

УДК 616.31

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Смирнова А.В., Мороз Б.Т.

Установлено, что основными факторами, приводящими к развитию локального патологического пародонтального кармана, являются некачественные прямые реставрации, неполноценные коронки, отсутствие контактного пункта. Патологический процесс локализуется преимущественно в области боковых зубов, что связано с большим количеством пломб в этом сегменте челюстей. В сочетании с хронической травмой тканей десны это приводит к развитию и углублению патологического пародонтального кармана. В статье приводится алгоритм комплексного лечения локализованного пародонтита, где ключевую роль играет ортопедический компонент.

Ключевые слова: локализованный пародонтит, шинирование, ортопедическое лечение.

Цель: определение алгоритма комплексного подхода в лечении ЛПТЭ

Результаты: важная роль при лечении ЛПТЭ принадлежит ортопедическим мероприятиям

Область применения результатов: стоматология

Ключевые слова: локализованный пародонтит, шинирование, ортопедическое лечение.

MAIN PRINCIPLES OF COMPLEX TREATMENT OF LOCALIZED PERIODONTITIS OF TRAUMATIC ORIGIN

Smirnova A.V., Moroz B.T.

In exact direct tooth restorations, ill-posed crowns, the absence of interdental contact area are leading factors of initiation of local periodontal pocket. Pathologic process is situated mostly in the area of lateral teeth, there are a lot of fillings there. The origin and deepening of periodontal pocket occurs when these factors combine with chronic trauma of periodontal tissues. This work shows the procedure of complex treatment of localized periodontitis of traumatic origin. Prosthetic part plays the key role in the entire treatment.

Purpose: to determine the complex of medical procedures in localized periodontitis

Results: prosthetic procedures are the main part of complex treatment of localized periodontitis

Practical implications: dentistry

Keywords: localized periodontitis, splinting, prosthetic treatment.

Актуальность. Локализованный пародонтит встречается как самостоятельная форма чаще всего у лиц молодого возраста (до 40 лет), их доля составляет 48,6% [2], но может наблюдаться при генерализованной форме пародонтита у лиц после 40 лет. Причинами возникновения локализованного пародонтита травматической этиологии (ЛПТЭ) являются неполноценные реставрации (58,7% случаев от всех причин возникновения[3]) и дефектные ортопедические конструкции, когда отсутствует контакт апроксимальных стенок соседних зубов. При механическом повреждении тканей пародонта возникают патологические изменения десны вследствие присутствия в этой области микробов и проникновения их в зону повреждения слизистой.[1], что может приводить к потере адаптационных возможностей пародонта[4].

Пациенты не всегда предъявляют жалобы, поскольку данная проблема их не беспокоит вследствие того, что степень дискомфорта определяется шириной межзубного промежутка и количеством застрявших пищевых частиц. После тщательного опроса выявляются болевые ощущения разной интенсивности в пораженной области, неприятный запах из пародонтального кармана, углубление между зубами, иногда незначительная кровоточивость.

Основной целью лечения ЛПТЭ является создание плотного контактного пункта между зубами. Используемые при этом методы (восстановление с помощью композиционных реставраций или одиночных коронок) не имеют долгосрочного эффекта ввиду подвижности и расхождения зубов. Поэтому важно применять комплексный подход для лечения ЛПТЭ, учитывая причинный фактор, а также локальный стоматологический статус в области поражения.

Материалы и методы

Было обследовано 80 пациентов (в возрасте от 22 до 63 лет) с диагнозом ЛПТЭ. Среди них было 12 мужчин и 68 женщин. Диагноз подтверждали данными клинического осмотра, лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), рентгенологического исследования. Патологический процесс локализовался преимущественно в области боковых зубов, что связано с большим количеством пломб в этом сегменте челюстей. С использованием метода рандомизации пациенты были разделены на 2 группы: в основную группу включили пациентов, которым изготавливали шинирующие ортопедические конструкции, в группе сравнения протезирование пациентов осуществлялось с помощью одиночных металлокерамических коронок. Глубина пародонтального кармана в локальном участке варьировала от 2,5 до 5 мм. В зависимости от степени тяжести ЛПТЭ пациенты разделены на 2 подгруппы: ЛПТЭ легкой степени тяжести (глубина пародонтального кармана до 3 мм) – 54 человека, ЛПТЭ средней степени тяжести (глубина пародонтального кармана от 3 до 5 мм) – 26 человек (17 – основная группа, 9 – группа сравнения).

