



С. Л. БЛАШКОВА, Н. А. МАКАРОВА

Казанский государственный медицинский университет

## Протокол ведения больных с хроническим генерализованным пародонтитом

**Блашкова Светлана Львовна**

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры терапевтической стоматологии КГМУ

420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 16, тел. (843) 238-27-92

*В связи с отсутствием официального стандарта разработан протокол ведения больных с хроническим генерализованным пародонтитом. Наличие протокола позволит врачу повысить качество оказываемого лечения, а пациенту быть более информированным.*

**Ключевые слова:** пародонтит, протокол лечения

S. L. BLASHKOVA, N. A. MAKAROVA

## Report of conducting patients with chronic generalizing paradontitis

*In connection with absence of the official standard the report of conducting patients with chronic generalizing paradontitis is developed. Presence of the report to allow the doctor to increase quality of rendered treatment and to the patient to be more informed.*

**Keywords:** paradontitis, report of treatment

В настоящее время, несмотря на очевидные успехи науки и несомненное повышение качества лечения пародонтита, распространенность данного заболевания неуклонно растет. По данным различных исследователей, в странах СНГ она достигает 99-100% у взрослого населения (ВОЗ, 2005). Выделяют несколько причин роста распространенности этой патологии: снижение уровня резистентности организма вследствие ухудшения экологической обстановки и растущей стрессовой нагрузки на человека, отсутствие налаженной системы диспансеризации, низкий уровень просвещенности населения в вопросах гигиены полости рта, постепенное повышение устойчивости микрофлоры к наиболее широко применяемым препаратам и невысокий уровень жизни населения. Недостатки в организации пародонтологической помощи связаны с рядом объективных факторов социального и экономического характера, с поздней обращаемостью пациентов за стоматологической помощью, низкой медицинской грамотностью и активностью населения, а также с тем, что практикующие врачи-стоматологи не уделяют должного внимания заболеваниям пародонта, так как безусловный приоритет они отдают лечению заболеваний твердых тканей зубов.

Вместе с тем, эффективность оказания лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта во многом определяется полноценной диагностикой заболевания, компетентным подбором методов лечения и ре-

билитации, обоснованным сочетанием терапевтических, хирургических, ортопедических и физиотерапевтических мероприятий. Высокое качество лечения и реабилитации заболеваний пародонта обеспечивается соблюдением принципов индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом данных общего и соматического статуса, следовательно — комплексное лечение должно быть направлено на ликвидацию воспалительных изменений в пародонте, гипосенсибилизацию организма, нормализацию его реактивности, коррекцию метаболических, микроциркуляторных нарушений в тканях пародонта. Вместе с тем за последние десятилетия практически отсутствуют комплексные исследования, посвященные вопросам качества оказания помощи при патологии пародонта в условиях крупного города.

В этой связи, существует необходимость дальнейшего совершенствования организации пародонтологической стоматологической помощи населению, внедрения в практику врача-стоматолога критериев качества лечения и реабилитации пациентов, страдающих пародонтитом. Критерии качества могут представлять собой протоколы, состоящие из необходимых, законченных и научно обоснованных алгоритмов действий по каждой форме патологии пародонта.

Предложенный протокол утвержден Управлением здравоохранения города Казани (28 февраля 2008 г.).

### I. Область применения

Протокол ведения больных с хроническим генерализованным пародонтитом.

### II. Нормативные ссылки

В настоящем протоколе использованы ссылки на следующие документы:

Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).

Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.1999 г. № 1194 «Об утверждении программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5322).

### III. Обозначения и сокращения

В настоящем протоколе используются следующие обозначения и сокращения:

— МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (ВОЗ - десятого пересмотра);

— МКБ-С — Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

### IV. Общие положения лечения и реабилитации пародонтита

Тщательное обследование больного позволяет диагностировать заболевание, установить этиологические факторы и патогенетические механизмы. Довольно часто заболевание пародонта выявляется врачом у больного, явившегося на прием по поводу другого стоматологического заболевания.

