

№ СТОМ-16

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра стоматологии №1

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ
ДИСЦИПЛИНА ФГОС ВО
«КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»**

Владикавказ, 2020 г

Составители: зав.каф., д.м.н. Дзгоева М.Г., доц. Хетагуров С.К., асс.Дзараева З.Р., асс.Мрикаева М.Р.

Рецензенты: д.м.н. Золоев Р.В., д.м.н. Тобоев Г.В.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ ДЛЯ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ №1

1. Тема занятия:

Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. Диспансеризация. Симптоматическое и патогенетическое лечение воспалительных заболеваний пародонта.

2. Цель занятия:

Студент должен знать:

1. Принципы планирования лечения заболеваний пародонта.
2. Методы устранения местных травмирующих факторов.
3. Лекарственные препараты для местного лечения заболеваний пародонта.
4. Способы введения медикаментозных средств.
5. Диспансеризацию пациентов с заболеваниями пародонта.
6. Профилактику заболеваний пародонта.

Студент должен уметь:

Грамотно провести расспрос пациента.

Провести осмотр внешний и полости рта.

Составить план лечения гингивита, пародонтита, пародонтоза.

Дать рекомендации пациенту с заболеваниями пародонта.

5. Провести санитарно-просветительную беседу с пародонтологическими больными по гигиене полости рта.

Студент должен ознакомиться:

1. Консервативными методами лечения заболеваний пародонта.

2. Диспансеризацию пациентов с заболеваниями пародонта.

3. Профилактику заболеваний пародонта.

3. Содержание обучения:

В зависимости от степени охвата населения выделяют три уровня профилактики стоматологических заболеваний:

- индивидуальный;
- коллективный;
- массовый.

На совещании Всемирной Организации Здравоохранения (Москва, 1997) была принята классификация видов профилактики.

- первичная профилактика – комплекс мероприятий, направленных на предупреждение стоматологических заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения;
- вторичная – система мероприятий, направленных на стабилизацию ремиссии, предупреждение рецидивов и осложнений заболеваний;
- третичная – комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию стоматологического здоровья за счет сохранения функциональных возможностей органов и тканей челюстно-лицевой области, в основном методом замещения.

Проблема профилактики болезней пародонта занимает одно из ведущих мест в современной стоматологии. Это определяется широкой распространенностью и интенсивностью поражения всех возрастных групп 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.

Различают следующие факторы риска развития заболеваний пародонта:

- местные факторы развития болезней пародонта: низкий уровень гигиены, вследствие чего происходит быстрое образование зубных отложений; гипосаливация; употребление в пищу мягкой, преимущественно углеводистой пищи; местные травматические факторы (кариозные полости, нависающие края пломб, зубной камень, аномалии прикуса, некачественные ортопедические конструкции); аномалии мягких тканей преддверия полости рта; вредные привычки (курение); травма (химическая и физическая);
- общие факторы включают: эндокринные заболевания, заболевания ЖКТ, нервносоматические заболевания, ревматизм, туберкулез, нарушения обмена веществ, гиповитаминозы, стрессовые ситуации.

Первичная профилактика заболеваний пародонта включает:

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.

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. Часто перед нами встает вопрос: с какого возраста следует начинать обучение гигиене полости рта? Основываясь на собственных данных, а также данных других коллег-специалистов, считаем целесообразным 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.

Необходимо помнить, что в нашем организме все взаимосвязано, в том числе и в полости рта. 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 оральной гигиены является поддержание определенного баланса между патогенной и сапрофитной микрофлорой. Для ее выполнения, на сегодняшний день, в арсенале ИГПР имеется множество средств, которые можно объединить в следующие основные группы:

- зубные щетки;

- зубные пасты;
- жидкие средства;
- интердентальные средства;
- дезодоранты и спреи;
- специальные средства по уходу за ортодонтическими и ортопедическими конструкциями.

Однако, само по себе наличие набора гигиенических средств недостаточно для успешного проведения оральной гигиены. 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 оральной гигиены;
- 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.

Для успешного проведения ИГПР необходимо уделить особое внимание устранению различных клинических факторов в полости рта, препятствующих, либо снижающих результативность проведения гигиенических мероприятий. К ним можно отнести: дефекты пломб; неправильные ортопедические и ортодонтические конструкции; аномалии зубочелюстной системы; патологии прикрепления мягких тканей полости рта; множественные супраконтакты и отсутствие физиологической истираемости.

Любая гигиеническая процедура имеет определенную последовательность. При наличии в полости рта ортопедических и ортодонтических конструкций процедура немного усложняется и удлиняется. В случае развившегося воспалительного процесса в пародонте, особенности проведения гигиенических процедур, последовательность этапов и их продолжительность определяются характером клинической картины, соответствующей каждой конкретной нозологической форме. Последовательность мероприятий, составляющих гигиеническую процедуру, будет зависеть от конкретной клинической ситуации и рационального выбора основных и дополнительных этапов. К основным этапам ИГПР относятся:

- полоскание полости рта жидким средством гигиены;
- флоссинг или чистка межзубных поверхностей интердентальными средствами гигиены;
- ополаскивание, ирригация или ротовые ванночки и промежуточное полоскание с использованием жидких средств ОГ;
- непосредственно чистка зубов с использованием зубных щеток и паст;
- очищение межзубных промежутков, трем и диастем, поверхностей имплантатов, а также ортопедических и ортодонтических конструкций с помощью различных интердентальных средств;
- промежуточное полоскание;
- гидромассаж, пальцевой массаж сосочка и десен;
- очищение языка скребком или щеткой;
- окончательное полоскание полости рта с использованием ополаскивателя.

К одной из основных причин возникновения заболеваний пародонта можно отнести халатное отношение к индивидуальной гигиене, недооценка ее значимости, обусловленная недостатком знаний по выбору средств оральной гигиены, способу их применения в той или иной ситуации, отсутствие мотивации к ее проведению. Часто к этому приводит и недостаточная осведомленность врачей-стоматологов по вопросам ИГ и, как следствие, неспособность донести до пациентов важность гигиенического ухода за полостью рта. А ведь именно мотивация пациента к проведению рациональной ИГ – является одной из наиболее сложных и ответственных сторон работы врача-стоматолога, независимо от его специализации.

Основные рекомендации по гигиене полости рта:

- двукратная чистка зубов (утром, после завтрака; и на ночь);
- обязательное полоскание полости рта после каждого приема пищи;
- рациональное применение зубной щетки с обязательной сменой каждые три месяца;
- использование зубной пасты в зависимости от клинической ситуации в полости рта;
- применение дополнительных средств гигиены (флоссы, ирригатор, ополаскиватели и т.д.);
- отказ, по возможности, от вредных привычек (курение, раскалывание орехов и других твердых поверхностей зубами и т.д.);
- снижение употребления углеводистой пищи;
- введение в рацион жесткой пищи, способствующей улучшению самоочищения полости рта;
- обязательное посещение врача-стоматолога для профилактического осмотра один раз в полгода.

Профессиональная гигиена полости рта представляет собой ведущий компонент профилактики стоматологических заболеваний. Она же является важнейшим и неотъемлемым этапом в лечении болезней пародонта и представляет собой комплекс лечебных мероприятий, направленных на устранение и предотвращение развития патологии пародонта. Профессиональная гигиена должна проводиться индивидуально и в соответствии с медицинскими показаниями непосредственно врачом-стоматологом и предшествовать терапевтическим, хирургическим, ортопедическим и ортодонтическим вмешательствам. Во всех случаях необходим тщательный и грамотный подход к проведению профессиональной гигиены полости рта, поскольку она является основным условием эффективности пародонтологического лечения.

Профессиональная гигиена включает в себя проведение следующих мероприятий: оценка гигиенического состояния полости рта, мотивирование пациента к лечению, обучение и коррекция индивидуальной гигиены полости рта и контроль ее на этапах лечения, непосредственное удаление над- и поддесневых зубных отложений, полирование поверхности зуба и проведение по показаниям реминерализующей терапии.

Врач-стоматолог в первое посещение должен выявить и указать пациенту места скопления налета с помощью индикаторов «зубной бляшки» с тем, чтобы больным уделялось особое внимание этим участкам. Необходимо также объяснить пациенту важность удаления микробного налета, роль и значимость личной гигиены полости рта, провести обучение навыкам индивидуальной гигиены, дать рекомендации по подбору и правилам использования средств как индивидуальной гигиены, так и дополнительных средств гигиены.

Профессиональная гигиеническая обработка может проводиться мануально с использованием набора пародонтологических инструментов, либо механическим способом, с использованием различных аппаратов, либо в сочетании друг с другом в зависимости от выраженности процесса, местных условий, глубины расположения и возможностей доступа.

Известны также химический и механический способы удаления зубных отложений.

Химический способ обычно используется для размягчения твердых зубных отложений, плотно фиксированных на поверхностях зубов перед их механическим удалением. Для этого применяются препараты, содержащие кислоты, такие как: “Detartrol ultra” (Septodont), который содержит соляную кислоту, йод, хлороформ; размягчающий гель “Белгель-Р” производства (ВладМиВа), “Depuration Solution” и другие. Эти препараты наносят на поверхность зубных отложений на 30-60 секунд, затем смывают и приступают к механическому удалению зубного камня.

При проведении механического способа удаления зубных отложений может использоваться арсенал различных ручных инструментов и аппаратов. Их можно классифицировать на следующие группы:

- ручные;
- электромеханические (ультразвуковые и звуковые);
- пародонтологические боры;
- инструменты для полирования обработанных поверхностей.

Целесообразно проводить удаление зубных отложений в несколько посещений, особенно в случае массивных отложений, занимающих большие площади на различных группах зубов. Качество профессиональной чистки контролируется визуально и инструментально (с помощью

стоматологического зонда); если обработанные поверхности зубов и корней гладкие, то процедура считается проведенной качественно.

Необходимо помнить, что профессиональная гигиена была и остается стержнем в системе профилактики и лечения заболеваний полости рта. При грамотно проведенной профессиональной гигиене с использованием новых разработок значительно снижается риск возникновения стоматологических и соматических заболеваний.

В последнее время все большее распространение приобретают аппаратные способы удаления зубных отложений, с использованием ультразвуковых, звуковых скейлеров и пескоструйных аппаратов. Современные ультразвуковые системы позволяют разрушить микробную пленку, обеспечить высокий антимикробный эффект, отполировать поверхность корня зуба, качественнее удалить все зубные отложения, не требуя при этом высокой квалификации и уровня мануальных навыков специалиста.

За последние годы на нашем рынке появилось множество звуковых и ультразвуковых систем ведущих мировых производителей - Piezon-Master, Vector, система 402(EMS), Amdent US 30, SONICflex (KaVo), Suprasson P-Max (Satelec) и др.).

Звуковой скалер состоит из рукоятки, присоединенной к магистрали сжатого воздуха, за счет которого и происходит вращение ротора внутри скалера. Последнее, в свою очередь, вызывает эллиптическую вибрацию частотой от 2 до 6 кГц. Их чаще всего используют для удаления слабоминерализованных зубных отложений.

Ультразвуковые аппараты вызывают колебания от 16 до 45 кГц, в результате чего насадка совершает вибрационные колебания, дополняясь при этом орошением водой, турбулентностью и кавитацией. Струя воды, проходящая в течение всей процедуры через рабочую насадку к зубу, способствует возникновению кавитации – образование пульсирующих пузырьков, заполненных паровоздушной смесью, которые, сливаясь, образуют мощные гидродинамические микропотоки, взрывающиеся при попадании в среду повышенного давления. Это явление вызывает ряд последующих реакций, отвечающих за антисептическое воздействие ультразвука: неизбежная гибель микроорганизмов, появление свободного кислорода, активация химических реакций.

Турбулентность представляет собой неравномерность потока жидкости, формирование вихревых потоков, что, в свою очередь, обуславливает каталитический эффект и усиление проникающей способности растворов.

Многочисленные исследования доказали выраженное противовоспалительное действие ультразвука, а также выраженный бактерицидный, бактериостатический, стерилизующий и иммунологический эффекты. Важно отметить тот факт, что в некоторых случаях работа с этими системами заменяет хирургическое вмешательство и может достойно заменить кюретаж при средней степени тяжести пародонтита. Положительный эффект от лечения проявляется уже после первой процедуры: отмечается уменьшение болевых ощущений, кровоточивости, гноетечения из пародонтальных карманов.

