединённых в блоке.
- Лёгкость наложения и снятия.
- Равномерное перераспределение жевательного давления на опорные зубы и замещение дефектов зубных рядов.
- Шина не должна препятствовать терапевтическому, хирургическому и физиотерапевтическому вмешательствам.
- Шины не должны травмировать слизистую оболочку полости рта, десну и зубодесневые сосочки.
- Простота изготовления и умеренная стоимость.

Противопоказания к включению зубов в шину:

- наличие у зубов III степени патологической подвижности;

- зубы с подвижностью II степени, если резорбция луночковой кости превышает  $1/2$  длины корня зуба;
- зубы с патологической подвижностью I степени и атрофией, превышающей  $2/3$  длины корня зуба;
- зубы с подвижностью II степени и хроническими околоверхушечными очагами воспаления;
- свищевой ход.

Шинирующие аппараты делятся на: временные и постоянные; съёмные и несъёмные. Они могут быть выполнены из пластмассы, композитов, армированных стекловолокнами и другими материалами, металлических сплавов и т.д. В качестве арматур для шинирующих лечебных аппаратов в настоящее время широко используют два типа материалов, отличающихся по химическому составу: на основе неорганической матрицы - стекловолокна и на основе органической матрицы - полиэтилен.

Технология — с созданием бороздки (пропила) глубиной до 0,5 мм на язычной (нёбной) или жевательной поверхности шинируемых зубов для лучшей фиксации будущей шины или без пропила. Шины могут быть созданы в кабинете врачом-стоматологом (прямой метод), а также зубным техником в лаборатории (непрямой метод).

Прямой метод: удаление зубного налёта с поверхности зубов, на которые будет наложена арматура, получении из фольги шаблона будущей шины, по размерам которого от арматуры отрезается полоска необходимых размеров и пропитывается адгезивом; обработка поверхности зубов кислотой, промывка водой, высушивание и покрытие адгезивом. Фиксация арматуры к язычной (нёбной) поверхности шинируемых зубов при помощи композита и его фотополимеризация. Заключительный этап - механическая обработка шины.

Непрямой метод: получают оттиск и гипсовую модель; готовят шаблон будущей шины - по ширине полоска должна максимально покрывать поверхность зубов от уровня шейки до границы окклюзионного контакта с зубами-антагонистами с язычной (нёбной) поверхности; пропитывают адгезивом, наносят необходимое количество композиционного материала, в который внедряют полоску арматуры; фотоотверждают и проводят полирование; внутреннюю поверхность шины пескоструят, протравливают 9%-ной плавиковой кислотой в течение 3-5 мин., промывают водой и просушивают, на внутреннюю поверхность шины наносят силан; поверхность зубов в области размещения шины обрабатывают внутриротовым пескоструйным аппаратом или протравливают кислотой, промывают, просушивают и наносят адгезив и фиксируют на зубах фотоотверждаемым композиционным материалом.

Съёмные шины Грозовского и Эльбрехта, состоящие из многосвязных кламмеров с вестибулярной и оральной сторон зубов, соединённых между собой перекидными кламмерами с окклюзионными накладками применяют при интактных зубных рядах. Несъёмные шинирующие конструкции: кольцевые и колпачковые шины, шина Мамлока

и её модификации, шины из экваторных коронок или полукоронок, шинирующий зубной протез из цельнолитых коронок и т.д.

Протезирование полости рта пациентов с заболеваниями пародонта имеет некоторые особенности, к которым относится: увеличение числа опорных зубов; уменьшение выраженности жевательных бугорков искусственных зубов; сокращение полезной жевательной площади искусственных зубов; наличие в протезах шинирующих элементов, способствующих иммобилизации оставшихся зубов.

При выборе конструкции съёмного протеза предпочтение отдаётся дуговым протезам, с введёнными в конструкцию их каркаса шинирующими и разгружающими элементами (многозвеньевой кламер, когтевидные отростки, окклюзионные накладки, дробитель нагрузки). Границы съёмных протезов у подобных пациентов должны быть максимально полными, чтобы с одной стороны, сделать протез более устойчивым, а с другой стороны — разгрузить оставшиеся зубы путём передачи жевательного давления на ткани протезного ложа.

При наличии включённых дефектов протезирование осуществляют при помощи мостовидных протезов в качестве опорных следует использовать клыки, которые всегда более устойчивы, чем резцы. Количество опор в мостовидном протезе увеличивают, заканчивая его устойчивыми зубами со здоровым или наименее пострадавшим пародонтом. Мостовидные протезы противопоказаны, если дистально расположенный зуб подвижен.

Ортодонтическое лечение при патологии пародонта показано при наличии зубочелюстных аномалий и вторичных деформаций зубных рядов. Из вторичных деформаций в клинической практике наиболее часто встречаются: веерообразное расхождение зубов передней группы, тремы и диастемы, смещение зубов в сторону дефекта зубного ряда, вестибулярное или оральное положение зубов, а также их вертикальное выдвигание, снижение окклюзионной высоты, осложненное глубоким резцовым перекрытием и дистальным смещением нижней челюсти. При таких деформациях окклюзионная нагрузка на ткани пародонта передается под углом и превышает привычные величины. Кроме того, при деформациях зубных рядов на фоне пародонтита нередко уменьшается высота нижнего отдела лица, что приводит к дисфункции обоих ВНЧС.

Несмотря на очевидность негативного влияния подобных аномалий и деформаций на ткани пародонта, ортодонтическое лечение взрослых следует проводить с большой осторожностью. Не следует проводить ортодонтическое лечение при тяжёлых формах пародонтита, острых воспалениях ВНЧС, тяжёлых соматических заболеваниях, а также при значительно выраженных аномалиях, затрудняющих ортопедическое лечение. Ортодонтические методы лечения заболеваний пародонта: Применение Эджуайс-техники, корригирующих пластинок и микроимплантов.

Таким образом, ортопедическое лечение заболеваний пародонта, включающее диагностику, выбор конструкции ортопедического аппарата

(протеза) и врачебной тактики, должно сочетаться с терапевтическими, а также хирургическими методами лечения патологии пародонта.

### **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Составьте таблицу различных шинирующих аппаратов (показания, противопоказания, способ фиксации, материал изготовления).

### **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология. – М.: МЕД пресс-информ, 2003.

2. Трезубов В.Н., Штейнгатт М.З., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение. – СПб.: СпецЛит, 2003.

3. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Незнаков Н.Ю., Фишев С.Б. Ортопедическая стоматология. Технология лечебных и профилактических аппарат. – СПб.: СпецЛит, 2003.

### **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Пациент А. обратился с жалобами на чувствительность зубов 32, 31, 41, 42, также на подвижность зубов 33, 34, 43, 44, гиперемия. При опросе выявлено, что пациент ранее обращался к стоматологу для корректировки окклюзионных контактов. При осмотре выявлено укорочение коронковой части 32, 31, 41, 42, а в области зубов 33, 34, 43, 44 наблюдается отечность, гиперемия и подвижность III степени. Какие ошибки были допущены?

2. Пациентка Т. 39 лет, обратилась с жалобами на подвижность 31, припухлость, болевые ощущения. При осмотре полости рта выявлены: подвижность зуба 31 II степени, отек, гиперемия. Составить план лечения.

## **ЗАНЯТИЕ №13.**

**ТЕМА: СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА. НЕОБХОДИМОСТЬ ПРИВЛЕЧЕНИЯ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ. ПРИНЦИПЫ КОЛЛЕГИАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА.**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Терапия больных с заболеваниями пародонта должна проводиться комплексно, целенаправленно, строго индивидуализировано.

### **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Научиться подходить к проблеме патологии пародонта в плане комплексного обследования и лечения, планировать привлечение смежных специалистов.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** принципы комплексного лечения патологии пародонта.