Всем пациентам проводилась профессиональная гигиена полости рта, эндодонтическое лечение зубов по показаниям, медикаментозная обработка пародонтальных карманов*, кюретаж пародонтальных карманов при средней степени тяжести ЛПТЭ и глубине пародонтальных карманов от 3 до 5 мм, заполнение области костного дефекта остеопластическим препаратом***. До хирургического лечения пациентам основной группы изготавливали временные шинирующие пластмассовые мостовидные протезы (межзубные вкладочные шины из пластмассы), проводили препарирование зубов в области пародонтального кармана и фиксировали пластмассовые коронки на временный цемент. После наложения швов временный пластмассовый протез фиксировали на зубах, предварительно скорректировав десневой край коронок для обеспечения эффективной гигиены послеоперационной области. В группе сравнения на первом этапе лечения проводили замену неполноценных реставраций с созданием плотного контактного пункта и покрытие зубов одиночными временными пластмассовыми коронками. После хирургического лечения и заживления тканей десны через 21 день осуществляли замену одиночных коронок, мостовидных протезов на металлокерамические конструкции, а также изготавливали межзубные вкладочные шины с использованием системы для непрямой реставрации**.

Результаты и обсуждение

В процессе исследования возникла необходимость разделения клинических случаев на типы в зависимости от локального стоматологического статуса. Описание типов:

I. локальный стоматологический статус в проблемной области представлен одним интактным зубом, а другим – запломбированным, или оба зуба являются запломбированными (И-П, П-П);

II. локальный стоматологический статус характеризуется одним запломбированным зубом в месте патологического пародонтального кармана, а другим - покрытым коронкой (П-К);

III. локальный стоматологический статус включает два зуба, покрытых коронками, между которыми существует патологический пародонтальный карман (К-К).

Таблица 1

**Распределение типов локального стоматологического статуса
в клинических группах**

Локальный стоматологический статус при ЛПТЭ	Группа сравнения		Основная группа	
	N	%	N	%
I	35	87,5	30	75
II	5	12,5	7	17,5
III	0	0	2	5
Итого	40	100	40	100

Из приведенных данных следует, что подавляющую часть случаев заболевания ЛПТЭ составляет I тип локального стоматологического статуса, когда локальный воспалительный процесс находился в области интактных и/или запломбированных зубов. Данный факт подтверждается также наличием большого количества запломбированных зубов у пациентов 30-40 лет и малым количеством коронок у них. Таким образом, существует взаимосвязь, с одной стороны, между дефектными реставрациями зубов, неплотным прилеганием стенок зубов в месте контактного пункта и распространенностью I типа локального стоматологического статуса при ЛПТЭ – с другой стороны.

После проведения профессиональной гигиены полости рта все пациенты отмечали общее улучшение самочувствия и комфорта в полости рта, но в области локального пародонтального кармана неприятный запах и дискомфорт не исчезли, пища по-прежнему застревала между зубами и вызывала распирающее и болевое ощущение. После фиксации мостовидных протезов и временных коронок, на которых был воссоздан плотный контактный пункт между зубами, пациенты обеих групп отмечали уменьшение субъективного дискомфорта после приема пищи, что связано с прекращением застревания

пищевых волокон между зубами. Но в группе сравнения пациенты продолжали пользоваться зубными нитями для очищения межзубного пространства. В ходе исследования установлено, у всех пациентов основной группы после шинирования зубов в области пародонтального кармана происходило быстрое заживление раны и исчезновение симптомов воспаления (на 4 сутки). Отмечали отсутствие дискомфорта во время приема пищи, кровоточивости десны, улучшение эмоционального состояния.

Непосредственный исход операции у пациентов с ЛПТЭ средней степени в обеих группах протекал без особенностей. В основной группе процесс заживления пародонта проходил на 3-5 дней быстрее, чем в группе сравнения. Данный факт можно объяснить устранением травмирующего воздействия пищевой нагрузки, а также отсутствием необходимости очищать межзубной промежуток зубной нитью. Промывание лекарственными растворами места операции непосредственно под мостовидным протезом положительным образом сказывалось на сроках заживления. В группе сравнения воздействие лекарственных веществ осуществлялось кратковременно ввиду открытого состояния тканей пародонта.

