

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.314.17-008.1:658

Г.И. Ронь, Т.И. Еловикова, С. И. Козицына, С.Е. Жолудев

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ ИНИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПАРОДОНТА

Кафедры терапевтической стоматологии и ортопедической стоматологии

Необходимость комплексной терапии заболеваний пародонта в настоящее время практически не вызывает сомнений, но к сожалению, - только на словах. В ряде поликлиник города и области работают врачи-пародонтологи, пародонтологические кабинеты и даже пародонтологические отделения [3] с хорошими результатами. Но не все пациенты могут обратиться за помощью к таким специалистам и не всем подходит стандартная отработанная схема. Разумеется, кроме системного должен быть индивидуальный подход к лечению, диагностике и профилактике заболеваний пародонта. Я вот это - одна из серьезных проблем пародонтологии. Основная масса пациентов, пройдя первый курс лечения (в 99% случаев неполный) пародонтита, а часто и гингивита в поликлинике по месту жительства, перестает обращаться к врачу-стоматологу без крайней нужды (острая боль, образование абсцесса и т.д.). Большинство таких пациентов не обучены правильной гигиене полости рта, и почти у всех не устранены местные раздражающие факторы, которые усугубляют течение болезней пародонта и приводят к быстрому рецидивированию. Врач-стоматолог-терапевт, действительно, очень занят на приеме, у него редко выпадает возможность обследовать пациента с позиций системного подхода к лечению, рассмотреть функциональный феномен зубочелюстной системы - акт жевания, определить состояние узловых механизмов: пародонт, зубы и их окклюзионный рельеф, височно-нижнечелюстной сустав, челюсти и т.д. [4]. При отсутствии жалоб у больного изменения в этих звеньях остаются без внимания врача. А нарушения в одном звене зубо-челюстной системы вызывают перестройку в других звеньях, приводят к расстройству в целом [2,3, 4], но системный подход к диагностике, комплексному лечению и профилактике заболеваний пародонта отсутствует.

Схема диагностики и лечения больных отработана по звеньям: определение пародонтологического статуса, обучение гигиене, консервативная, хирургическая и ортопедическая терапия, при необходимости - консультации терапевта общего профиля и т.д. Трудности возникают на стыке этих звеньев. Поэтому с целью совершенствования консультативно-диагностической службы оказания высококвалифицированной специализированной помощи больным с патологией пародонта, а также врачам общего приема города и области в лечении, организован консультативный пародонтологический центр на кафедре терапевтической стоматологии совместно с кафедрой ортопедической стоматологии Уральской государственной медицинской академии.

Научное руководство осуществляет директор клиники зав. кафедрой терапевтической стоматологии, профессор. Непосредственно консультативный прием проводят сотрудники кафедр, имеющие большой клинический опыт, кандидаты медицинс-

ких наук, занимающиеся проблемами пародонтологии.

Необходимость консультативного пародонтологического центра (совместно с кафедрой ортопедической стоматологии) обоснована целым рядом причин. Прежде всего, это нарушения в окклюзионном звене зубо-челюстной системы. Они могут возникать и при наличии всех зубов вследствие кариеса, стираемости зубных тканей, гипертонуса жевательных и околоротовых мышц. Возникшая патология функции жевания до поры до времени протекает на субклиническом уровне, приводя к возникновению окклюзионной травмы с клиническими проявлениями, иногда значительными (отлом пломбы или коронки зуба, расширение периодонтальной щели, деструктивные изменения межальвеолярных перегородок и др.) [2, 3, 5, 6]. Иногда травматическая нагрузка зубов может приводить к клинике пульпита [4] и даже необходимости удаления таких зубов, т.к. депульпирование не приносит облегчения. Поэтому правильная оценка статуса окклюзионного звена, знание механизма функции жевания, признаков нормальной окклюзии и параметров жевательных движений нижней челюсти - значимый фактор увеличения срока существования зубов, повышающий эффективность лечения заболеваний пародонта и даже дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и нейромышечных болей лица.