**Уметь:** составить план комплексного лечения патологии пародонта у тематического больного.

**Владеть:** оценкой данных дополнительных методов исследования.

### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Основные цели лечения патологии пародонта.
2. Основные принципы лечения заболеваний пародонта.
3. Общий план пародонтологического лечения.
4. Составляющие плана комплексной терапии.

#### **4. АННОТАЦИЯ:**

##### **1. Основные цели лечения патологии пародонта.**

Терапия больных с заболеваниями пародонта должна проводиться комплексно. Она включает местное и общее лечение, эффективные консервативные, хирургические, ортопедические, физиотерапевтические методы в условиях диспансерного наблюдения.

##### *Лечение преследует следующие цели:*

1. устранить травматические факторы в полости рта;
2. ликвидировать воспаление тканей пародонта;
3. приостановить дистрофический процесс;
4. восстановить нарушенную функцию тканей пародонта;
5. стимулировать процесс регенерации;
6. сохранить зубной ряд как единую динамическую систему;
7. исключить наиболее вероятные патологические факторы.

##### *Лечение заболеваний пародонта включает:*

1. этиотропную терапию, направленную на устранение причинных факторов;
2. патогенетическую терапию с использованием методов и средств воздействия на различные звенья воспалительно-деструктивного процесса в пародонте;
3. использование средств, усиливающих защитно-приспособительные механизмы больного;
4. восстановительную терапию (реабилитация).

##### **2. Основные принципы лечения заболеваний пародонта:**

###### **I. Комплексность:**

а) использование комплекса местных лечебных воздействий (консервативных, хирургических, ортопедических, ортодонтических), направленных на восстановление структуры и функции пародонта и на достижение максимального косметического эффекта;

б) взаимодействие врачей-стоматологов с врачами других специальностей в целях дополнения эффекта местных вмешательств устранением или минимизацией общих метаболических влияний на состояние пародонтального комплекса (т.е. сочетание местного и общего лечения).

**II. Индивидуальность:** необходимо проводить детальный анализ формы и тяжести поражения пародонта, особенностей его клинического течения у конкретного пациента, а также характера сопутствующей патологии (при ее наличии), состояния реактивности тканей ротовой полости и организма в целом.

**III. Последовательность:** лечение воспалительных заболеваний пародонта строится как поэтапная терапия, что предусматривает обоснованный выбор лечебных методов и средств воздействия на каждом этапе лечения. То есть речь идет об алгоритме лечебных воздействий. Это очень важно, поскольку часто именно нарушение этапности приводит к отрицательным результатам лечения пародонтита. Однако именно индивидуальность клинической картины часто становится причиной коррекции общепринятого алгоритма.

**IV. Систематичность:** в целях профилактики обострения воспалительного процесса необходимо проведение повторных курсов лечения, т.е. поддерживающей терапии. Интервалы между курсами лечения определяются индивидуально на основании наблюдения клинической динамики после первого курса лечения и зависят от тяжести и клиники процесса у конкретного пациента. Обязательным для всех пациентов является регулярность диспансерного наблюдения.

**V. Взвешенность и сбалансированность:** выбор средств и методов лечения должен быть полным, обоснованным и взвешенным, учитывать форму и степень тяжести процесса, индивидуальные особенности пациента. В принципе этот момент предполагает необходимость со стороны специалиста (причем, как правило, группы специалистов) решить самый насущный для врача и, конечно, для пациента вопрос: какой результат можно получить в идеале и какой ценой

### **3. В общий план пародонтологического лечения входит:**

#### **I. Начальная (базовая) терапия:**

1. Мотивация больного к лечению;
2. Обучение пациента рациональной гигиене полости рта;
3. Санация полости рта — лечение кариеса и его осложнений;
4. Профессиональная гигиена — удаление над- и поддесневого камня, налета, полировка поверхности зуба, доступной части корня;
5. Противовоспалительная терапия;  
Местная — применение местно препаратов антимикробных, противовоспалительных, противоотечных, кератопластических и др.;
- Общая — терапия общего заболевания, противовоспалительная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия;
6. Лечение и устранение пародонтальных карманов;
7. Ортодонтическое лечение
8. Устранение вредных привычек и лечение парафункций (бруксизма, неправильного дыхания, глотания, нормализация тонуса жевательных мышц).
9. Избирательное пришлифовывание;
10. Временное шинирование;
11. Физиотерапевтическое лечение.

#### **II. Основное лечение (хирургическое)**

Основные виды операций при заболеваниях пародонта: гингивотомия, гингивэктомия, кюретаж, открытый кюретаж, лоскутная операция и др. Вспомогательные виды операций при заболеваниях пародонта - пластика уздечек губ, вестибулопластика.

### **III. Окончательное лечение (ортопедическое)**

1. Шинирование зубов с помощью несъемных, съемных конструкций;
2. Протезирование;
3. Устранение травматической окклюзии;
4. Замена нерациональных ортопедических конструкций;

### **IV. Поддерживающая терапия**

1. Физитотерапевтическое лечение
2. Динамическое наблюдение за гигиеной полости рта
3. Диспансерное наблюдение

### **4. Составляющие плана комплексной терапии.**

Лечение заболеваний пародонта строится на принципах индивидуального и комплексного подхода к каждому больному с учетом данных общего и местного статуса. Учитывая, что патологические процессы в пародонте развиваются на фоне многих общих заболеваний, а также влияние заболеваний пародонта на многие функции организма, в том числе на механизмы естественной защиты, лечение больных должно быть направлено не только на ликвидацию патологического процесса в тканях пародонта, восстановление их функции, но и на реабилитацию общего состояния, восстановление нормального гомеостаза, стимулирование защитных сил организма.

Каждому больному, как можно раньше, должен быть составлен сугубо индивидуальный конкретный план комплексной терапии, который вносится в диспансерную карту или в историю болезни. В составлении плана лечения должны участвовать врач - пародонтолог, хирург, ортопед, физиотерапевт, специалисты общего профиля (терапевт, эндокринолог, кардиолог, иммунолог). Желательно, чтобы совместная консультация состоялась после обследования больного.

Важнейшей составной частью комплексной терапии болезней пародонта являются местные вмешательства. Их проводят с учетом клинικο-морфологических особенностей заболевания, характера течения, фазы развития патологического процесса, общего состояния больного.

Местное лечение – понятие условное. Устранение местных травмирующих факторов, воспалительного процесса имеет и общеоздоровительное значение, так же как улучшение общего состояния, рациональное лечение фоновой патологии обеспечивают в более короткий срок эффективность местной терапии. Напротив, ухудшение общего состояния ведет к обострению патологического процесса в тканях пародонта.

Независимо от причины, вызвавшей нарушения в тканях пародонта, направленность местной и общей терапии одинакова. Она проводится в определенной последовательности: профессиональная гигиена полости рта,

лечение кариеса и его осложнений, лечение повышенной чувствительности твердых тканей зуба, медикаментозная противовоспалительная терапия, устранение местных раздражителей, травматической окклюзии, лечение пародонтальных карманов с включением различных хирургических методов, ортопедическое лечение (шинирование, протезирование, устранение парафункции, бруксизма, повышенной стираемости), ортодонтическое лечение, использование физических методов, регулирующих тканевый обмен и микроциркуляцию в тканях пародонта. Наряду со стоматологической помощью проводится лечение и устранение общесоматических нарушений пациента.

Одним из важных аспектов для улучшения состояния пациента является соблюдение общегигиенических мероприятий: ежедневная и тщательная гигиена полости рта с использованием всех доступных средств (зубные пасты, щетки, ершики, зубная нить, ополаскиватель, ирригатор), соблюдение режима питания, труда, отдыха, здорового образа жизни, отказ от вредных привычек (курение, алкоголь).

Важное значение принадлежит рациональному и полноценному питанию, правильному соотношению белков, жиров, углеводов, минеральных веществ в пище. Продукты питания должны содержать холин, лецитин, метионин, липокаин, которым богаты творог, капуста, бобовые, яичный белок, ячменная и овсяная крупа, рыба.

