

Хайрова Э.И., Лебедева С.Н., Харитоновна Т.Л.

**Особенности лечения пародонтита в зависимости от клинических проявлений**

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: доц. Суетенков Д.Е.

**Резюме**

В данной статье рассмотрены особенности лечения пародонтита в зависимости от этиологического фактора, клинических проявлений и классификации.

**Ключевые слова:** пародонт, пародонтит, лечение пародонтита

**Введение**

По данным ВОЗ (2002), около 80% детского населения и 95% взрослого населения планеты имеют те или иные признаки заболевания тканей окружающих и удерживающих зуб в альвеоле. Результаты исследований научного объединения ВОЗ показали, что высокий уровень заболеваний пародонта прогрессирует в возрасте 20 – 44 лет (65 – 95%) и 15 – 19 лет (55 – 89%). Распространенность заболеваний пародонта в России, в зависимости от возраста, колеблется от 48,2% - 12 лет, до 86,2% - 44 года, к 60 – 65 годам достигает 100%.

В ходе изучения собранных данных и проведения анализов удалось найти информацию, что лишь 12% людей имеют здоровый пародонт, у 53% отмечены начальные воспалительные изменения, 23% людей имеют начальные деструктивные изменения, а 12% страдают поражениями средней и тяжелой степени [1, 2, 3, 5].

Существует большое количество различных методов лечения пародонта, поэтому актуальным является оптимизация метода лечения в зависимости от клинической ситуации, ведь благоприятный исход лечения зависит от правильно поставленного диагноза и соответственно, составления протокола лечения [4, 6, 7].

**Цель:** адаптация протокола ведения пациентов с пародонтитом в зависимости от клинической ситуации.

**Материал и методы**

Проведен обзор медицинской литературы, научных статей.

**Результаты**

Организм любого человека со временем претерпевает незначительные изменения, связанные с нарушением некоторых функций. И даже если у человека были от природы крепкие и белые зубы, то к старости мало кому удается сохранить. Поэтому актуальным становится вопрос сохранения стоматологического здоровья значительной части населения страны. Важной составляющей его является улучшение показателей ортопедического стоматологического статуса людей: сохранение целостности имеющихся зубных рядов или возмещение имеющихся дефектов качественными зубными протезами. Пародонтит является воспалительным заболеванием, которое поражает практически все ткани, окружающие поверхность зуба, в том числе и связывающие его с челюстными костями.

Распространенность пародонтита достигает почти 100%, проявления которого, начиная с 35-40 лет. Тяжелые формы пародонтита составляют 20-40%. Особые разновидности пародонтита, такие как юношеский пародонтит 0,1-0,4%, и быстро прогрессирующий пародонтит 2-5%, среди основной массы населения встречается редко (ВОЗ, 2002).

Возникновение пародонтита происходит в результате влияния общих факторов, таких как общесоматические заболевания, которые влияют на гемодинамику пародонта, микрофлору ротовой полости, состояние костной ткани, общий и местный иммунитет. К ним относятся: заболевания сердечно-сосудистой и нервной системы, нарушения эндокринных желез, заболевания крови. Нередко оказывают влияние наследственная предрасположенность, дисбаланс витаминов, нерациональное и не сбалансированное питание, профессиональные вредности и вредные привычки, неблагоприятные условия окружающей среды, стрессовые состояния [6, 7, 8, 9, 10, 11].

Среди местных факторов ведущим является инфекционно – микробный, то есть образование зубных отложений и начальные стадии воспаления десен, не получившие своевременного лечения. Так же пародонтит возникает в следствии нарушения кровообращения в пародонте, к ним относятся патологии зубочелюстной системы, функциональная перегрузка пародонта, недостаточная или чрезмерная окклюзионная нагрузка, парафункции жевательных мышц; патология уровня прикрепления уздечек губ и языка. Зачастую ошибки, допущенные при лечении, приводящие к травматическому воздействию на десну: травматическое препарирование зубов, нависающие края пломб, отсутствие межзубных контактов, хроническая травма десневого сосочка, широкие или длинные коронки, отсутствие экватора) так же могут послужить развитию пародонтита [12, 13, 14].

