

Курс: «Лечение и профилактика
заболеваний тканей пародонта.
Ведение пациента, успех врача-
пародонтолога»

План курса:

1. Пародонт, функции пародонта

Классификация заболеваний тканей пародонта

Гингивит

Пародонтит

Факторы риска возникновения заболеваний пародонта

Профилактика заболеваний пародонта

2. Лечение заболеваний пародонта

Обучение домашней гигиене

Ультразвуковая чистка, Air-flow, чистка системой вектор

Средства домашней гигиены

Фторирование

Отличие

Рекомендации врача-пародонтолога

3. Финансовый успех врача-пародонтолога

Роль пародонтологии в стоматологии

Насколько востребован врач-пародонтолог в современной стоматологии

Алгоритм первичной консультации пациента

Правила ведения первичного приема

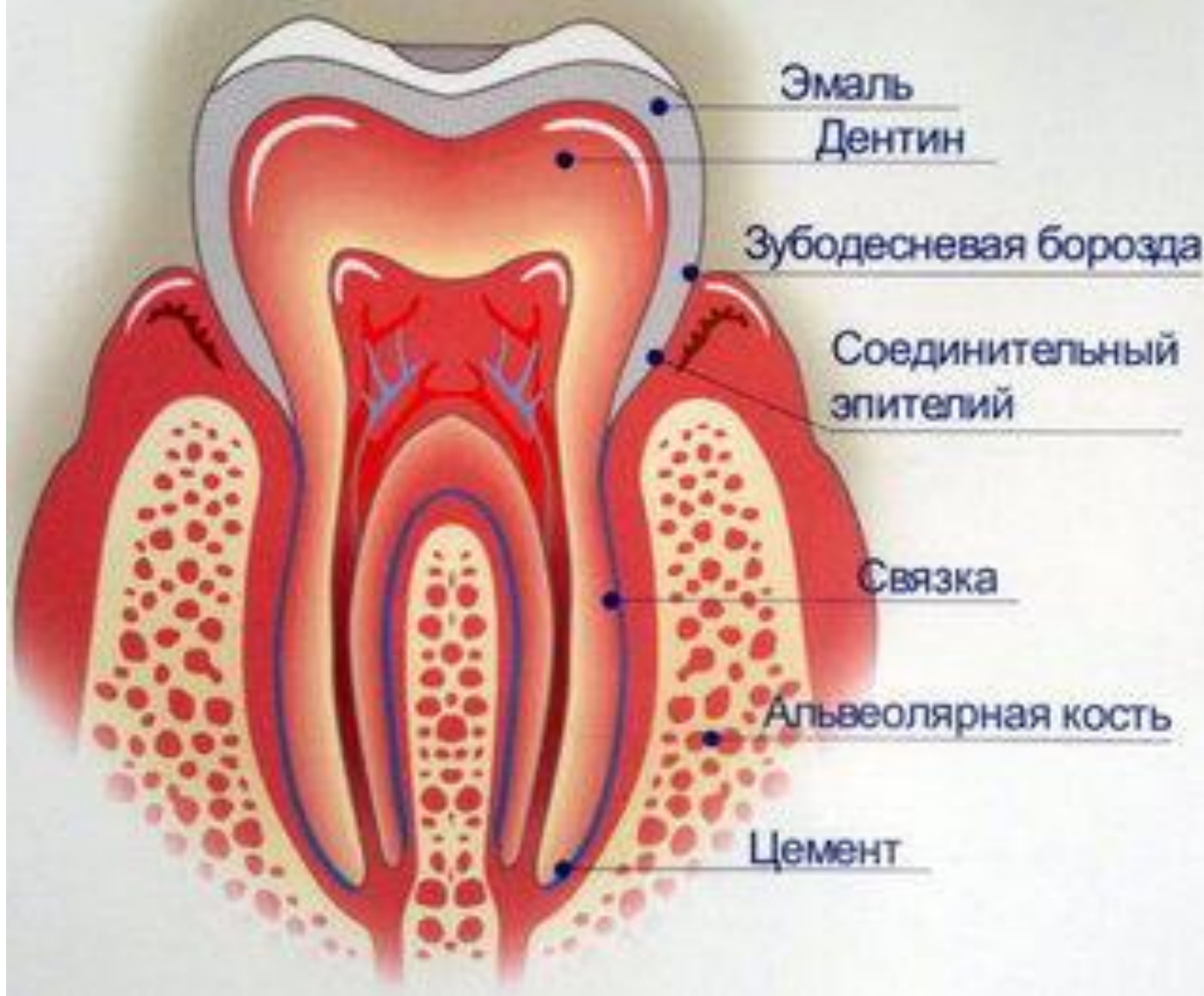
Как выстроить долгосрочные отношения с пациентом