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Составьте план лечения пациента с заболеваниями пародонта.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Дмитриева, Л. А. Пародонтология / под ред. проф. Л. А. Дмитриевой - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-2768-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427682.html>

2. Янушевич, О. О. Пародонтология / под ред. Янушевича О. О., Дмитриевой Л. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 752 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4365-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443651.html>

3. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. О. О. Янушевича. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-8385-5. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970483855.html>.

## **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Пациент Р. 27 лет, обратился с жалобами на отсутствие зубов, их подвижность, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах изо рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9° С. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натошак 7,5 ммоль/л.

Пародонтальные карманы 6—9 мм. Патологическая подвижность зубов I — III степени.

1) Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.

2) Установите предполагаемый диагноз.

3) Какие методы диагностики необходимо применить для уточнения диагноза? 4) Какой план лечебных мероприятий следует определить?

## **ЗАНЯТИЕ №14.**

**ТЕМА: КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД РЕМИССИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА.**

Продолжительность занятия \_\_ мин.

### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ:**

Пациенты с заболеваниями пародонта нуждаются в проведении диспансерного наблюдения.

### **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Усвоить основные принципы ведения пациентов в период ремиссии и профилактики заболеваний пародонта.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** критерии излеченности заболеваний пародонта.

**Уметь:** проводить отбор пациентов по группам наблюдения.

**Владеть:** принципами диспансеризации пациентов.

### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Критерии излеченности заболеваний пародонта.

2. Ведение пациентов в период ремиссии.

3. Принципы диспансеризации пациентов с патологией пародонта.

### **4. АННОТАЦИЯ:**

#### **1. Критерии излеченности заболеваний пародонта.**

Данные литературы свидетельствуют о существенных расхождениях в оценке эффективности лечебных мероприятий при заболеваниях пародонта. Это объясняется отсутствием не только дифференцированного подхода к лечению той или иной патологии пародонта, но также полноценности комплексных мероприятий и хорошо поставленной диспансеризации.

Например, если сообщается о хороших отдаленных результатах лечения пародонтита в тяжелой и средней тяжести форме только с помощью терапевтических и физических методов, то в это трудно поверить, так как без ортопедического вмешательства практически невозможно получить эффект при далеко зашедшем процессе. В полной мере это относится к общей терапии при всех видах поражения пародонта без местного лечения.

Таким образом, критерии излеченности должны быть строго дифференцированы применительно к различным нозологическим формам.

При катаральном и язвенном гингивитах в качестве критериев излеченности могут быть приняты следующие показатели: исчезновение неприятных субъективных ощущений, йод негативная реакция при пробе Шиллера — Писарева, отсутствие кровоточивости десен, неизменяющиеся показатели индексов РМА и гигиенического, отсутствие пародонтальных карманов и признаков воспалительной резорбции межзубных костных перегородок при осмотре через 1 год и более.

Необходимо отметить, что генерализованные формы катарального гингивита, развившегося на фоне какого-либо соматического заболевания, отличаются упорным течением и требуют длительного лечения. Проще лечение локализованных форм катарального гингивита, когда установление местной причины (плохо сконструированные протезы, зубные отложения, некачественные пломбы и т. д.) и противовоспалительная терапия обычно быстро дают стойкий эффект.

Труднее лечить гипертрофический гингивит, особенно развившийся в связи с длительным приемом дифенила (гидантоин), фиброзную форму юношеского гингивита и другие заболевания, обусловленные эндокринной патологией, когда разрастание десневых сосочков выражено столь резко, что возвращение к исходному морфофизиологическому состоянию невозможно даже, например, после отмены дифенина и ликвидации воспалительного процесса.

Учитывая большую роль хирургических методов, критериями излеченности гипертрофического гингивита можно считать следующие объективные данные: нормальные величину, цвет и консистенцию десневых сосочков, отсутствие пародонтальных карманов, изменений в костной ткани альвеолярных отростков, рецидивов в течение нескольких лет.

Наличие слабовыраженных воспалительных явлений краевого пародонта, особенно после гингивэктомии, криоэлектрохирургии при склерозирующей терапии, следует считать вполне удовлетворительным исходом лечения гипертрофического гингивита. Полное восстановление формы, консистенции, цвета десневых сосочков возможно лишь в отечной стадии гипертрофического гингивита.

Что касается пародонтита и пародонтоза, то к ним термин «критерий излеченности» может быть применен весьма осторожно; уместнее говорить о стабилизации (ремиссии) процесса в тканях пародонта. Ремиссия наступает только в результате комплексного лечения (обучение и контроль за гигиеной полости рта, противовоспалительное, хирургическое лечение, шинирование, протезирование и т. д.).

Для пародонтита в стадии ремиссии характерны следующие признаки.

1. Десна равномерно бледно-розового цвета, плотно прилежит к поверхности зуба. Возможно иное прикрепление эпителия к зубу (не в области эмалево-цементного соединения). Возможно обнажение шейки и части корня зуба.

2. Глубина пародонтального кармана остается прежней, а после некоторых видов хирургического лечения карман может отсутствовать или

глубина его может не превышать 1—2 мм, что устанавливается при легком зондировании.

3. На рентгенограммах отсутствуют признаки активного процесса: нет очагов остеопороза, костная ткань уплотнена, не наблюдается ее прогрессирующей убыли.

4. Восстановлены функция зубов, дикция, эстетика.

Имея в виду легкую форму пародонтита, более или менее надежным критерием излеченности можно считать комплекс показателей: отсутствие явлений прогрессирования процесса в пародонте (постоянство глубины кармана, неподвижность зубов), хорошее общее состояние больного (данные общего клинического обследования), отсутствие прироста показателей индексов РІ и др., пробы Кулаженко, стабильная рентгенологическая картина.

При локализованных пародонтитах после устранения действия местной причины и соответствующего лечения с использованием костных трансплантатов, при наличии показаний могут наблюдаться полное восстановление костной ткани, исчезновение остеопороза и ликвидация пародонтального кармана.

Стабилизация патологического процесса в тканях пародонта - это прежде всего отсутствие рецидивов, стихание воспалительных явлений (отсутствие гноетечения из пародонтальных карманов, отека, выбухания грануляционной ткани из карманов), укрепление зубов, восстановление их функции, появление очагов уплотнения костной ткани, особенно на тех участках, где раньше выявлялся остеопороз. При цитологическом исследовании жидкости пародонтального кармана отмечаются значительное уменьшение числа полиморфно-ядерных лейкоцитов, исчезновение фузоспирохетоза, нормализация структуры эпителиальных клеток, т. е. тенденцию к нормализации цитологической картины жидкости можно расценивать как объективный критерий стадии стабилизации патологического процесса.

В связи с возможным участием аутоиммунных механизмов в развитии воспалительно-деструктивных изменений в тканях пародонта, а также применением в последние годы в пародонтологии иммунологических методов исследования в качестве критериев эффективности лечения пародонтита может быть использована реакция Уанье. Выявление отрицательной или слабоположительной реакции Уанье свидетельствует о ликвидации или стихании явлений аутоиммунизации. Совершенно очевидно, что при изучении патологии пародонта можно использовать почти весь комплекс иммунологических исследований (при наличии иммунологической лаборатории).

К сожалению, говорить о критериях излеченности для гистиоцитоза Х не представляется возможным, так как без ясного представления об их этиологии и патогенезе при симптоматическом лечении пока не удастся стабилизировать патологический процесс в тканях пародонта.

Выше перечислены основные критерии, которые наиболее информативно свидетельствуют о динамике клинических проявлений заболеваний пародонта в процессе лечения. Разумеется, для оценки его результатов могут быть использованы все тесты, и рекомендуемые для обследования больных с заболеваниями пародонта.

Поиск оптимальных методов терапии заболеваний пародонта возможен при условии объективной оценки их эффективности. С этой целью необходим выбор клинических тестов, не только детально отражающих статус пародонта, но и удовлетворяющих требованиям информативности и статистической эффективности. Последнее означает, что нужно стремиться выбирать признаки, по возможности точно измеряемые, имеющие нормально или приближенно нормальное распределение.