При выборе ультразвукового аппарата необходимо учитывать следующие параметры: характеристики генерируемого ультразвука, система подачи воды и возможность использования антисептических растворов, количество и формы насадок, мобильность и цена аппарата.

Все ультразвуковые аппараты делятся на магнитостриктивные и пьезоэлектрические в зависимости от способа генерации ультразвука.

Магнитостриктивные скалеры («Cavitron» Dentsply) характеризуются наличием в них трубки или пластинки из металла, находящегося в высокочастотном магнитном поле, под воздействием которого трубка, сжимаясь и расширяясь, вызывает эллиптические движения рабочего кончика насадки частотой 25 – 30 кГц. При этом активны все стороны насадки, что и обуславливает возникновение «бьющих моментов» не только в направлении препарирования, но и окружающих мягких тканей, а это, в свою очередь, превращает процесс снятия зубных отложений в довольно травматичную процедуру. Кроме того, магнитостриктивные аппараты выделяют значительное количество тепла, в связи с чем требуют постоянного водяного охлаждения, что делает наконечник более тяжелым.

Пьезоэлектрические аппараты («PiezonMaster 400», «PiezonMaster 600», EMS; «SuprassonP-Max», Satelec и т.д.) превосходят магнитостриктивные системы по ряду технических и клинических характеристик и, на сегодняшний день, являются более востребованными. В этих системах кристалл кварца, находящийся в поле переменного электрического тока, генерирует высокочастотные вибрации (25 – 40 кГц). Активными являются только две стороны инструмента (боковые поверхности насадки), что делает процедуру менее травматичной. Кроме того, в таких наконечниках практически не выделяется тепло, а жидкость распыляется только на кончике насадки, что делает более доступным обзор рабочего участка.

Большая часть пьезоэлектрических систем состоит из модуля управления, системы подачи воды, наконечника и широкого спектра рабочих насадок: насадки для удаления наддесневых зубных отложений, для работы в пародонтальных карманах, фуркационные насадки, эндодонтические насадки – для антисептического воздействия и санации стенок корневых каналов; насадки для ухода за протезами, имплантатами и т.д.). Для работы этими системами существует несколько запрограммированных режимов: удаление зубных отложений – скейлинг, санация пародонтальных карманов и снятие глубоких поддесневых зубных отложений – пародонтология, эндодонтическое лечение – эндодонтия.

Для проведения профессиональной гигиены в последнее время широкое распространение получил альтернативный аппарат Vector – как атравматичный и наиболее оправданный способ удаления зубных отложений. Аппарат работает на 25 кГц и состоит из: основной части прибора, наконечника, ножного включателя, набора насадок и жидкостей. Абразивная кремнийкарбидная суспензия – для сглаживания краев пломб и щадящего микропрепарирования; полировочная – суспензия на основе гидроксипатита для удаления над- и поддесневых зубных отложений и грануляций. Смешивание данных жидкостей происходит при помощи специальной емкости для воды, расположенной под передней крышкой аппарата.

Для работы могут использоваться различные насадки в зависимости от показаний: для удаления наддесневых зубных отложений (желтые), для удаления пародонтальных отложений (серебряные), для щадящего препарирования (красные), для микроинвазивного препарирования (фиолетовые), насадки для ухода за имплантатами.

В отличие от других ультразвуковых систем, направление колебаний находится в пределах 90°, в результате чего инструменты работают параллельно зубной поверхности. Энергия этого прибора опосредованно передается через наполненные жидкостью пародонтальные карманы на соседние ткани. Вследствие предотвращения колебаний, перпендикулярных корневой поверхности, исключается возникновение «бьющих моментов», что делает процедуру атравматичной. Во время лечения наблюдаются лишь незначительные болевые ощущения, что располагает пациента к сотрудничеству. Применение аппарата «Vector» наиболее оправдано в рамках поддерживающей терапии пародонтита.

При проведении профессиональной гигиены необходимо помнить как о преимуществах, так и некоторых электромеханического способа удаления зубных отложений. К основным преимуществам можно отнести: простота в использовании и эффективность удаления зубных отложений со всех поверхностей зубов с минимальными затратами рабочего времени, атравматичное воздействие на твердые ткани зубов, комфорт для пациента. Основными же недостатками являются: формирование микрошероховатостей на поверхности цемента корня; аэрозольное бактериальное облако, формирующееся при работе и увеличивающий риск инфицирования персонала; невозможность применения их в области металлокерамических конструкций, имплантатов, композитных реставраций, ввиду возможности повреждения их поверхностей; большое количество противопоказаний, ограничивающих возможность применения электромеханических скейлеров.

К основным противопоказаниям использования ультразвуковых и звуковых скейлеров относятся:

- имплантированный кардиостимулятор;
- злокачественные новообразования;
- локализованный остеомиелит;
- тяжелая форма сахарного диабета;
- эпилепсия;

- дефекты мягких тканей полости рта;
- наличие гемоконтактных заболеваний;
- острые инфекционные заболевания;
- венерические заболевания;
- при глаукоме, и после хирургических вмешательств на сетчатке и т.д..

Применять ультразвуковые и звуковые аппараты не следует в области металлокерамических, керамических конструкций, на поверхностях имплантата, композитных реставраций, потому что возможны краевые сколы. Для проведения профессиональной гигиены, для полирования поверхности зубов после применения электромеханических инструментов, очистки фиссур жевательных зубов, устранения пигментаций эмали, можно также использовать воздушно - абразивные (пескоструйные) системы аппараты - «AirFlow», EMS; «Profyflex», KaVo; «ProfyEST», GeosoftPro; «Air-Max», Satelec; «Profy-JetCavitron», Dentsply и т.д. Пескоструйные системы представлены либо в виде аппарата, либо в виде специального наконечника, подключающегося к стоматологической установке. Основное воздействие осуществляется за счет целенаправленной реактивной струи аэрозоля, состоящего из абразивного порошка (бикарбоната натрия) и воды на ткани зуба.

При проведении профессиональной гигиены данными системами сведены на нет, следующие рабочие моменты: уровень шума, перегревание, шероховатость обработанной поверхности, болезненные ощущения, травматичность, и, связанный с этим, дискомфорт для пациента. Использование аппаратов «AirFlow» дает возможность значительно снизить заболеваемость кариесом, воспалительных процессов в пародонте.

Основными противопоказаниями к клиническому применению воздушно-абразивных систем являются: бронхо - легочные заболевания; отягощенный аллергологический анамнез; пациенты с безнатриевой диетой; инфекционные заболевания, в том числе, слизистой полости рта; беременные и пациенты, принимающие лекарственные препараты, воздействующие на солевой баланс. Необходимо помнить о том, что при использовании хендибластеров не рекомендуется обрабатывать участки с обнаженным цементом и дентином, а также композитные реставрации и металлокерамические коронки; воздушно-абразивная струя не должна быть соприкасаться мягких тканей и десны.

После удаления зубных отложений поверхность зубов нуждается в процедуре шлифования и полирования. Шлифование обработанных поверхностей зубов устраняет микронеровности (система Lamineer, PER-IO-TOR, пародонтальные боры и т.д.). Во время окончательного полирования достигается необходимая гладкость обработанной поверхности, что в дальнейшем снижает риск образования зубного камня и ретенции зубного налета. Для проведения этих процедур используются различные циркулярные щеточки, мягкие резиновые головки, штрипсы, флоссы, полиры. Вместе с этими инструментами используют специальные полирующие пасты, обладающие мелкой, средней и высокой степени абразивности: «Nupro», Dentsply; «Detartrinefluoree», Septodont; «Полидент», ВладМиВа; «CCSProfilaxpasta», SDI; «ProphyPolisher», Curaden, «Cleanic», Kett и т.д..

Процедуру полирования необходимо проводить последовательно, используя пасты различной степени абразивности. Начинать следует с грубой полировочной пасты резиновым колпачком или чашечкой, затем поверхности обрабатываются среднезернистой пастой и щеточкой с искусственной щетиной. Завершается полирования мелкозернистой пастой и щеточкой с натуральной щетиной.

4. Перечень практических работ, наглядных пособий и ТСО:

- таблицы,
- муляжи,
- фильмы,
- презентации.

5. Практическая работа:

Название практической работы:

- осмотр пациента, сбор анамнеза,
- заполнение карты пациента,
- профессиональная гигиена полости рта,

Цель работы: научиться проводить осмотр и сбор анамнеза снятию зубных отложений, приготовлению и наложению десневых повязок, вводить лекарства под элементы поражения.

Методика выполнения работы:

Необходимые материалы: карта обследования, шариковая ручка, перчатки, маска, лоток с набором инструментов, микромотор, щетки для профессиональной чистки зубов, паста для чистки и полировки поверхности зуба, ультразвуковой аппарат, аппарат Air-flow и порошок к нему, противовоспалительные мази (бутадионовая, индометациновая, гепариновая, метрогил дента и т.д), антисептики для полости рта (хлоргексидин, ротокан и т.д),

Порядок выполнения работы:

- 1.Опрос с выяснением жалоб и сбором анамнеза.
2. Заполнение карты обследования
- 3.Антисептическая обработка полости рта,
- 4.Профессиональная чистка зубов с использованием ультразвукового аппарата «скайлер»,
5. Полировка поверхности зубов аппаратом Air-flow,
6. методика проведения гингивотомии и гингивэктомии.

Результаты работы и критерии оценки: грамотно заполненная карта обследования, правильное проведение профессиональной чистки, правильная тактика проведения гингивотомии и гингивэктомии.

6. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

Строение пародонта.

Функции пародонта.

Кровоснабжение, иннервация пародонта.

Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика пародонтитов.

Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика пародонтоза.

Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика идиопатических заболеваний.

7. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Консервативные методы лечения заболеваний пародонта.
- 2.Диспансеризацию пациентов с заболеваниями пародонта.
3. Профилактику заболеваний пародонта.

- 8.Хронокарта учебного занятия:

Организационная часть (приветствие, заполнение журнала посещений занятий, оценка внешнего вида студента, состояния медицинской одежды, наличия медицинских перчаток, защитных масок, очков, сменной обуви) – 5 минут.

Определение преподавателем темы занятия, цели занятия и задач, направленных на её выполнение – 5 минут.

Опрос студентов – 35 минут.

Приём пациентов - самостоятельная работа студентов (контроль и помощь преподавателя), продолжительность этого этапа – 2 часа 35 минут.

Контроль выполнения практической части, заполнение истории болезни – 15 минут

Подведение итогов занятия, задание на дом – 5 минут.

9. Самостоятельная работа студентов:

1. Выписать последовательность обследования и планирования лечения пародонтологических пациентов.
2. Перечислить общие противопоказания к проведению хирургического лечения заболеваний пародонта.
3. Указать диспансерные группы пародонтологических больных и кратность их контрольных посещений в течение года.

10. Перечень учебной литературы к занятию:

1. Справочник по стоматологии. – М.: Медицина, 2008.
2. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Учебное пособие. / Н.Ф.Данилевский, В.К.Леонтьев, А.Ф.Несин, Ж.И.Рахний. – М.: ОАО «Стоматология», 2008. – 271 с.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика и лечение: Учебное пособие / Под ред. проф. Г.М.Барера. – М., 2009. – 110 с.
4. Максимовский Ю.М. и соавт. Терапевтическая стоматология. – М., 2008.
5. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. – М., 2010
6. Заболевания пародонта. Задания в тестовой форме / Под ред. проф. Г.М. Барера. – М., 2008 – 43 с.
7. Терапевтическая стоматология: Учебник / Э.Хельвиг, И. Климек, Т. Аттин. – Urb. &Schwarzenberg; Munchen, 2009. – 409 с.
8. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие. Под ред. проф. Э.М. Кузьминой. – М.: Московский медицинский стоматологический институт, 2009.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ ДЛЯ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ №2

1. Тема занятия:

Хирургические методы лечения воспалительных заболеваний пародонта.

2. Цель занятия:

Студент должен знать:

1. Принципы планирования лечения заболеваний пародонта.
2. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта: кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия, лоскутные операции, френулопластика, вестибулопластика.
3. Диспансеризацию пациентов с заболеваниями пародонта.