Для построения плана лечения патологии органов полости рта необходима регистрация и анализ всех обнаруженных патологических изменений. С этой целью проводят диагностику заболеваний. Выделяют основные и дополнительные методы обследования стоматологического больного. Они позволяют в большинстве случаев определить наличие клинически выраженной патологии и наметить пути дальнейшего углубленного обследования, позволяющего выявить некоторые механизмы возникновения и развития болезни пародонта.

Результаты обследования создают основу для составления адекватного, комплексного плана лечения больного с использованием средств этиотропной, патогенетической, симптоматической терапии и реабилитационных мероприятий.

### V. Организация лечебно-диагностической помощи

1. Подготовка специалиста, имеющего сертификат.
2. Подготовка рабочего места, инструментов, оборудования, методик для лечения пародонтологических больных.
3. Подготовка медицинских карт, критериев качества, протоколов лечения и другой документации для лечения пародонтологических больных.
4. Организация диагностики патологии десны в области всех зубов пациента.
5. Проведение дифференциальной диагностики с целью исключения ошибочной диагностики.
6. Информирование пациента о методах диагностики, результатах, диагнозе и предполагаемом лечении, о возможных осложнениях. Лечение следует осуществлять по

его письменному согласию с соответствующей записью в медицинской карте.

7. Информирование пациента о возможных негативных последствиях в случае отказа от лечения пациента с соответствующей записью в медицинской карте.

8. Заполнение медицинской карты в форме протокола о проведенных методах исследования, их результатах, формулировка диагноза, составление плана лечения.

9. Формулирование диагноза осуществляют согласно принятым классификациям и МКБ-10.

10. Организация комплексного лечения, направленного на ликвидацию воспалительных изменений в пародонте, гипосенсибилизацию организма, нормализацию его реактивности, коррекцию метаболических, микроциркуляторных нарушений в тканях пародонта, которое строится на принципах индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом данных общего и местного статуса. Лечение осуществляется по плану с оформлением этапного эпикриза после проведенного курса.

11. Составление плана реабилитационных мер.

### Принципы лечения

Результаты обследования создают основу для составления адекватного, комплексного плана лечения с использованием средств этиотропной (направленную на устранение причинных факторов) и патогенетической (воздействующую на звенья воспалительно-деструктивного процесса в пародонте и дистрофические изменения, использование средств, усиливающих защитно-приспособительные механизмы больного) терапии, а также реабилитационно-восстановительные мероприятия.

Методы этиотропной терапии воспалительных заболеваний пародонта предусматривают:

- устранение микробного налета (бляшки), ее аккумуляции, предупреждение образования зубных отложений;
- удаление зубных минерализованных отложений;
- пломбирование кариозных полостей с восстановлением контактных пунктов, замена некорректных пломб;
- выравнивание окклюзионных поверхностей путем избирательного шлифования зубов;
- устранение функциональной перегрузки отдельных групп зубов при наличии некачественных ортопедических конструкций;
- устранение травмирующих пародонт вредных привычек, аномалий положения зубов и прикуса.

К патогенетической терапии относят, прежде всего, местные и общие методы и средства, воздействующие на патогенетические звенья развития воспаления в пародонте:

- воздействие на сосуды микроциркуляторного русла, улучшение обменных процессов в тканях пародонта;
- ингибирование лизосомных ферментов: протеаз, гидролаз, кининовой системы и т.д.;
- снижение действия биологически активных веществ;
- уменьшение экссудации, отека, нормализация сосудисто-тканевой проницаемости;
- воздействие на патологический процесс в костной ткани альвеолярного отростка с целью стимуляции репаративного остеогенеза;
- снижение гипоксии тканей;
- уменьшение активности свободнорадикального окисления;

Лечение соответствующими специалистами имеющихся заболеваний других органов и систем.

