

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет
им. И. Н. Ульянова».
Медицинский факультет



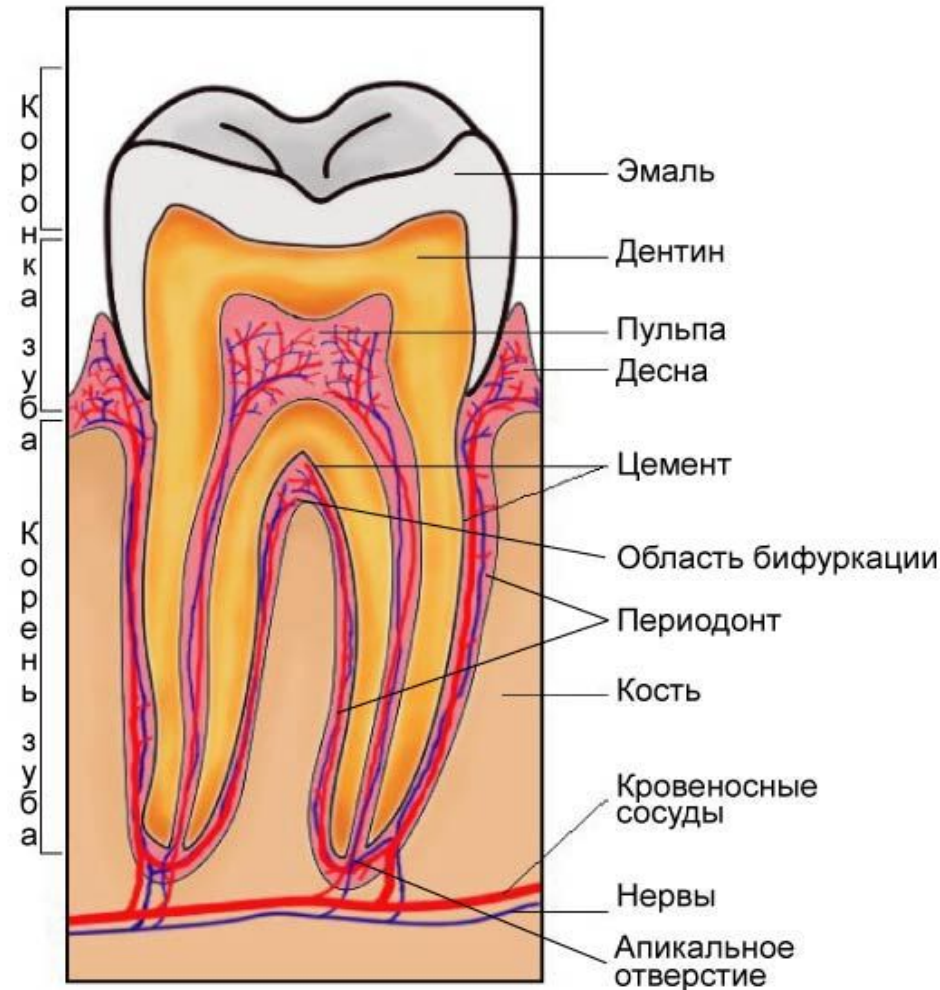
ПАРОДОНТИТ



Работу выполнила:
Ординатор группы О73-18(1)
Иванова И.О.

ПАРОДОНТИТ

- Пародонтит – это воспаление пародонта. Пародонт включает в себя периодонт (ткани, окружающие корень зуба), костную ткань альвеолы и десну. Следовательно, если в патологический процесс вовлекаются перечисленные ткани, то развивается пародонтит.
- Пародонтит является самостоятельной нозологической формой заболевания пародонта, может локализоваться в области одного или нескольких зубов или носить генерализованный характер.



ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ.

- Он развивается под влиянием местных причин: попадания пломбировочного материала или мышьяковистой пасты в межзубный промежуток, окклюзионной травмы (патология прикуса, раннее удаление больших коренных зубов и т. д.), физической травмы (посттравматический остеолит кости), плохо изготовленных протезов и др.
- В клинике локализованный пародонтит встречается часто, но более серьезной проблемой является генерализованная его форма.



ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ.

- Он всегда начинается с катарального гингивита и характеризуется нарушением целостности зубодесневового соединения, разрушением связочного аппарата зуба, резорбцией костной ткани, образованием пародонтального кармана