Классифицируют пародонтит по течению на острый и хронический. Хронический пародонтит подразделяют на две стадии: стадия обострения и стадия ремиссии. В зависимости от степени тяжести выделяют легкую, среднюю и тяжелую степень. В зависимости от локализации бывает локализованный пародонтит и генерализованный. Существует агрессивные формы пародонтита: препубертатный пародонтит, ювенильный пародонтит, быстро прогрессирующий пародонтит, рефрактерный пародонтит, язвенно-некротический.

### **Острый пародонтит**

Зачастую является очаговым и имеет внезапное начало с выраженной клинической картиной. Появляются сильные боли, кровоточивость дёсен, воспаление десны на определённом участке, появление боли при жевании зубами, расположенными в этой области.

Выделяют три стадии заболевания:

- Легкая степень - видимые изменения отсутствуют, но появляется зуд, кровоточивость и гиперестезия в области десен.
- Средняя степень - появляются боль, повышенная кровоточивость и рыхлость десен, зубодесневые карманы, подвижность зубов.
- Тяжёлая степень - происходит атрофия десен и альвеолярных отростков с обнаженными шейками зубов, что в итоге приводит к их выпадению.

Лечение всех стадий острого пародонтита должно проводится комплексно. Общее лечение заключается в повышении иммунной системы организма рациональным питанием, биологически активными веществами и витаминами. Местное лечение включает в себя: снятие зубного камня, массаж десен и промывание дёсен дезинфицирующими растворами, с последующим правильным гигиеническим уходом за полостью рта и, при необходимости, протезированием.

### **Хронический пародонтит**

В течение заболевания происходит чередование фаз обострения и ремиссии.

В зависимости от выраженности патологических изменений в пародонте, выделяют 4 степени тяжести хронического пародонтита:

- Начальная степень - отмечается зуд и пульсацией в деснах, рыхлые кровоточащие дёсны, ощущение дискомфорта при пережевывании пищи, появляется неприятный запах изо рта. При осмотре полости рта выявляются признаки катарального гингивита, наличие зубных отложений и неглубоких зубодесневых карманов, но при этом зубы сохраняют свою неподвижность.
- Легкая степень - характеризуется прогрессированием патологических изменений. Усиливается болезненность, отёчность и кровоточивость десен. Быстро скапливается мягкий зубной налет, образуется зубной камень, шейки зубов обнажаются и приобретают гиперчувствительность. При осмотре ротовой полости выявляются признаки гингивита, зубодесневые карманы при надавливании на них, выделяют гной. Начинается расшатывание зубов.
- Средняя степень – усиливается неприятный запах изо рта, кровоточивость десен, десны изменяются в цвете, наблюдаются гнойные выделения карманов, щели между зубами, оголение и гиперчувствительность шеек зубов к температурным и химическим воздействиям. Зубы подвижны.
- Тяжелая степень - отличается выраженной симптоматикой: усиленная боль, кровоточивость десен, подвижность и смещение зубов, отёчность десен, обильные зубные отложения, диффузный гингивит. Отмечается выпадение отдельных зубов.

Обострение хронического пародонтита сопровождается резким ухудшением общего состояния больного, наблюдается выраженная общая интоксикация, появляется резкая пульсирующая боль. Степень выраженности хронического пародонтита определяется на основании данных рентгенографии и ортопантомографии. Для определения микробной обсемененности зубодесневых карманов проводится ПЦР-соскоб, бактериологический посев на питательные среды. Хронический пародонтит дифференцируют с гингивитом и пародонтозом на основании данных биопсии десны.

Лечение зависит от степени выраженности и включает в себя нехирургические и хирургические методы. При начальной и легкой форме проводится консервативное лечение, которое включает в себя удаление зубных отложений и обработка слизистой оболочки полости рта антисептическими препаратами: перекисью водорода, хлоргексидином, фурацилином, дополняют лечение противовоспалительные аппликации. Назначаются физиотерапевтические процедуры: электрофорез, лазеротерапию, дарсонвализацию, ультрафонофорез, озонотерапию. Далее пациенту даются рекомендации по соблюдению гигиены полости рта и использованию средств гигиены [1-3, 5].