Пародонт - сложный морфофункциональный комплекс тканей, окружающий и удерживающий зуб в кости. Все составляющие пародонт элементы (десна, периодонт, костная ткань альвеолы и цемент) тесно связаны в развитии и строении, что обеспечивает выполнение разнообразных и весьма сложных функций:

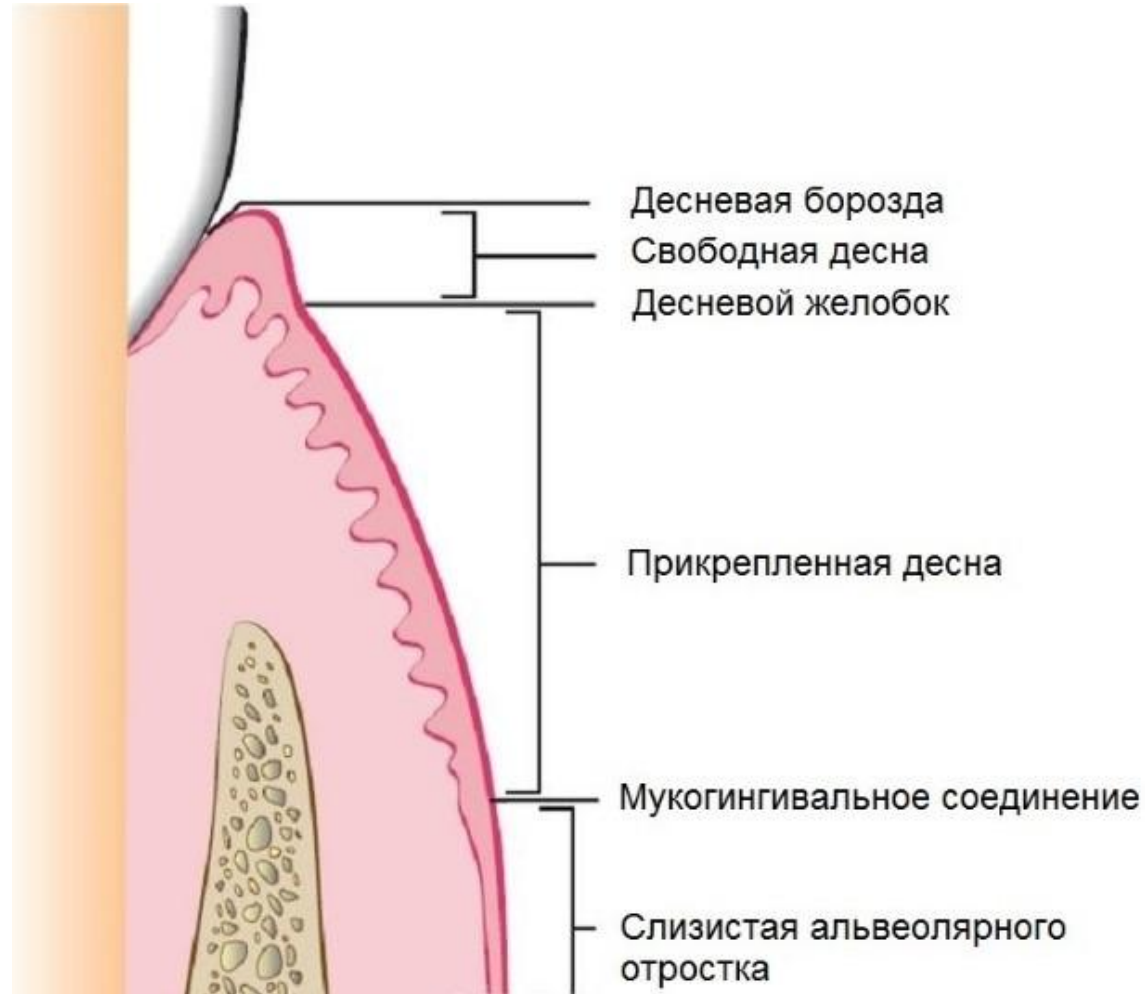
- барьерной
- трофической
- пластической
- опорно-удерживающей

В то же время, каждый отдельный элемент имеет свои особенности.

Здоровый пародонт



Анатомическое строение десны определяется по клиническим и физиологическим признакам, которые можно разделить на три основных зоны:



Основные функции пародонта

Барьерная функция осуществляется за счет свойств десневого эпителия: низкая проницаемость, химическая и механическая устойчивость рогового слоя. Большую роль в защите от механического воздействия играет наличие коллагеновых и эластичных волокон. Иммунную защиту обеспечивают лейкоциты, макрофаги, тучные и плазматические клетки, содержащиеся в тканях и десневой бороздке.

