

Т.Н. Модина, М.В. Болбат, О.Г. Углова,
Ю.Ю. Дятлова, С.В. Бондаренко,
Б.В. Кащеев, Н.О. Уржумова,
Л.В. Бабусенко, Д.В. Хлус, С.И. Азиева

ИУВ ЦМХЦ им. Н.И. Пирогова

Стоматологическая клиника «Арпа Классик»,
Москва

Специализированная стоматологическая
клиника по лечению заболеваний
пародонта «Стопроцентная
пародонтология», Бердск

Обоснование комплекса лечебных мероприятий для пациентов с пародонтитом

Чтобы быть врачом, недостаточно научиться заимствовать мысли чужих сочинений. Нужно самому понимать и уметь рассуждать.

Парацельс (1493—1541)

В современном мире новые технологии и научные разработки все чаще внедряются в нашу повседневную жизнь. Мы не успеваем изучить одну, а на смену уже летят другие.

В последние десятилетия на стоматологических конференциях, конгрессах, выставках, семинарах активно рекламируются технологии, инструменты, методики, которые, с точки зрения производителя и рекламы, являются самыми прогрессивными и лучшими в лечении стоматологических пациентов. И каждый производитель старается показать только преимущества, важность и необходимость применения этих технологий в клинической практике для лечения многих заболеваний. Однако мы часто забываем о том, что перед нами не механизм, а человек, живое создание природы, которое имеет свою индивидуальность в сопротивлении организма и ответных реакциях. И только сама Природа, которая регулирует все процессы, способна дать нам исчерпывающий ответ на применение и получаемые отдаленные результаты деятельности новых технологий в организме.

Известно, что при развитии патологического процесса происходит сбой защитных реакций организма, нарушается вся система их взаимоотношений. По словам великого врачевателя XVIII в. Ганемана, по определению которого «Всякая болезнь (не хирургическая) состоит в динамическом уклонении жизненной силы от нормального поведения».

В данной статье, не претендуя на лавры первооткрывателей, мы решили поделиться некоторыми собственными соображениями и высказать свою точку зрения,

опираясь на известные данные литературы и свой клинический опыт.

Сегодня патологические процессы в тканях пародонта очень помолодели, и все чаще встречаются среди пациентов, многим из которых нет еще и 25 лет. Лечение таких пациентов представляет собой сложный и длительный процесс, требующий комплексного индивидуального подхода, учитывающего клиническую ситуацию, тяжесть и особенности течения, наличие сопутствующих заболеваний.

Современная пародонтология требует интеграции всех стоматологических специальностей и фундаментальных теоретических знаний фармакологии, гистологии, биохимии, иммунологии, лимфологии, а также дерматологии, эндокринологии и инфекционных болезней. И, конечно, стоматолог должен обладать знаниями биомеханики в полости рта. Механистическое отношение к лечению воспалительно-деструктивных процессов тканей пародонта часто не приносит желаемых результатов. При этом потеря костной ткани, которая неоднородно поражает различные участки альвеолярного отростка, приводит к образованию новых костных дефектов и к потере зубов. Обмануть природу путем так называемой трансформации зубов с помощью реставраций и коронок, а также аппликаций и физиотерапии не удастся, а отрицательные результаты недолго остаются незамеченными.

Вследствие этого в комплексное лечение таких пациентов входят не только терапевтические, ортопедические и ортодонтические методы, но и пародонтальная хирургия, основной целью которой является

восстановление морфофункциональной активности зубов за счет устранения костных дефектов на пародонте, с использованием различных остеопластических препаратов биологического и синтетического происхождения и имплантологии (рис. 1).



Рис. 1. Этап лоскутной операции у пациента К., 33 лет, с применением гиалулата



Рис. 2. Состояние тканей пародонта у пациента М., 18 лет, до лечения, сразу после проведения мини-инвазивной терапии «Вектор-системы» и на 5-е сутки

Конечно, многим пациентам, у которых отмечается выраженная деструкция костной ткани и подвижность зубов, предлагается удаление и восстановление зубных рядов ортопедическими конструкциями на имплантатах. Однако не всегда такое лечение устраивает наших пациентов. И это связано не только с большими затратами, а прежде всего с осложнениями, о которых умалчивают многие врачи. Прежде всего появление периимплантитов и отторжение имплантатов, которые наблюдаются у пациентов с агрессивными формами пародонтита. Нельзя забывать о том, что при сохранении определенной группы зубов у таких пациентов реколонизация идет по патогенному типу, в результате которой происходит постоянное инфицирование тех участков, где была проведена установка имплантатов. В такой ситуации необходимо постоянное наблюдение и проведение каждые три месяца профессиональной гигиены и поддерживающей миниинвазивной терапии «Вектор-системы» (рис. 2).

При отсутствии таких мероприятий риск инфицирования очень велик, в отличие от хронических генерализованных процессов на пародонте, где результаты комплексного лечения дают стабильную и длительную ремиссию (рис. 3, 4).