К общеоздоровительной терапии относят средства, усиливающие защитно-приспособительные механизмы больного, стимулирующие регенерацию:

- общеукрепляющее лечение (витамины, адаптогены и т.д.);
- стимуляция коллагенообразования и остеогенеза;
- повышение резистентности организма;
- специфическая и неспецифическая гипосенсибилизация;
- иммунокорректирующую терапию.

К восстановительному лечению относят некоторые общегигиенические рекомендации:

- оптимизацию режима питания;
- соблюдение режима труда и отдыха;
- гигиену полости рта;
- ведение здорового образа жизни.

### Тактика лечения

Выбор методов и средств лечения пародонтита определяются особенностями клинического течения (обострение хронического, хронический, ремиссия и т.д.), а также тяжестью процесса (легкая, средняя и тяжелая), состоянием окклюзионных взаимоотношений, степенью патологической подвижности зубов, отсутствием зубов. Это обуславливает последовательность видов лечения (консервативное, хирургическое, ортопедическое и т.д.). В отличие от гингивита в комплексной терапии пародонтита обязательно проводят этиотропную и патогенетическую терапию, способствующую повышению резистентности организма, а также хирургические вмешательства, направленные на устранение пародонтального кармана, стимуляцию репаративного остеогенеза.

Перед проведением курса лечения проводят:

- Обучение больного тщательной гигиене полости рта с контрольной чисткой зубов. При несоблюдении этих правил и плохой гигиене оперативное вмешательство проводить не следует;
- Лечение кариеса, пульпита, периодонтита, замена всех некачественно наложенных пломб;
- Удаление минерализованных над- и доступных поддесневых зубных отложений;
- Вопрос об удалении зубов при выраженной (III) степени подвижности решается в каждом случае индивидуально. Иногда зубы удаляются в процессе предоперационной подготовки, а в ряде случаев — в процессе проведения операций на пародонте;
- Изготовление имediat-протезов при множественном удалении зубов;
- Шинирование зубов при подвижности II-III степени, избирательное пришлифовывание их и устранение травматической окклюзии;
- Депульпирование зубов при наличии подвижности из-за выраженного деструктивного процесса и подозрении на воспаление пульпы;
- Психологическую подготовку, а непосредственно в день операции — и медикаментозную (премедикацию) седативными и обезболивающими средствами;
- Для предотвращения осложнений назначение антибактериальных и противовоспалительных иммуностимулирующих средств;
- Обработку полости рта слабыми растворами антисептиков: перекиси водорода, хлоргексидина биглюконата, фурацилина, этакридина лактата и другими средствами;
- Аппликационную, инфильтрационную или проводниковую анестезию.

Основные требования к лечению заболеваний пародонта сводятся к следующему:

1. Лечение должно быть комплексным. Это значит, что в плане лечения предусматривают методы и средства, направленные на устранение причин возникновения и развития заболевания, нормализацию состояния тканей пародонта и воздействия на организм больного в целом, то есть правильное сочетание местных, общих методов, патогенетического и этиотропного лечения.
2. Индивидуализация комплексной терапии с учетом вида, тяжести заболевания, и особенностей клинического течения, а также общего состояния больного.
3. Подбор методов и средств воздействия на очаг в пародонте и организм больного в целом.
4. Соблюдение последовательности применения различных методов и средств в комплексной терапии, в том числе и с применением хирургических и ортопедических методов.
5. В период ремиссии проводят повторные курсы воздействия с целью стабилизации и профилактики обострения хронического процесса.
6. Предусмотреть проведение реабилитационных мер.
7. Организация диспансеризации.

### VII. Алгоритм действий врача-стоматолога при диагностике и лечении пародонтита

Пародонтит — воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией тканей пародонта и кости альвеолярного отростка челюстей.