Опорная – характеризуется способностью коллагеновых волокон выпрямляться под воздействием нагрузки, что позволяет им удлиняться, а зубу смещаться относительно стенки альвеолы. После снятия нагрузки волокна принимают свою первоначальную форму, а зуб возвращается в исходное положение.

Функция «сосудистого насоса» обеспечивает равномерный транспорт крови и уровень функционального напряжения в периодонтальном комплексе за счет артериовенозных анастомозов, располагающихся в периодонте, в области шейки зуба и вокруг верхушки корня. В процессе жевания в тканях периодонта формируются плавно смещающиеся зоны повышенного и пониженного давления, благодаря чему попеременно происходит то приток крови в эти участки, то выброс.

Пластическая функция заключается в образовании и восстановлении тканей, а также их перестройке в ходе физиологических и патологических процессов.

Трофическая функция осуществляется за счет интенсивного кровоснабжения и иннервации, обеспечивающих высокий обмен веществ.

При воспалении тканей пародонта происходит нарушение этих функций, степень которых нарастает по мере длительности течения воспаления, особенно когда к воспалительной деструкции мягких тканей присоединяется деструкция кости альвеолярных отростков, обуславливающая подвижность зубов, существенное поражение функциональной активности жевательного аппарата — вплоть до потери зубов.



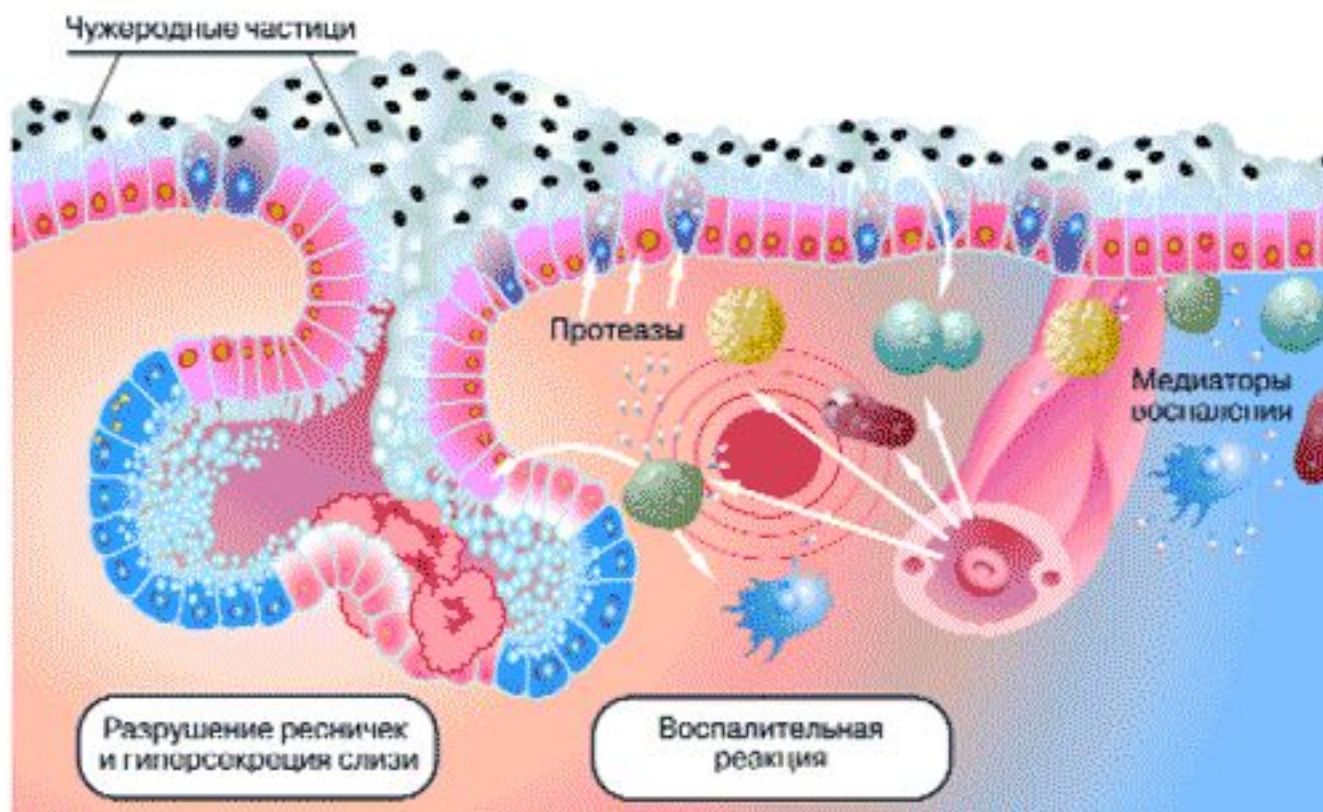
Классификация:

