

УДК 616.314

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛОЙ ФОРМОЙ ПАРОДОНТИТА

Б.В. ТРИФОНОВ
О.С. КОЗЛОВ

*Белгородский
государственный национальный
исследовательский
университет*

e-mail: btc-9-0@mail.ru

В статье изложены основные сведения и нововведения в области пародонтологии при лечении пародонтита тяжёлой формы. Представлены данные об этапности лечения и комбинированного подхода, о результатах обработки статистических данных за 10 лет, стабилизации зубов с тяжелой формой пародонтита при помощи имплантатов с памятью формы после проведенного пародонтологического лечения, ортопедической реабилитации пациентов с помощью коронкового шинирования зубов с тяжелой формой пародонтита и имплантатов с памятью формы металлокерамическими конструкциями.

Ключевые слова: пародонтит тяжелой степени, имплантаты с памятью формы, комплексная реабилитация.

Несмотря на расширение и углубление знаний о механизмах возникновения и развития пародонтита, совершенствование традиционных, разработку и внедрение в практику новых технологий, проблему лечения пародонтита нельзя считать окончательно решённой.

Особые трудности возникают при лечении больных с тяжёлой формой пародонтита, наиболее характерной чертой которого является рефрактерность к разнообразным методам и средствам, применяемым в лечении.

Цель нашей работы заключалась в обосновании, внедрении в практику и оценке эффективности программы комплексного лечения больных с тяжёлой формой пародонтита на основании мультидисциплинарного подхода и этапного использования современных возможностей терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и имплантологии.

К настоящему времени мы располагаем опытом лечения больных с тяжёлой формой пародонтита (период наблюдения с 2001 по 2011 гг.). Больные были в возрасте от 34 до 77 лет, подавляющее большинство (73 %) – люди трудоспособного возраста, лиц женского пола 61%.

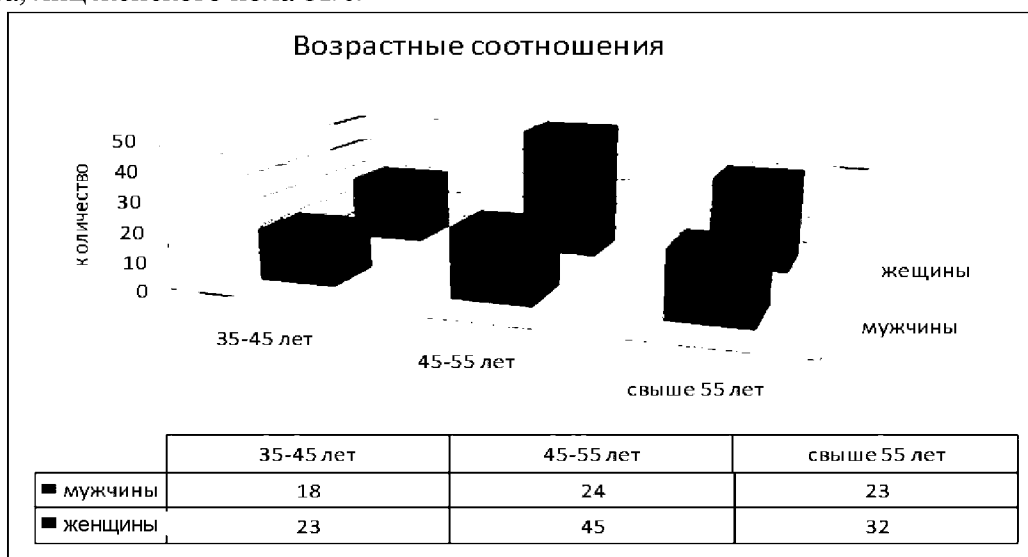


Рис. Возрастные соотношения

Возраст пациентов с тяжёлой формой пародонтита по возрастным группам составил: 35-45 лет – 41 человек (мужчин – 18, женщин – 23), 45-55 лет – 69 человек (мужчин – 24, женщин – 45), свыше 55 лет – 55 человек (мужчин – 23, женщин – 32). Общая продолжительность заболевания составляла в среднем 13 лет, у 80% продолжительность заболевания колебалась от 10 до 15 лет. Периодически, как правило, в

период обострения за врачебной помощью обращались 153 человека (92,7 %). Систематически наблюдались и лечились у пародонтолога только 61 человек (37 %).

Установлено, что комплексное лечение больных с тяжёлой формой пародонтита с использованием возможностей терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии получили 165 человек. В программе комплексного лечения у 47 человек (28,5%) для первичной стабилизации и устранения уже существующих дефектов зубных рядов была проведена имплантация имплантатами с памятью формы.

Программа исследования больных была стандартизирована, и наряду с традиционными стоматологическими обследованиями использовались современные возможности лучевой диагностики, включая компьютерную томографию. Также проводились микробиологические, цитологические и комплексные биохимические исследования с определением показателей ПОЛ, АО, Са, Фос, тромбоцитов и др.