Эффективность лечения в основной группе сохранялась в течение года наблюдения, состояние десневого края было стабильным, признаков воспаления не отмечалось, плотный контактный пункт обеспечивался мостовидным протезом. У 1 пациента была зафиксирована эпизодическая кровоточивость, связанная с недостаточной гигиеной полости рта, еще 1 пациент отмечал наличие неприятного запаха, также связанное с отсутствием промежуточной гигиены полости рта в течение дня. В группе сравнения положительный эффект лечения сохранялся в течение 4-6 месяцев после фиксации постоянных металлокерамических коронок. В 31,5% случаев у 6 пациентов появилось небольшое расстояние между зубами, пищевые волокна вновь начинали застревать между зубами, хотя целостность коронок и края реставраций оставалась без изменения.

Спустя 3-4 недели после хирургического вмешательства 34 пациентам заменяли временные мостовидные протезы металлокерамическими протезами. У 4 пациентов были изготовлены межзубные вкладочные шины с использованием системы для не прямых реставраций**. У 2 пациентов временные шины были оставлены в качестве основного лечения на период до 6 месяцев. Через полгода при контрольном осмотре таких пациентов результат лечения был стабильным. Пациенты не предъявляли жалоб на дискомфорт и застревание пищи, успешно осуществляли гигиенические мероприятия, слизистая оболочка десневого края в области пародонтального кармана была бледно-розовая, плотная, кровоточивость отсутствовала. На рентгенограмме патологических изменений выявлено не было.

В группе сравнения сроки заживления после кюретажа пародонтального кармана составляли 7-10 дней, все пациенты отмечали отсутствие дискомфорта, неприятного запаха во рту. После полного восстановления тканей пародонта пластмассовые временные коронки заменяли одиночными постоянными металлокерамическими коронками (16 единиц). Спустя 6 месяцев в основной группе уменьшение пародонтального кармана по данным рентгенограмм составляло от 0,5 до 1,5 мм (23,5%), в то время как в группе сравнения наблюдали уменьшение пародонтального кармана всего до 0,5 мм (15,6%) ($p<0,05$). Глубина зондирования пародонтального кармана в основной группе после лечения уменьшалась на $0,9\pm0,11$ мм, а группе сравнения на $0,45\pm0,12$ мм ($p<0,05$).

В период проведения диагностического этапа лечения с помощью метода ЛДФ было выявлено, что средний показатель микроциркуляции (ПМ) в основной группе пациентов составлял $8,6\pm0,4$ перфузионных единиц, а в группе сравнения – $8,7\pm0,3$ пф.ед. В зоне контроля на участке здорового пародонта средние значения ПМ составляли $15,1\pm0,2$ пф.ед и $14,1\pm0,4$ пф.ед. соответственно. В то же время оценивали показатель шунтирования (ПШ), который оценивает соотношение шунтового и нутритивного кровотока. ПШ в

основной группе составил $0,8 \pm 0,1$, а в группе сравнения был равен $0,7 \pm 0,1$. Среднее значение ПШ в группе сравнения в зоне контроля составляло $1,2 \pm 0,0$, а в основной группе – $1,1 \pm 0,1$.

Спустя 6 месяцев проводилась повторная оценка этих показателей. В обеих клинических группах было зафиксировано повышение значения перфузии (показателя микроциркуляции). Это свидетельствует об увеличении кровотока в данной области. В основной группе ПМ увеличился на 4 пф. ед. ($12,6 \pm 0,4$ пф.ед., $p < 0,05$), а в группе сравнения на 1,9 пф.ед. ($10,6 \pm 0,4$ пф.ед., $p < 0,05$). Показатель шунтирования в группе сравнения увеличился на 0,2 ($0,9 \pm 0,1$, $p < 0,05$), а в основной группе – на 0,3 ($1,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$). ПШ в основной группе после лечения сопоставим с аналогичным показателем в контрольной зоне, в которой он составлял $1,1 \pm 0,1$. ПШ в группе сравнения после лечения не достиг значений ПШ в зоне контроля, хотя имеется тенденция к его увеличению.

Заключение

Отсутствие полноценного контактного пункта между зубами и дефекты реставраций и ортопедических конструкций являются основными факторами развития локализованного пародонтита травматической этиологии. Планирование комплексного лечения ЛПТЭ без применения ортопедического компонента является неполным, что приводит к неудачным исходам лечения. Перед принятием решения о выборе ортопедической конструкции необходимо тщательно изучить локальный стоматологический статус пациента в области поражения.