Студент должен уметь:

Составить план лечения гингивита, пародонтита, пародонтоза.

Проводить кюретаж.

Применять в качестве лечебных повязок лекарственные средства для местного лечения заболеваний пародонта.

Выписать рецепты средств для общего лечения заболеваний пародонта.

Проводить гингивотомию, гингивэктомию.

Ассистировать при проведении лоскутных операций, вестибулопластики, френулопластики и др. сложных пародонтологических операциях.

Проводить временное шинирование с использованием стекловолоконных материалов.

Дать рекомендации пациенту с заболеваниями пародонта.

Провести санитарно-просветительную беседу с пародонтологическими больными по гигиене полости рта.

Студент должен ознакомиться:

1. С принципами планирования лечения заболеваний пародонта.
2. С хирургическими методами лечения заболеваний пародонта.

3. Содержание обучения:

Хирургический этап в комплексном лечении большинства воспалительных форм заболеваний пародонта является обязательным. Все вмешательства на пародонте можно разделить на две большие группы. К первой группе относятся вмешательства, направленные на устранение пародонтального кармана (ПК). В эту группу внесены:

1. Кюретаж ПК закрытый;
2. Кюретаж ПК открытый;
3. Гингивэктомия;
4. Лоскутные операции;
5. Апикально смещённый лоскут;
6. Направленная регенерация тканей пародонта.

Вторую группу составляют вмешательства, направленные на устранение нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта, которые не только утяжеляют течение воспалительного процесса в пародонте, но в ряде случаев сами являются причинами специфических его поражений. К ним относятся:

1. Пластика уздечек и тяжей (френулопластика по Лимбергу и Гликману);
2. Вестибулопластика (по Кларку, по Эдлан-Мейхеру и туннельная методики);
3. Операции по устранению рецессий (перемещенные лоскуты на ножке: коронарный, латеральный; и субэпителиальный небный лоскут).

Выполняя и совершенствуя конкретные методики, во всех случаях следует строго соблюдать общие главные принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов. В частности, хирург лично должен контролировать следующие моменты:

- 1) Тщательность удаления зубных отложений;
- 2) Степень знания пациентом правил гигиены полости рта и их соблюдение. При этом именно хирург должен контролировать уровень гигиенического ухода на протяжении не менее 1 месяца до операции;
- 3) Отсутствие явлений воспаления. При их наличии – дополнительное проведение противовоспалительного лечения (как местного, так и общего, при необходимости – в сочетании с антибиотикотерапией);
- 4) Отсутствие супраконтактов: при их наличии следует провести функциональное избирательное шлифование по Дженкельсону;
- 5) Отсутствие кариозных поражений и невылеченных осложнений кариеса, качественное восстановление аппроксимальных контактов;
- 6) Выполнено ли при наличии показаний шинирование подвижных зубов – как временное, так и постоянное;
- 7) При планировании операций НРТ и устранения рецессий за месяц до хирургического лечения пациент должен прекратить табакокурение.

Целью всех видов вмешательств первой группы является устранение карманов (истинных и ложных), которые являются резервуаром микробных скоплений и продуктов их жизнедеятельности. Характер и радикальность этих вмешательств зависит от глубины ПК.

Необходимым условием для этих вмешательств является нормальная ширина прикреплённой (кератинизированной) десны и отсутствие патологии архитектоники преддверия полости рта.

I. Гингивэктомия (Robicsek, 1884) является главной методикой устранения явлений гипертрофических разрастаний десневого края даже без наличия истинных ПК. Реже гингивэктомия применяется с целью полного или частичного иссечения стенок карманов, как правило, только около зубов жевательной группы, когда косметический эффект не является определяющим для пациента.

Что касается глубины иссечения кармана, то её планируют с тем расчётом, чтобы после операции ПК были не глубже 3 мм, то есть чтобы врач имел возможность максимально контролировать качество механической обработки. Поэтому при равномерной, горизонтальной деструкции кости планируемый результат более достижим. А при неравномерной – врач должен критически определять целесообразность использования этого метода.

В ряде случаев гингивэктомии проводят исключительно с целью косметики, когда отсутствует естественная фестончатость десневого края, а имеющийся массив тканей позволяет его сформировать за счёт избирательного иссечения с губных или щёчных поверхностей. Правда, в этом случае гингивэктомия скорее отождествляется с гингивопластикой. Локально десну приходится иссекать и в 2 других случаях: либо когда необходимо увеличить высоту коронок зубов в целях протезирования, либо для иссечения «капюшонов».

Методика операции.

Гингивэктомия. После анестезии специальным пинцет-маркером измеряют глубину карманов.

На наружные стенки карманов наносят проколы с вестибулярной и небной/язычной сторон (рис.3) – по 2 – 3 точки в области каждого кармана. По соединяющей маркерные точки линии иссекают стенку кармана.

Причём разрезы проводят от дистального участка к центру (нельзя начинать их в области межзубных сосочков!) с помощью скальпеля или пародонтологического ножа немного апикальнее от кровоточащих точек. Скальпель или лезвие ножа направляют под углом 45°, во избежание резкого перехода от шейки зуба к десне, то есть практически выполняя гингивопластику. Иссеченную десну удаляют. После этого проводят окончательную обработку корней, включая выравнивание и сглаживание их поверхностей.

Участок вмешательства обычно закрывают пародонтальной повязкой (рис.7) (Periodontal Pack, Coe Pack, Voco Pack, Barricade). При преждевременной потере повязок их накладывают снова – на общий срок 14 дней (рис.8).

Поскольку после вмешательства обнажаются шейки зубов, то в качестве наиболее частого осложнения является повышенная их чувствительность, и это требует проведения соответствующего лечения.

Операцию не следует проводить пациентам, которые очень требовательны к косметическому результату. Поэтому, кроме устранения гипертрофических разрастаний, гингивэктомия расценивается как относительно паллиативное вмешательство.

II. Операцию апикального смещения лоскута (Neumen, 1912) проводят в тех случаях, когда имеется глубокий ПК, а устранить его невозможно либо в связи с недостаточной шириной прикрепленной десны, либо с полным её отсутствием. Именно по последней причине ПК прогрессивно углубляются. Происходит это обычно в области моляров нижней челюсти, реже – в других участках.

Эта операция позволяет не только устранить карман, но одновременно и создать защитную зону прикрепленной десны и таким образом предупредить дальнейшее углубление ПК.

Обязательным недостатком этой операции является обнажение корня, зато после создания надёжного «буфера» можно уже применять и различные методики для закрытия этого дефекта (по типу закрытия рецессий).

Методика операции

Под анестезией после зондирования и определения зоны кератинизированной десны скальпелем делают два разреза: фестончатый внутрибороздковый (интрасулькулярный) разрез с вестибулярной поверхности и скошенный, как при гингивэктомии, на небной/язычной поверхности.

Аккуратно натягивая лоскут с помощью пинцета, надсекают лоскут апикально по направлению к переходной складке и постепенно отслаивают от подлежащей кости. С вестибулярной поверхности внутреннюю стенку кармана удаляют кюретой, с небной поверхности проводят, собственно, гингивэктомию – до необходимого уровн.. С поверхностей корней удаляют зубные отложения, корни полируют.

Вестибулярный слизисто-надкостничный лоскут смещают апикально и фиксируют с помощью швов.

На область вмешательства обычно накладывают «Дентальный Солкосерил» или «Диплен – плёнку».

III. Кюретаж (закрытый) (Hirschfeld, 1952) проводят при глубине карманов не более 6 мм с помощью набора кюрет при обязательном адекватном обезболивании, только после надежного устранения воспаления и гноетечения из карманов и удаления зубных отложений. Зубной камень

удаляют с помощью ультразвуковых аппаратов, а затем, в это же посещение, проводят и сглаживание корневых поверхностей, и удаление грануляций из ПК с помощью различных кюрет. Такая комбинация: предварительное снятие зубных отложений + последующая механическая ручная обработка кюретами – весьма целесообразна по нескольким причинам. Использование ультразвукового метода (в частности, аппаратов «Piezon-Master» фирмы EMS) не только значительно сокращает время обработки, но позволяет использовать в качестве орошения антисептические растворы (например, хлоргексидин), что существенно повышает антимикробный эффект воздействия, особенно – в сочетании с губительными для стенок микроорганизмов ультразвуковыми вибрациями и постоянным вымыванием детрита из карманов.

Поскольку обработка ПК таким образом является по сути хирургическим вмешательством, при проведении закрытого кюретажа требуется соблюдать все законы послеоперационного ведения пациентов: обеспечение условий для трансформации кровяного сгустка внутри кармана, для чего следует использовать пародонтальные повязки; предотвращение микробной инвазии в ПК – для этого в послеоперационном периоде следует назначать антисептические полоскания.

Дискуссии вокруг целесообразности проведения «закрытого кюретажа» в последние годы весьма упорные. Понятно, во-первых, что такой вид обработки «вслепую» никак не может гарантировать полноценной обработки ни корневых поверхностей, ни (тем более!) стенок карманов от грануляций и эпителиальных тяжей. Потому и эффект ненадежный, и обусловлен он элементарным снижением уровня микробной обсемененности ниже повреждающего предела. Кроме того, в ходе исследований показано, что при тщательном удалении зубного камня и последующей хорошей гигиене находящиеся в ПК и обладающие собственным повреждающим эффектом грануляции созревают и теряют свой патогенный эффект. Главное же: очень ограниченный спектр показаний или вообще нецелесообразность к «закрытому кюретажу» при глубоких костных карманах.

С этими доводами нельзя не согласиться, но точно также нельзя их и полностью принять. И вот почему.

Идея заменить кюретаж тщательным снятием зубных отложений, безусловно, привлекательна, особенно, если грануляционная ткань в таких случаях подвергается фиброзной трансформации. Только это происходит при условии идеального снятия зубного камня и устранения микробных скоплений во всех отделах ПК. В текущей же практике цель полного удаления зубного камня и микробных скоплений недостижима! И, кстати, грануляционная ткань ПК отличается отсутствием тенденции к созреванию.

Дальше. Достигнутый эффект ультразвуковой обработки сохраняется за счет последующего предотвращения микробной инвазии при условии тщательного гигиенического ухода со стороны пациентов. Логично. Только – для контролируемых исследований! Почему? Да потому: какова сама природа гингивита и пародонтита? Устойчиво неудовлетворительная гигиена полости рта. И это было, есть, и будет, и с этим надо считаться – при всем многообразии и зубных паст, и полосканий, и ирригаторов.

На фоне бурно прогрессирующих хирургических методов в сочетании со средствами восстановления костной ткани методика закрытого кюретажа, конечно же, не выдерживает критики. Но это – одна сторона медали, непререкаемо аргументированная. Но есть и другая. Сколько квалифицированных хирургов-пародонтологов требуется для полноценной помощи всем нуждающимся? Чрезвычайно много. Сколько их есть? Катастрофически мало. А кюретаж способны провести практически все стоматологи. Этот вопрос чисто профессиональный.

Другой вопрос проще, но важнее. А все ли пациенты согласятся на лоскутную операцию? Тем более – с НРТ? Статистика свидетельствует: не более 25% от нуждающихся. А на проведение кюретажа – все.

И последнее, но не значит, что самое неважное.

А кто из нуждающихся и даже согласных на операцию в состоянии оплатить ее стоимость? И это – дополнительный аргумент в пользу того, что при всем несовершенстве «закрытого кюретажа» сегодня его никак нельзя сбрасывать со счетов и нельзя заменить ни безусловно превосходящими по эффективности лоскутными операциями, ни простым снятием зубных отложений.

IV. Кюретаж открытый – предложен с целью преодоления недостатков закрытого кюретажа, а именно: более полноценно удалить зубные отложения и грануляции из карманов глубиной от 4 до 6 мм. В группу «открытого кюретажа» относятся несколько очень сходных между собой по сути вмешательств поддесневого кюретажа. Это – «модифицированный лоскут Видмана», авторами которого являются Рамфьорд и Нисле (1974), но операция известна как «методика Рамфьорда»; процедура иссечения нового прикрепления – Юкна, 1976. В нашей стране вмешательства предложили Т. И. Лемецкая и Козловская. Следует сказать, что все они отличаются весьма несущественными методическими деталями, само появление которых рассчитано на разные уровни мастерства специалистов при, в общем – то, одинаковом результате. Для этого скальпелем рассекают межзубные сосочки в участке вмешательства, лоскуты просто отодвигают с обеих сторон. При равномерной деструкции после этого обеспечивается идеальный обзор. Вертикальных разрезов не проводят, лоскуты не мобилизуют. Т.е. это – самое простое из хирургических вмешательств, которое можно проводить в условиях фактически любых стоматологических учреждений.