Исследования проводились комплексно и в динамике: до начала комплексного лечения, после каждого этапа (терапевтического, хирургического, ортопедического, включая период установки имплантатов и завершения программы лечения). Генерализованным пародонтитом тяжелой степени (ГПТС) является состояние, при котором поражение охватывает более 30% зубов и глубина пародонтальных карманов превышает 6 мм [1, 2]. Для больных с тяжёлой формой пародонтита оказались характерными соответствующая клиническая, рентгенологическая картина, активное рассасывание костного вещества альвеолярного отростка, оголение корней зубов в результате деструкции тканей пародонта и костной резорбции, глубина пародонтальных карманов более 6 мм, патологическая подвижность II–III степени, резорбция костной ткани на величину более 1/2 длины корня, вплоть до полного рассасывания межзубных перегородок, смещение зубов, выраженная травматическая окклюзия, тремы, дефекты зубных рядов, часто наблюдалось кровоточивость и обострение в виде гнойной экссудации из пародонтальных карманов, нередко осложненное абсцедированием.

Рентгенологическое обследование проводилось с помощью ортопантограмм и компьютерной томографии, что существенно облегчало диагностику, прогнозирование течения и планирование лечения заболевания больных с ГПТС.

Оценка альвеолярной кости проводилась по пунктам:

- структура межальвеолярных перегородок, их форма и высота;
- характер костного края;
- наличие костных карманов и кратеров;
- вовлечение фуркаций;
- присутствие кортикального слоя;
- признаки остеопороза.

Лечение генерализованного пародонтита тяжелой степени требует особого подхода, включающего комплекс терапевтических, хирургических и ортопедических методов. Какой из них будет применен первым, зависит от индивидуальной клинической картины. В некоторых случаях необходимо их комбинировать. Однако вполне справедливым считается, что гигиенические процедуры, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение пародонтитов являются важными предпосылками по отношению к хирургическому лечению пародонта.

Лечение проводилось по этапам.

1 этап. Терапевтический. Проводится комбинированно и состоит из манипуляций:

1.1. Профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта, включающая: обучение техническим навыкам личной гигиены – суперфлосс, подобранные по размеру ёршики, ирригатор, мягкая зубная щетка (5460 щетинок), зубная паста «PARADONTAX», снятие над- и поддесневых зубных отложений, антисептическая обработка карманов. Также в последние 4 года используем метод фотоактивируемой дезинфекции (ФАД) не только при лечении тканей пародонта, но и при эндодонтическом лечении зубов при ГПТС.

1.2. Обязательное депульпирование зубов, если глубина пародонтального кармана больше 6 мм, потому что сообщения микрофлоры области пародонтальных карманов и области пульпарной камеры – научно доказанный факт [3].



1.3 Временное шинирование по показаниям – для стабилизации зубных рядов. Временные шины применяются до момента наложения постоянного шинирующего аппарата. Временное шинирование позволяет устранить травматическое воздействие патологической подвижности и функции жевания, т. е. устранить один из патогенетических механизмов, поддерживающих гемодинамические нарушения при пародонтите. Шина обеспечивает равномерное распределение жевательного давления между пародонтом зубов, включенных в шину, создает покой пораженным тканям и способствует повышению эффективности патогенетической и симптоматической терапии зубных рядов. Применение временной шины позволяет разорвать патогенетическую цепь: воспаление – кровоснабжение – дистрофия – функция жевания, что способствует улучшению трофики тканей пародонта, снятию воспалительного процесса [4].

2 этап. Хирургический. Проводится через 1-3 месяца в плановом порядке, после того как мы добьемся клинически стойкой ремиссии (отсутствие кровоточивости, гноетечения). Целью хирургического вмешательства является устранение инфицированной ткани пародонтального кармана и снятие микробной биопленки с поверхности корня.

За 5-7 дней проводится антибактериальная терапия, назначается амоксиклав (аугментин) 250-375 мг, 3 раза в день + метронидазол 250 мг, 2-3 раза в день в течение 5-7 дней. С целью нормализации обменных процессов в костной ткани назначают препараты кальция.

Хирургическое лечение пародонтита состоит в проведении горизонтальных аркадообразных разрезов по краю десны, с рассечением вершин межзубных сосочков под острым углом к вертикальной оси зуба до дна пародонтального кармана. Отслаивание лоскутов проводят только до видимой здоровой кости. Затем следует удаление отсеченных тканей, грануляций, поддесневых зубных отложений и размягченного цемента корня с помощью ручных инструментов. Окончательную обработку поверхности корня зуба проводят с помощью ультразвуковых инструментов.

С целью улучшения костной регенерации мы применяли различные остеотропные препараты с введением в зону костных дефектов. Одновременно применяли зубосберегающие операции: гемисекцию зуба, ампутацию корня, премоляризацию и туннелирование. При дефектах зубных рядов и для первичной стабилизации зубного ряда использовались самофиксирующиеся мультимодальные имплантаты с эффектом памяти формы [5, 6].