Однако психологическое состояние пациента, страх потерять все зубы, которые, с его точки зрения, качаются давно,

но он ими жует, и они его практически не беспокоят, заставляет больных искать альтернативные пути лечения патологии с максимальным сохранением своих зубов. А если среди своих друзей уже имеется горький опыт имплантации, наличие хронических синуситов после синус-лифтинга, то такой пациент будет бежать от имплантации, как от чумы. И это его право. Знания физиологических процессов в полости рта и применение современных технологических процессов и методик позволяет врачу индивидуально составить комплекс лечебных мероприятий с учетом клинических симптомов и наличия парафункций, возраста и сопутствующей патологии. Поэтому те патологические изменения в полости рта, с которыми нам приходится встречаться,



Рис. 3. Хирургический этап лечения пациента М., 53 лет: удаление зубов с одновременной установкой имплантатов на верхней челюсти с использованием кроссбона и мембраны, и фиксацией временного протеза

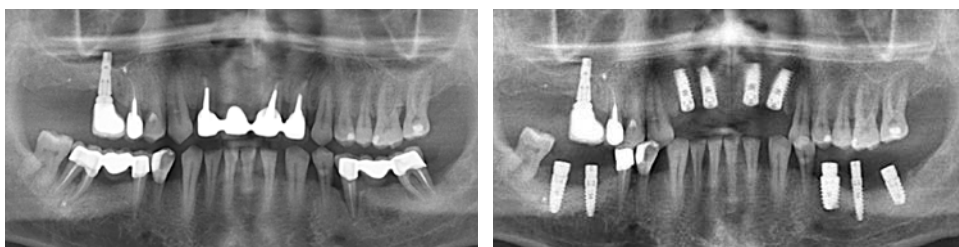


Рис. 4. Ортопантомограмма до лечения и через 2 мес после установки имплантатов у пациента М., 53 лет

требуют глубокого анализа и выбора тех мероприятий, которые помогут вернуться пациенту к «исходной позиции», возможности улыбаться, жевать и чувствовать себя комфортно (рис. 5).

Необходимо отметить, что в комплексе лечебных мероприятий особое внимание уделяется эндодонтическому лечению зубов (рис. 6).



Рис. 5. Пациентка Л., 45 лет, до и после реставрации винирами (в течение 8 мес проводилась сплнт-терапия)



Рис. 6. Эндодонтическое лечение зубов у пациента К., 28 лет, с применением наконечника и витапекса: после обработки каналов Rinsendo кальцийсодержащий материал проникает во все ответвления каналов и выводится за верхушку зуба для усиления процессов регенерации костной ткани в периапикальных зонах



Исследователи, занимающиеся вопросами взаимного влияния пульпы и пародонта, до сих пор не пришли к единому мнению. Если влияние инфицированной пульпы зуба на ткани пародонта не вызывает вопросов, то обратное взаимодействие как подтверждается, так и опровергается в специальной литературе.

Тем не менее отечественные и зарубежные ученые отмечают, что в развитии патологического процесса как в пульпе, так и в пародонте немаловажное значение имеют изменения общей и местной защиты. Показана роль сочетанного действия иммунных и нейромедиаторных факторов как оценки иммунного статуса пациентов с помощью люминесцентно- и иммуно-гистохимических методов морфологического исследования пульпы зубов при пародонтите.

В комплексе лечебных мероприятий у пациентов с воспалительно-деструктивными процессами на пародонте важная роль отводится также и ортодонтическому этапу, который является актуальным и направлен на устранение дезокклюзии, восстановления окклюзионной высоты, окклюзионных контактов и ремоделирование костной ткани альвеолярного отростка (рис. 7).

Мы постоянно сталкиваемся с различными реальными проблемами пациентов, и поэтому глубоко убеждены, что теоретические изыски в некоторых ежедневных вопросах, которые задают себе врачи, составляя план лечения, иногда лишены актуальности, если они являются самоцелью, а не служат основой решения комплексно поставленных задач.



Рис. 7. Этап ортодонтического лечения у пациента И., 48 лет

Подчас распутать сложный клубок проблем под силу только команде специалистов. После постановки диагноза необходимо грамотно составить комплексный предварительный план лечения, учитывая в нем все медицинские показания, возможности решения проблем, риски и долгосрочную прогнозируемость результатов, а также пожелания пациента, его готовность и мотивированность к длительному и многоэтапному лечению и, исходя из всего этого, решать вопросы о лечении конкретных зубов.