Основным показанием для «открытого кюретажа» является ПК глубиной до 6 мм.

Но при этом вмешательстве нельзя обработать внутрикостные карманы. Не всегда обеспечивается надёжное формирование зубодесневого прикрепления на новом уровне. Т.е. чаще всего достигается не улучшение, а стабилизация состояния пародонта.

Поскольку лоскут не мобилизуется, то неизбежна послеоперационная рецессия, о чем следует заранее предупредить пациента (кстати, за счет этого в основном и уменьшается глубина ПК).

Операцию проводят как минимум через неделю после предварительного удаления зубных отложений и устранения воспаления.

Техника операции

Скальпелем проводят фестончатый, скошенный внутрь разрез до основания кармана.

После отслаивания лоскутов удаляют остатки зубного камня и грануляции, лоскуты деэпителизируют, корневые поверхности зубов сглаживают, биомодифицируют. Участок вмешательства промывают антисептическим раствором – перекиси водорода или фурациллином, но не хлоргексидином! При отсутствии достаточного количества крови в ране стенки карманов слегка травмируют, чтобы сформировался надёжный кровяной сгусток.

Обработанные лоскуты укладывают на место. В межзубных промежутках накладывают узловые швы, а затем пародонтальную повязку. При операции по Рамфьорду повязку сохраняют в течение первых 3 суток, после чего оперированный участок ведётся без защитной повязки. По методике Лемецкой швы не накладывают вообще, зато повязку сохраняют в течение 9 суток, меняя каждые 3 суток.

Такое упрощение способствует максимально широкому использованию методики врачами-практиками.

V. Лоскутная операция (по Видман – Нейману, 1974) – проводится при глубине карманов более 6 мм. Для улучшения обзора и доступа к корням и костным карманам, возможности их лучшей обработки на границах лоскута делают 2 вертикальных разреза, после этого лоскуты отслаивают и откидывают. При условии их мобилизации возможно последующее проведение коронарной репозиции лоскута, что позволяет иногда – избежать, а чаще – уменьшить послеоперационную рецессию.

Преимущества методики определяются возможностью максимально тщательной обработки альвеолярного отростка, внутрикостных карманов.

Главным же недостатком является то, что утраченная кость либо вообще не восстанавливается, либо восстанавливается за счет того, что устранение воспаления нормализует функцию остеобластов. Поэтому обычно нарушаются контуры межзубных сосочков (т.н. «чёрные треугольники»), что для ряда пациентов оказывается неприемлемым, особенно – во фронтальных участках.

Обнажения корней после заживления практически никогда не удаётся избежать, отсюда – проблема их повышенной чувствительности.

Техника операции

1. После анестезии)по границам участка вмешательства скальпелем проводят два вертикальных разреза от края десны до переходной складки. Эти разрезы соединяют околобороздковыми горизонтальными разрезами со щечной и язычной сторон, отступив 1-1,5 мм от края десны . Вестибулярный и язычный лоскуты отслаивают и отводят в стороны. Удаляют остатки грануляций со стенки ПК, снимают отложения и сглаживают поверхность обнаженных корней.Проводят биомодификацию корней.

Чтобы максимально адаптировать лоскут, иногда необходимо моделировать рельеф внешней поверхности кости альвеолярного гребня, т.е. провести остеопластику. Этим достигается максимальная возможность обеспечить заживление первичным натяжением.

В межзубных промежутках накладывают узловые швы ,после – пародонтальную повязку на первые 3 суток, после чего оперированный участок ведется без защитной повязки.

Модификации лоскутных операций многочисленны и все они направлены на повышение эффекта за счет сведения до минимума недостатков, присущих известным вмешательствам. Самым типичным их недостатком является послеоперационная ретракция тканей.

В связи с этим логично применение остеопластических подсадок в сочетании с техникой направленной регенерации тканей: для того, чтобы воздействовать на механизмы тканевой репарации и регенерации.

Среди множества остеопластических материалов предпочтительными согласно имеющемуся у нас опыту являются 2 класса остеопластиков, а именно: препараты синтетического гидроксиапатита (ГА), в т.ч. коллагенсодержащие, и натуральный ГА – а именно депротеинизированная кость. ГА – широко применяемый в хирургической практике материал. Известно, что он образует достаточно прочную химическую связь с костью (bone-bonding) за счёт активизации остеогенных клеток, в частности, остеобластов.

Искусственный ГА практически безупречен, т.к. его негативные свойства минимальны. Комбинация ГА с коллагеном позволяет восполнить дефицит не только минерального вещества в костном дефекте, но и коллагена. Консистенция материала позволяет дополнительно использовать его в качестве пролонгированного носителя антибактериальных препаратов, подложки для клеточных культур, применяемых с целью тканевого строительства. Дополнительным плюсом для этой группы материалов является их невысокая стоимость.

VI. Направленная регенерация тканей пародонта.

В 1989 году на Международном Конгрессе Клинической Пародонтологии термином «направленная тканевая регенерация» было решено обозначать операцию, направленную на достижение регенерации с разобщением отдельных тканей. Одновременно было указано, что НТР уже является вполне обоснованной клинической методикой, эффективной в целях формирования нового соединительнотканного прикрепления при наличии не только внутрикостных дефектов, но, что самое главное, и дефектов с вовлечением фуркаций I и II класса.

Основной принцип, на котором построена методика НТР, – это использование клеточного фильтра (или мембраны), разобщающей различные клеточные популяции, которые заполняют костный пародонтальный дефект. Мембраны делятся на 2 основных класса по признаку резорбируемости: рассасывающиеся и нерассасывающиеся.

Более подробное описание видов мембран будет представлено в отдельной главе. В представленном клиническом случае продемонстрировано устранение костного дефекта в области 26 зуба с помощью резорбируемой мембраны «Bio – Gide».

Кроме остеопластических материалов и мембран при проведении лоскутных операций необходимо использовать биомодификацию (кондиционирование) корней зубов. Пародонтопатогенная микрофлора способствует возникновению заболевания несколькими способами. Первый заключается в продукции анаэробной флорой эндотоксинов, которые, накапливаясь в цементе зубов, активно поддерживают воспаление. Кроме того, эндотоксины угнетают рост фибробластов и не позволяют сформироваться надежному соединению периодонтальных структур с поверхностью корня. В принципе, при механическом удалении пораженного цемента возможен рост новых клеток и формирование зубодесневого соединения, однако в клинике полное удаление пораженного цемента и эндотоксинов невозможно. Более того: чрезмерно тщательная обработка влечет полное удаление цемента, и тогда либо регенерация

периодонтальной связки не сопровождается приростом зубодесневого прикрепления, либо же формируется анкилоз. Поэтому в целях более полной детоксикации корней и последующего повышения регенеративных свойств поражённых пародонтальных структур корневые поверхности обрабатывают химическими препаратами.

ЛИМОННАЯ КИСЛОТА (ЛК) 18% концентрации обеспечивает (рН 1,0). Оптимальное время ее аппликации составляет 2-3 минуты. Сглаживание поверхности корня приводит к образованию “смазанного слоя”, но обработка ЛК устраняет этот слой. После этого формируется поверхность корня, покрытая коллагеном и расширенными дентинными канальцами. С ней более активно связываются все клеточные элементы, в первую очередь – из сгустка крови, которые, собственно, и формируют периодонтальную связку (ПДС). Существенно, что при этой методике, как и других, рассматриваемых нами, не происходит повреждения пульпы и мягких тканей.

ТЕТРАЦИКЛИНА ГИДРОХЛОРИД (ТГХ) также используют для удаления смазанного слоя поверхности корня после предварительной механической обработки. Его в виде кашицы накладывают на 3-5 минут, после этого обязательно следует обработанный участок промыть раствором фурациллина или перекиси водорода: сохранившиеся остатки препятствуют формированию кровяного сгустка. Кстати, зачастую требуется легкая травма внутренних поверхностей лоскута, чтобы получить необходимое количество крови. ТГХ обладает практически всеми теми же свойствами воздействия на поверхность корня, что и лимонная кислота, но сверх всего – антибактериальным эффектом на срок до 2 недель – особо необходимым для начала процессов репарации и регенерации.

Именно в связи с этим следует учитывать наличие у пациентов аллергии к препаратам группы тетрациклина, а также и чувствительности микрофлоры к нему.

Все перечисленное обеспечивает лучшее течение регенеративных и репаративных процессов в послеоперационном периоде. Следует учитывать, что эффект ЛК в отношении устранения загрязненного слоя и деминерализации, выше чем у ТГХ, однако длительный антимикробный эффект ТГХ – весьма привлекательная сторона этого препарата.

ФИБРОНЕКТИН, или ламинин, является высокомолекулярным гликопротеином. Одним из главных его свойств является клейкость, отсюда понятна и одна из главных особенностей: он не только стабилизирует кровяной сгусток, но и способствует адгезии клеток ко всем поверхностям внутри раневой поверхности, к коллагену и сглаженной поверхности. Его способность усиливать хемотаксис фибробластов и мезенхимальных клеток наряду с усилением их прикрепления к поверхности корня объясняет целесообразность его применения в пародонтальной хирургии в целях не только биомодификации, но и для улучшения условий процессов регенерации.

Часть II.

Методики второй группы – это вмешательства, направленные на устранение мукогингивальных проблем, которые возникают вследствие нарушения формирования преддверия полости рта и в свою очередь оказывают негативное влияние на состояние пародонта:

1. Пластика уздечек и тяжей (френулопластика по Лимбергу и Гликману);
2. Вестибулопластика (по Кларку, по Эдлан-Мейхеру, туннельная методика);
3. Операции по устранению рецессий (перемещенные лоскуты на ножке: коронарный, латеральный; субэпителиальный небный лоскут).

До решения о необходимости проведения перечисленных вмешательств следует еще раз повторить определение понятия анаболической и косметической нормы мукогингивальных соотношений и на этом основании уточнить состояние мягких тканей преддверия полости рта, которые требуют хирургической коррекции.

Уточнение параметров «нормы» тканевых структур необходимо не только для их восстановления в ходе операции, но и для выбора методик проведения самих операций. В первую очередь, это касается формирования лоскутов, проведения разрезов, имеющих объемов тканевых структур, так как именно перечисленные параметры не только позволяют оценить реально клиническое состояние, но определить границы возможностей (либо даже – невозможностей) их коррекции. Последний факт в ряде случаев особенно значим.

Одними из первых серьезное внимание этой проблеме стали уделять Goldman H. M. и Cohen D. W., 1979, в первую очередь, с точки зрения того, каковы должны быть параметры, то есть ширина

зоны прикрепленной десны, при которой она сможет активно противостоять перечисленным видам механических воздействий и предупредить рецессии (одиночные или множественные) десны.

Собственно в связи с этим и последовали различные градации (в основном ширины) зоны кератинизированной десны с определением ее функциональных качеств: достаточная, удовлетворительная, недостаточная. Разброс указанных характеристик оказался колоссальным: от 10 мм до 1 мм.

Такое разнообразие взглядов и аргументов, с одной стороны, объяснимо, а с другой – достаточно бессмысленно: в каждом случае следует принимать во внимание не только ширину прикрепленной десны, но и ее толщину, и состояние надкостницы.

Дополнительно к тому надо учитывать: архитектуру костных структур челюстей, морфологию корней зубов, толщину костных структур над ними, анатомическую форму зубов, наличие на их коронковой части патогенных формирований (эмалевых капель, бороздок). И, конечно же, без учета индивидуальных мышечных структур, их силы и формы взаимодействия с этой защитной кератинизированной зоны едва ли следует пытаться сформировать единые для всех случаев критерии.