Лечение средней степени дополняется антибактериальной терапией для повышения иммунитета, далее проводится закрытый и открытый юретаж с медикаментозной обработкой зубодесневых карманов. При необходимости, проводится лечебное шинирование подвижных зубов.

Лечение тяжелой степени проводится сочетанием терапевтических хирургических методов. Помимо процедур местной и системной противовоспалительной терапии, по показаниям, производится удаление зубов с патологической подвижностью, гингивэктомия, лоскутные операции, осуществляется вскрытие пародонтальных абсцессов.

При своевременном и правильно проведенном комплексном лечении хронического пародонтита и дальнейшем соблюдении пациентом рекомендаций с, функция зубочелюстной системы может быть восстановлена на длительный срок.

### **Генерализованный пародонтит**

Характеризуется кровоточивостью, отёчностью и рыхлостью дёсен, зудом, пульсацией и жжением в области десен, болевые ощущения при жевании пищи, неприятным запахом изо рта, наличием зубных отложений, образованием зубодесневых карманов. Кроме перечисленных симптомов, так же характерно расшатывание и смещение зубов, повышенная восприимчивость зубов к температурным раздражителям, затруднения при пережевывании пищи.

В тяжелых случаях генерализованный пародонтит может сопровождаться общей интоксикацией, увеличением регионарных лимфоузлов, острой болезненности в области десен. При этом наблюдается обильное скопление мягкого зубного налета и зубного камня, множественные пародонтальные карманы, зачастую с гнойным содержимым. В запущенных стадиях генерализованный пародонтит может привести к образованию пародонтальных абсцессов, свищей и выпадению зубов.

При хроническом генерализованном пародонтите в стадии ремиссии зубные отложения и гноетечение отсутствуют. Десна бледно-розового цвета, корни зубов могут быть обнажены, при это резорбция костной ткани отсутствует.

В зависимости от тяжести заболевания выделяют три степени генерализованного пародонтита:

- Легкая степень – глубина зубодесневых карманов составляет 3,5 мм; резорбция кости не превышает 1/3 длины корня зуба;

- Средняя степень - глубина зубодесневых карманов до 5 мм; резорбция костной ткани составляет 1/2 длины корня зуба;
- Тяжелая степень – глубина зубодесневых карманов более 5 мм; резорбция костной ткани превышает половину длины корня зуба.

Лечение генерализованного пародонтита должно быть комплексным. Включает местное консервативное и хирургическое лечение; общую противовоспалительную и иммуномодулирующую терапию. В комплексную терапию по показаниям включают физиотерапию (лекарственный электрофорез, дарсонвализация, ультрафонофорез, лазеротерапия, магнитофорез), гирудотерапию, озонотерапию, апитерапию, фитотерапию.

При легкой степени заболевания проводится удаление зубного налета, медикаментозная обработка зубодесневых карманов антисептиками, нанесение пародонтологических аппликаций [11 - 14].

При лечении пародонтита средней тяжести к вышеуказанным процедурам добавляется кюретаж пародонтальных карманов, наложение лечебных повязок, пришлифовывание поверхностей зубов. При необходимости, удаляются корни зубов или отдельные зубы, проводится лечебное шинирование и ортопедическое лечение, а также общая терапия.

Лечение генерализованного пародонтита тяжелой степени может потребовать дополнительного хирургического вмешательства: удаление зубов III-IV степени подвижности, проведение гингивотомии или гингивэктомии, лоскутной операции, вскрытие пародонтальных абсцессов. По показаниям выполняется пластика преддверия полости рта, остеогингивопластика, пластика уздечек языка и губ. При тяжелом течении болезни обязательным является проведение противовоспалительной иммуномодулирующей терапии и витаминотерапии.

#### ***Локализованный пародонтит***

Зоной локализации очагового пародонтита является небольшая группа зубов или тканей вокруг них. Эта форма заболевания имеет острую форму течения, которая при отсутствии лечения переходит в хроническую стадию.

Заболевание возникает, внезапно со следующими ярко выраженными симптомами на определенном участке десны: боль при жевании, кровоточивость, покраснение, отечность.

