

Л. В. ШЕБЕКО

**ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА**

Минск БГМУ 2015

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
3-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. В. ШЕБЕКО

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2015

УДК 616.314.17-008.1-036.838(075.8)
ББК 56.6 я73
ШЗ6

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 15.10.2014 г., протокол № 2

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав каф. хирургической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета И. О. Походенько-Чудакова;
д-р мед. наук, проф., зав. каф. ортопедической стоматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования С. П. Рубникович

Шебеко, Л. В.

ШЗ6 Поддерживающая терапия болезней периодонта : учеб.-метод. пособие /
Л. В. Шебеко. – Минск : БГМУ, 2015. – 19 с.

ISBN 978-985-567-306-5.

Изложены значение поддерживающей терапии для долгосрочной эффективности лечения
болезней периодонта, ее организация и проведение.

Предназначено для студентов 3–5-го курсов стоматологического факультета по дисциплине
«Терапевтическая стоматология» и клинических ординаторов.

УДК 616.314.17-008.1-036.838(075.8)
ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-567-306-5

© Шебеко Л. В., 2015
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2015

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий — 5 ч.

Значительная распространенность заболеваний периодонта среди населения и связанная с этими болезнями потеря зубов требуют более совершенного и эффективного подхода к лечению данной патологии.

Поскольку заболевания периодонта характеризуются длительным течением и склонностью к рецидивам, то одноразового эпизодического лечения недостаточно — требуется систематическая поддерживающая терапия.

Необходимо учитывать, что болезни периодонта тесно связаны с социальной деятельностью человека, его образом жизни, наследственностью, реакцией на факторы внешней среды. Все больше исследований указывают на связь поражений периодонта с болезнями сердечно-сосудистой системы, диабетом [23]. Следует предположить, что количество пациентов, нуждающихся в систематической поддерживающей терапии, увеличится. Это ожидаемое увеличение числа периодонтологических больных требует более глубокого понимания проблемы болезней периодонта и повышения уровня знаний для их решения со стороны врача-стоматолога. Очевидно, что данный вопрос приобретает не только медицинскую, но и социальную значимость. В этой связи предотвращение и остановка прогрессирования заболеваний периодонта очень актуальны в современной стоматологии.

Врач-стоматолог должен быть ориентирован на длительное общение с периодонтологическим больным. Ему нужно научиться ценить и уважать свой труд, чтобы с наименьшими потерями времени, сил, средств сохранить полученные результаты. Необходимо хорошо владеть методами диагностики патологических процессов в периодонте, тактикой и методами их лечения. Ошибки в постановке диагноза, недоступность помощи создают для пациентов дополнительные проблемы с периодонтом, ведут к потере зубов и системным проблемам со здоровьем. Очень важно обеспечить долгосрочную эффективность лечения заболеваний периодонта, и значительную роль в этом играет сочетание правильной домашней гигиены ротовой полости и систематической поддерживающей терапии (Axelssen и соавт., 1991).

Цель занятия: определить место и роль поддерживающей терапии в комплексном лечении болезней периодонта; сформировать у студентов обоснованный клинический подход к решению вопросов диагностики и тактики лечения болезней периодонта.

Задачи занятия. Студент должен *знать*:

- организацию динамического наблюдения периодонтологических больных;
- принципы отбора пациентов с болезнями периодонта в группу для динамического наблюдения, поддерживающего лечения;

- диагностические мероприятия в процессе динамического наблюдения (первоочередные и второстепенные тесты);
- лечебно-профилактические мероприятия и критерии эффективности поддерживающей терапии.

С помощью преподавателя студент должен *научиться*:

- определять пациента в группу для динамического наблюдения;
- проводить диагностические мероприятия в процессе динамического наблюдения;
- интерпретировать рентгенограмму альвеолярного отростка в различные сроки наблюдения периодонтологического больного;
- намечать лечебные, профилактические мероприятия поддерживающей терапии;
- использовать оценочные критерии эффективности поддерживающей терапии.

