



Поздравляем с юбилеем!
Как в букете прекрасных цветов, в нашем поздравлении собраны слова нежности, любви и глубокого уважения к коллеге, профессору, замечательной, жизнелюбивой, деятельной и красивой женщине, доктору Тамаре Николаевне Модиной.
Счастья, здоровья и благополучия на долгие годы!

Редколлегия журнала «Клиническая стоматология»



Т.Н. Модина^{1,2},
 д.м.н., Phd, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии;
 генеральный директор

Ю.Ю. Вольвач²,
 врач-стоматолог

Б.В. Кащеев²,
 врач-стоматолог-ортопед

А.В. Петрук²,
 врач-ортодонт

Л.В. Бабусенко²,
 врач-стоматолог-терапевт

¹ НМХЦ им. Н.И. Пирогова

² Стоматологическая клиника
 «АРПА Классик», Москва

Комплексное лечение пациентов с генерализованным пародонтитом

*Избавить от тяжелой болезни может врач,
 достигший вершин искусства медицины.
 Гиппократ*

Резюме. Лечение пародонтологических пациентов представляет собой комплекс мероприятий, включая профессиональную гигиену, антибактериальную и мини-инвазивную терапию с применением системы Вектор. Важная роль отводится хирургическим вмешательствам, ортодонтическим и ортопедическим методам, направленных на ремоделирование костной ткани альвеолярного отростка, восстановление морфофункциональной активности зубов и окклюзии.

Ключевые слова: пародонтит, комплексное лечение, окклюзия

Summary. Treatment of periodontal patients is a complex of medical actions, including professional oral hygiene, antibacterial and mini-invasive therapy by Vector system. An important role is given to surgery, orthodontic and orthopedic methods for alveolar bone remodeling, restoring the morphofunctional activity of the teeth and occlusion.

Key words: periodontitis, complex of treatment, occlusion

В повседневной жизни в стоматологическую клинику обращаются большое количество пациентов с заболеваниями пародонта. Среди них особого внимания заслуживают пациенты с генерализованным пародонтитом тяжелой степени, патологические процессы которых часто сопровождаются подвижностью зубов, выраженным воспалением, вторичной деформацией окклюзии, эстетическими дефектами [1, 2, 9]. При этом сами

пациенты страдают не только от своего заболевания, которое нередко сопровождается депрессией и угнетенным состоянием, а также, по мнению многих пациентов, отсутствием правильного лечения, предлагаемого специалистами. Пациентов часто изматывает большое количество исследований, непонимание проведения той или иной манипуляции, отсутствие логики рассуждения врача. Все это рождает в сознании пациентов недоверие

и отсутствие надежды, что это заболевание может лечиться.

Врач должен понимать, что каждый больной — это прежде всего личность, который имеет свою индивидуальность в сопротивлении организма и ответных реакциях и у которого существует непреодолимое желание, как можно дольше сохранить свои зубы.

Поэтому, предлагая индивидуальный протокол лечения для пациента, врачу нужно отдавать себе отчет: а смогу ли я помочь данному пациенту, и что нужно сделать, чтобы он вам поверил в необходимость проведения предлагаемых лечебных мероприятий.

Знания физиологических процессов в полости рта и применение современных технологических процессов и методик с учетом теоретических знаний и практических навыков позволяют врачу индивидуально составить комплекс лечебных мероприятий с учетом клинических симптомов, тяжести и особенности течения заболевания, возраста и сопутствующей патологии [2, 3, 6]. Поэтому, те патологические изменения в полости рта, с которыми нам приходится встречаться, требуют глубокого анализа и выбора тех мероприятий, которые помогут вернуть пациенту к «исходной позиции», возможности улыбаться, жевать и чувствовать себя комфортно [4, 5].

Лечение пародонтологических пациентов представляет собой сложный и длительный процесс комплексного лечения, где, помимо профессиональной гигиены, антибактериальной и мини-инвазивной терапии, хирургическим вмешательствам, важная роль отводится ортодонтическому этапу, который направлен на устранение дезоокклюзии, восстановлению окклюзионной высоты, окклюзионных контактов, способствует ремоделированию костной ткани альвеолярного отростка [5, 8, 9]. Часто сочетается с хирургическим этапом лечения, основной целью которого является восстановление морфофункциональной активности зубов за счет устранения костных дефектов на пародонте, с использованием различных остеопластических препаратов, а также применение имплантатов [4, 6, 7].

Дальнейшие мероприятия по восстановлению окклюзии, зубного ряда и шинирования зубов во многих случаях являются заключительным этапом активного комплексного лечения.

В данной статье мы решили поделиться некоторыми собственными соображениями и высказать свою точку зрения на клиническом примере комплексного лечения пациентки с генерализованным пародонтитом, сопровождаемого вторичной деформацией окклюзии, выраженной деструкцией костной ткани альвеолярного отростка.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка З., 33 лет, обратилась с жалобами на подвижность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей, появление щелей между ними и веерообразное изменение положения зубов (рис. 1). При этом отмечала неприятный запах изо рта, кровоточивость и гноетечение десен.

Из анамнеза выявлено, что пациентка страдает заболеванием с 16 лет, когда впервые появилось воспаление десен и незначительная подвижность фронтальных зубов, первых моляров. Лечение не проводилось. После двух родов пациентка вновь обратила внимание на ухудшение состояния в полости рта. Лечение проводили в районной стоматологической поликлинике, которое включало в себя снятие зубных отложений, аппликации лекарственных веществ и физиотерапевтические процедуры. Пациентка отмечала лишь кратковременное улучшение. Последние два года обострения заболевания происходили каждые 3 месяца.