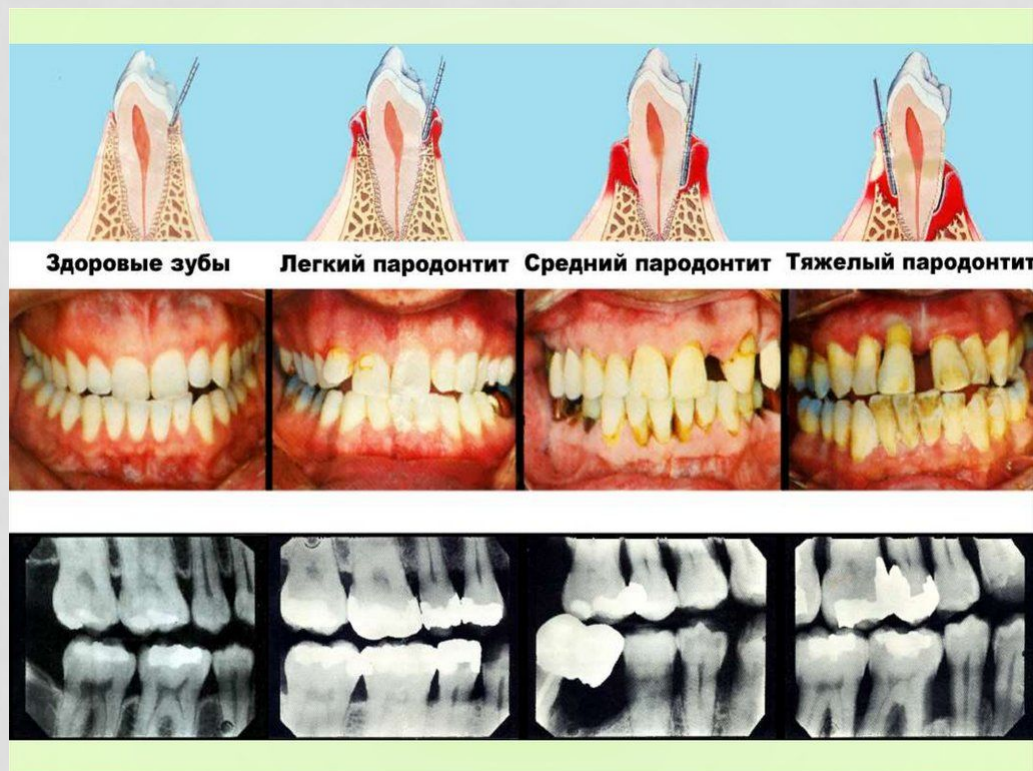
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Пародонтит субъективно проявляется кровоточивостью, подвижностью зубов разной степени, болевыми ощущениями, гиперестезией шеек зубов (симптом непостоянен), гнойными выделениями из кармана.
- При объективном обследовании отмечаются кровоточивость десен, отложение поддесневого зубного камня и налета, подвижность зубов, выделение гноя при надавливании инструментом на край десны, положительная проба Шиллера. Однако основным признаком пародонтита является наличие пародонтального кармана.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНАФ

- Степень тяжести пародонтита определяется в основном тремя ведущими симптомами — глубиной пародонтального кармана, степенью резорбции костной ткани и как следствие этих признаков — расшатанностью зубов. Эти признаки являются основой для выбора хирургического и ортопедического лечения.



ПАРОДОНТИТ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- Для пародонтита легкой степени характерны глубина пародонтального кармана до 3,5 мм преимущественно в области межзубного промежутка, начальная степень деструкции костной ткани межзубных перегородок: разволокнение или исчезновение замыкающих пластинок, явления остеопороза, незначительное снижение высоты межзубных перегородок (менее 1/3);

расшатанности зубов нет, не выражено их смещение, но имеется индуцированная кровоточивость. Обычно при легкой степени пародонтита общее состояние больного не нарушено.



ПАРОДОНТИТ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- Для пародонтита средней тяжести характерно следующее:
- глубина кармана до 5 мм;
- резорбция костной ткани межзубных перегородок от $1/3$ до $1/2$;
- патологическая подвижность зубов I–II степени, возможно смещение зубов, появление трем, травматическая окклюзия.



ПАРОДОНТИТ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- Для пародонтита тяжелой степени характерна разнообразная клиническая симптоматика:
пародонтальный карман больше 5–6 мм,
II–III степень патологической подвижности зубов,
резорбция костной ткани на величину более 1/2, иногда полное рассасывание альвеолярной перегородки;
зубы смещены;
выражена травматическая артикуляция;
значительные тремы;
имеются дефекты зубных рядов.
- При средней и тяжелой степени пародонтита часто наблюдаются гноетечение и абсцедирование.



РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПАРОДОНТИТА

- Рентгенологическая картина пародонтита зависит от стадии процесса. Начальные стадии характеризуются остеопорозом и деструкцией замыкающих пластинок и межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин перегородок.
- Важным рентгенологическим признаком быстротекущего пародонтита у взрослых служит появление обширных очагов деструкции нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый «изъеденный» вид, отмечается отложение поддесневого зубного камня. Структура костной ткани в других отделах челюсти не изменена. Отсутствует характерный для пародонтоза остеосклероз кости..