3 этап. Протезирование. В комплекс ортопедического лечения входят:

- функциональное исследование;
- лечение сниженного прикуса;
- шинирование групп зубов;
- избирательное шлифование;
- временное протезирование;
- изготовление постоянных ортопедических конструкций

При сохранении полного зубного ряда с ослабленным пародонтом ортопедическое лечение предполагает шинирование подвижных зубов, т. е. их объединение в блок. Чаще же приходится одновременно решать сразу обе эти задачи, т. е. шинировать оставшиеся зубы и восстановить целостность зубного ряда.

При изготовлении постоянных металлокерамических шинирующих конструкций необходимо добиваться иммобилизации подвижных зубов, свободного доступа к тканям пародонта, обеспечения условий для проведения терапевтического и хирургического лечения, эстетичности конструкции. Постоянное шинирование проводится одновременно с протезированием зубов при наличии дефектов зубных рядов. Несъемные металлокерамические протезы обеспечивают надежное укрепление подвижных зубов, образуя блок, способный противостоять как единое целое горизонтальным и вертикальным окклюзионным нагрузкам.

В настоящее время показания к использованию металлокерамических конструкций расширены, и металлокерамические протезы применяются при пародонтите средней и тяжелой степени. К положительным свойствам металлокерамических протезов следует отнести биологическую инертность керамики.

Избирательное шлифовывание зубов мы проводили в период от 1 месяца до 3, так как преждевременные окклюзионные контакты играют ведущую роль в развитии травматической окклюзии и поражении тканей краевого пародонта.

Заключение. До настоящего времени чрезвычайно актуальной проблемой в стоматологии продолжает оставаться лечение генерализованного пародонтита тяжелой степени. В результате последних достижений, на основе мультидисциплинарного подхода существует возможность достигнуть долгосрочной реабилитации больных с ГПТС, с применением новейших открытий в области гигиены, эндодонтии, терапии, хирургической пародонтологии, ортодонтии, рационального протезирования с применением имплантатов с памятью формы.

Применение в комплексном лечении ГПТС имплантатов с памятью формы позволило получить у 95,7% пациентов хорошие результаты.

Включение в комплекс лечебных мероприятий временного шинирования до проведения хирургического вмешательства и последующее окончательное протезирование с подбором адекватных конструкций, позволяет добиться реабилитации больных генерализованным пародонтитом.

Полноценная реабилитация больных с генерализованным пародонтитом невозможна без понимания степени поражения и резервных возможностей каждого элемента и всей зубочелюстной системы.

Литература

1. Иванов, В.С. Заболевания пародонта / В.С. Иванов. – М.: МИА, 2001. – 300 с.
2. Григорян, А.С. Болезни пародонта / А.С. Григорян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина, О.А. Фролова. – М., 2004.
3. Цимбалистов А.В. Комплексное лечение генерализованного пародонтита тяжёлой степени с применением депульпирования зубов / А.В. Цимбалистов, Э.Д. Сурдина, Г.Б. Шторина, Е.Д. Жидких. – 2008. – 110 с.
4. Вольф Г.Ф. Пародонтология: атлас / Г.Ф. Вольф, М.Э. Райтецхак, К. Райтецхак. – 2008. – 548 с.
5. Садыков, Р.Х. Протезирование зубов на имплантатах с памятью формы: метод. пособие / Р.Х. Садыков. – Новокузнецк: Изд-во ВНЦП ИПФ, 2008. – 24 с.
6. Мамытова, А.Б. К вопросу об использовании зубных имплантатов с памятью формы в условиях повышенной плотности костной ткани: метод. пособие / А.Б. Мамытова. – Новокузнецк: Изд-во ВНЦП ИПФ, 2008г.
7. Walter B. Hall, «Decision making in periodontology» // Mosby Year Book, 1993.
8. Jill S. Nird-Gehrig «Fundamental of periodontal instrumentation» // Lippincott Williams & Wilkins. 2004.
9. Newman, M.G., Takei, H., Carranza, F.A., Carranza's Clinical Periodontology, 9th edition, 2002, W.B. Saunders Company.
10. M F Timmerman; G A van der Weijden Risk factors for periodontitis. International journal of dental hygiene 2006;4(1):2-7.
11. Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of periodontal disease. Vol. 3. – Chicago: Quintessence, 2002. P. 95-119.

COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH SEVERE PERIODONTITIS

B.V. TRIFONOV
O.S. KOZLOV

*Belgorod National Research
university*

e-mail: btc-9-0@mail.ru

The article presents the basic information and innovations in the field of periodontics, the treatment of severe periodontitis. Provided data on the phasing of treatment and the combined approach. Statistical data were processed for 10 years. The stabilization of teeth with severe periodontitis, with implants shape memory, after periodontal treatment were produced. Prosthetic rehabilitation of patients with coronal splinting of teeth with severe periodontal disease and implants with shape memory metal-ceramic structures.

Key words: severe periodontitis Stepney, imlantaty shape memory, integrated rehabilitatsiya.