#### Хронический генерализованный пародонтит легкой степени (МКБ К 05.3)

##### 1. Алгоритм диагностики

- 1.1. Больные предъявляют жалобы на кровоточивость десны при чистке зубов, невозможность принятия пищи.
- 1.2. При осмотре маргинальная, альвеолярная десна и десневые сосочки в области одной или двух челюстей гиперемированы, при зондировании легко кровоточат, имеются обильные отложения над- и поддесневого зубного камня, гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Определяется пародонтальный карман 3-3,5 мм. Патологическая подвижность зубов отсутствует, смещения не наблюдаются.
- 1.3. Индексы ИГ = около 2,1-2,5.  
Проба Шиллера-Писарева положительная.  
ПИ = около 0,1-1,0.  
ОИ-S = около 1.  
СРITN = около 2.
- 1.4. На рентгенограммах определяется начальная — I степень деструкции костной ткани межзубных перегородок, отсутствие компактной пластинки на вершине и в боковых отделах межальвеолярной перегородки, расширение периодонтальной щели в пришеечной области, резорбция вершин межзубных перегородок до 1/3 их величины, очаги остеопороза.
- 1.5. Состояние больного в пределах физиологического.
- 1.6. Оценка состояния неспецифической резистентности организма.
- 1.7. Клинический анализ крови без отклонений от нормы.

##### 2. Алгоритм лечения

- 2.1. Информированное согласие.

- 2.2. Составление плана лечения.
- 2.3. Устранение микробного налета (бляшки), ее аккумуляции, предупреждение образования зубных отложений.
- 2.4. Удаление зубных минерализованных отложений.
- 2.5. Пломбирование кариозных полостей с восстановлением контактных пунктов.
- 2.6. Выравнивание окклюзионных поверхностей путем избирательного шлифования зубов.
- 2.7. Устранение функциональной перегрузки отдельных групп зубов при наличии некачественных ортопедических конструкций.
- 2.8. Хирургическая санация полости рта.
- 2.9. Устранение травмирующих пародонт вредных привычек, аномалий положения зубов и прикуса.
- 2.10. Антисептическая обработка.
- 2.11. Местное и общее лечение.
- 2.12. Физиолечение.
- 2.13. Рекомендации по гигиене полости рта.
- Следующие посещения:
- 2.14. В зависимости от протяженности процесса закрытый бюстаж проводится в несколько посещений по сегментно не более 6 зубов. Этапы:
  1. Антисептическая обработка;
  2. Обезболивание;
  3. Удаление над- и поддесневых отложений;
  4. Обработка дна кармана выскабливание грануляций, промывание;
  5. Дезэпителизация лоскута;
  6. Нивелирование десны;
  7. Наложение лечебной повязки;
  8. Проведение послеоперационных гигиенических мероприятий.
- 2.15. Контрольный осмотр и коррекция лечения.
- 2.16. Рекомендации по гигиене полости рта.
- 2.17. По показаниям пациента направляют на ортопедическое лечение.
- 2.18. Курс физиолечения.

### 3. Алгоритм реабилитации

- 3.1. Оценка активности процесса, при необходимости — коррекция.
- 3.2. Повторные курсы физиолечения и витаминотерапии.
- 3.3. Повторные осмотры и проведение профессиональной гигиены через каждые 6 месяцев (поддерживающее лечение).

### Хронический генерализованный пародонтит средней степени (МКБ К 05.3)

#### 1. Алгоритм диагностики

- 1.1. Жалобы на неприятный запах изо рта, кровоточивость десен не только при чистке зубов, но и при откусывании пищи, появление щелей между зубами, смещение отдельных зубов.
- 1.2. При осмотре маргинальная и альвеолярная десна в области одной или двух челюстей гиперемирована, десневые сосочки неплотно прилегают к поверхности зубов, отечны, конфигурация их изменена, при зондировании легко кровоточат, в межзубных промежутках определяются пародонтальные карманы 4-5 мм. Патологическая подвижность зубов 1-2 степени, с возможным смещением их, наблюдаются отложения зубного налета и камня.
- 1.3. Индексы ИГ = около 2,6-4,0.  
Проба Шиллера-Писарева положительная.  
ПИ = около 1,5-4,0.