Кроме недооценки значения избирательного шлифования преждевременных контактов окклюзионных поверхностей в комплексном лечении болезней пародонта, следует выделить фактор подвижности зубов. К сожалению, к этому в основном приводят ятрогенные причины. По данным литературы, у 1/3 пациентов восстанавливают включенные дефекты зубного ряда мостовидными протезами с опорой на два зуба, ограничивающих дефект, без учета величины дефекта и активности течения заболеваний пародонта. Менее чем через год такое протезирование приводит к осложнению: в области опорных зубов рентгенологически регистрируются максимальное снижение высоты межальвеолярных перегородок, очаги активного остеопороза в костной ткани т.е. прогрессирует пародонтит.

К аналогичному результату приводит использование консольных протезов при замещении дефектов переднего участка зубного ряда верхней челюсти без учета состояния пародонта опорных зубов, применение подобных конструкций совершенно недопустимо при заболеваниях пародонта, тем более, что такие конструкции приводят к патологическому изменению костной ткани альвеолярного отростка на стороне, противоположной дефекту, и не только к возникновению функциональной нагрузки опорных зубов, но и ускорению резорбтивных процессов в костной ткани альвеолярного отростка, усилению патологической подвижности и быстрой элиминации опорных зубов [1,2]. Это является результатом несоответствия резервных сил пародонта и направлению и силе нагрузки, прилагаемой к опорному зубу.

Разумеется, проведение таким больным только консервативного и хирургического лечения, как это часто делается в поликлиниках в силу разных причин, не только, не эффективно, но и недопустимо.

Применяют шинирующие конструкции при болезнях пародонта (в основном при тяжелом пародонтите) очень редко, по данным литературы - примерно 77% случаев. Но, в основном, такие конструкции (мостовидные протезы, опорой которых служат спаянные коронки) травмируют край пародонт, затрудняют доступ к клиническому карману и углубляют воспалительно-дест-

руктивные изменения в пародонте, способствуя образованию внутрикостных карманов и прогрессированию заболеваний пародонта вместо стабилизации патологического процесса и восстановления функционального феномена зубо-челюстной системы - акта жевания.

Отдельной проблемой является оказание помощи пациентам с недостаточной функцией слюнных желез. Количество слюны имеет значение не только для обеспечения комфортабельного состояния ротовой полости, но и для поддержания так называемого экологического, бактериального равновесия буферной емкости при действии кислот, выделяющихся микроорганизмами зубных бляшек, обеспечении микроэлементами, принимающими участие в реминерализации начальных поражений твердых тканей зубов, вымывании сахаросодержащих субстратов от поверхностей зубов. Ксеростомия отрицательно влияет на состояние твердых тканей зубов и пародонта [7].

Как правило, пациенты с ксеротомией направляются на консультацию в пародонтологический центр терапевтами общего профиля, ревматологами и др., а также специалистами из межобластного центра патологии слюнных желез. Оказание лечебной помощи таким пациентам проводится на кафедрах терапевтической и ортопедической стоматологии врачами-интернами и студентами старших курсов под руководством опытных преподавателей. Пациентов ставят на диспансерный учет в пародонтологическом центре и приглашают на контрольные посещения для проведения профилактических мероприятий и предупреждения осложнений.

Указанные выше местные раздражающие факторы, а также их отрицательное влияние на общее состояние больного осложняют оказание консультативно-диагностической и лечебной помощи данной категории пациентов. Поэтому ранняя диагностика доклинических проявлений пародонта, системный подход к проблемам заболеваний пародонта, высококвалифицированный взгляд на эту проблему являются обязательными условиями комплексного лечения сложных пародонтальных заболеваний.