Требования к исходному уровню знаний. Для успешного усвоения темы студент должен знать следующий материал:

1. Классификация болезней периодонта (Л. Н. Дедова, 2012).
2. Этапы диагностики болезней периодонта.
3. Гигиеническое состояние ротовой полости, методы его оценки.
4. Характеристика состояния тканей периодонта в норме и при его патологии.
5. Рентгенологическая характеристика альвеолярного отростка при болезнях периодонта.
6. Состояние микроциркуляции тканей периодонта, методы ее оценки.
7. Методы лабораторной диагностики болезней периодонта.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомо-морфологические особенности тканей периодонта.
2. Рентгенологическая диагностика состояния зубов и челюстей.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Принципы, цель и задачи поддерживающей терапии.
2. Принципы отбора пациентов с болезнями периодонта в группу для динамического наблюдения, периодичность повторных осмотров.
3. Последовательность мероприятий на этапе поддерживающей терапии.
4. Диагностические мероприятия при поддерживающей терапии (первоочередные и второстепенные тесты).
5. Лечебно-профилактические мероприятия при поддерживающей терапии.
6. Критерии эффективности поддерживающей терапии.

ПРИНЦИПЫ, ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Поддерживающая терапия является обязательным этапом комплексного лечения болезней периодонта и играет важную роль в обеспечении его долгосрочной эффективности. Стратегия и принципы ее обусловлены особенностями, характерными для данной группы стоматологических заболеваний.

Болезни периодонта — группа стоматологических заболеваний, обладающих рядом особенностей, которые и определяют тактику врача-стоматолога. Установлено, что даже при соответствующей периодонтальной терапии некоторое прогрессирование болезни возможно. Многие исследователи считают периодонт единой структурой целостного организма, находящуюся в тесной взаимосвязи как с внешними, так и внутренними неблагоприятными факторами.

Научно доказано, что основным пусковым фактором болезней периодонта являются микроорганизмы зубного налета. Достижение критической массы патогенного налета, способствующей возникновению рецидива патологического процесса в периодонте, происходит в течение нескольких месяцев. Особое значение придается поддесневому зубному налету, вызывающему деструктивные процессы в периодонте из-за наличия в нем анаэробов. Существуют и другие условия для возобновления болезней периодонта. Рецидивы могут возникнуть в результате перенесенных и сопутствующих заболеваний, недостаточного ухода за ротовой полостью, вследствие окклюзионных нарушений, неадекватного или недостаточного лечения, при котором не удалось устранить потенциальные факторы, способствующие накоплению зубного налета.

Частые эпизоды кровоточивости десен указывают на рецидив периодонтита (Lang и соавт., 1986). Вероятность проявления заболевания в глубоких карманах выше, чем в участках незначительной глубины (Lislgarten и соавт., 1991). Каждый рецидив ведет к осложнению болезни и тяжелым последствиям, связанным с потерей зубов: нарушению функции жевания, речи, эстетики, психоэмоционального состояния, что значительно снижает качество жизни человека. Эти особенности определяют тактику при планировании лечения периодонта.

Поддерживающая терапия у пациентов с болезнями периодонта может рассматриваться как вторичная профилактика и как профилактика рецидива, риск которого сохраняется особенно при тяжелых формах заболевания.

При появлении кровоточивости десен необходимо:

- проверить состояние зубной щетки и при необходимости заменить ее;
- увеличить частоту и интенсивность чистки зубов.

Если симптомы не исчезают в течение нескольких дней, то необходимо обратиться к специалисту для проведения профессиональной гигиены и принятия решения о дальнейшем лечении.

Доказано, что использование зубной щетки дважды в сутки и сеансы профессиональной гигиены каждые три месяца эффективны для предупреждения рецидива. При тяжелых формах риск возобновления болезни значительно выше, поэтому чистку зубов щеткой желательнее проводить трижды в день.

Важность чистки зубов после обеда обусловлена скоплением остатков пищи и налета в межзубных промежутках, что чаще всего и приводит к рецидиву в интерпроксимальных участках. Для удаления остатков пищи и налета после обеда достаточно кратковременной чистки щеткой (без зубной пасты) и двухкратного полоскания рта.

Наиболее эффективное устранение налета из межзубных промежутков обеспечивается с помощью модифицированной методики Басса (Bass) — круговые движения в направлении от десны окклюзионно. Сначала нужно энергично ополоснуть рот водой, затем воспользоваться зубной щеткой. Для эффективного устранения налета необходимо делать 8–10 движений щеткой вдоль каждой поверхности зуба. С такой же целью используют специальные инструменты: зубные ершики адекватных размеров и форм или зубные нити.