## **2. Ведение пациентов в период ремиссии.**

После соответствующего комплексного курса лечения, генерализованный пародонтит переходит в стадию ремиссии. Такое состояние расценивается как остановка развития патологии на том уровне, с которого было начато лечение. В этой стадии клиническая картина пародонтита проявляется отсутствием жалоб, у пациента десна бледно-розового цвета и плотно прилегают к зубам, отсутствуют воспалительные явления, шейки зубов обнажены, рентгенограмма альвеолярного отростка показывает признаки стабилизации процесса: отсутствуют явления остеопороза, очевидно уплотнение костной ткани межзубных перегородок, восстановление вертикальных пластинок. В период ремиссии проводятся повторные курсы воздействия, направленные на стабилизацию и профилактику обострения хронического пародонтита.

Лучшей организационной формой обслуживания больных с заболеваниями пародонта является диспансеризация, которая включает ряд профилактических и лечебных мероприятий.

Диспансеризация - активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья практически здорового населения, а также больных, имеющих длительно протекающие хронические заболевания.

Задачи диспансеризации:

1. активное выявление лиц с заболеваниями тканей пародонта;
2. целенаправленное обследование;
3. квалифицированное лечение пациентов;
4. динамическое наблюдение за течением заболевания тканей пародонта;
5. стоматологическая просветительная работа.

Приступая к проведению диспансеризации, врач ставит перед собой следующие задачи:

1. Выявление лиц с отсутствием патологии в пародонте, но с наличием условий для ее возникновения и развития и взятие этого контингента на диспансерный учет. В эту группу должны войти лица с патологией прикуса, с патологией внутренних органов и систем организма, которой часто сопутствует патология пародонта. Выполнить эту задачу

довольно сложно и участвовать в ее разрешении должны все специалисты стоматологического профиля, независимо от их узкой специализации.

2. Выявление лиц с имеющейся патологией пародонта и взятие их на диспансерный учет для систематического наблюдения и своевременного лечения. Выполнение этой задачи входит в обязанности врачей пародонтологических отделений и кабинетов.

Для разрешения этих задач стоматологическая служба планирует следующие мероприятия:

- Профилактические меры, направленные на предупреждение возникновения и развития патологии в пародонте у лиц с наличием предрасполагающих факторов. К таким мерам относятся: коррекция патологии прикуса, хирургическое устранение аномалий полости рта (уздечки и складки преддверия, мелкое преддверие полости рта и другие), замена нерационально изготовленных протезов, пломб, улучшение гигиены полости рта, рекомендации по режиму питания, труда, отдыха.

- Мероприятия, направленные на устранение патологии пародонта путем соответствующей патогенетической и симптоматической терапии.

- Меры, направленные на предупреждение развития осложнений и стабилизацию патологического процесса в пародонте.

### **3. Принципы диспансеризации пациентов с патологией пародонта.**

Диспансеризация должна проводиться во всех стоматологических учреждениях. Лучшей формой организации диспансерной работы при заболеваниях пародонта является создание пародонтологических отделений при крупных поликлиниках, где больной может получить всестороннюю помощь и имеется возможность консультаций с другими специалистами.

Принципы диспансеризации пациентов с патологией пародонта:

- **Раннее выявление факторов риска** у здоровых людей и диагностика ранних форм заболеваний пародонта.

- **Индивидуальный подход** к планированию и проведению лечебно-профилактических мероприятий с учётом формы заболевания, характера течения и глубины поражения.

- **Определение врачебной тактики**, динамического наблюдения, рекомендаций по реабилитации с назначением оптимальных повторных курсов терапии.

- **Группировка пациентов** в зависимости от вида заболевания тканей пародонта, тяжести, возраста пациента, давности и формы течения заболевания.

- **Оценка состояния пародонта** с применением комплекса методов диагностики при первичном обращении к стоматологу, в процессе проведения лечебных и/или профилактических мероприятий, а также при динамическом наблюдении после проведённых курсов лечения и профилактики.

- **Назначение мероприятий**, специфической вторичной профилактики или лечения, направленных на ликвидацию или минимизацию общих и местных пародонтопатогенных факторов.
- **Обучение пациентов** правилам рациональной индивидуальной гигиены полости рта, индивидуальный подбор средств и предметов гигиены, контролируемая гигиена полости рта.

Этапы диспансеризации:

- 1 - отбор пациентов;
- 2 - собственно диспансеризация (активное наблюдение и лечение).

После отбора проводится группировка в зависимости от вида заболевания тканей пародонта, тяжести, возраста пациента, давности и формы течения заболевания. Выделяют 5 групп больных с заболеваниями пародонта:

I группа – пациенты без клинических признаков заболеваний пародонта (здоровые), их осмотр следует проводить 1 раз в год. Цель диспансерного осмотра – это контроль за качеством и коррекция гигиены полости рта. Основные лечебно-профилактические мероприятия включают: обучение правилам рациональной индивидуальной гигиены полости рта, индивидуальный подбор средств и предметов гигиены, контролируемую гигиену полости рта.

II группа риска - пациенты с доклиническими стадиями патологического процесса при наличии факторов риска (аномалии прикуса, короткие уздечки губ, языка, мелкое преддверие полости рта, отягощенность общими заболеваниями). Пациентам этой группы проводятся мероприятия, направленные на устранение или ослабление действия причинных факторов, проводят патогенетическую и симптоматическую терапию. Пациентов этой группы следует осматривать 1 -2 раза в год.

III группа (компенсированная) – пациенты в возрасте до 50 лет с гингивитом, пародонтитом и пародонтозом легкой степени тяжести. Все пациенты получают комплексное лечение (по показаниям — терапевтическое, ортодонтическое, хирургическое и ортопедическое). Пациентов следует обязательно обучить правильной индивидуальной гигиене полости рта, провести консультацию, лечение и динамическое наблюдение у врачей других специальностей, назначить общеукрепляющую терапию. При легкой степени тяжести пародонтита, гингивите легкой степени тяжести пациентов осматривают первые 3 месяца 1 раз в месяц, далее 1 раз в 3 месяца, затем для предупреждения осложнений, уменьшения частоты рецидивов и стабилизации патологического процесса - 1 раз в 6 месяцев (2 раза в год).

IV группа (субкомпенсированная) - пациенты с гингивитом, пародонтитом и пародонтозом средней степени тяжести на фоне общесоматических заболеваний. Стоматолог совместно с врачами других специальностей проводят местное и общее лечение, комплексную этиопатогенетическую терапию. Эту группу при средней степени тяжести

пародонтита следует осматривать первый месяц 1 раз в 10 дней, далее 3 месяца - 1 раз в месяц, затем 1 раз в 3 месяца (3- 4 раза в год).

V группа (декомпенсированная) – пациенты с генерализованным пародонтитом тяжелого течения на фоне общесоматических заболеваний, с идиопатическими заболеваниями пародонта. Для углубленного обследования и лечения пациентов целесообразно использовать стационарные условия. Их следует брать на диспансерный учет (от 6 месяцев до 1 года) с целью контроля комплексного лечения. Пациенты этой группы нуждаются в восстановлении функции зубочелюстной системы путем шинирования и/или протезирования, одновременно им проводят консервативную терапию. После изготовления протезов осуществляется хирургическое лечение (кюретаж, гингивоостеопластику и др.). Пациентов следует обязательно осматривать непосредственно после протезирования, а затем 3-4 раза в год.

Контрольные вызовы преследует следующие цели:

- 1) наблюдение за динамикой процесса;
- 2) корригирующее лечение;
- 3) профилактические мероприятия;
- 4) советы по рациональной гигиене полости рта;
- 5) рекомендации по специальной диете.