- Гингивит.
Формы: катаральный, гипертрофический, язвенный.
Течение: острое, хроническое, обострившееся.
Распространенность: локализованный, генерализованный
- Пародонтит (воспалительно-дистрофическое поражение).
Течение: острое, хроническое, обострившееся.
Степень тяжести: легкая, средняя, тяжелая.
Распространенность: локализованный, генерализованный.
- Пародонтоз — дистрофическое поражение пародонта.
- Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта (на фоне врожденных и приобретенных заболеваний).
- Пародонтомы — опухолевые и опухолеподобные процессы в области пародонта.

Воспалительный процесс в пародонте может распространяться на разную глубину. Если он локализуется только в десне, то он носит название гингивит. Когда воспалительный процесс переходит на периодонт и костную ткань, мы говорим, что это пародонтит.



Воспаление десен – это ответная реакция тканей пародонта на внешнее раздражение, вызванное воздействием механических и химических агентов, таких как микробный **зубной налет и токсины**, продуцируемые патологической микрофлорой. Воспаление – сложный защитный механизм, конечной целью которого является изоляция либо устранение повреждающего агента и восстановление поврежденных тканей.



Медиаторы воспаления: гистамин, серотонин, непосредственное участие принимают цитокины - брадикинин, система свёртывания крови - фибрин, фактор Хагемана, система комплемента, клетки крови - лейкоциты, лимфоциты (Т и В) и макрофаги.



В развитии воспалительного процесса ведущая роль отводится микрофлоре. Большое количество различных микробов в полости рта есть всегда, но сами по себе, без создания благоприятных для них условий, они обычно никакого вреда человеку не приносят. Примером благоприятных условий для проявления патогенных свойств микроорганизмов может служить ситуация, когда микробы длительное время не удаляются, например при отсутствии ухода за полостью рта, неправильной чистке зубов. Скапливаясь на зубах, микроорганизмы формируют так называемую зубную бляшку, на месте которой со временем возникает кариес. Если бляшка образовалась на десне или под ней (гингивальная бляшка), создаются прекрасные условия для развития гингивита, пародонтита.

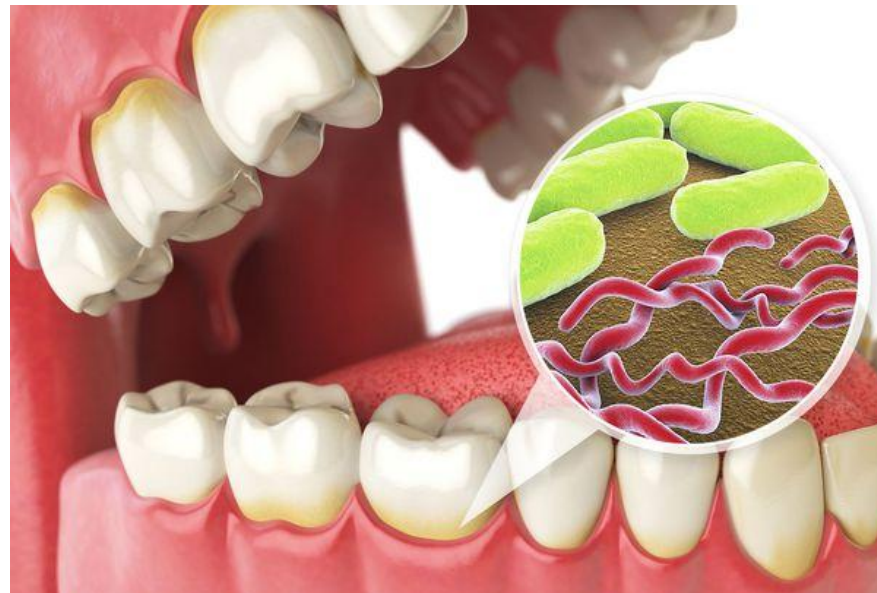
При гингивите отмечают:

1. кровоточивость десен;
2. изменение цвета десен (они могут быть ярко-красного цвета или приобретают синюшный оттенок в зависимости от того, какой процесс преобладает — острый или хронический);
3. болезненность при чистке зубов



При гингивите в зубном налете выявляется больше микроорганизмов и более высокий процент грамотрицательных бактерий, чем в налете у человека с интактным пародонтом. По мере взаимодействия бактерий и продуктов их метаболизма с тканями пародонта развивается воспаление и деструкция.