Лечение очагового пародонтита должно быть комплексным. Первым этапом устраняются причины, способствовавшие возникновению заболевания, а второй этап направлен непосредственно на лечение самого очага поражения. Общего лечения при очаговом пародонтите не требуется, так как процесс носит местный характер.

Устранение причин заболевания включает в себя снятие травмирующих коронок и нависающих пломб, удаление зубных отложений и антибактериальную терапию. При глубоком прикусе, глубоком резцовом перекрытии, прогении производят избирательную пришлифовку тканей зуба. Антибиотикотерапию назначают для ликвидации очага инфекции, выбор делают в пользу антибиотиков широкого спектра действия, ими могут быть тетрациклин или метронидазол.

К хирургическим методам прибегают при выявлении абсцесса и глубоких пародонтальных карманов: производят вскрытие нагноений, очистку поврежденных поверхностей и в последующем обработку зубодесневых карманов.

Далее пациента направляют к стоматологам - ортопедом, где делается выбор конструкции лечебных ортопедических аппаратов.

#### ***Ювенильный пародонтит***

Ювенильный пародонтит характеризуется быстрым разрушением тканей пародонта с последующим образованием зубодесневых карманов, смещением и патологической подвижностью зубов. Процесс может начинаться практически бессимптомно, без наличия в большом количестве налета и боли. В начале заболевания происходит симметричное поражение пародонта в области резцов и первых моляров. Смещение первых резцов и моляров происходит в губном, щечном и дистальном направлениях. Появляются диастемы.

Ювенильный пародонтит, при отсутствии надлежащего лечения, может принять и генерализованную форму, когда в патологический процесс вовлекается весь полностью зубной ряд.

Во время начатое лечение десмонтоза открывает возможность сохранения зубов у больных. Лечение ювенильного пародонтита в настоящее время проводят с применением антибиотиков в сочетании с местным лечением: проведением кюретажа, гингивотомии с предварительной депульпацией зубов и введением препаратов, усиливающих репаративную регенерацию костной ткани. При уже развившихся стадиях может потребоваться удаление поврежденных зубов и проведение ортопедического лечения.

#### ***Рефрактерный пародонтит***

Рефрактерным пародонтитом называется вид пародонтита, который продолжает развиваться, несмотря на постоянное проведение терапевтических мероприятий.

Заболевание протекает с большим количеством осложнений и сопровождается потерей костной ткани одновременно в нескольких участках.

После массовой потери опорных тканей, происходит потеря зубов. При лечении используется антибактериальная терапия. Прогноз не благоприятный. К отсутствию ремиссии и излечения приводят плохая гигиена полости рта, нерегулярное обращение на повторные осмотры и, соответственно, отсутствием поддерживающего лечения.

#### ***Препубертатный пародонтит***

Возникающий после прорезывания молочных зубов. Заболевание характеризуется почти полным преждевременным выпадением зубов у детей в раннем возрасте из-за нарушения прикрепления десны к зубам и тяжелой деструкции альвеолярной кости. Десневая ткань при этом, проявляет выраженные признаки воспаления. Иногда наблюдается ретракция десны с образованием трещин. Процесс, начиная с потери молочных зубов, распространяется в дальнейшем на зачатки постоянных зубов. Первым признаком заболевания является покрытие зубов мягким налетом. Затем присоединяется крайняя подвижность зубов. При этом, ребенок боли не ощущает.

Нехирургические методы лечения воспалительного процесса тканей пародонта такие же, как и у взрослых - это профессиональная гигиена полости рта и различные физиотерапевтические процедуры. Могут потребоваться также и хирургические вмешательства, например, коррекция уздечки губы.

#### ***Быстро прогрессирующий пародонтит***

Патологический процесс локализуется одновременно в области нескольких зубов. Иногда быстро прогрессирующий пародонтит может сопровождаться с такими системными заболеваниями, как сахарный диабет [7, 9, 12], или синдром Дауна. При этой форме заболевания происходит моментальное разрушение костной ткани, при этом, активные периоды чередуются с периодами ремиссии. В активный период наблюдаются выраженные признаки воспаления пародонта, выделение гнойного экссудата из зубодесневых карманов, что влечет за собой обширные поражения костной ткани. В периоды ремиссии десна воспалена слабо, разрушение костной ткани не прогрессирует.