В пародонтологический центр (ПЦ) могут направлять больных любые лечебные учреждения города и области с результатами предварительно проведенного клинического (анализы крови: клинический и на содержание сахара, общий анализ мочи и заключение терапевта) и рентгенологического обследования. Пародонтологический центр осуществляет консультативный прием в фиксированный день один раз в неделю (среда), с 12 до 15 по предварительной записи по телефону. В работе пародонтологического центра могут участвовать врачи-интерны, студенты СНО, врачи факультета усовершенствования (ФУЕ), а также сотрудники кафедр и клиники.

В пародонтологическом центре проводится обследование больного (пародонтологический статус, состояние гигиены полости рта, исследование ротовой, десневой жидкости и другие специальные методы), диагностика заболевания, составляется план комплексного лечения, результаты обследования четко фиксируются в истории болезни. При необходимости проводится консультация терапевта общего профиля или других специалистов. После этого больного повторно консультируют в пародонтологическом центре и с рекомендованным планом лечения направляют в клинику по месту жительства. В сложных случаях или при невозможности проведения в районной поликлинике первичного курса терапии в полном объеме он проводится в пародон-

тологическом кабинете стоматологической поликлинике УГМА или на студенческом приеме, с обязательным контролем состояния гигиены полости рта каждое посещение. Завершает курс лечения проведение функциональных проб, клинических показателей и специальных методов обследования. Динамика показателей фиксируется в истории болезни. По окончании курса лечения и контрольного осмотра в пародонтологическом центре больных направляют для диспансерного наблюдения в поликлинику по месту жительства либо оставляют для наблюдения в пародонтологическом центре в течение года и более. ПЦ оставляет за собой право отбора тематических больных для учебного процесса и научных разработок. В ПЦ проводится обучение врачей пародонтологов, среднего медперсонала, а также студентов стоматологического факультета по разделу «пародонтология».

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаража Н.Н. и соавт.//Тр. ЦНИИС. М.: -1990. С.24-25.
2. Громов О.В.//Стоматология. 1991. №6. С.7В-80.
3. Еловицова Т.М., Ронь Г.И., Калачева Л.Г.//Организация пародонтологической службы в Свердловской области. Депо- НИО.рукопись во ВЯИИМИ, №22404. 1992. С.5.
- 4.Иванова А.Ф.//Стоматология. 1987. №3. С. 31-84.
5. Ронь Г.И., Еловицова Т.М., Козицина С.И. и др.// Тез. докл. научно-практ. конф., ОКБ №1. Екатеринбург, 1996. С.139-141.
6. Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта. Докл. научной группы ВОЗ. Женева, 1980. С. 65.
7. Edgar W.M.//Brit.dent. 1990. Т.169. №3-4. Р.96-98.

УДК 616.3

Г.И. Ронь, Н.Д. Чернышева

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА ПРИ ПРИЕМЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ И СИНДРОМОМ ШЕГРЕНА (БШ, СШ)

Клиника терапевтической стоматологии

В настоящее время все большее внимание исследователей и практических врачей различного профиля привлекают аспекты аутоиммунных заболеваний, среди которых по частоте не последнее место занимает болезнь и синдром Шегрена [8,9,10, 11].

Болезнь Шегрена - относительно редкое заболевание, поражающее преимущественно женщин в зрелом возрасте, однако может встречаться и у молодых, а также у детей. Симптомы этого заболевания описывались с конца XIX в.: Leber, Hadder, Tischen, Sjogren описал клиническую картину заболевания и гистологические изменения в конъюнктиве, роговице, слезных и слюнных железах. Он считал, что "частое соответствие глазных изменений и гипофункции слезных желез с уменьшением слюнной секреции, артрические изменения и обнаруживаемые другие общие симптомы показывают, что мы имеем дело с общим заболеванием". В дальнейшем заболевание было названо его именем.

В последнее время широкое изучение аутоиммунных и ревматических заболеваний позволило выявить у ряда больных хроническим активным гепатитом, тиреоидитом Хашимото, системной красной волчанкой, системной склеродермией, ревматоидным полиартритом, признаки "сухого синдрома".