Наибольшее значение в развитии этого процесса придают *Str. sanguis*, *Porphyromonas gingivalis*, *Actinomyces viscosus* и др. Эти микроорганизмы вызывают воспаление и деструкцию тканей пародонта, включая и костную ткань альвеол.



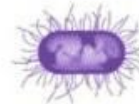
Если воспалительный процесс тем или иным способом не устранить, между зубом и десной образуется щель — пародонтальный карман, в котором существуют идеальные условия для скопления остатков пищи и ускорения размножения микробов: отсутствие света, обилие влаги и питательных веществ.



комменсал; возможный патоген-помощник



комменсал, неспособный выжить при воспалении



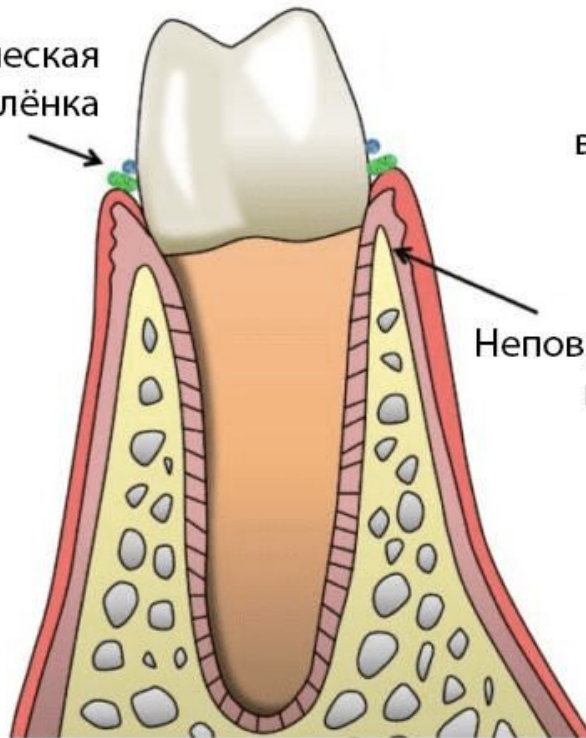
ключевой патоген



инфламмофил

Здоровые дёсны

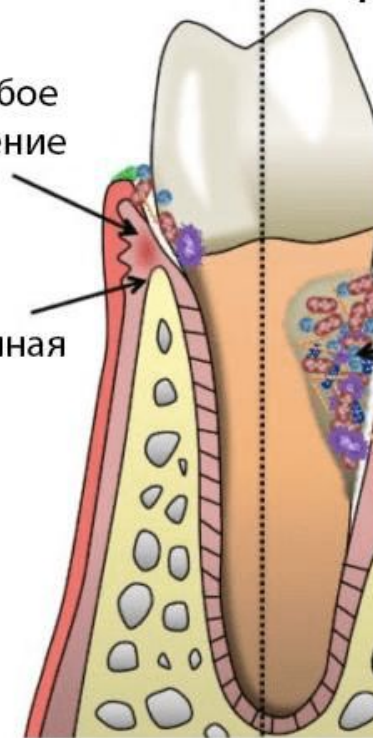
Симбиотическая биоплёнка



Неповреждённая кость

Гингивит

Слабое воспаление



Пародонтит

Дисбиотическая биоплёнка

Сильное воспаление

Лизис кости



Одной из очень важных причин распространенности воспалительных заболеваний пародонта является то, что в подавляющем большинстве случаев они как возникают, так и протекают без значительных болевых ощущений.

Зачастую единственными симптомами их наличия у человека в течение длительного времени являются: кровоточивость десен разной интенсивности, к тому же периодически уменьшающаяся и очень неодинаковая, и неприятный запах изо рта (галитоз).

Этим и объясняется то, что при внешнем отсутствии больших сложностей- эффективного предупреждения гингивита и пародонтита на деле это мало, так как пациенты обращаются к специалистам только на стадии глубоких поражений, поскольку они искренне считают, что именно резкая подвижность зубов либо абсцедирование и являются первыми признаками заболевания (!)

При пародонтите у пациентов накапливается зубной налет, который с течением времени минерализуется и превращается в зубной камень. Сначала этот камень располагается на поверхности зуба над десной.

Если зубная бляшка локализуется в области десны и под десной, зубные отложения накапливаются и под десной, осложняя воспалительный процесс.