Поэтому мы в своей практике убедились, что главным критерием состоятельности зоны прикрепленной десны является отсутствие ее ишемизации при внешних воздействиях: отведении губ, языка (не говоря даже о смещении десневого края) –независимо от ширины.

Основной задачей мукопластических манипуляций является создание достаточной ширины зоны прикрепленной (кератинизированной) десны в целях последующего устранения рецессии и карманов, выходящих за границу слизисто-десневого соединения, и. устранения натяжения десневого края под действием мышц языка, губ, щек, уздечек.

I. Френулопластика проводится в целях устранения патологического механического воздействия неадекватно прикреплённых уздечек губ и языка на краевой пародонт. Чрезмерное, или патологическое, натяжение уздечки приводит к следующим изменениям:

1. Рецессии десны в месте прикрепления.
2. Широкие и короткие уздечки при длительном действии приводят к формированию диастемы.
3. Широкие, особенно складчатые, уздечки являются причиной постоянного накопления налета. Тянущие уздечки обычных размеров постоянно раскрывают устье бороздки в месте их прикрепления. Вследствие этого там также усиленно накапливается налет. Поскольку постоянная ишемизация способствует снижению метаболических процессов, то в зоне натяжения максимально проявляется очаговый повреждающий микробный потенциал на ткани.

Иногда иссечение уздечки нужно проводить перед ортодонтическим лечением.

Широко известны две методики пластики уздечек –Y-образная и по Лимбергу (Z-образная).

I а. Y-образная френулопластика (1954).

Техника операции

После инфильтрационной анестезии (рис. 80) зафиксированную уздечку иссекают скальпелем (рис. 81) и/или десневыми ножницами. После иссечения уздечки дефект на слизистой оболочки приобретает ромбовидную форму. Прилегающую к разрезу слизистую оболочку подрезают по краям в целях мобилизации, тонким распатором перемещают подслизистые ткани вдоль надкостницы в апикальном направлении (рис. 82). Кетгутом фиксируют мобилизованную слизистую оболочку в глубине сформированного преддверия к надкостнице узловым швом. Рана ушивается наглухо.

I б. Френулопластика по Лимбергу (Z-образная).

Техника операции

После анестезии проводят вертикальный разрез посередине уздечки. Два косых разреза проводят от противоположных концов в разные стороны от первого разреза под углом 60 – 85 градусов. Сформированные треугольные лоскуты мобилизуют и фиксируют таким образом, чтобы центральный разрез располагался горизонтально.

Важным моментом является подготовка принимающего ложа, т.к. простое сшивание краёв разрезов между собой в пределах слизистой оболочки приведет только к ослаблению натяжения, но не исключит его полностью. Именно упущение этого момента существенно снижает эффект от

этой методики, что и привело к непопулярности данного вмешательства. В связи с этим подготовка принимающего ложа проводится так же, как и при предыдущей манипуляции: подслизистые ткани отслаивают вдоль надкостницы распатором. Затем узловыми швами из кетгута ушивают горизонтальный разрез наглухо, фиксируя при этом лоскуты к надкостнице. Дополнительные разрезы ушивают так же наглухо, но уже без фиксации лоскутов к надкостнице.

II. Вестибулопластика - манипуляция, направленная на увеличение ширины прикрепленной десны в целях устранения механической травмы краевого пародонта мышечными тяжами мышц приротовой области (губных, подбородочных, щечных, язычных и мимических) и как результат этого – для предупреждения развития деструктивных процессов в пародонте.

Одним из главных показаний является предупреждение рецессий десны, либо же – прекращение их прогрессирования.

Это вмешательство проводят и в качестве первого этапа перед лоскутными операциями, если дно карманов располагается ниже переходной складки.

Довольно часто вестибулопластику проводят по ортопедическим показаниям: для улучшения фиксации съемных протезов.

В ряде случаев – перед проведением ортодонтического лечения.

Главным недостатком операции является формирование послеоперационного рубца. Это вызывает достаточно неприятное чувство стягивания на протяжении от 3 -9 месяцев – в зависимости от индивидуальной скорости рассасывания рубца.

Во избежание или минимизации этого перед операцией следует внимательно опрашивать пациента: нет ли у него склонности к формированию грубых и мощных послеоперационных или посттравматических рубцов. Такая особенность может быть в ряде случаев противопоказанием к проведению вестибулопластики либо же к необходимости использования при проведении вестибулопластики существенных модификаций принятых методик.

К числу проходящих и менее существенных недостатков относится различное по длительности и выраженности нарушение чувствительности в области проведенного вмешательства.

Наиболее распространенными методиками являются: вестибулопластика по Эдлан – Мейхеру (IIa) и по Кларку (IIб). В нашем отделении разработана и запатентована туннельная вестибулопластика (IIв), отличающаяся от базовых методик меньшей травматичностью, практически отсутствием послеоперационных болей и следовательно – комфортностью для пациентов, а также более высокой скоростью заживления.

IIa. Вестибулопластика по Эдлан-Мейхеру (1963).

Техника операции.

После инфильтрационной анестезии (рис. 91), желательно – по методу гидропрепарирования – для более легкого последующего отслаивания слизистого лоскута – скальпелем делают разрез слизистой оболочки параллельно изгибу челюсти (рис. 92), отступив от слизисто – десневой границы на 10 – 12 мм на участке от клыка до клыка и на 7 – 10 мм – в области премоляров и моляров (хотя в этом участке следует строго ориентироваться на место выхода сосудисто-нервного пучка).

Ножницами тупым путём отслаивают слизистый лоскут от линии разреза к челюсти.

После этого подслизистые ткани (мышцы, сухожилия) перемещают вдоль надкостницы на глубину 10 мм во фронтальном отделе и на 6-7 мм – в боковых (рис. 94). На нижней челюсти следует крайне аккуратно работать в области подбородочных отверстий. Очень важным моментом является удаление оставшихся мышечных и фиброзных волокон с раневых поверхностей надкостницы и слизистого лоскута, т.к. их наличие обычно приводит к рецидиву тяжелей (рис. 95).

Отслоенный слизистый лоскут фиксируют к надкостнице швами из кетгута в глубине сформированного преддверия. На оставшийся раневой дефект накладывают защитную повязку (рис. 97). Раньше с этой целью на рану накладывали йодоформную турунду, марлевый тампон, пропитанный кератопластическими препаратами и т.д.. В настоящее время безусловный приоритет остается за пленкой «Диплен-дента» с лидокаином и хлоргексидином: во-первых, он надежно закрывает раневую поверхность до формирования защитной фибриновой пленки. Во-вторых, – устраняет болевую чувствительность и предупреждает инфицирование. В итоге все это существенно облегчает состояние пациента в послеоперационном периоде.

Первоначальная площадь раневого дефекта составляет около 8 – 12 см². Срок заживления при этой методике – 12 – 14 суток.

Пб. Вестибулопластика по Кларку (1976).

Следует сразу оговорить, что эту методику целесообразно использовать преимущественно на верхней челюсти.

После анестезии скальпелем проводят разрез по переходной складке на глубину слизистой оболочки.

Ножницами отслаивают слизистый лоскут от линии разреза к губе приблизительно на 10 мм.

Комплекс подслизистых тканей – мышцы, сухожилия так же, как и по методике Эдлана – Мейхера, перемещают вдоль надкостницы на глубину 10 мм во фронтальном отделе и 6-7 мм – в боковых, а также удаляют одиночные волокна тяжей и мышц.

Слизистый лоскут фиксируют к надкостнице швами из кетгута в глубине сформированного преддверия. При этом остается достаточно обширный раневой дефект на альвеолярном отростке (рис. 103), который закрывают защитной повязкой (рис. 104), в настоящее время – дипленовской пленкой, как и в предыдущей методике.

Срок заживления при этой методике также около 14 суток (рис. 105 и 106). Раневой дефект составляет около 8 – 12 см². Операция оптимальна для верхней челюсти в силу того, что на нижней челюсти мощные мышцы и сухожилия зачастую могут в последующем существенно нивелировать первоначально полученные результаты.

Пв. Туннельная вестибулопластика.

Методика разработана с целью минимизировать травматичность вмешательства за счет существенного уменьшения площади послеоперационного дефекта (А.И.Грудянов, А.И.Ерохин, 2001).

После инфильтрационной анестезии проводят вертикальный разрез вдоль центральной уздечки преддверия полости рта на всю её длину (от места её фиксации на прикрепленной десне и до места её фиксации на губе – приблизительно 20 – 25 мм). В области премоляров проводят горизонтальные разрезы вдоль переходной складки длиной около 20 мм.

Тупым путём с помощью распатора или широкой гладилки отслаивают слизистую оболочку от комплекса подслизистых тканей на всю длину оперируемого участка.

Подслизистые ткани, мышечные тяжи снова с помощью распатора отделяют от надкостницы на запланированную глубину внутритуннельным доступом. Визуально и инструментально определяют, не осталось ли прикрепленных к надкостнице мышечных тяжей.

Отслоенные слизистые лоскуты на уровне линии отслаивания мышечных тяжей фиксируют через слизистую оболочку к надкостнице на расстоянии 10-12 мм от альвеолярного. Вертикальный разрез ушивают, фиксируя слизистую к надкостнице на заданной глубине. Слизистую оболочку в области горизонтальных разрезов подшивают к надкостнице на расстоянии 5 – 8 мм – т.е. тоже на уровне отсепарованных мышечных пучков и тяжей – от десневого края. На оставшиеся раневые участки (общей площадью 1,5 – 2 см² накладывают защитную плёнку «Диплен-Дента».

Срок заживления при этой методике – 9-11 суток (рис. 117 и 118). Боли в послеоперационном периоде практически отсутствуют за счёт минимизации раневого дефекта. Операция одинаково эффективна на обеих челюстях.

Пг. Вестибулопластика по Кручинскому – Артюшкевичу (19).

Вестибулопластика по этим авторам напоминает развернутую на 90 градусов френулопластику по Лимбергу (рис. 120), а, соответственно, и перенимает все недостатки, присущие этой манипуляции. К ним относятся: мощное рубцевание и сохранение в большей или меньшей степени механической травмы краевого пародонта мышечного происхождения. Предотвратить эти проблемы возможно, фиксируя слизистые лоскуты в глубине сформированного преддверия к НАДКОСТНИЦЕ швами из кетгута. Недостатком этой методики, кроме вышеупомянутых, является значительное количество накладываемых швов и выраженные рубцы в послеоперационном периоде.

Пд. Вестибулопластика по Гликману ().

Эта методика преследует целью преодолеть недостатки вестибулопластики по Кларку в области нижней челюсти. Как уже говорилось, частичное сохранение мощных мышечных тяжей на

нижней сводит на нет полученные результаты. Для профилактики явления этого автор предложил иссекать в глубине сформированного преддверия полосу надкостницы шириною 2-3 мм. Дефект надкостницы предлагается вести под йодоформной турундой. На наш взгляд, целесообразность этой манипуляции достаточно низка при условии, что специалист владеет методикой по Эдлан – Мейхер в модификации Шмидт.

Пе. Вестибулопластика по Казаньяну (1936).

При изучении этой методики бросается в глаза полное соответствие этой техники таковой по Эдлан – Мейхеру. Однако, имеется и определённое отличие – чрезкожное подшивание йодоформного тампона, скрученного в виде валика. Мы не считаем оправданной проведение такой травматичной операции.

Прежде чем говорить про вмешательства по устранению рецессий, а также прогнозировать их сохранение во времени, следует проанализировать ряд факторов:

1. Как скоро на внутреннюю поверхность перемещённого десневого лоскута вырастёт эпителий?
2. Насколько будет хватать трофики мягкотканому «мосту» над корнем от рядом располагающихся участков сохранившейся кости?
3. Не будут ли превалировать процессы рубцевания над потенциалом лоскута сохранять свою форму?

Естественно, возникает вопрос: А насколько необходимы данные мероприятия в конкретном случае?

Как было сказано ранее, одной из основных причин развития рецессии является патология прикрепления мягких тканей преддверия полости рта. В связи с этим операция вестибулопластика является основным и необходимым компонентом лечебных мероприятий.

Кроме достижения основной цели – увеличения ширины прикреплённой десны и надёжного приостановления прогрессирующего обнажения шеек зубов, у лиц моложе 40 лет после этих манипуляций нами в значительном проценте случаев отмечено явление так называемого «ползущего прикрепления» (greeping attachment).