Кроме того, пациент должен ясно понимать, что для своевременного выявления и устранения рецидива также важно регулярное наблюдение у стоматолога и проведение поддерживающей терапии, в процессе которой пациентам, имеющим системные нарушения, нередко требуется интеграция периодонтологической и общей медицинской помощи.

Цель поддерживающей терапии — обеспечить долговременное состояние ремиссии у пациентов с болезнью периодонта.

Задачи поддерживающей терапии:

1. Закрепить результат предшествующего лечения.
2. Предупредить возможные рецидивы, дальнейшее развитие болезни периодонта и связанных с ними осложнений.
3. Сохранить на длительный период стабильное состояние периодонта, уменьшить потерю зубов.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Поддерживающая периодонтологическая терапия начинается после окончания активного лечения и продолжается всю жизнь. Основным ее принципом является профилактическая направленность. В этой связи очень важным является вопрос организации обслуживания пациентов с заболева-

ниями периодонта, одной из наиболее рациональных форм которой является диспансеризация (Л. Н. Дедова, 1982).

Диспансеризация предусматривает раннее выявление заболевания, предупреждение его развития, перманентное лечение и мероприятия по решению организационных и методических вопросов обслуживания больных. С целью дифференцированного подхода к пациентам по характеру течения болезни периодонта выделяют:

- группу А — больные в стадии стойкой компенсации;
- группу Б — больные с компенсированным течением и редкими рецидивами;
- группу В — больные с субкомпенсированным течением заболевания и частыми обострениями.

Первый год наблюдения после проведенного лечения очень важен с точки зрения контроля гигиены, уточнения результатов хирургических процедур, поэтому в этот период интервалы между наблюдениями не должны превышать трех месяцев.

Затем в зависимости от течения болезни устанавливают сроки наблюдения:

- для группы А — минимально один раз в год;
- группы Б — минимально один раз в 6 месяцев;
- группы В — минимально один раз в 3–4 месяца.

Такая организация дает возможность более рационально и экономично проводить динамическое наблюдение и способствует снижению затрат времени и средств, необходимых для лечения рецидивов.

В Республике Беларусь вопросу диспансеризации уделяется большое внимание. Была разработана и утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.05.2011 г. № 558 «Инструкция о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь». Согласно ее положению, диспансерное наблюдение в нашей стране представляет собой систему медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, для оценки состояния здоровья каждого гражданина, которая включает:

- диспансерный осмотр;
- диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья;
- пропаганду здорового образа жизни, воспитание интереса и ответственности к своему здоровью.

Выделяют диспансерные группы:

- Д 1 — отсутствие острых или хронических заболеваний полости рта;
- Д 2 — имеющие острые заболевания или факторы риска хронических заболеваний;
- Д 3 — имеющие хронические заболевания полости рта.

Организация системы диспансерного наблюдения включает ряд схем-программ. В них учитывается кратность посещений, сроки явки на очередной осмотр, методы обследования, необходимые консультации специалистов, лечебные и гигиенические рекомендации.

Программы служат ориентиром для врачей в составлении индивидуальных планов лечебно-профилактических мероприятий, а также оценке эффективности диспансерного наблюдения. Утверждена также «Карта учета диспансерного стоматологического наблюдения» Ф 131/У-ДС.

Для более эффективного обслуживания пациентов с болезнями пародонта предусмотрено выделение пародонтологического кабинета, где работает врач-пародонтолог, помощник врача (медицинская сестра).

Функции врача-пародонтолога:

- диагностика болезней пародонта;
- планирование лечения;
- выполнение лечебно-профилактических мероприятий;
- определение пациентов в группу для динамического наблюдения;
- проведение поддерживающей терапии;
- оценка эффективности проводимых мероприятий.

В связи с тем, что тяжесть поражений может быть разной, предусмотрена организация пародонтологических отделений, центров, где может быть оказана специализированная помощь в нужном объеме.

В современных условиях проблема обслуживания пациентов с болезнью пародонта становится все более актуальной. Каждый такой пациент нуждается в поддерживающей терапии, поэтому после активного предшествующего лечения ему составляется график периодических посещений для обеспечения ухода и предотвращения рецидивов болезни. Поскольку поддерживающая терапия имеет отношение к каждому конкретному человеку, то вопрос о важности этого этапа лечения подвергается интенсивному изучению.