Поддесневой камень иногда внедряется между десной и зубом, и это, в свою очередь, утяжеляет течение заболевания, способствует увеличению размера пародонтального кармана.

При пародонтите отмечается:

1. неприятный запах изо рта;
2. болезненность, кровоточивость десен, периодическое появление в них абсцессов;
3. появление клиновидных дефектов — так называют ранее прикрытую десной границу эмали и цемента, на которой появляется дефект в форме клина. С возникновением клиновидных дефектов появляется повышенная чувствительность зубов к температурным, химическим раздражителям;
4. появление промежутков между зубами, изменение положения зубов.

Воспалительные и дистрофические процессы часто сочетаются. Сочетание дистрофии и воспаления в пародонте обычно носит название «пародонтоз».

Он бывает генерализованным, системным и локальным.



1. Пародонтоз генерализованный (истинный) представляет собой дистрофический процесс с явлениями воспаления или воспалительный процесс с явлениями дистрофии. Он вовлекает в патологический процесс собственно пародонт и челюсти. Для достижения максимального эффекта лечения требуется активная местная терапия (а иногда и хирургия), а также общее лечение.

2. Пародонтоз системный развивается при наличии системных (аутоиммунных) заболеваний, эндокринной или иной патологии организма, приводящей к вторичному развитию пародонтоза. При этом лечение основного заболевания является главным условием лечения системного пародонтоза.

3. Пародонтоз локальный (на ограниченном участке пародонта) развивается при наличии заболеваний зубов (одонтогенный пародонтоз) или вследствие травмы тканей пародонта. Устранение причины заболевания (излечение больного зуба) обычно приводит к выздоровлению.

Факторы риска развития заболеваний пародонта:

Возникновение и дальнейшее течение пародонтита зависит от многих факторов. Они поддаются контролю как со стороны пациента, так и со стороны врачей.

1. Прежде всего — забота о гигиене полости рта. Необходимо тщательно соблюдать индивидуальную гигиену. К гигиеническим процедурам относятся:

- систематическая чистка зубов, которая должна проводиться утром после завтрака и вечером перед сном (щетка, паста, зубная нить, ирригатор, скребок для чистки языка);
- полоскание ротовой полости после приема пищи;
- употребление жесткой растительной пищи, например яблок, моркови, капусты и т. д. Кроме того, в питании не должно быть избытка сладостей, особенно тех, остатки которых длительное время находятся на зубах и деснах.

Для развития пародонтита большое значение имеет общее состояние организма, потому что наличие заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта негативно сказывается на течении воспалительных заболеваний зубочелюстной системы.

Важное значение имеет расположение зубов, зубных рядов. Скученность зубов, аномалии прикуса и расположения зубов повышают вероятность развития воспалительных процессов в пародонте. Если зубы расположены гармонично, прикус физиологический, то возможностей для развития заболеваний пародонта меньше.

Наличие мелкого преддверия полости рта. Преддверие полости рта - щелевидная полость, ограниченная спереди губами и щеками, а сзади зубами и деснами., короткая уздечка верхней или нижней губы, выраженные тяжи слизистой оболочки способствуют тому, что десна опускается ниже нормального уровня, приоткрывая шейки или частично корни зубов.

Профилактика:

Проблема поиска эффективных методов лечения и профилактики заболеваний пародонта является актуальной для стоматологической практики. Очевидно, что только через внедрение в повседневную практику методов профилактики можно достичь стабильных позитивных результатов и улучшить сложившуюся ситуацию.

Проблема профилактики болезней пародонта занимает одно из ведущих мест в современной стоматологии. Это определяется широкой распространенностью и интенсивностью поражения во всех возрастных группах населения, тяжестью течения заболеваний и негативным воздействием на здоровье человека. По данным разных авторов, заболевания пародонта по распространенности занимают второе место после кариеса зубов и достигают **98%**.

В последнее время отмечается утяжеление течения заболеваний пародонта, растет число лиц с агрессивными формами пародонтита.

В связи с тем, что лечение пародонтита достаточно трудоемкое и требует серьезных временных затрат врачей-стоматологов, увеличивающихся по мере утяжеления процесса, полное обеспечение больных специализированной лечебной помощью на сегодняшний день является неразрешимой проблемой во всем мире.

Таким образом, становится очевидным факт, что только своевременно проводимая комплексная профилактика воспалительных заболеваний пародонта способна обеспечить эффект, достигаемый при проведении сложных и дорогостоящих лечебных мероприятий.

О профилактике и методах лечения
поговорим завтра!