Опыт показывает, что необходимость в поддерживающих курсах лечения в первый год диспансерного наблюдения возникает у всех больных, во второй год в них нуждаются 2/3 больных, в третий год-1/3 наблюдаемых, в четвертый год лиц отдельные лица. Причем объем вмешательства с каждым повторным курсом все более суживается и для проведения таких курсов требуется все меньшее количество времени.

Во время проведения диспансеризации, как правило, наблюдается отсев некоторой части взятых на учет. Подобное явление связано с недостаточно проводимой среди больных разъяснительной работой о последствиях патологии пародонта без должного лечения. При хорошо поставленной санитарно-просветительной работе процент отсева можно значительно снизить.

Перед взятием на диспансерный учет каждого больного должны обследовать стоматологи-терапевт, хирург и ортопед, чтобы совместно наметить план комплексного лечения. Только при таком условии диспансеризация может быть успешной. Согласно современным представлениям, ведение пациента осуществляет врач-пародонтолог, который в полном объеме осуществляет комплексные мероприятия, за исключением сложных хирургических коррекций.

При хорошо налаженной диспансерной работе, при правильном отборе контингента для диспансеризации можно успешно предотвратить появление тяжелых развившихся форм болезни, приводящих к необратимой потере опорных структур, нарушению жевательной функции зубов и целому ряду неблагоприятных сдвигов со стороны общего состояния организма. Кроме того, в рамках диспансеризации можно успешно решить проблему профилактики начальной стадии поражения пародонта.

Для ежегодной экспертной оценки состояния пародонта каждого диспансерного пациента введены следующие критерии:

1. Улучшение – состояние оценивается только по субъективным ощущениям больного и врача.
2. Клиническое благополучие – после лечения десна плотная, бледно-розового цвета, отсутствуют кровоточивость и зубные отложения. Рентгенологически это состояние может не подтверждаться.
3. Ремиссия – состояние пародонта без признаков активного процесса в течение 1 года.
4. Стабилизация – состояние ремиссии в течение 2-3 лет. Стабилизация и ремиссия оцениваются данными клиники и подтверждаются лабораторными, функциональными, рентгенологическими методами исследования.
5. Отсутствие изменений – когда лечение не приводит к ремиссии или ухудшению.
6. Ухудшение – процесс прогрессирует, отмечаются частые рецидивы и осложнения.

Диспансеризация является более совершенной формой работы стоматологов среди населения с учетом индивидуальных особенностей общего состояния здоровья и стоматологического статуса во все возрастные периоды. При ремиссии процесса пациентов из декомпенсированной группы переводят сначала в субкомпенсированную группу, а затем в компенсированную. При стабилизации процесса - в группу риска и/или практически здоровых. Критерием для снятия с учета пациента является клиническое выздоровление или стойкая ремиссия в результате устранения причинных и предрасполагающих факторов (в течение двух лет не было ни одного обострения, а рентгенологически не наблюдается прогрессирования деструктивных процессов в тканях).

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Составьте классификацию и характеристику диспансерных групп наблюдения.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

1. Дмитриева, Л. А. Пародонтология / под ред. проф. Л. А. Дмитриевой - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-2768-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427682.html>
2. Янушевич, О. О. Пародонтология / под ред. Янушевича О. О., Дмитриевой Л. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 752 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4365-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443651.html>
3. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. О. О. Янушевича. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-8385-5. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970483855.html>.

## **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Пациент Ш., 38 лет, обратился с жалобами на кровоточивость десны, неприятный запах изо рта, подвижность зубов. Кровоточивость десны отмечает с юношеского возраста, за стоматологической помощью обращался по поводу лечения кариеса и для протезирования, лечение по поводу патологии пародонта не проводилось. Считает себя практически здоровым. Опасные вирусные инфекции и непереносимость лекарственных препаратов отрицает. При осмотре конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны. В полости рта: тесное положение (скученность) зубов 32, 31, 41, 42; десна в этом участке отечна, гиперемирована (РМА в области резцов нижней челюсти 75 %). Определяется зубной камень и микробный налет (ОН1-S 2,45 балла). Пародонтальные карманы в области резцов нижней челюсти 5 мм. На указанных зубах нависающие края пломб по III классу. Кариозные полости в зубах 15, 16, 26 КПУ=10 (К=3, П=5, У=2). На контактной внутриротовой рентгенограмме в области зубов 32, 31, 41, 42 определяется воспалительная резорбция межальвеолярных перегородок со снижением их высоты до 1/2 длины корней (PI 0,8 балла).

Определите диагноз заболевания.

Проведите дифференциальную диагностику.

Обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Составьте план лечения

## **ЗАНЯТИЕ №15.**

**ТЕМА: МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА. Поддерживающее пародонтологическое лечение. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

**1. Научно-методическое обоснование темы:**

**Научно-методическое обоснование темы:**

За последние десятилетия накопилась небольшая и вместе с тем убедительная доказательная база, свидетельствующая об эффективности оказания стоматологической помощи пациентам в санаторно-курортных (СК) условиях. Кроме оказания положительного местного эффекта, комплексное СК-лечение повышает общую неспецифическую резистентность организма, способствует гипосенсибилизации организма.

**2. Цель занятия:**

Освещение вопросов СК-этапа реабилитации пациентов с заболеваниями пародонта для дальнейшего рассмотрения возможности более широкого внедрения методов СК-лечения в стоматологическую практику

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** принципы и методы профилактики заболеваний пародонта.

**Уметь:** рекомендовать и проводить профилактические мероприятия пациентам с заболеваниями пародонта.

**Владеть:** методиками коллективной и индивидуальной профилактики заболеваний пародонта и санитарно-просветительской работы

### **3. Контрольные вопросы:**

1. Отличительные особенности заболеваний пародонта
2. Основные цели и задачи поддерживающего лечения.
3. Этапы поддерживающего лечения.
4. Перспективность и специфика санаторно-курортного лечения при болезнях пародонта.

### **4. АННОТАЦИЯ:**

Одной из отличительных особенностей стоматологических заболеваний является их высокая распространенность среди населения. Стоматологическое лечение пациентов в подавляющем большинстве случаев проходит в амбулаторных условиях, а в зависимости от тяжести клинической картины — в условиях стационара.

За последние десятилетия накопилась небольшая и вместе с тем убедительная доказательная база, свидетельствующая об эффективности оказания стоматологической помощи пациентам в санаторно-курортных (СК) условиях. Кроме положительного местного воздействия на стоматологические заболевания, комплексное СК-лечение повышает общую неспецифическую резистентность организма, способствует гипосенсибилизации. Эти процессы важны на этапах реабилитации пациентов с разной стоматологической патологией.

Воспалительные заболевания тканей пародонта имеют высокую распространенность среди населения и являются одной из важных проблем современной стоматологии. Они часто встречаются у пациентов с сопутствующей патологией. На сегодняшний день не существует единого стандарта лечения заболеваний пародонта, поэтому продолжается поиск новых методов, способных поддерживать ткани пародонта в здоровом состоянии. Для этих целей эффективно применяют терапевтические и хирургические методы лечения в амбулаторных условиях. В комплексном лечении пародонтита изучено позитивное влияние гидротерапии, пелоидотерапии, физиотерапевтических методов.

Основными целями и задачами поддерживающего пародонтологического лечения (ПП) являются:

- наблюдение за состоянием полости рта;
- поддержание жевательной, речевой и эстетической функций;

Предотвращение инфекционных заболеваний (гингивита и пародонтита);

- профилактика кариозного процесса.

Эти цели могут быть достигнуты следующими способами:

- регулярные осмотры и обследования;
- повторные мотивационные беседы и информирование о методах осуществления гигиены рта, информирование о новых гигиенических возможностях;

- профессиональное удаление зубных отложений;
- нанесение препаратов фтора и кальция для профилактики деминерализации и уменьшения риска развития кариеса;
- лучевые методы исследования (1 раз в год);
- оценка состояния реставраций и протезов, опорных структур и имплантатов;
- определение и оценка факторов риска прогрессирования заболеваний пародонта.