Предложенный алгоритм лечебных мероприятий, преемственность стоматологического лечения, работа в «команде» позволяет добиться высоких результатов лечения ЛПТЭ в отдаленные сроки.

Выводы

1. Лечение локализованного пародонтита травматической этиологии обязательно должно быть комплексным, изолированные методы

терапевтического или хирургического характера без использования ортопедических конструкций не эффективны.

2. Основными принципами лечения ЛПТЭ являются устранение травматического фактора, действующего на ткани пародонта, и создание условий для качественного их восстановления после комплекса лечебных мероприятий.

3. С помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии выявлено, что улучшение локальной микроциркуляции в области пародонтальных карманов достоверно выше при использовании шинирующих ортопедических конструкций (мостовидные протезы, межзубные вкладочные шины).

4. Уменьшение глубины зондирования пародонтальных карманов больше выявлено в группе с применением ортопедических конструкций, что, по-видимому, связано с полным изолированием пародонтального кармана от действия травматического фактора и созданием условий для полноценного заживления поврежденных тканей.

5. Выбор метода ортопедической реабилитации пациента связан с оценкой локального стоматологического статуса (в данном исследовании предлагается использовать 3 типа локального стоматологического статуса).

* препарат «Метрогил Дента Профессиональный» (Unique Pharmaceutical Lab., Индия)

** «Tescera ATL®» (BISCO, США)

*** остеопластический препарат «Коллапан-Л, -М®» (Интермедпатит, Россия)

Список литературы

1. Микрофлора ротовой полости: Норма и патология. Учебное пособие / Е.Г. Зеленова, М.И. Заславская, Е.В. Салина и др. Н.Новгород: Издательство НГМА, 2004. 158 с.

2. Соснина Ю.С., Смирнова А.В. Анализ факторов возникновения

локализованного пародонтита // Институт Стоматологии. 2010. №3 (48). С. 68-69.

3. Соснина Ю.С. Влияние окклюзионных факторов на формирование воспалительных локализованных процессов в тканях пародонта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2009. 21 с.

4. Gher M.E. Non-surgical pocket therapy: Dental occlusion // Ann. Periodontol. 1996. Vol.1(1). P.567- 580.

References

1. Zelenova E.G., Zaslavskaya M.I., Salina E.V. et al. *Microflora rotovoi polosti: Norma i patologiya* [The microflora of the oral cavity: normal and pathological conditions]. N.Novgorod: Izdatelstvo NGMA, 2004. 158 p.

2. Sosnina U.S., Smirnova A.V. Analis faktorov vozniknoveniya lokalizovannogo parodontita [Analysis of factors of localized periodontitis origin]. *Institut Stomatologii* 48, no. 3 (2010): 68-69.

3. Sosnina U.S. *Vliyanie okkluzionnich faktorov na formirovanie vospalitelnich lokalizovannich processov v tkanyach parodonta* [Affect occlusal factors on the occurrence of inflammatory local processes in periodontal tissues]: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. S-Peterburg, 2009.

4. Gher M.E. Non-surgical pocket therapy: Dental occlusion // Ann. Periodontol. 1996. Vol.1(1). P.567- 580.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Смирнова Александра Владимировна, врач-стоматолог-ортопед

Городская стоматологическая поликлиника №1

Невский пр., д. 46, г. Санкт-Петербург, 191186, Россия

e-mail: fsemig@mail.ru

Мороз Борис Терентьевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им.

И.И.Мечникова, главный стоматолог Санкт-Петербурга

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова

пр. Солидарности, д. 12, корп.1, г. Санкт-Петербург, 193312, Россия

e-mail: boris.moroz@spbmapo.ru

DATA ABOUT THE AUTHORS

Smirnova Alexandra Vladimirovna, prosthodontist

State dental clinic №1

46, Nevsky ave., St-Petersburg, 191186, Russia

e-mail: fsemig@mail.ru

Moroz Boris Terentevich, M.D. in Medical Science, professor, chief of reconstructive dentistry department, head dentist of St-Petersburg

North-West State Medical University, named by I.I.Mechnikov

12/1, Solidarnosti ave., St-Petersburg, 193312, Russia

e-mail: boris.moroz@spbmapo.ru

Рецензент:

Дрожжина Валентина Александровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии общей практики, ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова