

Использование современных минимально инвазивных методов лечения в комплексной реабилитации пациентов с агрессивным пародонтитом



Мягкова Н.В.
к.м.н., доцент кафедры
стоматологии детского
возраста и ортодонтии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
г. Екатеринбург



Закиров Т.В.
к.м.н., ассистент кафедры
стоматологии детского
возраста и ортодонтии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
г. Екатеринбург

Резюме

Пример комплексного лечения пациента 20 лет с агрессивным пародонтитом. Интердисциплинарный подход в лечении пациентов с агрессивными формами пародонтита. Позволяет достичь оптимального соотношения зубов, улучшает эстетику лица и качество жизни.

Ключевые слова: агрессивный пародонтит, комплексное лечение.

MODERN METHODS WITH MINIMAL INVASION USING IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH AGGRESSIVE PERIODONTITIS

Myagkova N.V., Zakirov T.V.

Summary

An example of combined treatment of patient 20 years with aggressive periodontitis. Interdisciplinary approach in treatment patients with aggressive forms of periodontitis provides optimal conditions to save teeth, to improve aesthetic of face, to improve the quality of life.

Keywords: aggressive periodontitis, combined treatment.

Одним из наиболее тяжело протекающих воспалительных заболеваний в полости рта является агрессивный пародонтит. Причиной активизации воспалительно-деструктивного процесса служит внедрение в ткани пародонта специфических анаэробных микроорганизмов на фоне снижения иммунного статуса [4]. Особенности течения и несвоевременная диагностика часто приводят к катастрофическим последствиям, разрушая зубочелюстную систему человека в самом молодом возрасте, приводя к психологическим проблемам и социальной дезадаптации. Усугубляет ситуацию относительная редкость встречаемости и отсутствие клинической симптоматики в начале заболевания. Несвоевременная и неадекватная терапия приводит к быстрому прогрессированию болезни и развитию осложнений [1].

Лечение пациентов с агрессивным пародонтитом представляет большую сложность, требует комплексного подхода в выборе лечебных мероприятий.

Проблемы лечения обусловлены следующими факторами:

- ◆ Несвоевременная диагностика и позднее начало лечения. Выраженный патологический процесс в пародонте с высокой степенью резорбции костной ткани альвеолярных отростков приводит к потере отдельных зубов, нарушению окклюзионных взаимоотношений зубов-антагонистов, подвижности зубов, изменению их положения, развитию дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [3].

- ◆ Трудность мотивации пациентов к поддержанию хорошей гигиены полости рта в условиях образования множественных ретенционных пунктов при оголении корней зубов.
- ◆ Резистентность анаэробных пародонтопатогенных бактерий в биопленке к антибиотикам.
- ◆ Необходимость участия в лечении нескольких высококвалифицированных специалистов.
- ◆ Незавершенный рост и формирование зубочелюстной системы и организма в целом.
- ◆ Необходимость постоянной пожизненной поддерживающей терапии.
- ◆ Влияние различных внешних факторов (отдаленность клиники от места жительства, наличие общесоматических заболеваний, дороговизна современных методов диагностики и лечения и др.).

Хорошие перспективы в комплексном лечении агрессивного пародонтита имеет применение лазерного лечения. Использование лазера позволяет быстро испарить грануляционную ткань из пародонтальных карманов, оно минимально инвазивно, не сопровождается такими свойственными хирургическому лечению осложнениями как сильный отек тканей, увеличение подвижности зубов. При правильном использовании глубина проникновения лазерного луча строго дозирована в одном направлении, что позволяет избежать некроза окружающих тканей пародонта. Важно, что достигнуть стойкой ремиссии пародонтита возможно за короткий период времени [2]. Это предоставляет возможность более раннего начала ортодонтического лечения по сравнению с проведением традиционной лоскутной операции.

Большое значение в лечении агрессивного пародонтита имеет нормализация окклюзии врачом-ортодонтом с последующим шинированием подвижных зубов. Правильно проведенное ортодонтическое лечение может не только решить проблему с аномальным положением зубов, но даже заменить хирургический этап лечения, приведя к образованию костной ткани в местах тяжелой резорбции [5].

Особенности ортодонтического лечения пациентов с агрессивным пародонтитом:

- ◆ Предварительное консервативное лечение у пародонтолога.
- ◆ Добиться полной ликвидации воспалительных явлений.

- ◆ Строжайший контроль поддержания пациентом адекватной гигиены полости рта.
- ◆ Постоянное наблюдение пародонтолога во время ортодонтического лечения в связи с возможным обострением воспалительного процесса.
- ◆ Передвижение зубов происходит быстрее (требуется меньше времени).
- ◆ Используются сверхмалые силы.
- ◆ При ортодонтическом лечении пародонтита тяжелой степени (резорбция костной ткани более 1/2 длины корней) ретейнер должен изготавливаться в виде погружной шины. Адгезивный ретейнер не обладает способностью удерживать зубы в правильном положении долгое время. Обычно пациенты не замечают его отклеивания. Рецидив смещения зубов ставит вопрос о повторе длительного дорогостоящего и чреватого дальнейшей резорбцией костной ткани ортодонтического лечения.
- ◆ Возможные осложнения: увеличение подвижности зубов, рецессия десны, резорбция корней, обострение воспалительного процесса, гипертрофия десны.

Несмотря на то, что ортодонтическое лечение является вспомогательным в комплексной терапии пародонтита, при выраженном смещении зубов оно приобретает решающее значение, обеспечивая дальнейшую сохранность зубов, а также принципиальную возможность достижения стойкой ремиссии.

В качестве примера успешного комплексного лечения приводим собственное клиническое наблюдение пациентки с агрессивным пародонтитом. Пациентка 20 лет обратилась в МСП УГМА с жалобами на неудовлетворительную эстетику в связи со значительным смещением зубов. Несмотря на недавно проведенное консервативное лечение пародонтита, включавшее и вектор-терапию, при определении пародонтологического статуса пациентки с использованием системы компьютерной диагностики «Florida Probe» было выявлено большое количество пародонтальных карманов глубиной 4–6 мм, кровоточащих при зондировании. На ортопантограмме выявлялась неравномерная резорбция костной ткани альвеолярных отростков более 1/2 длины корней зубов. В переднем отделе верхней челюсти резорбция костной ткани превышала 2/3 длины корней, а также определялась резорбция верхушек корней резцов. В таких условиях ортодонтическое лечение могло привести к тотальной потере опорно-удерживающих тканей пародонта и утрате зубов. Хирургическая операция также не была показана. Выходом явилось проведение лазерного кюретажа пародонтальных карманов, который, с одной стороны, был менее инвазивной процедурой, чем операция, а с другой – позволил испарить грануляционную ткань, купировать воспалительный процесс и достичь необходимой для ортодонтического лечения

стабилизации пародонтита. Обработка карманов лазером проводилась под инфльтрационной анестезией на каждой челюсти отдельно с недельным интервалом между посещениями. С этой целью мы использовали диодный лазерный аппарат «SiroLaser» в режиме «Обработка пародонтальных карманов», длина волны 970 нм, световод 320 мкм, мощность 2,8 Вт. После использования лазера проводилась ультразвуковая обработка пародонтальных карманов с целью удаления оставшихся некротизированных тканей и предупреждения развития осложнений. В послеоперационном периоде назначались полоскания полости рта 0,05%-ным раствором хлоргексидина. Необходимости назначения антибиотиков не было.

Пациентка хорошо перенесла вмешательство, уже через 1 день исчезли неприятные ощущения, через неделю прошли отечность и гиперемия, десна приобрела здоровый вид. При повторном исследовании с использованием «Florida Probe» диагностики, которое проводилось через 1 месяц, глубина остаточных пародонтальных карманов составила 2–3 мм, полностью отсутствовала кровоточивость при зондировании (рис. 10). Учитывая высокую степень сотрудничества пациентки и поддержание идеальной гигиены полости рта, было принято решение о возможности начать ортодонтическое лечение.

Результаты обследования (рис. 1–4)

1. Внешний осмотр: лицо симметричное, носогубные складки сглажены, подбородочная складка выражена умеренно, резцы верхней челюсти лежат на нижней губе, губы не смыкаются. Профиль выпуклый (рис. 1).

2. Осмотр полости рта: прикус постоянный, соотношение моляров и клыков по 2 классу Энгля, незначительное сужение верхнего зубного ряда, протрузия резцов верхней



Рис. 1. Лицевые фотографии пациентки до лечения. Выпуклый профиль, смыкание губ с напряжением



Рис. 2. Окклюзия пациентки до лечения. Дистальная глубокая окклюзия, протрузия резцов верхней челюсти, сагиттальная щель, множественные тремы, диастема

челюсти, сагиттальная щель 10 мм, глубокий травмирующий прикус, множественные тремы, диастема. Гигиена полости рта удовлетворительная (рис. 2).

Анализ ортопантомограммы: наблюдается неравномерная резорбция костной ткани альвеолярных отростков более 1/2 длины корней зубов. Резорбция верхушек корней резцов верхней челюсти (рис. 3).

Анализ телерентгенограммы в боковой проекции (рис. 4)

SNA	79 гр.	SNB	72 гр.	ANB	7 гр.
A-Co	97 мм	Gn-Co	124 мм	Sp-Me	69 мм
NSL\ML	40 гр.	NSL\NL	15 гр.	NL\ML	25 гр
ILS\NL	125 гр.	ILi\ML	95 гр.	ILS\Li	116 гр
g-sn-pg	20 гр.	cm-sn-ls	113 гр	экспозиция. резцов 3 мм	

На основании проведенного первичного комплексного обследования был поставлен следующий диагноз:

Скелетный — II скелетный класс, ретроположение базисов верхней и нижней челюсти, чрезмерная протрузия резцов верхней челюсти;

Дентальный — дистальная окклюзия, глубокая травмирующая окклюзия, протрузия резцов верхней челюсти, множественные тремы, диастема. Агрессивный пародонтит тяжелой степени, стадия ремиссии.

Обсуждая план лечения этой пациентки на клинической конференции ортодонтического отделения стоматологической клиники УГМА было предложено несколько вариантов лечения:

- ♦ план — в связи с тяжелой степенью поражения тканей пародонта в области резцов верхней челюсти, апикальную резорбцию корней этих зубов, чрезмерный вестибулярный наклон, нарушение эстетики было предложено удаление этих зубов и проведение рационального протезирования
- ♦ план — учитывая молодой возраст пациентки и высокую степень мотивации к лечению провести ортодонтическую коррекцию окклюзии полной несъемной техникой с постоянным мониторингом тканей пародонта со стороны врача пародонтолога.

После обсуждения с пациенткой был выбран второй план лечения, который предусматривал выравнивание зу-



Рис. 3. ОПТГ до лечения. Неравномерная резорбция костной ткани альвеолярных отростков более 1/2 длины корней зубов. Резорбция верхушек корней резцов верхней челюсти



Рис. 4. ТРГ до лечения. Скелетный дистальный прикус, протрузия резцов верхней челюсти, сагиттальная щель 10 мм

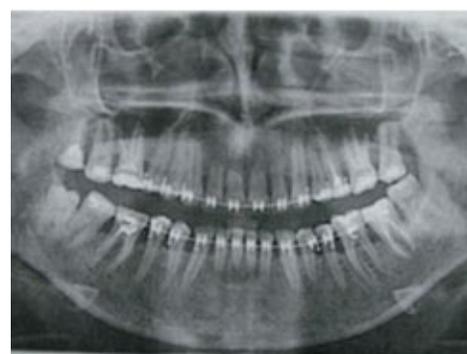


Рис. 6. ОПТГ после лечения, формирование замыкательной пластинки в области вершин межзубных перегородок, уменьшение степени деструкции костной ткани



Рис. 5. Окклюзия пациентки после лечения



Рис. 7. ТРГ после лечения

бов верхней и нижней челюсти, нормализацию положения резцов верхней челюсти, устранение множественных трем.

Этапность лечения

- ◆ 1-е посещение (1.04.09). Проведение первичного комплексного обследования пациента после проведенного пародонтального лечения (анализ ОПТГ, ТРГ в боковой проекции, КДМ, цифровых фотографий).
- ◆ 4.04.09. Обсуждение плана лечения, подписание информированного согласия на проведение ортодонтического лечения. Фиксация несъемной техники на зубы верхней челюсти. Установлена первичная дуга Cu-NiTi 0,14. Даны рекомендации по уходу за ортодонтической аппаратурой и гигиеной полости рта.
- ◆ 4.05.09. Жалоб пациентка не предъявляет, аппарат освоен, гигиена полости рта удовлетворительная. Положительная динамика выравнивания зубов. Фиксация на верхнюю челюсть дуги NiTi 0,16.
- ◆ 1.06.09. этап выравнивания зубов верхней челюсти завершен, установка стальной круглой дуги 0,16 для закрытия множественных трем, для устранения чрезмерной протрузии резцов верхней челюсти. Гигиена полости рта удовлетворительная.

- ◆ 7.10.09. На верхней челюсти продолжается закрытие трем, фиксация несъемной аппаратуры на зубы нижней челюсти, установка первичной выравнивающей дуги Cu-NiTi 0,14. Гигиена полости рта удовлетворительная.
- ◆ В течение следующих 4 месяцев проводилась активация аппаратуры с последовательной сменой дуг.
- ◆ 29.03.10. Совместная консультация ортодонта и врача-пародонтолога. В полости рта: сохраняется соотношение моляров и клыков по 2 классу Энгля, вертикальное перекрытие 2 мм, сагиттальная щель 3мм. Резцы верхней челюсти занимают правильное осевое положение. Пациентка результатом лечения удовлетворена, принято решение о снятии аппаратуры и фиксации инвазивного (погружного) ретейнера на резцы верхней и нижней челюстей. Кроме того, на верхнюю челюсть был изготовлен съемный Hawley ретейнер, так как у пациентки сохранялся дистальный глубокий прикус. Режим использования съемного ретейнера на ночь. Ретенционный период по времени не ограничен.

В процессе ортодонтического лечения у пациентки были устранены симптомы дистального прикуса, такие как: чрезмерная протрузия резцов верхней челюсти, сагиттальная



Рис. 8. Лицевые фотографии пациентки после лечения.
Смыкание губ спокойное

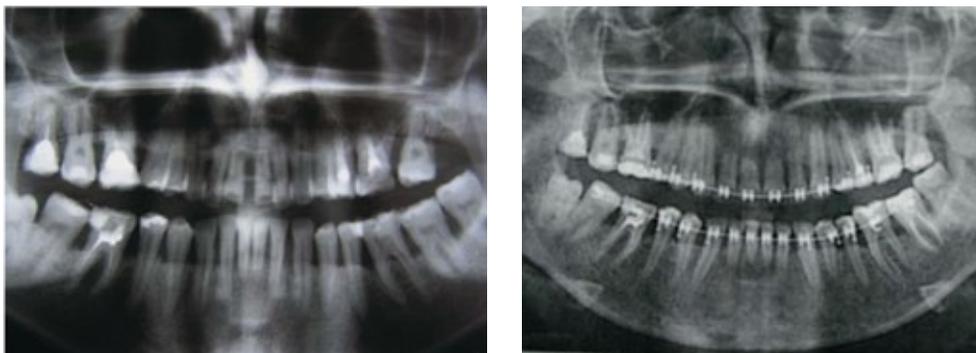


Рис. 9. Сравнение ОПТГ до и после лечения

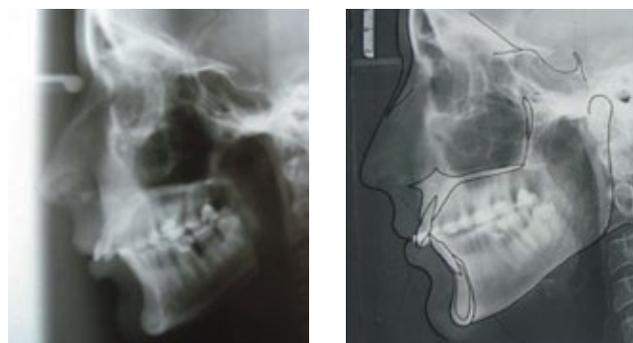


Рис. 10. Сравнение ТРГ до и после лечения

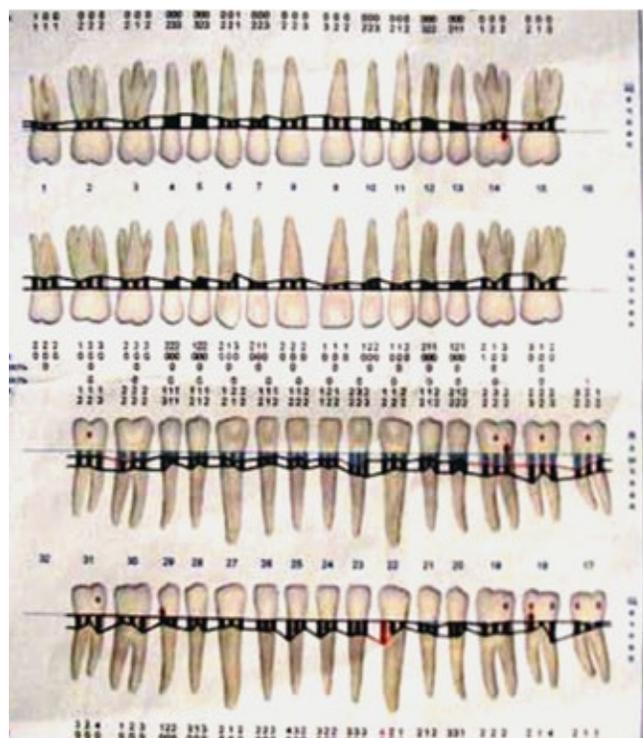
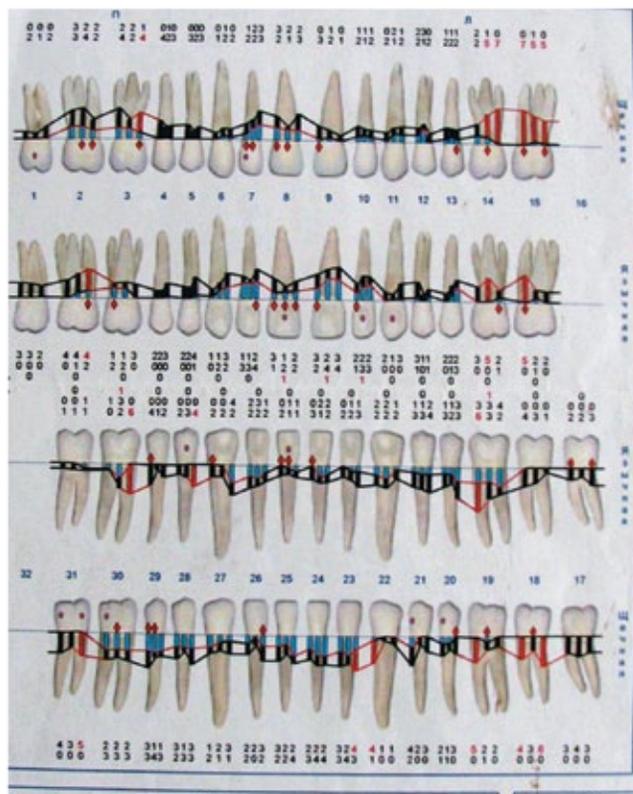


Рис. 11. Сравнение показателей пародонтологического статуса по данным «Florida Probe» диагностики до и после лечения

щель, множественные тремы, диастема. Однако коррекция аномалии прикуса нами в данном случае не проводилась, учитывая тяжелую степень пародонтита и апикальную резорбцию корней верхних резцов (рис. 5-8).

Продолжительность ортодонтического лечения составила 11 месяцев. Пациентка предупреждена о необходимости постоянного контроля со стороны врача-пародонтолога.

Результаты «Florida Probe» диагностики, проведенное после окончания основного курса лечения, показали достижение стойкой ремиссии воспалительного процесса в пародонте, также регистрировалось сохранение минимальной глубины остаточных пародонтальных карманов, отсутствие кровоточивости при зондировании и способность пациентки поддерживать идеальную гигиену полости рта (рис. 11). Рентгенологическое исследование показало уменьшение степени деструкции костной ткани, формирование замыкательной пластинки в области вершин межзубных перегородок, что свидетельствовало о стойкой ремиссии.

Таким образом, можно заключить, что интердисциплинарный подход в лечении пациентов с агрессивными формами пародонтита, проводимый на современном уровне ортодонтических и пародонтологических мероприятий, обеспечивает оптимальные условия для сохранения зубов, а также для улучшения эстетики лица — что необходимо современному человеку, для улучшения качества жизни (рис. 9, 10, 11).

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. — 127 с.: ил.
2. Жегалина Н.М., Мандра Ю.В., Светлакова Е.Н., Ваневская Е.А. Лазеротерапия в комплексном лечении заболеваний пародонта / Проблемы стоматологии. — 2010. — № 1. — С. 13–16.
3. Модина Т.Н., Оспанова Г.Б., Овчинникова О.В., Богатырьков Д.В., Малькова С.С. Принципы планирования комплексного лечения взрослых пациентов с быстропрогрессирующим пародонтитом / Клиническая стоматология. — 2001. — № 1. — С. 52–58.
4. Пародонтология /Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак; Пер. с нем.; Под ред. Проф. Г.М. Барера. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 268–270.
5. Денисова Ю.Л. Особенности комплексного лечения болезни пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями с применением пассивной самолигирующей системы Damon-System./Дентал Юг. — 2008. — № 6(55) — С. 48–52.

Что нового для ортодентов?

Ormco
SYBRON DENTAL SPECIALTIES

СЕЗОН СКИДОК: ЛЕТО 2010

акция действует до 31 августа 2010

DAMON.

Получите **скидку 25%** на любые дуги Damon при заказе от 1 упаковки. Это предложение действительно только для врачей-ортодентов.

DAMON.

Купите 2 набора брекетов Damon и получите **скидку 30%** на инструмент для открывания Damon 3, Damon Q, Cool Tool или инструмент для снятия брекетов Damon.

STRAIGHT•WIRE
SYNTHESIS™

Купите 4 набора брекетов **Синтезис** и получите еще один набор в подарок!

mini

Купите 4 набора брекетов **Mini Diamond** прописи Roth и получите еще один набор в подарок!

VectorTAS
TEMPORARY ANCHORAGE SYSTEM



Купите стартовый набор VectorTAS со **скидкой 40%**.
В набор входят:

- Мини-винты: 8 мм - 12 шт, 6 мм - 2 шт, 10 мм - 2 шт, 12 мм - 2 шт
- Отвертка с запасными наконечниками
- Пружины двойные: 10 мм 150 гр - 6 шт, 5 мм 150 гр - 6 шт
- Пружины одиночные: 10 мм 150 гр - 6 шт, 5 мм 150 гр - 6 шт
- Зажимные крючки - 6 шт
- Инициаторы - 2 шт
- Перфораторы мягких тканей - 2 шт
- Кассета для стерилизации
- Краткое руководство по установке
- Удобная упаковка

Узнайте больше о продукции Ormco, действующих акциях и семинарах для ортодентов:
(812) 324-74-14, www.dentalcomplex.com

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ДЕНТАЛ
КОМПЛЕКС

191186, Санкт-Петербург,
Аптекарский переулок, д. 6

Тел.: (812) 324-74-14
www.dentalcomplex.com

официальный дилер корпорации Ormco в России