При объективном обследовании определялась подвижность 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 зубов II—III степени, 42, 41, 31, 32 зубов — I степени, а также воспаление маргинальной десны, наличие пародонтальных карманов 8—10 мм с гнойным отделяемым в области фронтальных зубов верхней челюсти, кровоточивостью и неприятным запахом изо рта, отмечалась вторичная деформация зубных рядов. На рентгенограмме

выявлялась выраженная деструкция костной ткани альвеолярного отростка.

После проведенного клинического и рентгенологического обследования был поставлен диагноз — агрессивный (быстро прогрессирующий) пародонтит тяжелой степени, вторичное нарушение окклюзионного соотношения челюстей, мышечно-суставная дисфункция. Был разработан индивидуальный протокол лечения пациентки З., в который вошли профессиональная гигиена, лечение зубов, мини-инвазивная терапия системой Вектор, изготовление временного протеза на верхнюю челюсть, ортодонтическое лечение, установка



Рис. 1. Состояние тканей пародонта до лечения у пациентки З., 33 лет



Рис. 2. Состояние тканей пародонта после проведения мини-инвазивной терапии системой Вектор пациентки З., 33 лет



Рис. 3. Состояние тканей пародонта у пациентки 3, 33 лет, на этапе ортодонтического лечения. На верхней челюсти фиксирован частичный съемный протез после удаления зубов



Рис. 8. Ортопантомограмма пациентки 3, 33 лет, после 1,5 года от начала лечения



Рис. 4. Рентгенограмма пациентки 3, 33 лет, на этапе ортодонтического лечения

имплантатов и изготовление несъемной ортопедической конструкции.

После профессиональной гигиены и мини-инвазивной терапии (система Vector), антибактериальной терапии и санации полости рта (рис. 2) было проведено хирургическое вмешательство по удалению 14, 13, 12, 11, 11, 21, 22, 23, 24 зубов в сочетании с френулопластикой на верхней губе с одновременной фиксацией предварительно изготовленного временного частичного съемного протеза. При оперативном вмешательстве для заполнения лунок удаленных зубов и формирования десны альвеолярного отростка применялась фибриновая мембрана, полученная методом центрифугирования крови пациентки.



Рис. 5. Забор свободного лоскута с неба в области 25, 26 зубов и фиксация его в области имплантата 36



Рис. 6. Состояние тканей пародонта и зубов после ортодонтического этапа перед снятием аппаратуры



Рис. 7. Имплантаты на верхней челюсти в области 14, 13, 24, 23 зубов. Состояние зубов нижней челюсти после снятия ортодонтической несъемной аппаратуры и шинирования ортодонтическим ретейнером



Рис. 9. Состояние тканей пародонта и окклюзии до и после комплексного лечения у пациентки 3, 33 лет

удовлетворительное. Жалоб пациентка не предъявляла. Через два месяца после снятия швов была проведена фиксация несъемной ортодонтической техники на зубы нижней челюсти (рис. 3). На этапе ортодонтического лечения был установлен имплантат в области 36 зуба, а затем, используя свободный лоскут с неба, в области имплантата была сформирована прикрепленная десна (рис. 4, 5). Ортодонтическое лечение проводилось в течение 14 месяцев (рис. 6–8).

После шинирования фронтальных зубов нижней челюсти ортодонтическим ретейнером в область 14, 13, 23, 24 зубов установлены имплантаты. Через 4 месяца изготовлена несъемная металлокерамическая конструкция на имплантатах. Комплексное лечение проводилось в течение 18 месяцев (рис. 9).

Пациентка находится на диспансерном лечении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение хотелось бы обратить внимание на необходимость тщательного учета всех входящих данных

обследования, в том числе и ретроспективных материалов, 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 клиническом примере показали системный подход комплексного лечения пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта, которое, как правило, проводится в течение длительного периода и требует терпения от пациента и искусства врача...

Врачебное искусство может быть приобретено только в течение долгого времени. Только тогда оно может принести пользу людям.
Гиппократ

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Дмитриева Л.А.** Современные аспекты клинической пародонтологии — М.: Медпресс, 2001. — 128 с.
2. **Цепов Л.М. и др.** Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта: мечта или реальность? — *Пародонтология*. — 2002; 4 (25): 8—12.
3. **Модина Т.Н., Молькова С.С., Копылова Н.А.** Новые технологии в комплексном лечении пациентов с быстро прогрессирующим пародонтитом. — *Пародонтология*. — 2005; 1 (34): 46—9.
4. **Модина Т.Н., Болбат М.В.** Интеллектуальная система кальций-фосфатных остеопластических материалов и ее роль в пародонтальной хирургии. — СПб.: Дентал форум, 2010. — С. 47.
5. **Копейкин В.Н.** Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. Практическое пособие. — М.: Триада-Х, 2004. — 194 с.
6. **Коэн Э.** Атлас косметической и реконструктивной пародонтальной хирургии. — М.: Азбука, 2003. — 416 с.
7. **Sato N.** Periodontal Surgery. A Clinical Atlas. — Quintessence, 2000. — 447 p.
8. **Steizel M.J.** Направленная регенерация тканей при комбинированном пародонтолого-ортодонтическом лечении. Клиническое наблюдение. — *Квинтэссенция*. — Спецвыпуск Пародонтология. — 1998: 25—30.
9. **Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К.** Пародонтология. Руководство-атлас. — 2014. — 548 с.