Программа перехода от активного лечения к постоянному обслуживанию требует времени и усилий со стороны стоматолога, персонала и самого пациента, которому необходимо понимать цель и программу такого обслуживания. Врач должен подчеркнуть, что сохранение зубов зависит от своевременной поддерживающей терапии.

Бессмысленно просто сообщать пациенту, что он обязан периодически посещать стоматолога, без четкого объяснения значения этих визитов и описания того, что ожидается от пациента между этими посещениями.

Безусловно, для повышения эффективности лечения болезней пародонта требуются совместные усилия пародонтологов, ортодонтонтов, ортопедов и других врачей-специалистов.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ НА ЭТАПЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Программа поддерживающей терапии состоит из трех частей. Первая часть включает в себя изучение и оценку текущего здоровья ротовой полости пациента, вторая — необходимую поддерживающую терапию и повышение качества гигиены ротовой полости, третья — определение времени следующего посещения по результатам оценки эффективности поддерживающей терапии. Контрольная экспертиза проводится аналогично первоначальной оценке состояния пациента. Визит начинается с уточнения истории болезни, затем проводится полное клиническое обследование. Важное значение имеют оценка текущей гигиены ротовой полости, качество имеющихся реставраций и протезов, наличие кариеса, состояние окклюзии, подвижности зубов, глубины зондирования, состояние микроциркуляции периодонта.

Из большого числа диагностических тестов на этапе поддерживающей терапии следует использовать наиболее информативные. Первоочередными тестами считаются OHIS, РМА, GI, проба Шиллера–Писарева, йодное число Свракова, определение стойкости капилляров десны, вспомогательными — PLI, КПИ, ПИ, индекс рецессии десны, вакуумная проба на проницаемость капилляров десны, индекс периферического кровообращения (ИПК), рентгенологические и микробиологические исследования. Первоочередные тесты целесообразно применять при каждом осмотре, а вспомогательные — один раз в год для расширенной информации о состоянии тканей периодонта (Л. Н. Дедова, 2004).

Для диагностики рецидива необходимо учитывать следующие параметры: глубину погружения зонда в поддесневую область, кровоточивость при зондировании силой не более 20 г при диаметре верхушки зонда 0,5 мм. В последнее время надежды на решение проблемы повышения точности диагноза связывают с применением электронных зондов (Ready и соавт., 2009).

Определение кровоточивости десен очень важно, так как даже при благоприятном на первый взгляд клиническом состоянии периодонта появление крови при зондовой пробе отражает признаки активации воспалительного процесса. Сравнительный анализ динамики клинических параметров показал, что наиболее информативным является индекс кровоточивости Мюллемана–Коуэлла (1975).

Важное место в диагностике периодонта занимает рентгенологическое исследование. Наиболее простым и доступным способом выявления состояния альвеолярного отростка считают ортопантомографию, а для увеличения объективности интерпретации применяют внутриротовые контактные рентгенограммы [13]. Широкое внедрение в стоматологию компьютер-

ной томографии значительно расширило возможность рентгенологического исследования. Томография позволяет получать трехмерное изображение интересующей области и более точно судить о плотности кости.

Рентгенологические исследования должны быть индивидуализированы в зависимости от начальной стадии поражения. Имеются рекомендации выполнять рентгенографию через 6–12 месяцев после активного курса лечения и протезирования, а затем каждые три года, если нет клинических признаков активности процесса в периодонте.

Для оценки высоты кости, установления костных дефектов, признаков травмы в результате окклюзии, периапикальных изменений, выявления кариеса корня проводится анализ текущих и ранее сделанных рентгенограмм. Для определения потери высоты альвеолярной кости разработан альвеолярный индекс (AI) (Ю. Л. Денисова, 2012). Чтобы его вычислить, необходимо иметь рентгенограмму, штангенциркуль или миллиметровую шкалу-линейку. Уровень потери высоты альвеолярного отростка определяют расстоянием в мм от видимой шейки зуба (эмалево-цементная граница) до вершины альвеолярного отростка.