Международная ассоциация пародонтологии рекомендует интервал между сеансами поддерживающего лечения от 2 до 12 месяцев, в зависимости от состояния пародонтальных тканей на момент окончания активной фазы пародонтологического лечения и имеющихся факторов индивидуального риска у пациентов.

Перспективным является использование природных факторов при лечении хронического пародонтита, в частности, бальнеотерапии минеральными водами. При включении в комплексную терапию хронического генерализованного пародонтита разной степени тяжести у больных сахарным диабетом 2-го типа курса бальнеотерапии сероводородной минеральной водой курорта «Ключи» в виде орошений тканей полости рта и пародонта у пациентов наблюдалось снижение обсемененности зубодесневых карманов, качественно улучшался процесс дифференцировки клеток эпителия и гемодинамика в тканях пародонта.

Бальнеотерапия термальными слаборадоновыми азотно-кремнистыми водами курорта «Белокуриха» в комплексном лечении хронического пародонтита улучшает клинические и индексные показатели состояния тканей пародонта.

Также следует подчеркнуть положительное влияние природных курортных факторов на адаптационные возможности организма, находящегося в течение длительного времени в неблагоприятных экологических условиях. Несомненным положительным фактором во включении СК-лечения в этапы реабилитации пациентов с разными стоматологическими заболеваниями является возможность коррекции общесоматической патологии, оказывающей влияние на состояние полости рта.

Многokратно доказана связь между выраженностью клинической картины пародонтита и заболеваниями поджелудочной железы. Исследования показали высокую эффективность комплексной бальнеопелоидотерапии в СК-условиях у детей с заболеваниями поджелудочной железы и пародонта. Проявления пародонтита разной степени тяжести встречаются часто у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта. На основании клинического исследования проведена оценка влияния гипохлорита натрия на клинические показатели и гистологическую картину тканей пародонта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести на фоне СК-лечения.

Доказано повышение эффективности лечения с применением инстилляций гипохлорита натрия и традиционных методик аппликаций грязи и водолечения в СК-условиях. Следует также взглянуть на эту тему, с другой стороны. Стоматологическая помощь в СК-условиях является неотъемлемой частью курса реабилитации при множестве заболеваний. Необходимо упомянуть о профилактике и лечении стоматологических заболеваний у работников вредных и опасных производств в условиях санаториев и курортов, стоматологическое обслуживание которых остается актуальным направлением отечественной медицины. У данной группы выявляется невысокая мотивация к сохранению стоматологического здоровья, при этом установлена прямая зависимость интенсивности стоматологических заболеваний от вредных условий труда.

Выявлено, что наиболее рациональным путем организации профилактики и лечения стоматологических заболеваний в ведомственных учреждениях является проведение санации полости рта в условиях стоматологической поликлиники, а профилактических мероприятий с использованием природных и физиотерапевтических факторов — в СК-условиях.

Таким образом, лечение пациентов с заболеваниями ЧЛЮ в СК-условиях является перспективным направлением развития стоматологической практики. Имеющиеся данные свидетельствуют об эффективности применения природных лечебных и преформированных физических факторов в реабилитации пациентов с различной стоматологической патологией.

Однако требуется дальнейшая разработка данной тематики в направлении проведения качественных рандомизированных клинических исследований и формирования клинических рекомендаций по применению различных методик при стоматологических заболеваниях, что может быть реализовано в широкой гамме климатогеографических условий на территории Российской Федерации.

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Выпишите основные цели и задачи поддерживающего пародонтологического лечения.
2. Напишите основные природные факторы, применяемые для реабилитации пациентов с заболеваниями пародонта.

## **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Пациентка А., находясь на санаторно-курортном лечении, на приеме у врача-терапевта попросила назначения ей таких процедур, как орошение полости рта минеральной водой и грязевые аппликации на десну. У пациентки не было заключения врача-стоматолога о возможности применения этих процедур. Врач-терапевт отказал ей в ее просьбе.

Правомерно ли решение терапевта?

К каким осложнениям может привести назначение этих процедур при наличии противопоказаний к ним?

## **ЗАНЯТИЕ №16.**

**ТЕМА: ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА. ОПРОС, ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ, СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.**

**Продолжительность занятия \_\_ мин.**

### **1. Научно-методическое обоснование темы:**

**Научно-методическое обоснование темы:**

Пародонт тесно взаимосвязан с другими органами и системами организма. В связи с этим, лечение и профилактика заболеваний пародонта должны осуществляться комплексно, включая, помимо местных факторов, индивидуально подобранные методы общего, хирургического и ортопедического воздействия на патогенетические звенья патологического процесса

### **2. Цель занятия:**

Ознакомить студентов с существующими в стоматологической практике принципами и методами профилактики заболеваний пародонта.

**В результате освоения темы занятия студент должен:**

**Знать:** принципы и методы профилактики заболеваний пародонта.

**Уметь:** рекомендовать и проводить профилактические мероприятия пациентам с заболеваниями пародонта.

**Владеть:** методиками коллективной и индивидуальной профилактики заболеваний пародонта и санитарно-просветительской работы

### **3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Определение понятия «Комплексная система профилактики заболеваний пародонта».
2. Значение показателей распространенности и интенсивности заболеваний пародонта в планировании и проведении профилактики болезней пародонта.
3. Содержание трехуровневой системы профилактики – первичной, вторичной, третичной.
4. Формы и методы санитарно-просветительской работы.
5. Принципы диспансеризации пациентов с патологией пародонта.

### **4. АННОТАЦИЯ:**

Профилактика – это комплекс государственных, коллективных, индивидуальных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, выявление их ранних проявлений и сохранение здоровья человека.

Весьма важным при организации, специализированной пародонтологической помощи является комплексный подход к обследованию и лечению больных, который требует участия стоматологов всех профилей (терапевта, хирурга, ортопеда, ортодонта, детского стоматолога), а также врачей других специальностей.

На сегодняшний день большинство авторов признает, что воспалительные заболевания пародонта, как правило, начинаются с

воспалительного процесса в краевом пародонте в результате патогенного воздействия ингредиентов токсинов микробной биопленки. Развивающееся при этом воспаление принимает со временем характер хронического, рецидивирует и постепенно распространяется на нижележащие отделы пародонта, приобретая в конечном итоге черты, типичные для пародонтита. Развитие острых воспалительных реакций в маргинальной части десны обычно связывают с нарушением гигиены полости рта и последующего влияния микробов.

При этом особое значение придается плотному поддесневому налету или бактериальной биопленке. Чаще всего воспалительный процесс вызывают следующие виды микроорганизмов: *aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *porphyromonas gingivalis*, *bacteroides forsythus*, *campylobacter rectus*, *eikenella corrodens*, *peptostreptococcus micros*, *selenomonas species*, *tubacterium species*, *streptococcus intermedius*, *fusobacterium nucleatum* и др. Патогенные бактерии вырабатывают целый ряд веществ, которые обладают выраженным повреждающим действием на тканевые субстраты.

Важно сделать всю профилактическую работу максимально личностной, только таким образом можно повлиять на формирование у пациента мотивированного подхода к предлагаемым ему профилактическим мероприятиям.

Начальные признаки поражения пародонта в виде кровоточивости десны встречаются уже у детей 6-7 лет. С возрастом распространенность и интенсивность заболеваний пародонта увеличивается. По данным ВОЗ высокий уровень заболеваний пародонта отмечен как в молодой возрастной группе 15-19 лет (55-99%), так и в возрасте 35-44 года.

Показатели распространенности и интенсивности болезней пародонта позволяют рассчитывать потребность в лечении с помощью индекса CPITN (индекса нуждаемости в лечении).

Отсутствие профилактических мероприятий и квалифицированной стоматологической помощи ведет к увеличению потребности в специализированной пародонтологической помощи.

В настоящее время принято выделять первичную, вторичную и третичную профилактику стоматологических заболеваний.