Для наглядности приводим клинический пример комплексного лечения пациентов с генерализованными процессами на пародонте, сопровождаемыми вторичной деформацией зубных соотношений челюстей, выраженной деструкцией костной ткани альвеолярного отростка и потерей зубов.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

В клинику обратилась пациентка М., 36 лет, с жалобами на гноетечение в области фронтальной группы зубов нижней челюсти, неприятный запах изо рта. Из анамнеза выявлено: страдает заболеванием с 16 лет, когда впервые появилось воспаление десен и незначительная подвижность фронтальных зубов, первых моляров. Лечение не проводилось. После родов пациентка вновь обратила внимание на ухудшение состояния в полости рта. Лечение проводили в районной стоматологической поликлинике, которое включало в себя снятие зубных отложений, аппликацию лекарственных веществ и физиотерапию. Пациентка отмечала кратковременное улучшение. Последние два года обострения происходили каждые 3 мес. После проведенного клинического и рентгенологического обследования был поставлен диагноз: агрессивный (быстропрогрессирующий) пародонтит тяжелой степени.

После профессиональной гигиены (система Vector), антибактериальной терапии и санации полости рта проведено хирургическое лечение (лоскутные операции в технике Рамфьорд в области верхней и нижней челюсти) с одновременной имплантацией церасорба и обогащенной тромбоцитарной массой (PRP) и фибриновой мембраной (PPP) в костные карманы,

полученными методом двойного центрифугирования крови пациентки. После проведения оперативного вмешательства состояние удовлетворительное. Жалоб пациентка не предъявляла. Зубы устойчивы, неподвижны. Через 2 мес после снятия швов была проведена фиксация несъемной ортодонтической техники для коррекции соотношения челюстей. Ортодонтическое лечение проводилось в течение 1,4 мес. После его окончания проведено шинирование фронтальных зубов гласспаном. Пациентка находится на диспансерном лечении.

Хотелось бы для читателей данной статьи и тем, кто интересуется пародонтальной хирургией, дать несколько рекомендаций.



Состояние до лечения



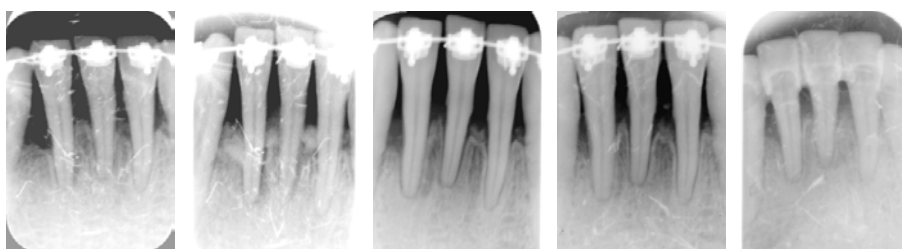
Этапы лоскутной операции



Состояние через 1 год



Состояние через 3 года



До лечения

После имплантации

Через 3 мес

Через 6 мес

Через 1 год

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НА ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

На этапе лоскутных операций из костных дефектов тщательно удаляется грануляционная ткань, полируются корни зубов, обрабатываются костные стенки и сглаживаются острые края альвеол для формирования костного ложа.

При использовании остеопластического материала синтетического происхождения его пропитывают кровью, а затем заполняют костные дефекты. Затем проводится плотная фиксация лоскута нерезорбируемым шовным материалом.

По показаниям используются резорбированные и нерезорбируемые мембраны синтетического происхождения — Cytoplast, Epi-Gaide, титановая и др.

В случае послеоперационного прорезывания синтетической мембраны (до 3 нед) рекомендуется активное наблюдение с антисептической обработкой, при этом удаление мембраны не производят.

При использовании тканевой инженерии остеопластический материал пропитывается обогащенной тромбоцитами плазмой (PRP), подготовленной методом двойного центрифугирования крови пациента. Затем для активации полученной массы вносится 5% раствор хлористого кальция (4 капли на 1 мл плазмы) и протромбин или несколько капель крови их костного дефекта.

Пациентам после профессиональной гигиены и на этапах послеоперационного ведения рекомендуется антисептическая обработка маргинальной десны йодогликолевой пастой.

Проведение дальнейших мероприятий по восстановлению окклюзии, зубного ряда и шинирования зубов во многих случаях является заключительным этапом



активного комплексного лечения. Такие мероприятия могут сочетаться с хирургическим этапом лечения.

В заключение хотелось бы обратить внимание на необходимость тщательного учета всех входящих данных обследования (в том числе и ретроспективных материалов, если таковые находятся у пациента), составление по возможности нескольких предварительных планов комплексного лечения и согласование их с пациентом. При составлении договора акцентируйте внимание пациента на том, что даже согласованный с ним план в силу объективных причин может изменяться в процессе лечения. Необходимо склоняться к наиболее предсказуемому лечению, чтобы не иметь в перспективе отдаленных осложнений.

Таким образом, мы не остались голословными, а на клинических примерах показали системный подход комплексного лечения пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта, которое, как правило, проводится в течение длительного периода, и требует терпения не только от пациента, но и врача...

А терпение — это сокровище на всю жизнь (старинная японская пословица).

Прогнозируемая пародонтология и легкое решение сложных проблем в гнатологии — курс в учебном центре «ТВИ Company»

Тел.: (495) 695-17-96, +7 (964) 704-14-21 (Дианов Павел)

stomakursy.ru www.tbi.ru tbi1@bk.ru