ОНИ-S = около 2.

СРITN = около 3.

- 1.4. На рентгенограмме отсутствие компактной пластинки, деструкция костной ткани, резорбция межзубных перегородок их величины на 1/3-1/2, очаги остеопороза.
- 1.5. Состояние больного в пределах физиологического.
- 1.6. Оценка состояния неспецифической резистентности организма.

### 2. Алгоритм лечения

- 2.1. Информированное согласие.
- 2.2. Составление плана лечения.
- 2.3. Устранение микробного налета (бляшки), ее аккумуляции, предупреждение образования зубных отложений.
- 2.4. Удаление зубных минерализованных отложений.
- 2.5. Пломбирование кариозных полостей с восстановлением контактных пунктов.
- 2.6. Выравнивание окклюзионных поверхностей путем избирательного шлифования зубов.
- 2.7. Устранение функциональной перегрузки отдельных групп зубов при наличии некачественных ортопедических конструкций.
- 2.8. Хирургическая санация полости рта.
- 2.9. Устранение травмирующих пародонт вредных привычек, аномалий положения зубов и прикуса.
- 2.10. Антисептическая обработка.
- 2.11. Местное и общее патогенетическое лечение.
- 2.12. Физиолечение.
- 2.13. Рекомендации по гигиене полости рта.
- Следующие посещения:
- 2.14. Открытый бюстаж проводится в несколько посещений, посегментно. Этапы:
  1. Антисептическая обработка, обезболивание;
  2. Туширование кармана (измерение глубины);
  3. Разрез по вершинам межзубных сосочков, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута на глубину кармана;
  4. Удаление над- и поддесневых отложений;
  5. Иссечение грануляции, дезэпителизация и формирование десневого края;
  6. Обработка раны антисептиками, наложение лечебной повязки;
  7. Курс антибиотиков и сульфаниламидов;
  8. Проведение послеоперационных гигиенических мероприятий.
- По показаниям лоскутная операция.
- 2.15. Контрольный осмотр и коррекция лечения.
- 2.16. Рекомендации по гигиене полости рта.
- 2.17. По показаниям пациента направляют на ортопедическое лечение.
- 2.18. Курс физиолечения.

### 3. Алгоритм реабилитации

- 3.1. Оценка активности, при необходимости — коррекция.
- 3.2. Повторные курсы физиолечения и витаминотерапии.
- 3.3. Повторные осмотры после первичного курса лечения, а также курсы поддерживающей терапии до достижения устойчивой ремиссии в течение первого года каждые 3 месяца. В случае достижения устойчивой ремиссии повторные курсы поддерживающей терапии — 1 раз в 6 месяцев.



**Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени (МКБ К05.3)**

**1. Алгоритм диагностики**

1.1. Жалобы на боль в деснах, кровоточивость, затруднение при жевании, неприятный запах изо рта, смещение зубов, выраженную подвижность и потерю зубов.

1.2. При осмотре маргинальная, альвеолярная десна и десневые сосочки гиперемированы, отечны, наблюдаются отложения зубного налета и камня. Определяется веерообразное смещение фронтальных зубов нижней и верхней челюстей, кровоточивость десен. Пародонтальные карманы превышают 5 мм, а иногда достигают верхушки корня и определяются со всех поверхностей зуба. Патологическая подвижность зубов 2-3 степени.

1.3. Индексы ИГ = около 3,5-5,0.

Проба Шиллера-Писарева положительная.

ПИ = около 4,0-8,0.

ОНИ-S = около 3.

СРITN = около 4.