Это проявляется в том, что на участке вмешательства спустя 5 — 7 дней после операции в краевой десне происходит формирование мощной капиллярной сети. Поэтому именно около оголённых шеек зубов появляется тканевой валик ярко-розового цвета, который со временем увеличивается в объёме до 1 — 1,5 мм (рис. 131, 132). В последующем апикальная часть полоски десны меняется в цвете: становится бледней и сравнивается по структуре с прикреплённой десной, а в коронарном направлении опять наблюдается описанный выше процесс разрастания. Следует отметить, что этот рост может быть разным по интенсивности и по времени. Тем не менее, обычно это увеличение не превышает 2 мм, а по времени сам процесс колеблется от 3 месяцев до 1 года.

Механизм этого явления до конца не изучен. Скорее всего, оно обусловлено улучшением условий для нормализации метаболизма в мягких тканях и регенерацией мягкотканых структур после устранения состояния постоянного натяжения и ухудшенного вследствие этого кровоснабжения. В частности, на одной из фотографий, демонстрирующих этот феномен, можно увидеть богатую сосудами разрастающуюся десну.

При величине рецессии более 4 мм полного самоустранения рецессии нами никогда не отмечалось. Закрытие корней происходило в среднем на 30 — 50% от исходной площади рецессии. Однако при рецессиях с меньшими размерами нам удавалось наблюдать практически полное закрытие оголённых корней. В старшей возрастной группе наиболее частым результатом является лишь стабилизация уровня оголения корней.

Таким образом, используя вестибулопластику у лиц с генерализованными или очаговыми рецессиями, можно обойтись без применения дорогостоящих, а главное, — никогда полностью не прогнозируемых операций по устранению уже сформировавшихся рецессий.

III. Операции по устранению рецессий.

На сегодня наиболее признана классификация рецессий десны по Миллеру (1985) с прогнозом лечения.

Что касается самих методик хирургического лечения, то их на сегодня известно значительное количество, однако нами широко используются 3 методики, перечисленные ниже. Перед

проведением всех методик необходимо устранить факторы, которые могли быть причиной рецессии в некоторых случаях. Так при отсутствии выраженного экватора у коронок зубов его необходимо искусственно воспроизвести с помощью светоотверждаемого материала или виниров; наличие деформации эмали в пришеечной области предполагает их удаление сошлифовыванием или полированием.

Одним из важнейших показателей возможности или целесообразности проведения этих операций является толщина слизистой оболочки и интенсивность её кровообращения. Если слизистая оболочка крайне истончена, на ней легко просматриваются редкие и тонкие сосуды – следует сразу отказаться от методов «конверта» и свободной пересадки слизистых лоскутов. Эти вмешательства изначально обречены на провал: во-первых, нельзя будет расслоить собственную слизистую оболочку и тем более – обеспечить кровоснабжение (т.е. прорастание сосудов) в соединительнотканном лоскуте; во-вторых, – по причине невозможности сопоставить края ложа и слизистого лоскута и, таким образом, обеспечить его трофику.

Очень сомнительная возможность гарантированного результата и при проведении, казалось бы, самой «непротивопоказанной» – операции коронарного смещения лоскута. Причиной этого является последующее сморщивание мягких тканей, которое особенно велико в тонких лоскутах.

Поэтому в таких случаях мы рекомендуем перед проведением операций проводить стимуляцию слизистой оболочки и надкостницы в области вмешательства методом прокола обычной инъекционной иглой (под инфильтрационной анестезией). Следует провести не менее 3 процедур с 2-недельными интервалами, (проколы наносятся каждый раз на расстоянии 3-4 мм по всему полю вмешательства). Если после этого удаётся достичь утолщения слизистой оболочки, (толщина слизистой определяется также методом проколов), то только тогда можно решать вопрос о вмешательстве. Если – нет, то разумнее отказаться от операции и ограничиться только расширением зоны прикреплённой десны и устранением всех возможных причинных, в частности, травмирующих факторов с целью замедления (а если повезёт – то и приостановления) прогрессирования рецессии.

При выборе любой из них следует соблюдать основные правила подготовки воспринимающего ложа, а именно: проводить тщательное снятие зубных отложений, сглаживание и полирование корней зубов с последующей их биомодификацией. При этом желательно, чтобы толщина слизисто-надкостничного лоскута в области вмешательства была не менее 1,5 мм;

III а. Коронарно смещенный лоскут (1976) – одна из самых технически простых манипуляций.

Показания являются общими для всех операций подобного рода: закрытие оголенных корней с целью устранения косметического дефекта, по возможности – формирование пришеечного контура десны.

Реже преследуется цель устранения гиперчувствительности обнаженных шеек зубов.

Необходимым условием проведения этой операции является наличие зоны прикреплённой шириной не менее 5 мм. С помощью этой методики можно устранить как одиночные, так и множественные рецессии. В силу достаточной простоты технического исполнения эта методика наиболее распространена.

Как и при других методиках, ни в коем случае нельзя перфорировать лоскут! Это приведёт к его некрозу и к утяжелению проблемы!

При отсутствии адекватной зоны кератинизированной десны предварительно следует провести вестибулопластику.

Методика операции:

После анестезии проводят 2 параллельных вертикальных разреза, для их объединения – фестончатый околобороздковый скошенный разрез.

После этого лоскут отслаивают и мобилизуют, надсекая у основания лоскута надкостницу.

Обнаженные поверхности корней обрабатывают механически и химически (биомодификация тетрациклина гидрохлоридом).

Лоскут смещают с таким расчётом, чтобы край его был выше на 1 мм эмалево-цементной границы, и в таком положении фиксируют швами.

III б. Методика латерально смещённого лоскута (1964) является также не очень сложной.

Предназначена для закрытия одиночных узких рецессий, преимущественно средней ширины.

В других случаях её не следует использовать.

Методика выполнения операции

После анестезии проводят V-образный разрез вокруг оголённого корня, иссекая краевой эпителий и соединительную ткань. При планировании донорского лоскута следует учитывать, что он должен быть в 2 – 4 раза шире принимающего ложа. Проводят фестончатый парасулькулярный скошенный разрез, соединённый с одной стороны с гранью V-образного разреза, с другой – с вертикальным разрезом на донорском участке.

Лоскут расщепляют так, чтобы его дистальная часть состояла только из слизистой, а часть, закрывающая рецессию, была полнослойной, т.е. состоять из слизистой вместе с надкостницей. Этим предупреждается послеоперационная рецессия в донорском участке и обеспечивается его большая механическая устойчивость.

Обнажённую корневую поверхность обрабатывают механически (рис. 147) и химически модифицируют (рис. 148). Отсечённые эпителий и соединительную ткань удаляют. Лоскут мобилизуют, перемещают, укладывают на обнажённую поверхность корня, перекрывая край коронки зуба на 1,5 – 2 мм, и фиксируют швами (5-0 или 6-0). Желательно наложение защитной повязки на первые 7 суток. Швы снимают на 14 сутки. В «Конвертная» методика с использованием субэпителиального нёбного лоскута (1985) показана для закрытия широких рецессий. Следует указать, что методика этой операции технически сложна, а потому её выполнение требует наличия достаточного опыта у врача.

К её преимуществам относится то, что выкроенный лоскут можно использовать для одновременного закрытия нескольких рецессий. И хотя травма неба при этой методике незначительная, кровотечение может быть весьма серьёзным. Кроме того, необходимо, чтобы десна по краям рецессии была толщиной не менее 1,5 мм, чтобы её можно было рассечь и в это пространство поместить лоскут. Поэтому главным противопоказанием является: истончённая десна.

Необходимо учитывать и особенности строения донорского участка: при широком и мелком нёбе существует риск повреждения нёбной артерии.

При том, что мнения относительно морфологической структуры лоскута неодинаковые, всё же большинство специалистов скептически относятся к лоскутам с обильной жировой и железистой тканью.

Техника операции.

После анестезии резко выступающие участки вестибулярных поверхностей корней зубов сглаживаются.

Поверхность корня обрабатывается механическим и химическим способами.

Скальпелем иссекают края рецессии по контуру на 1 мм и формируют слизистый «конверт» с таким расчётом, чтобы глубина конверта во всех отделах была равна половине ширины рецессии. Проводят фестончатый сосочковый разрез. После этого переходят к выкраиванию лоскута.

На нёбе в области от 3-го до 7-й зуб проводят 2 параллельных разреза под углом 30 – 45°, отступая 3 и 5 мм от десневого края соответственно. Сначала проводят латеральный, а потом – медиальный разрезы.

Дополнительным скошенным в глубине разрезом высвобождают трансплантат.

Рану на нёбе ушивают горизонтальными матрацными швами. Во избежание сильной кровоточивости желательно предварительно изготовить защитную нёбную пластинку, которую накладывают после операции.

Выкроенный лоскут укладывают на стекло в физиологический раствор. С помощью гладилки максимально удаляют из него железистую и жировую ткани, истончают до необходимой толщины, а затем обрезают до нужных размеров с помощью ножниц или скальпеля.

Затем лоскут вводят в сформированный ранее разрез десны, продвигая внутрь десны не менее чем на 2 – 3 мм. Нужно чтобы эпителиальная часть располагалась на эмали. В таком случае даже после сморщивания лоскута можно рассчитывать на хороший результат.

Фиксируют лоскут либо с помощью множественных швов, желательно материалом не толще 5-0 или 6-0, либо же с помощью цианоакрилатного клея.

На область вмешательства накладывают пародонтальную повязку сроком на 10 – 14 дней.

В данной работе мы не преследовали цель представить все существующие хирургические методики, количество которых на сегодняшний день очень велико, а различия между большинством настолько тонки, что представляют интерес только для весьма искушенных специалистов.

Мы сознательно решили ограничить спектр методик только теми из них, которые в нашем подразделении хорошо отработаны, отлично себя зарекомендовали и результат использования которых, на наш взгляд, достаточно гарантирован – что особенно важно для начинающих хирургов – пародонтологов.

Наряду с этим мы сочли нужным представить и ряд методик, целесообразность применения которых весьма сомнительна: чтобы специалисты не сталкивались с проблемами, которых можно избежать.

Все перечисленные методики имеют свои показания и противопоказания, поэтому требуется, чтобы специалист их чётко знал, а выполняя – соблюдал строгую последовательность манипуляций. Только в этом случае можно рассчитывать на достижение желаемых результатов.

4. Перечень практических работ, наглядных пособий и ТСО:

- таблицы,
- муляжи,
- фильмы,
- презентации

5. Практическая работа:

Название практической работы:

- осмотр пациента, сбор анамнеза,
- заполнение карты пациента,
- профессиональная гигиена полости рта,

Цель работы: научиться проводить осмотр и сбор анамнеза, снятию зубных отложений, приготовлению и наложению десневых повязок, вводить лекарства под элементы поражения.

Методика выполнения работы:

Необходимые материалы: карта обследования, шариковая ручка, перчатки, маска, лоток с набором инструментов, микромотор, щетки для профессиональной чистки зубов, паста для чистки и полировки поверхности зуба, ультразвуковой аппарат, аппарат Air-flow и порошок к нему, противовоспалительные мази (бутадионовая, индометациновая, гепариновая, метрогил дента и т.д), антисептики для полости рта (хлоргексидин, ротокан и т.д),

Порядок выполнения работы:

- 1.Опрос с выяснением жалоб и сбором анамнеза.
2. Заполнение карты обследования
- 3.Антисептическая обработка полости рта,
- 4.Профессиональная чистка зубов с использованием ультразвукового аппарата «скайлер»,
5. Полировка поверхности зубов аппаратом Air-flow,
6. методика проведения гингивотомии и гингивэктомии.

Результаты работы и критерии оценки: грамотно заполненная карта обследования, правильное проведение профессиональной чистки, правильная тактика проведения гингивотомии и гингивэктомии.

6. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

Строение пародонта.

Функции пародонта.

Кровоснабжение, иннервация пародонта.

7. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Методика проведения гингивотомии и гингивэктомии.
2. Показания и противопоказания к оперативным вмешательствам в полости рта.
3. Медикоментозная обработка послеоперационной раны.
4. консервативные методы лечения заболеваний пародонта.