Быстро прогрессирующий пародонтит может быть купирован в результате проводимой терапии, но, известно, что заболевание нередко возникает повторно.

Лечение проводится в несколько этапов:

- Консервативное лечение включает в себя удаление зубных отложений, назначение физиотерапевтических процедур, антисептической обработки и противовоспалительных аппликаций.
- Антибиотикотерапия для подавления патологических микроорганизмов, вызвавших воспаление.
- Хирургическое лечение включает в себя ликвидации пародонтальных карманов с обработкой корней зубов и костных дефектов альвеолярного отростка, которые заполняются синтетическим трансплантатом, и в последующем пародонтальные ткани ушиваются. При выраженном разрушении костной ткани и альвеолярного отростка после проведения лоскутных операций патологически измененных тканей и заполнения костных карманов препаратом для заполнения костных полостей – «Коллапан», через 10-12 дней после хирургического лечения должна наблюдаться стабилизация процесса и значительное снижение патологической подвижности зубов в зоне проведенного оперативного вмешательства. Это позволит максимально сохранить и укрепить подвижные зубы, а впоследствии на этапах ортопедического лечения использовать как опору для различного вида зубных протезов.

#### ***Язвено – некротический пародонтит***

Имеет острое начало, предшествующий период может продолжаться до двух суток. В этот период появляются общие симптомы. Параллельно с ними наблюдаются катаральные явления в виде отека, покраснения десен, появляются зуд и болевой синдром. При чистке зубов или жевании, десны начинают кровоточить. С течением времени в верхней части края десны формируются язвочки, которые окружены бело-серой каймой и представляют собой участки некроза тканей. При попытке удалить налет будет появляться кровоточивость.

В результате омертвления тканей появляется гнилостный запах изо рта. Даже регулярная чистка зубов не позволяет избавиться от этого неприятного запаха. У таких больных нередко выявляется скопление остатков пищи между зубами. Заболевание может протекать в легкой, средней и тяжелой формах.

Основными симптомами являются общая интоксикация, диспепсия, нарушение сна, увеличение лимфатических узлов, неприятный запах изо рта, кровоточивость и болезненность десен, зуд, появление вязкой и тягучей слюны.

Лечение язвенно-некротического пародонтита может быть как общим, так и местным. Основные методы лечения данного заболевания включают в себя: профессиональную чистку зубов от налета и зубного камня, шлифовку острых краев зубов, применение местных обезболивающих средств (Лидокаин или Новокаин), использование антибактериальных средств в виде растворов и суспензий, соблюдение диеты.

Обезболивающими препаратами необходимо смазывать участки изъязвления в области десен. Из антимикробных препаратов чаще всего применяются раствор хлоргексидина, перекись водорода или Метронидазол в форме суспензии.

Лечить можно путем проведения аппликаций протеолитических ферментов (трипсина). Для устранения воспаления десен используются аппликации или же проводится полоскание.

Немаловажное значение в лечении язвенно-некротической формы гингивита имеют физиотерапевтические методы, к которым относятся лазеротерапия, ультрафонофорез, ультрафиолетовое облучение. Для укрепления организма целесообразно назначение витаминов. Диета предполагает исключение из рациона продуктов, которые способны раздражать слизистую оболочку десен.

В случае неэффективности консервативной терапии, когда имеются обширные некротизированные участки, может потребоваться хирургическое вмешательство. Проводится удаление некротизированных тканей. Чтобы предупредить рецидивы заболевания, после лечения организуется тщательная санация полости рта. При адекватном и своевременном лечении улучшение самочувствия больного наступает уже через несколько дней. На фоне лекарственной терапии происходит эпителизация язв.