**Первичная** профилактика подразумевает использование различных методов и средств для предупреждения возникновения стоматологических заболеваний. Если начальные признаки поражения появились, то в результате проведения профилактических мероприятий они могут стабилизироваться или подвергнуться обратному развитию.

**Вторичная** профилактика – это применение традиционных методов лечения для остановки развившегося патологического процесса и сохранения тканей. К этим методам относятся лечение кариеса зубов (пломбирование, эндодонтические процедуры), терапевтическое и хирургическое лечение заболеваний пародонта, лечение других заболеваний полости рта.

**Третичная** профилактика – это восполнение утраченной функции с использованием средств, замещающих отсутствующие ткани, и проведением

реабилитации пациентов, насколько возможно приближая их состояние к норме.

К методам первичной профилактики относятся: индивидуальная гигиена полости рта, профессиональная гигиена полости рта, эндогенное использование препаратов фтора, применение средств местной профилактики, стоматологическое просвещение населения. Профессиональная гигиена полости рта проводится на приеме врачом стоматологом или гигиенистом. Частота проведения профессиональной чистки определяется индивидуально и зависит от гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса и интенсивности воспалительных заболеваний пародонта.

Индивидуальная гигиена полости рта является основным методом первичной профилактики стоматологических заболеваний. Она включает следующие позиции: регулярная и правильная чистка зубов; использование качественных зубных щеток и паст; использование дополнительных средств для профилактики (флоссы, межзубные ершики, ирригаторы, приспособления для очистки языка и др.).

В последние годы появились электрические зубные щетки, применение которых считается целесообразным. Иметь в своем арсенале хорошую зубную щетку очень важно, но не менее важно правильно чистить зубы. В настоящее время известны различные методики удаления зубного налета: круговой метод Fones, метод Leonard, метод Bass, метод Charters, метод Stillmann, модифицированный метод Stillmann, стандартный метод чистки зубов (Пахомов Г.Н.)

Стоматологическое просвещение населения является одним из основных компонентов любой программы профилактики. Это понятие подразумевает предоставление населению в доступной форме информации о факторах риска и причинах возникновения стоматологических заболеваний, а также об основных методах и средствах их профилактики.

Основные направления стоматологического просвещения, проводимого с целью профилактики заболеваний пародонта: информация о факторах риска в возникновении заболеваний пародонта, роли гигиенического ухода за полостью рта и рационального питания, роли вредных привычек в развитии заболеваний пародонта, необходимости регулярных профилактических осмотров у стоматолога (не реже 2 раз в год).

Санитарно-просветительская работа может проводиться различными методами и формами. Это может быть индивидуальная беседа, или групповая, выступление по радио и телевидению. Работа может проводиться в виде уроков гигиены, выпуска санитарных бюллетеней, информационных листов и др.

Основными принципами системы диспансеризации является плановость, комплексность, выбор ведущего звена из общего комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, которые при том или ином виде патологии являются решающими, и дифференцированный подход к проведению оздоровительных мероприятий с учетом ситуации.

В ходе диспансеризации предусматривается выявление ранних форм заболевания и факторов риска, проведение комплекса лечебно-профилактических, социально-гигиенических мероприятий для сохранения функции зубочелюстной системы и осуществление динамического наблюдения.

**Диспансеризация** - активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья практически здорового населения, а также больных, имеющих длительно протекающие хронические заболевания.

Стоматологическая диспансеризация строится на основе санации полости рта, устранения сопутствующих заболеваний, профилактической работы в организованных коллективах.

Различают 3 диспансерные группы наблюдения:

- 1-я группа — здоровые, у которых не выявлено какой-либо патологии зубов и слизистой оболочки полости рта;
- 2-я группа — практически здоровые лица, имеющие в анамнезе какое-либо острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функции жизненно важных органов;
- 3-я группа — лица с хроническими заболеваниями при компенсированном, суб- и декомпенсированном их течении.

Во второй фазе диспансеризации формируются контингенты по группам наблюдения, определяются единые критерии непрерывности и этапности наблюдения, рационально распределяются диспансерные больные между врачами, удовлетворяются потребности диспансеризуемых контингентов в амбулаторном и стационарном лечении.

Задачи третьей фазы — определение характера и частоты динамического наблюдения, коррекция диагностических и лечебных мероприятий в соответствии с изменением в состоянии здоровья, оценка эффективности диспансерного наблюдения.

Очень важно определить и выделить нозологические формы, по поводу которых больные подлежат диспансерному наблюдению у терапевта-стоматолога. Для практического решения этой проблемы необходимо формирование перечня стоматологических заболеваний, требующих долговременного специального лечения и наблюдения за пациентом. В выборе нозологической формы для наблюдения у врача-стоматолога определяющим фактором является хроническое течение стоматологического заболевания, которое не только вызывает нарушение функции органа ЧЛЮ, но и создает угрозу развития серьезных патологических процессов в других органах и системах человека.

Отбор стоматологических больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении, проводят при профилактических осмотрах (предварительные, периодические, целевые, обращения пациентов в стоматологические поликлиники, отделения и т.д.). Его ведут все стоматологи независимо от профиля и места приема пациентов. Больных, нуждающихся в стоматологической помощи, направляют в стоматологические учреждения по месту их жительства, работы или учебы.

Для ежегодной экспертной оценки состояния пародонта каждого диспансерного пациента введены следующие термины:

1. Улучшение – состояние оценивается только по субъективным ощущениям больного и врача.

2. Клиническое благополучие – после лечения десна плотная, бледно-розового цвета, отсутствуют кровоточивость и зубные отложения. Рентгенологически это состояние может не подтверждаться.

3. Ремиссия – состояние пародонта без признаков активного процесса в течение 1 года.

4. Стабилизация – состояние ремиссии в течение 2-3 лет. Стабилизация и ремиссия оцениваются данными клиники и подтверждаются лабораторными, функциональными, рентгенологическими методами исследования.

5. Отсутствие изменений – когда лечение не приводит к ремиссии или ухудшению.

6. Ухудшение – процесс прогрессирует, отмечаются частые рецидивы и осложнения. Диспансеризация является более совершенной формой работы стоматологов среди населения с учетом индивидуальных особенностей общего состояния здоровья и стоматологического статуса во все возрастные периоды. При ремиссии процесса пациентов из декомпенсированной группы переводят сначала в скомпенсированную группу, а затем в компенсированную. При стабилизации процесса - в группу риска и/или практически здоровых.

Критерием для снятия с учета является клиническое выздоровление или стойкая ремиссия в результате устранения причинных и предрасполагающих факторов.

## **5. ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

1. Написать схему уровней профилактики заболеваний пародонта.
2. Перечислить формы и методы санитарно-просветительской работы.

## **6. ЛИТЕРАТУРА:**

Основная:

1. Болезни полости рта/ Под ред. Л.М.Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004.
2. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/ Под редакцией Е.В.Боровского.- М.:«Медицинское информационное агентство», 2003.- 840с.
3. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч./ Под. ред. Г.М.Барера .- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009.- Ч.2- Болезни пародонта.- 224с.

Дополнительная:

1. Артюшкевич А.С. Заболевания периодонта.- М.: Мед. лит, 2006.-328с.

## **7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Пациент М., 25лет, жалуется на повышенную чувствительность зубов к химическим и температурным раздражителям. Из вредных привычек отмечает курение.

При осмотре полости рта: слизистая десны бледно-розового цвета, плотно прилежит к зубам, шейки зубов обнажены на 1-2 мм, имеется легкая стираемость эмали, зондирование в области шеек зубов болезненно. ГИ=1,0, проба Шиллера-Писарева отрицательная.

Был поставлен диагноз: хронический генерализованный пародонтоз, легкий.  
Составить схему профилактических мероприятий.

2. Пациент К., 19 лет, жалуется на периодически возникающую кровоточивость десен, особенно, в осенне-зимний период. Страдает хроническим гепатитом.

При осмотре полости рта отмечается умеренное отложение мягкого налета, ГИ=3,0. Маргинальная десна и межзубные сосочки застойного цианотичного цвета, легко кровоточат. Имеются кариозные зубы.