Первичная профилактика:

- правильное вскармливание ребенка;
- своевременное ортодонтическое лечение в целях равномерного распределения механической нагрузки на зубы;
- обучение индивидуальной гигиене полости рта и контроль за качеством ее проведения;
- устранение аномалий мягких тканей преддверия полости рта (короткие тяжи и уздечки; мелкое преддверие полости рта);
- избирательное пришлифовывание зубов с целью устранения травматической окклюзии;
- своевременное ортопедическое лечение;
- поддержание полости рта в санированном состоянии.

Первичная профилактика в свою очередь подразделяется на две составляющие:

1. этиотропную, т.е. направленную на уменьшение интенсивности действия либо на полное устранение влияния патологических причинных факторов. Воздействие, в первую очередь, на микробный фактор либо на сочетание микробного с вирусным факторов, а также на ситуации, которые способствуют усилению их патологического действия на ткани пародонта;
2. патогенетическую, т.е. направленную на устранение вызванных причинным фактором воспалительных изменений в пародонте и предупреждению их последующего усугубления.

Вторичная профилактика

- заболеваний пародонта включает:
- устранение травматических факторов (зубного камня, нависающих краев пломб), некачественных протезов, аномалии прикуса и т.д.;
- совершенствование способов проведения индивидуальной гигиены полости рта и контроль за ее осуществлением;
- устранение предвестников заболеваний и лечение начальных форм.

Третичная профилактика

- заболеваний пародонта заключается в:
- - комплексном лечении (консервативное, хирургическое и ортопедическое), направленное на купирование патологических состояний пародонта, предупреждении осложнений и восстановлении физиологической функции пародонта в возможных пределах.

Индивидуальная гигиена полости рта.

- (ИГПР) – является ведущим компонентом первичной профилактики и лечения заболеваний пародонта. *Основной целью* индивидуальной гигиены полости рта является поддержание здоровья полости рта путем эффективного очищения зубов и слизистых оболочек от микробного налета и остатков пищи. Целесообразно рекомендовать обучение детей правилам гигиены полости рта с 2 лет; при этом важно не только обучить их чисто практическим мануальным навыкам по уходу за полостью рта, но и объяснить всю важность данной процедуры.

Проведение качественной гигиены способствует поддержанию местного иммунитета за счет сохранения равновесия и активности основных его составляющих - состава, свойств и функций слюны и ротовой жидкости. Кроме того, ИГПР можно рассматривать как своеобразный мощный барьер, препятствующий проникновению микробов и вирусов, способных вызвать острые и хронические заболевания различных органов и тканей.

Основной задачей гигиены полости рта является поддержание определенного баланса между патогенной и сапрофитной микрофлорой.

Современный стоматолог сам должен обладать достаточным количеством информации, чтобы разобраться в нынешнем разнообразии средств индивидуальной гигиены полости рта и правильно составить программу профилактики для каждого конкретного пациента. Необходимо учитывать несколько важных моментов при составлении персональных программ гигиенической профилактики, таких как:

- состав и свойства средств гигиены полости рта;
- направленность их действия;
- их характерные особенности;
- этапность применения;
- возможность побочных эффектов;
- совместимость их друг с другом;
- техника применения тех или иных средств;
- воздействие на органы и ткани полости рта;
- целесообразность их использования в той или иной клинической ситуации.



МАТЕРИАЛ ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ
ОБРАБОТКИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И
ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА...

Пародонтальные индексы

Пародонтальные индексы оценивают динамику заболеваний пародонта и эффективность проводимого лечения; характеризуют такие симптомы как кровоточивость, резорбция костной ткани альвеолярного отростка, атрофия десны, подвижность зубов и глубина пародонтального кармана.

Для оценки степени поражения тканей пародонта существует множество индексов, из которых наиболее часто в клинике применяют следующие: индекс РМА, пародонтальный индекс Russel, CPITN.

Пародонтальные индексы

- Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс РМА в модификации Parma (1960)
 - воспаление сосочка - 1 балл;
 - воспаление края десны - 2 балла;
 - воспаление альвеолярной десны - 3 балла.
- Оценивают состояние десны у каждого зуба. Индекс вычисляют по следующей формуле:
 - Индекс гингивита (РМА) = $\frac{\text{сумма показателей в баллах} \times 100}{3 \times \text{число зубов у обследуемого}}$
 - где 3 - коэффициент усреднения.
 - Число зубов при целостности зубного ряда зависит от возраста обследуемого:
 - 6-11 лет - 24 зуба;
 - 12-14 лет - 28 зубов;
 - 15 лет и более - 30 зубов.
 - При потере зубов исходят из фактического их наличия.

Чем больше цифровое значение индекса, тем выше интенсивность гингивита. В норме он равен 0.