8.Хронокарта учебного занятия:

Организационная часть (приветствие, заполнение журнала посещений занятий, оценка внешнего вида студента, состояния медицинской одежды, наличия медицинских перчаток, защитных масок, очков, сменной обуви) – 5 минут.

Определение преподавателем темы занятия, цели занятия и задач, направленных на её выполнение – 5 минут.

Опрос студентов – 35 минут.

Приём пациентов - самостоятельная работа студентов (контроль и помощь преподавателя), продолжительность этого этапа – 2 часа 35 минут.

Контроль выполнения практической части, заполнение истории болезни – 15 минут

Подведение итогов занятия, задание на дом – 5 минут.

9. Самостоятельная работа студентов:

1. Выписать последовательность обследования и планирования лечения пародонтологических пациентов.
- 2.Перечислить общие противопоказания к проведению хирургического лечения заболеваний пародонта.
3. Указать диспансерные группы пародонтологических больных и кратность их контрольных посещений в течение года.

10. Перечень учебной литературы к занятию:

1. Справочник по стоматологии. – М.: Медицина, 2008.
- 2.. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Учебное пособие. / Н.Ф.Данилевский, В.К.Леонтьев, А.Ф.Несин, Ж.И.Рахний. – М.: ОАО «Стоматология», 2008. – 2711 с.
- 3.. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика и лечение: Учебное пособие / Под ред. проф. Г.М.Барера. – М., 2009. –110 с.
4. Максимовский Ю.М. и соавт. Терапевтическая стоматология. – М., 2008.
5. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. – М., 2010
6. Заболевания пародонта. Задания в тестовой форме / Под ред. проф. Г.М. Барера. – М., 2008 – 43 с.
7. Терапевтическая стоматология: Учебник / Э.Хельвиг, И. Клибек, Т. Аттин. – Urb. &Schwarzenberg; Munchen, 2009. – 409 с.
8. . Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие. Под ред. проф. Э.М. Кузьминой. – М.: Московский медицинский стоматологический институт, 2009.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ ДЛЯ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ №3

1.Тема занятия:

Особенности ортопедического лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Студент должен знать:

- 1.Принципы планирования лечения заболеваний пародонта.
2. Ортопедические методы лечения.
3. Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта:

4. Профилактику заболеваний пародонта.

Студент должен уметь:

Грамотно провести расспрос пациента.

Провести осмотр внешний и полости рта.

Составить план лечения гингивита, пародонтита, пародонтоза.

Проводить временное шинирование с использованием стекловолоконных материалов.

Дать рекомендации пациенту с заболеваниями пародонта.

Провести санитарно-просветительную беседу с пародонтологическими больными по гигиене полости рта.

Студент должен ознакомиться:

С принципами планирования лечения заболеваний пародонта.

С ортопедическими методами лечения заболеваний пародонта.

3. Содержание обучения:

Важнейшими достижениями отечественной стоматологии в области пародонтологии являются разработка принципов комплексной терапии заболеваний пародонта, применение строго по показаниям терапевтических, физиотерапевтических, хирургических и ортопедических методов. Комплексный метод лечения предусматривает выявление этиологических факторов и четкое определение патогенетического механизма и ведущих звеньев заболевания. Это необходимо для определения средств этиотропной и патогенетической терапии и для выработки конкретного плана ведения больного. Существенный вклад внесли отечественные ортопеды-стоматологи, определившие терапевтическую значимость ортопедических средств, методов, в том числе аппаратов и протезов. Ортопедические методы, применяемые для лечения заболеваний пародонта, позволяют снять воспалительные явления, улучшить кровообращение, а следовательно, и трофику тканей за счет устранения патологической подвижности, нормализации окклюзионных соотношений, снятия травмирующего действия жевательного давления, т. е. их можно отнести к методам функциональной терапии. Теоретические основы применения этих методов, полностью подтвержденные клиническими наблюдениями, заключаются в следующем:

1. При пародонтите имеется нарушение гистофункциональной корреляции зуба с окружающими тканями. Деструкция тканей пародонта ведет к уменьшению площади связочного аппарата и стенок альвеол, изменению топографии зон сжатия и растяжения под нагрузкой, повышению удельного давления на ткани, изменению характера деформации волокон и костной ткани за счет изменения направления пространственного смещения корня зуба. 2. Динамическая функция жевания изменена, но является дополнительным фактором воздействия внешней среды на ткани пародонта. 3. Существует тесная связь между функцией жевания и кровообращением в тканях пародонта. 4. Изменение функции жевания обуславливает нарушение гистофункциональных корреляций в системе зуб — пародонт, проявляющееся в первую очередь нарушением кровообращения за счет изменений тонуса сосудов, развития реактивной, а впоследствии застойной гиперемии. 5. Под термином «травмы», «перегрузка» пародонта, так же как и «травматическая окклюзия», следует понимать такое изменение функций жевания, когда зуб или группа зубов подвержена учащенному, растянутому во времени однотипному воздействию жевательного давления, обуславливающему извращение сосудистых реакций. 6. Разрушающее действие неизменной функции жевания может проявляться на фоне развивающегося под влиянием различных этиологических моментов воспалительно-дистрофического процесса тканей пародонта. 7. Патологическая подвижность зубов в начальной стадии заболевания обусловлена отеком тканей и в последующем усугубляется наступающей деструкцией волоконного аппарата и костной ткани пародонта. 8. Патологическая подвижность как при неизменной, так и при нарушенной функции жевания — ведущий фактор в прогрессировании деструкции тканей пародонта. 9. Деструкция тканей пародонта значительно снижает их выносливость к действию вертикальной и особенно направленной под углом к длинной оси зуба нагрузке, снижает уровень адаптации и компенсации. Адаптация при пародонтите проявляется уменьшением

чувствительности к постоянному действию раздражителей, извращению реакций. За счет этого, а также снижения компенсаторной реакции снижается резерв выносливости к функциональным нагрузкам (рис. 160). Напомним, что при здоровом пародонте этот резерв составляет разницу между физиологическим порогом чувствительности пародонта к жевательному давлению и субпороговым давлением, развивающимися при дроблении пищи. Восстановление гистофункциональных корреляций в тканях пародонта, устранение патологической подвижности, устранение разрушающего действия функции жевания и нормализация самой функции и, наконец, подключение к компенсаторному процессу неповрежденного или частично поврежденного пародонта других зубов с целью нормализации кровообращения и трофики тканей возможны только лишь с помощью ортопедических методов лечения. Для лечения болезней пародонта в ортопедической стоматологии разработаны специальные методы: 1) избирательное шлифование; 2) временное шинирование; 3) ортодонтические приемы; 4) применение постоянных шинирующих аппаратов и протезов; 5) непосредственное протезирование и шинирование. Метод избирательного шлифования. Показанием к применению метода является установление преждевременных контактов или наличие контактов только на отдельных зубах при смыкании челюстей в центральной, боковых и передних окклюзиях, а также установление контактов, которые блокируют движения челюсти в различных направлениях. Применяется как в начальной, так и в развившейся стадии процесса. Преждевременные контакты возникают в результате неравномерной стираемости или отсутствия стираемости отдельных зубов либо их группы, изменения положения зубов вследствие поражения пародонта. Отсутствие антагонистов, соседнего зуба, повышенная стертость пломбы на окклюзионной поверхности антагониста, аномалии развития челюстей ведут к деформации окклюзионной поверхности зубного ряда. В этих случаях проводят не избирательное шлифование, а стачивание окклюзионной поверхности. Терапевтический эффект от шлифования и стачивания заключается в устранении или значительном уменьшении вредного для пораженного пародонта горизонтального компонента жевательного давления, уменьшении пространственного смещения зуба, меньшего сдавления сосудов пародонта, а следовательно, снятия факторов, ухудшающих кровообращение и трофику тканей. Создание равномерных контактов на протяжении всего зубного ряда при движениях нижней челюсти (создание так называемой скользящей окклюзии) уменьшает удельное давление на ткани пародонта и также способствует нормализации кровообращения. Выявление участков, на которых концентрируется давление при движениях нижней челюсти, проводят визуально при поэтапном смещении нижней челюсти из положения в центральной окклюзии в одно из крайних положений боковых окклюзии или вперед — до смыкания режущих краев передних зубов. Уточняют участки концентрации давления по всему пути смещения с помощью копировальной бумаги. Шлифование проводят алмазными абразивными инструментами, снимая зоны окклюзионных контактов. Обязательным условием при регуляции окклюзионных контактов является сохранение трех и более точечных контактов на окклюзионной поверхности группы жевательных зубов и линейного контакта в группе передних зубов / Несоблюдение этого правила впоследствии ведет к смещению зубов, у которых после стачивания создан контакт в одной точке. Недопустимо выключение зубов из окклюзионных контактов. Правильность создания скользящей окклюзии определяется визуально и пальпаторно по снятию подвижности зуба при окклюзионных движениях. Терапевтический эффект при стачивании режущих поверхностей зубов передней группы обеспечивается двумя факторами: укорочением экстраальвеолярной части зубов и уменьшением резцового пути (переднего и бокового). Уменьшение резцового пути укорачивает период сжатия сосудов пародонта в момент откусывания пищи и при боковых смещениях челюсти, т. е. создаются условия нормализации сосудистой реакции на действие нагрузки. Метод временного шинирования. Шина — приспособление для иммобилизации (полной неподвижности или значительно уменьшенной подвижности) группы зубов или всего зубного ряда. Метод используют в развившейся стадии генерализованного и очагового хронического пародонтита, реже в период обострения при начальной стадии. Временные шины применяют в течение всего периода комплексного лечения 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 сил жевательного давления между пародонтом зубов, включенных в шину, создает покой пораженным тканям и способствует повышению эффективности патогенетической и симптоматической терапии. Исходя из сосудисто-биомеханической гипотезы, применение временной шины позволяет разорвать патогенетическую цепь воспаление — кровоснабжение — дистрофия — функция жевания, что способствует улучшению трофики тканей пародонта, снятию воспалительного процесса. Учитывая, что воспаление пародонта увеличивает патологическую подвижность, которая в свою очередь при функции жевания усиливает застойные явления в тканях, не сняв воспалительных явлений, применив комплекс лечебных средств, в том числе и шины, невозможно правильно решать вопрос о сохранении или удалении подвижных зубов. Недопустимо проведение гингивотомии и гингивэктомии без предварительного изготовления временной шины. Временные шины должны соответствовать следующим требованиям: 1) надежно фиксировать все зубы, легко накладываться и сниматься с зубных рядов; 2) равномерно перераспределять жевательное давление на опорные зубы и замещать дефект зубных рядов; 3) при фиксации на зубных рядах не препятствовать лекарственной терапии и хирургическому лечению; 4) не травмировать слизистую оболочку десны; 5) отличаться простотой изготовления. При генерализованном пародонте в шину включают все зубы, обеспечивая тем самым иммобилизацию по дуге. При очаговом пародонтите протяженность шины обусловлена локализацией поражения и взаимоотношением его с зубами, у которых пародонт не поражен: шина обязательно должна включать в блок зубы с непораженным пародонтом. Временные шины изготавливают из пластмассы, которую можно армировать для прочности металлической проволокой. Различают капповые шины, оральные и вестибулооральные многосвязные. Капповые шины охватывают окклюзионную часть коронок зубов, и их применение связано с завышением окклюзионной высоты. Шину-каппу фиксируют на зубной ряд при помощи репина, дентола, дентина. В случаях, когда по клиническим показаниям нежелательно завышение окклюзионной высоты, можно пользоваться методом шинирования с применением оральной многосвязной шины, фиксируемой с помощью медицинского цианакрилатного клея марки МК-6; МК-9 (см. рис. 164, б). Шину изготавливают на гипсовой модели из быстротвердеющей пластмассы. Она располагается по границе от режущего края или перехода жевательной поверхности в язычную, нижняя граница не доходит до десневого края на 2—3 мм. Применение шин из быстротвердеющих пластмасс, изготавливаемых непосредственно на зубном ряде, нежелательно, так как снятие ее представляет большие трудности. Ортодонтические приемы При пародонтите под влиянием функциональных нагрузок как при окклюзионных контактах, так и через пищевой комок наступают вторичные деформации зубных рядов. Силы жевательного давления, а также давление языка во время глотания, речевой артикуляции и в покое сдвигают зубы в одном или нескольких направлениях. Передние зубы смещаются чаще всего в вестибулярном направлении, что лишает их контакта между собой, обуславливает попадание пищи в межзубные промежутки и дальнейшее их расхождение или наложение друг на друга. Внедрение пищевого комка между зубами происходит и за счет подвижности зубов. Вторичные деформации развиваются как при интактных зубных рядах, так и при дефектах в них. В последних случаях деформации возникают чаще и в клинической картине появляется ряд осложнений. Например, при потере группы жевательных зубов на одной или обеих челюстях происходит снижение окклюзионной высоты, нижняя челюсть смещается, как правило, дистально, увеличивается степень перекрытия в передней группе зубов, изменяются взаимоотношения элементов височно-нижнечелюстного сустава. Дальнейшее смещение передних зубов ведет к исчезновению режущего контактного, передние зубы нижней челюсти могут травмировать слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти. При пародонтите, развившемся на фоне аномалий челюстей и зубных рядов, вторичные деформации протекают значительно тяжелее. Измененная ось наклона зуба при увеличенной экстраальвеолярной части (за счет атрофии) усиливает деформацию тканей и деструктивные процессы. Не исправив положение зубов, не восстановив нормальную окклюзионную высоту и правильное взаимоотношение элементов зубочелюстной системы, нельзя снять дополнительные факторы «перегрузки» тканей пародонта и улучшить трофику тканей. Возникновение вторичных деформаций и нарушение во