Составить схему профилактических мероприятий

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**  
**Укажите номер правильного ответа:**

Задача 001. ПАРОДОНТ - ЭТО  
зуб, десна, периодонт десна,  
периодонт, кость альвеолы,  
цемент корня зуб, десна,  
периодонт, кость альвеолы

Задача 002. АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ДЕСНА - ЭТО  
десневой сосочек и десна вокруг зуба  
десна, окружающая зуб  
десна, покрывающая альвеолярный отросток

Задача 003. МАРГИНАЛЬНАЯ ДЕСНА - ЭТО  
десневой сосочек и десна вокруг зуба  
десна, окружающая зуб  
десна, покрывающая альвеолярный отросток

Задача 004. В НОРМЕ НЕ ОРОГОВЕВАЕТ ЭПИТЕЛИЙ  
десневой борозды папиллярной десны  
альвеолярной десны

Задача 005. ПРИ ИНТАКТНОМ ПАРОДОНТЕ ДЕСНЕВАЯ БОРОЗДА  
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ  
клинически  
гистологически  
рентгенологически

Задача 006. ПРИ ИНТАКТНОМ ПАРОДОНТЕ ДЕСНЕВАЯ БОРОЗДА  
СОДЕРЖИТ  
микробные ассоциации  
экссудат  
десневую жидкость  
грануляционную ткань

Задача 007. АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ДЕСНА СОСТОИТ ИЗ  
эпителия и надкостницы  
эпителия и собственно слизистого слоя  
эпителия, собственно слизистого и подслизистого слоя

Задача 008. ГИНГИВИТ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ  
воспалительное  
воспалительно-дистрофическое  
дистрофическое

опухолевидное

Задача 009.ПАРОДОНТИТ - ЗАБОЛЕВАНИЕ

воспалительное

воспалительно-дистрофическое

дистрофическое

опухолевидное

Задача 010.ПАРОДОНТОЗ - ЗАБОЛЕВАНИЕ

воспалительное

воспалительно-дистрофическое

дистрофическое

опухолевидное

Задача 011.ГИНГИВИТ РАЗЛИЧАЮТ

локализованный

генерализованный

развившийся

Задача 012.ПАРОДОНТИТ РАЗЛИЧАЮТ

локализованный

генерализованный

развившийся

Задача 013.ПАРОДОНТОЗ РАЗЛИЧАЮТ

локализованный

генерализованный

развившийся

Задача 014.К ПАРОДОНТОМАМ ОТНОСЯТ

эпулис

фиброматоз

акантоз

липоматоз

Задача 015.ГИНГИВИТ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ

острый

хронический

хронический в стадии обострения

в стадии озлокачествления

Задача 016.ПАРОДОНТИТ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ  
РАЗЛИЧАЮТ

острый

хронический

хронический в стадии обострения  
в стадии озлокачествления

Задача 017.ПАРОДОНТОЗ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ  
РАЗЛИЧАЮТ

острый  
хронический  
хронический в стадии обострения  
в стадии ремиссии

Задача 018.РАСТВОР ЭРИТРОЗИНА ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

определения индекса гигиены  
определения индекса ПМА  
контроля чистки зубов  
определения индекса СРІТN

Задача 019.РАСТВОР ФУКСИНА ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

определения индекса гигиены  
определения индекса ПМА  
контроля чистки зубов  
определения индекса СРІТN

Задача 020.РАСТВОР ЛЮГОЛЯ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

определения индекса гигиены  
определения индекса ПМА  
контроля чистки зубов  
определения индекса СРІТN

Задача 021.РАСТВОР ШИЛЛЕРА - ПИСАРЕВА ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

определения индекса гигиены  
определения индекса ПМА  
контроля чистки зубов  
определения индекса СРІТN

Задача 022.ИНДЕКС ПИ ОПРЕДЕЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ

гингивита  
пародонтита  
пародонтоза

Задача 023.ПРОБА КУЛАЖЕНКО ОПРЕДЕЛЯЕТ СОСТОЯНИЕ

неспецифической резистентности  
стойкость капилляров десны к вакууму

Задача 024.ПРОБА ЯСИНОВСКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТ СОСТОЯНИЕ

неспецифической резистентности

капилляров десны  
воспаление десны

Задача 025.ПРОБА ШИЛЛЕРА - ПИСАРЕВА ОПРЕДЕЛЯЕТ СОСТОЯНИЕ  
неспецифической резистентности  
капилляров десны  
воспаление десны

Задача 026.ПОЛЯРОГРАФИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ  
состояния капилляров  
микроциркуляции  
парциального давления кислорода  
парциального давления углекислого газа

Задача 027.РЕОПАРОДОНТОГРАФИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ  
ОПРЕДЕЛЕНИЯ  
микроциркуляции  
парциального давления кислорода  
парциального давления углекислого газа

Задача 028.КАПИЛЛЯРОСКОПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ  
состояния капилляров  
микроциркуляции  
парциального давления кислорода  
парциального давления углекислого газа

Задача 029.ВИДЫ РЕНТГЕНОГРАММ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ  
ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА  
контактная внутриротовая  
ортопантомограмма  
внутриротовая в прикусе  
панорамная  
боковая

Задача 030.ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ  
НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ МЕСТНЫХ И ОБЩИХ  
ФАКТОРОВ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ  
ЗУБО-ДЕСНЕВОГО СОЕДИНЕНИЯ - ЭТО  
гингивит  
пародонтит  
пародонтоз

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### Основная

1. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/ Под ред. Е.В. Боровского.- М.: Медицинское информационное агентство, 2009.- 840с.
2. Терапевтическая стоматология: руководство к практическим занятиям / под ред. Ю. М. Максимовского. – М.: Медицина, 2011. – 640с.
3. Луцкая М.К., Артюшкевич А.С. Руководство по стоматологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 480с.

### Дополнительная

1. Бондаренко Н. Н. Стоматолог и пациент: права, обязанности, ответственность. – М.: Медицинская книга 2004. – 90с.
2. Воробьёв Ю.И. Рентгенодиагностика в практике врача-стоматолога – М.: МЕДпрессинформ, 2004. – 111с.
3. Грицук С.В. Анестезия в стоматологии. – М.:МИА, 1998. – 298с.
4. Диагностика в амбулаторной стоматологии. Под ред. Трезубова В.Н./ Учебное пособие для медицинских ВУЗов. – СПб, 2000. – 75с.
5. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. - М.: МИА.-2006.-416с.
6. Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии. – М.: Книга плюс, 2004. – 309с.
7. Лангле Р., Миллер К. Атлас заболеваний полости рта 3-е издание. – М.: ГЭОТАР, – 2008. – 224с.
8. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудаков И.О. Заболевания зубов и полости рта. - Полтава: Легат, 1998. – 286с.
9. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство/ под ред. Л.А Дмитриевой,Ю.М. Максимовского.- М.: ГОЭТАР.-2009.-910с
10. Максимовский Ю.М. Фантомный курс терапевтической стоматологии.Атлас.-М.: Медицина.-2005.-328с.
11. Николаев А.И. Фантомный курс терапевтической стоматологии.- М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 432с.
12. Усевич Т.Л. Терапевтическая стоматология. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 384с.
13. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта. – Киев: Клиника плюс, 2001. – 208с.
14. Хоменко Л.А. Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков.- Киев: Клиника плюс, 2004. – 201с.
15. Трезубов В.Н. Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам. –М.: Гэотар Мед.- 2005.- 396с.
16. Трезубов В.Н. Диагностика в амбулаторной стоматологии.-М.: Спец.Лит.- 2000. – 75с.

17. Барер Г.М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии.- М.: Литерра.-2006.-562с.
18. Терапевтическая стоматология. Одонтология. Ч.1. Учебно-методическое пособие для студентов стоматологического факультета/ под редакцией проф. С.В. Мелехова.-Краснодар,КГМУ.-2009.-98с.