1.4. На рентгенограмме деструкция костной ткани 3 степени — резорбция превышает 1/2-2/3 длины корня зуба. Иногда костная ткань альвеолы резорбирована полностью.

1.5. Ухудшение общего состояния.

1.6. Оценка состояния неспецифической резистентности организма.

**2. Алгоритм лечения**

2.1. Информированное согласие.

2.2. Составление плана лечения.

2.3. Устранение микробного налета (бляшки), ее аккумуляции, предупреждение образования зубных отложений.

2.4. Удаление зубных минерализованных отложений.

2.5. Пломбирование кариозных полостей с восстановлением контактных пунктов.

2.6. Выравнивание окклюзионных поверхностей путем избирательного пришлифовывания зубов.

2.7. Устранение функциональной перегрузки отдельных групп зубов при наличии некачественных ортопедических конструкций.

2.8. Хирургическая санация полости рта.

2.9. Устранение травмирующих пародонт вредных прищечек, аномалий положения зубов и прикуса.

2.10. Антисептическая обработка.

2.11. Местное и общее патогенетическое лечение, применение средств, стимулирующих репаративный остеогенез.

2.12. Физиолечение.

2.13. Рекомендации по гигиене полости рта.

Следующие посещения:

2.14. Лоскутная операция. Этапы:

1. Антисептическая обработка;

2. Обезболивание;

3. Туширование пародонтального кармана (измерение длины);

4. Два вертикальных разреза от края десны до переходной складки (на глубину кармана) в области 6 зубов;

5. Между ними по вершине гребня горизонтальный разрез, отслаивание слизисто-надкостничных лоскутов;

6. Удаление над- и поддесневых отложений, вегетирующего эпителия, выскабливание грануляции;

7. Деэпителизация слизисто-надкостничного лоскута;

8. Обработка альвеолярного отростка;

9. Обработка полости антисептиками;

10. Укладывание лоскута на место и его фиксация;

11. Наложение защитной десневой повязки.

12. Проведение послеоперационных гигиенических мероприятий.

2.15. По показаниям для стимуляции остеогенеза использование различных биоматериалов:

— препараты коллагена, брьюшину, костные опилки, брэфокоствь;

— гидроксипатит в виде порошка, гранул или на коллагеновых полосках, тефлоновые и биорассасывающиеся мембраны.

2.16. Контрольный осмотр и коррекция лечения.

2.17. Рекомендации по гигиене полости рта.

2.18. По показаниям пациента направляют на ортопедическое лечение.

2.19. Курс физиолечения.

2.20. Консультация у других специалистов.

**3. Алгоритм реабилитации**

3.1. Оценка активности процесса, при необходимости — коррекция.

3.2. Повторные курсы физиолечения и витаминотерапии.

3.3. Поддерживающее местное лечение. После первичного курса лечения — сразу же при возобновлении симптомов обострения воспалительного процесса, но не реже 1 раза в 3 месяца в течение первого года. При условии достижения ремиссии — не реже 1 раза в 6 месяцев.

**Заключение**

В связи с высокой распространенностью заболеваний пародонта возникла необходимость разработки и внедрения стандартов качества лечения и реабилитации в деятельность врачей-стоматологов.

Диагностика, лечение и реабилитация — сложный многоэтапный процесс. Любой врач-стоматолог, сталкивающийся в своей работе с пародонтологическими болезнями, испытывает трудности как в диагностике, выборе основных и вспомогательных тестов для оценки состояния больного и пародонтологического статуса, так и в лечении этих заболеваний. Алгоритмы разработаны для помощи врачам-стоматологам при диагностике, лечении и реабилитации.

Совершенно очевидно, что состояние оказания пародонтологической помощи больным зависит от трех основных факторов: раннего выявления больных, эффективного лечения и доступности медицинской помощи населению. А эффективность лечения зависит от профессионализма исполнителей их теоретической подготовки, материально-технической оснащенности стоматологических учреждений.