- Воспалительные изменения при пародонтите могут распространяться в трех основных направлениях. После разрушения кортикальной пластинки кости межзубной перегородки воспалительно-резорбтивные явления распространяются на губчатое вещество кости — это наиболее часто встречающееся направление. Такое состояние рентгенологически определяется как усеченность (деструкция) вершины межзубной перегородки (2). Распространение к периодонтальной щели (3) также сопровождается вначале резорбцией компактной пластинки кости, а затем и деструкцией губчатого вещества, но резорбция идет вертикально с образованием костных карманов и абсцессов. Третий путь распространения воспаления к надкостнице клинически проявляется образованием глубоких пародонтальных карманов (т. е. между десной и костью с вестибулярной или язычной поверхности альвеолярного отростка) с выделением гноя; при этом также возможно абсцедирование (1). В дальнейшем происходит рассасывание костной ткани. Все указанные варианты течения пародонтита наблюдаются в клинике. Кроме того, возможно сочетание указанных вариантов

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Местное лечение при пародонтите зависит от степени выраженности процесса, индивидуальных особенностей его течения, однако противовоспалительная терапия всегда предшествует другим лечебным манипуляциям. Она всегда проводится после очень тщательного удаления налета и зубного камня. При легкой степени поражения применяют антисептики, глюкокортикоиды в сочетании с антибиотиками, препараты, оказывающие кератолитическое и фибролизующее действие: резорцин (20–30 % растворы), мараславин, 25 % раствор хлорида цинка, 0,1 % раствор новоиманина, 1 % раствор йодиола. Кроме того, используют антибиотики в сочетании с кортикостероидами и метацилом, сочетание ортофена и этония, бисептол-канестен-метилурациловой пасты и физиотерапевтические методы лечения, которые рекомендуются по строгим показаниям и только после устранения воспалительных явлений.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Из других препаратов для местного лечения при пародонтите используют индометациновую мазь, препараты нитрофуранового ряда, 0,2 % раствор сангвинорина, 10 % эмульсию дибунола (как антиоксидант), 0,1 % раствор новоиманина, бисептол. 1 % раствор мефенамината натрия; 1 % раствор диоксидина, 0,01 % раствор мирамистина; клиостом, мазь левосин. Для нормализации микроциркуляции в тканях пародонта и снятия воспалительных явлений в микрососудах следует назначать троксевазин в виде 2 % геля аппликационно (легкая и средняя тяжесть пародонта) под повязку или пленку, курс 8—10 процедур; лингезин под повязку.
- При углублении пародонтального кармана и нарастании остеолиза проводят те же противовоспалительные мероприятия и широко применяют хирургические методы лечения — кюретаж, гингивотомию, радикальные операции.
- Появляющаяся окклюзионная травма диктует необходимость ортопедического лечения, избирательного пришлифовывания, шинирования, протезирования.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Наличие постоянного очага хронической пародонтальной инфекции и интоксикации при заболеваниях с аутоиммунным генезом (болезни почек, ревматизм и ревматоидные состояния, анемии и др.), когда промедление с удалением зубов причиняет больному непоправимый вред, является абсолютным показанием к удалению таких зубов.
- Депульпация зубов как метод лечения пародонтита не дает ощутимых клинических результатов, однако она широко используется при пародонтозе и пародонтите перед хирургическими и ортопедическими вмешательствами, если есть опасность вызвать пульпит и периодонтит; при наличии отдельных костных карманов и пониженной электровозбудимости пульпы зубов.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Для общего лечения используют витаминотерапию и прежде всего витамин С в сочетании с рутином (витамин Р), особенно в молодом возрасте при заболеваниях пародонта, сопровождающихся кровоточивостью десен. Что касается остальных витаминов, то убедительных клинических данных в пользу их применения в пародонтологии пока нет.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Иммуностимулирующую и иммуномоделирующую терапию (тималин, нуклеинат натрия, тимоген, левамизол и др.) следует применять при заболеваниях пародонта только совместно со специалистом соответствующего профиля. Антигистаминные препараты (тиосульфат натрия, димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил) применяются при заболеваниях пародонта, сопровождающихся аллергическим компонентом.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Антибиотики назначают строго по показаниям: при обострении процесса, особенно с абсцедированием, перед операцией и после нее. Из антибиотиков следует отдать предпочтение рондомицину, ровамицину (3–4 капсулы в день) или линкомицину по 0,5 г (500 000 ЕД) 2 раза в день в капсулах через 2 ч после или за 2 ч до еды, курс 7—12 дней. Линкомицин быстро всасывается и накапливается в костной ткани. Пенициллин и эритромицин не накапливаются в высокой концентрации в пародонтальном кармане при пероральном введении и поэтому их не следует применять; диоксициклин, миноциклин, тетрациклин, амоксициклин, метронидазол накапливаются, что обеспечивает их концентрацию в пародонтальном кармане, в 5–7 раз превышающую таковую в сыворотке крови.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- У больных пародонтитом установлены изменения функции местных защитных факторов, выражающиеся в существенных отклонениях от нормы уровня лизоцима слюны, секреторного иммуноглобулина IgA5 и иммуноглобулинов класса G. Указанные показатели, а также качественный и количественный состав микрофлоры пародонтального кармана при учете клинической картины могут быть использованы как для оценки эффективности комплексного лечения заболеваний пародонта, так и в прогностических целях.
- Иммуностимулирующая терапия в поликлинических условиях обычно не проводится, в стационаре назначают Т-активин, левамизол, нуклеинат натрия и др.

Спасибо за внимание.