#### **Заключение**

1. Распространенность пародонтита во всем мире достигает почти 100%, в России достигает 86%.
2. Ведущими факторами развития пародонтита является несоблюдение гигиены полости рта, травматические факторы, связанные с неправильным расположением зубов, гипертонусом жевательной мускулатуры, нарушениями прикуса.
3. Выбор тактики лечения пародонтита зависит от степени тяжести клинических проявлений, поэтому важна точная диагностика степени поражения, после чего составляется план лечения в соответствии с индивидуализированным подходом с учетом показаний и противопоказаний к отдельным методам лечения. Независимо от стадии пародонтита лечение должно проводиться комплексно: общее, и местное. Лечение легкой степени начинают с нехирургических методов, то есть проводят профессиональную гигиену полости рта, удаляя зубные отложения, дополняют лечение физиотерапией и массажем для улучшения кровообращения в области поврежденных участков, затем назначают противовоспалительные процедуры. При средней и тяжелых формах пародонтита при неэффективности терапевтических методов проводится хирургическое лечение.

**Литература**

1. Григорьян А.С., Грудянов А.И, Рабухина Н.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение: [руководство для врачей] // Медицинское информационное агентство, 2004. С. 63–90.
2. Данилевский Н.Ф., Борисенко А. В. Заболевания пародонта. 2000. С. 5–6; 113–143.
3. Bartold P.M., Marshall R.I., Georgiou T. Заболевания пародонта / Пародонтология. 2003. №3. С. 3–9.
4. Колесова Н.А. Концепция гетерогенности болезней пародонта, определяющая особенности лечебной практики // Колесова Н.А., Политун А.М., Колесова Н.В. // Современная стоматология. 2006. №3. С. 61–64.
5. Бабаджанян С.Г., Казакова Л.Н. Влияние эндокринной патологии на развитие и течение заболеваний в полости рта // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9. № 3. С. 366-369.
6. Короткова А.П. Диагностическое значение стоматологического статуса электролитного состава ротовой жидкости при неспецифических хронических гастродуоденитах у детей // Стоматология детского возраста и профилактика. 2002. №1-2. С. 40.
7. Худякова А.С., Таилов Т.Т., Петрова А.П. Изменения в тканях пародонта у пациентов с сахарным диабетом // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 4. С. 245-246.
8. Цепов Л. М. Межсистемные связи при болезнях пародонта // Л. М. Цепов, А. И. Николаев // Пародонтология. 2003. №2. С.19–24.
9. Epidemiology, etiology and prevention of periodontal diseases. Report of WHO Scientific Group // Geneva, 2001, 179 p.
10. Петрова А.П. Комплексная оценка общих и местных факторов риска развития кариеса у детей 11-14 лет с хроническим гастродуоденитом/диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет". Волгоград, 2004. С.45.
11. Петрова А.П., Лепилин А.В., Суетенков Д.Е. Эффективность дифференцированного подхода к проведению лечебно-профилактических мероприятий у детей с гастродуоденальной патологией// Стоматология детского возраста и профилактика. 2003. № 3-4. С. 13.
12. Periodontal changes in liver cirrhosis and post - transplanted patients. I Clinical findings // O. Oettinger — Barak,S. Barak, E. E. Machtei et al. // J. Periodontal. 2001. Vol. 72, № 9. P. 1236–1240.
13. Herbert M. О проблемах определения риска возникновения пародонтита / Michel Herbert // Стоматология. - 2003. №3. С. 17–19.
14. Straka M. Parodontitis a diabetemellitus / M. Straka // Progresdend. 2001 год. № 6. S. 10 -12.
15. Караков К.Г., Власова Т.Н., Оганян А.В., Ерёмченко А.В., Хачатурян Э., Мордасов Н.А., Цурова М.А., Сеираниду З.А. Приоритетный подход в пародонтальной терапии // Научный альманах. 2015. № 10-3 (12). С. 329-333.
16. Караков К.Г., Власова Т.Н., Оганян А.В., Трощиева Д.О. Тактика врача-стоматолога при лечении микотических пародонтитов // Дентал Юг. 2012. № 7. С. 36.
17. Караков К.Г., Золотов Р.В., Касимова Г.В., Саркисов А.А. Болезни пародонта. методы лечения, лекарственные средства // Ставрополь, 2013. (2-е издание, дополненное). С. 187.