Значение индекса

Менее 30% - легкая степень тяжести гингивита;

31-60% - средняя степень тяжести гингивита;

61% и выше - тяжелая степень гингивита.

В практической работе индекс РМА можно использовать в целом ряде случаев:

при профилактических осмотрах с целью выявления заболевания на ранних стадиях развития процесса;

при обследовании пародонта у стоматологических больных;

при лечении больного гингивитом или пародонтитом - для оценки тяжести болезни и эффективности лечения.

Пародонтальный индекс (ПИ) (Рассел А., 1956)

- дает возможность учесть наличие как гингивита, так и других симптомов патологии пародонта: подвижность зубов, глубину клинического кармана и др.

Используют следующие оценки:

- 0 - нет изменений и воспаления;
- 1 - легкий гингивит (воспаление десны не охватывает весь зуб);
- 2 - гингивит без повреждения прикрепленного эпителия (клинический карман не определяется);
- 4 - исчезновение замыкающих кортикальных пластинок на вершинах альвеолярного отростка по рентгенограмме;
- 6 - гингивит с образованием клинического кармана, нарушения функции нет, зуб не подвижен;
- 8 - выраженная деструкция всех тканей пародонта, зуб подвижен, может быть смещен.
- Состояние пародонта оценивается у каждого имеющегося зуба. В сомнительных случаях ставят наивысшую из возможных оценок.

- Для расчета индекса полученные оценки складывают и делят на число имеющихся зубов по формуле:
- Индекс ПИ = $\frac{\text{сумма оценок у каждого зуба}}{\text{число зубов у обследуемого}}$
- Значение индекса оценивается следующим образом:
 - 0,1-1,0 - начальная и легкая степень патологии пародонта;
 - 1,5-4,0 - средне-тяжелая степень патологии пародонта;
 - 4,0-8,0 - тяжелая степень патологии пародонта.

Индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРІТN)

- Для определения индекса СРІТN необходимо обследовать окружающие ткани в области десяти зубов, представленных ниже:
 - 17 / 16 / 11 / 26 / 27
 - 47 / 46 / 31 / 36 / 37
- Указанная группа зубов создает полное представление о состоянии тканей пародонта обеих челюстей.
- Исследование проводится методом зондирования для выявления кровоточивости, над- и поддесневого «зубного камня», клинического кармана с помощью специального (пуговчатого) зонда.

- Оценка индекса CPITN осуществляется по следующим кодам:
 - 0 - нет признаков заболевания;
 - 1 - кровоточивость десны после зондирования;
 - 2 - наличие над- и поддесневого «зубного камня»;
 - 3 - клинический карман глубиной 4-5 мм;
 - 4 - клинический карман глубиной 6 мм и более.
- В соответствующих ячейках регистрируют состояние лишь шести зубов. При обследовании 17 и 16, 26 и 27, 36 и 37, 46 и 47 зубов учитывают коды, соответствующие более тяжелому состоянию. Например, если в области 17 зуба обнаружена кровоточивость, а в области 16 - «зубной камень», то в ячейку заносят код, обозначающий «зубной камень» (т.е. 2).
- Если какой-либо из указанных зубов отсутствует, то осматривают зуб, рядом стоящий в зубном ряду. При отсутствии и рядом стоящего зуба ячейка зачеркивается диагональной чертой и не участвует в сводных результатах.

- У лиц старше 20 лет пародонт обследуют в области всех зубов и определяют наиболее тяжелое поражение в каждом секстанте. У детей до 15 лет выявляется только наличие кровоточивости, зубного камня, пародонтальные карманы не определяются.
- Секстант исследуются, если в нем присутствуют два и больше зубов, не подлежащих удалению. Если же в нем остается лишь один зуб, то данный секстант исключается из обследования, а оставшийся зуб включают в соседний секстант.
- При зондировании для каждого секстанта определяется один из нижеперечисленных кодов.

• *Критерии и коды для определения потребности в лечении заболеваний пародонта:*

- код 0 – (здоров) или X (исключен) для всех секстантов означает одно, что нет необходимости в лечении данного пациента;
- код 1- говорит о том, что данному пациенту необходимо улучшить гигиену полости рта;
- код 2 – указывает на необходимость проведения профессиональной гигиены и устранения факторов, способствующих ретенции зубного налета; а также на необходимость обучения пациента индивидуальной гигиене полости рта;
- код 3 – указывает на необходимость гигиены полости рта и кюретажа, что снижает воспаление и глубину ПК до 3 мм и меньше;
- код 4 – указывает на необходимость адекватной гигиены полости рта и комплексного лечения, в том числе мероприятий пародонтальной хирургии.