взаимоотношении зубных рядов должно быть расценено как осложнение генерализованного или очагового пародонтита. Осложнение усугубляет течение основного заболевания, и невнимание к этому факту снижает эффективность лечения. В начале лечения подвижность перемещаемых зубов несколько возрастает, но со временем эти явления стихают. Анализ рентгенограмм и пародонтограмм позволяет констатировать, что ортодонтическое лечение не усугубляет дистрофических процессов в пародонте. Перемещение зубов и восстановление нормальных артикуляционных взаимоотношений зубных рядов в комплексе с другими лечебными мероприятиями позволяют добиться прекращения обострений процесса, исчезновения воспалительных явлений. Показания к ортодонтическому лечению при очаговом и генерализованном пародонтите развившейся стадии следующие. 1. Вторичные деформации: а) тремы и диастемы, обусловленные смещением зубов; б) снижение окклюзионной высоты, осложненное глубоким резцовым перекрытием и дистальным смещением нижней челюсти. 2. Зубочелюстные аномалии: а) глубокий прикус; б) прогения, осложненная уменьшением окклюзионной высоты; в) глубокий прикус, прогения, осложненные вторичной деформацией зубных рядов. При вестибулярном смещении зубов, тремах и диастемах с успехом применяют пластинку с вестибулярной дугой (диаметр проволоки 0,4—0,6 мм). При наложении одного зуба на другой в конструкцию данного аппарата вводят пальцевидные отростки из проволоки диаметром 0,4 мм, а при наличии супраокклюзионного положения зуба — плоскую зацепную петлю. Если имеется и вторичная частичная адентия, аппарат изготавливают по типу съемного пластиночного протеза. В этом случае аппарат устраняет дефект зубного ряда, что в большинстве случаев равносильно устранению этиологического или патогенетического момента (функциональной перегрузки), и саму деформацию. Применяя этот лечебный аппарат, следует помнить, что после его припасовки базисная пластинка в области перемещаемых зубов должна отстоять от них с язычной стороны на такое расстояние, на которое необходимо переместить зубы. Вестибулярная дуга должна располагаться на 1,5—2, 0 мм от режущего края зубов. При слабом активировании дуги путем сближения краев петель эффект лечения наступает в первые 2—3 нед. После окончания ортодонтического лечения и до момента фиксации постоянного вида шины аппарат является ретенционным (удерживающим) и одновременно временной шиной. Снижение окклюзионной высоты при пародонтите и обусловленное этим изменение топографических взаимоотношений зубных рядов верхней и нижней челюстей требуют предварительного ортодонтического лечения для перестройки мышечной системы (миотатического рефлекса). Снижение окклюзионной высоты развивается при следующих условиях: 1) потере группы жевательных зубов с двух сторон на одной или обеих челюстях, перекрестных дефектах; 2) патологической стираемости, локализованной в группе жевательных зубов; 3) частичной вторичной адентии, сопровождающейся конвергенцией премоляров, ограничивающих дефект зубного ряда. Возможно снижение окклюзионной высоты в случаях применения неправильно изготовленных мостовидных протезов в области жевательных зубов или вследствие стирания окклюзионных поверхностей, выполненных из пластмассы. Все лечебные аппараты и протезы необходимо строить с учетом восстановления исходной центральной окклюзии. Для восстановления правильных окклюзионных соотношений, снятия развившегося глубокого резцового перекрытия и одновременного перемещения зубов применяют съемную пластинку с окклюзионными накладками на нижнюю или верхнюю челюсть, иногда с вестибулярной дугой и наклонной плоскостью. При наличии дефектов зубных рядов следует применять съемный протез с вестибулярной дугой и наклонной плоскостью. С целью предупреждения перегрузки передних зубов нижней челюсти наклонной плоскостью можно изготовить шины-каппы на эти зубы. При дефектах зубного ряда нижней челюсти применяют каппу-протез, замещающий дефект и позволяющий восстановить правильные окклюзионные соотношения. Применение постоянных шинирующих аппаратов и протезов. Комплекс лечебных мероприятий позволяет снять воспалительный процесс в тканях пародонта, устранить местно-действующие этиологические факторы и приостановить дальнейшее развитие заболевания. В зависимости от стадии патологического процесса в пародонте могут произойти необратимые изменения: частичная резорбция тканей пародонта, необратимые органические изменения в сосудистой системе в сочетании с не полностью восстановленным кровотоком (отток крови от пародонта затруднен).

Все это снижает адаптационные возможности зубочелюстной системы и сохраняет условия для развития рецидива — повторного проявления признаков болезни. Чтобы предупредить развитие рецидива и на длительный период сохранить состояние ремиссии после лечения развившейся стадии хронического пародонтита, необходимо применить шинирующие лечебные аппараты и протезы постоянного пользования. Современные принципы ортопедического лечения пародонтитов с применением аппаратов и протезов постоянного пользования заключаются в следующем: 1) приводят в функциональное соответствие силу жевательных мышц с функциональной выносливостью пародонта к нагрузкам; 2) проводят иммобилизацию группы или всех зубов зубного ряда с целью ликвидации патологической подвижности и приближения подвижности к физиологическим нормам; 3) равномерно распределяют жевательное давление между зубами при всех циклах жевания, что позволяет разгрузить зубы с наиболее пораженным пародонтом и использовать компенсаторные возможности каждого зуба и зубного ряда в целом; 4) восстанавливают единство в системе зубного ряда, устраняют дефекты; восстанавливают функцию жевания; 5) предупреждают перегрузку зубов; 6) снимают с зубов, пародонт которых имеет поражение I и II степени, действие горизонтального компонента жевательного давления, а при наличии функциональной недостаточности — поражение II—III степени и вертикальный компонент. Для успешного проведения ортопедического лечения пародонтитов необходимо освоить логическое обоснование выбора конструктивных особенностей лечебного аппарата, определить, какой эффект они дадут в процессе пользования им, т. е. научиться прогнозировать действие аппарата. Различают следующие виды шинирующих аппаратов постоянного пользования: 1) несъемные (спаянные коронки, экваторные и колпачковые коронки, штифтовые конструкции, варианты мостовидных протезов); 2) съемные виды шин (состоятся из элементов бюгельного протеза и сочетания многих вариантов кламмерной системы); 3) сочетанное применение несъемных и съемных видов шин. Клиническая картина заболеваний настолько разнообразна, что не укладывается в рамки ни одной классификации. Болезнь связана не только со специфическими особенностями всего организма индивидуума, но и с особенностями полости рта (вид прикуса, топография дефектов зубных рядов, наличие зубочелюстных аномалий и т. п.). Чтобы добиться успеха в лечении не болезни вообще, а болезни у данного индивидуума, необходимо учесть особенности течения заболевания у него, наметить и выполнить строго индивидуальный план лечения, применяя сочетания различных лечебных средств. Вопрос о том, какое лечебное средство лучше для лечения болезней пародонта — съемные или несъемные шины, может быть решен только следующим образом: показан тот вид иммобилизации, который с учетом всех индивидуальных особенностей течения заболевания позволит приостановить дальнейшее развитие заболевания.

4. Перечень практических работ, наглядных пособий и ТСО:

- таблицы,
- муляжи,
- фильмы,
- презентации

5. Практическая работа:

Название практической работы:

- осмотр пациента, сбор анамнеза,
- заполнение карты пациента,
- профессиональная гигиена полости рта,

Цель работы: научиться проводить осмотр и сбор анамнеза, снятию зубных отложений, приготовлению и наложению десневых повязок, вводить лекарства под элементы поражения.

Методика выполнения работы:

Необходимые материалы: карта обследования, шариковая ручка, перчатки, маска, лоток с набором инструментов, микромотор, щетки для профессиональной чистки зубов, паста для

чистки и полировки поверхности зуба, ультразвуковой аппарат, аппарат Air-flow и порошок к нему, противовоспалительные мази (бутадионовая, индометациновая, гепариновая, метрогил дента и т.д), антисептики для полости рта (хлоргексидин, ротокан и т.д),

Порядок выполнения работы:

- 1.Опрос с выяснением жалоб и сбором анамнеза.
2. Заполнение карты обследования
- 3.Антисептическая обработка полости рта,
- 4.Профессиональная чистка зубов с использованием ультразвукового аппарата «скайлер»,
5. Полировка поверхности зубов аппаратом Air-flow,
6. методика проведения гингивотомии и гингивэктомии.

Результаты работы и критерии оценки: грамотно заполненная карта обследования, правильное проведение профессиональной чистки, правильная тактика проведения гингивотомии и гингивэктомии.

6. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

Строение пародонта.

Функции пародонта.

Кровоснабжение, иннервация пародонта.

Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика пародонтитов.

Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика пародонтоза.

Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика идиопатических заболеваний.

7. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта.

2.Диспансеризацию пациентов с заболеваниями пародонта.

3. Профилактику заболеваний пародонта.

- 8.Хронокарта учебного занятия:

Организационная часть (приветствие, заполнение журнала посещений занятий, оценка внешнего вида студента, состояния медицинской одежды, наличия медицинских перчаток, защитных масок, очков, сменной обуви) – 5 минут.

Определение преподавателем темы занятия, цели занятия и задач, направленных на её выполнение – 5 минут.

Опрос студентов – 35 минут.

Приём пациентов - самостоятельная работа студентов (контроль и помощь преподавателя), продолжительность этого этапа – 2 часа 35 минут.

Контроль выполнения практической части, заполнение истории болезни – 15 минут

Подведение итогов занятия, задание на дом – 5 минут.

9. Самостоятельная работа студентов:

1. Выписать последовательность обследования и планирования лечения пародонтологических пациентов.

2.Перечислить ортопедические методы лечения заболеваний пародонта.

3. Указать диспансерные группы пародонтологических больных и кратность их контрольных посещений в течение года.

10. Перечень учебной литературы к занятию:

Справочник по стоматологии. – М.: Медицина, 2008.

Заболевания пародонта /Иванов В.С. - М.: МИА, 1998. - 295 с.

- Заболевания пародонта. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. - М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. - 162 с.
- Заболевания пародонта: атлас /Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А. и др. ; под ред. Н.Ф. Данилевского. - М.: Медицина, 1999. - 328 с.
- Максимовский Ю.М. и соавт. Терапевтическая стоматология. – М., 2008.
- Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. – М., 2010
- Заболевания пародонта. Задания в тестовой форме / Под ред. проф. Г.М. Барера. – М., 2008 – 43 с.
- Терапевтическая стоматология: Учебник / Э.Хельвиг, И. Климек, Т. Аттин. – Urb. &Schwarzenberg; Munchen, 2009. – 409 с.
- . Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие / Под ред. проф. Э.М. Кузьминой. – М.: Московский медицинский стоматологический институт, 2009.