Для планирования поддерживающей терапии большое значение имеет установление состояния микроциркуляции. Для этих целей используются функциональные методы диагностики (реография, полярография), ультразвуковое исследование — доплерография. Разработан лазерно-оптический метод, который позволяет выявить нарушения микроциркуляции в отдельных участках и на более ранних стадиях (С. П. Рубникович и др., 2010). При активации процесса в периодонте, быстро прогрессирующем периодонтите требуется микробиологическое исследование, позволяющее врачу избирать тактику превентивного лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента. Необходимо проводить сравнительный анализ результатов клинико-лабораторных исследований и обо всех изменениях, как положительных, так и негативных, сообщать пациенту, усиливая его мотивацию к поддержанию здоровья.

Лечебно-профилактические мероприятия на этапе поддерживающей терапии:

1. Мотивация, инструктаж по гигиене полости рта.
2. Выработка у пациента устойчивых навыков здорового образа жизни, влияющих на стоматологическое здоровье (регулярное посещение стоматолога, отказ от вредных привычек).
3. Профессиональная гигиена.
4. Устранение вновь возникших факторов риска (коррекция пломб, протезов, лечение кариеса).
5. Антибактериальная и противовоспалительная терапия по показаниям.

6. Остеотропная поддерживающая терапия.

7. Физиотерапия.

Объем лечебно-профилактических мероприятий планируется в зависимости от статуса ротовой полости, состояния периодонта, физиологических возможностей пациента. Исследования показывают, что уже через несколько месяцев (в среднем три месяца) после проведения активного лечения пациенты нуждаются в ремотивации и коррекции гигиены ротовой полости. К этому времени теряются навыки эффективного ухода за ротовой полостью, чаще всего снижается время чистки зубов или нарушается ее техника.

При каждом посещении значительное время должно быть затрачено на улучшение контакта с пациентом, поскольку внимание к личности увеличивает его (ее) заинтересованность и закрепляет успех клинической практики. Также следует проводить инструктаж пациентов по индивидуальной гигиене ротовой полости, а некоторых из них нужно постоянно мотивировать для проведения адекватной самостоятельной гигиены.

Противорецидивное лечение в большинстве случаев сводится к механическому удалению скопившегося зубного налета и, возможно, зубного камня. Зубной налет может быть устранен с помощью полировочной чашки и пасты, порошковых абразивных аппаратов. Важным условием является корректное устранение зубных отложений, исключая чрезмерное удаление цемента, дентина с корня зуба. Перспективно использование для этих целей новых технологий, основанных на применении ультразвука и лазера.

Следует учитывать необходимость антисептической поддержки. Хлоргексидин является эффективным антисептиком, который обладает способностью связываться с твердыми и мягкими тканями с высвобождением активного компонента, позволяющего подавить активность патогенных микроорганизмов.

При активации воспалительного процесса в периодонте и необходимости использования антимикробных средств предпочтение следует отдать резорбируемым лекарственным формам для местного применения (гели, нити, пленки). Например, гель «Метрогил Дента» — эффективное антимикробное противовоспалительное средство. Только небольшому числу пациентов со стойкими рецидивами болезни и при абсцедировании возможно проведение системной антибиотикотерапии, отдавая предпочтение препаратам с содержанием клавулановой кислоты (Аугментин или Амоксиклав). Для оптимального выбора антибактериальных препаратов следует учитывать состояние организма пациента, а также применять культуральные методы диагностики (определить чувствительность микроорганизмов к антибиотикам).

Еще одним немаловажным фактором является остеотропное поддерживающее лечение. Несомненный интерес представляет витаминно-минеральный комплекс «ДентоВитус» (ЗАО «Малкут», Беларусь), который является сбалансированной композицией витаминов (С, Е, А, В₆, К, D₃), макроэлементов (Са, Р, Mg) и микроэлементов (F, Mn, Zn, Mo, Cu, В, Si, Sn, Cr) в дозировках, приближенных к рекомендуемым суточным физиологическим нормам потребления [12].

При сохранении периодонтальных карманов появилась возможность их устранения с помощью современных и эффективных методов направленной регенерации с использованием Easy Graft (на основе бета-трикальция фосфата) [24].

Важное значение на этапе поддерживающей терапии приобретает физиотерапия, особенно методы, направленные на улучшение микроциркуляции: вакуум-дарсонвализация, лазеро-оптический метод [11].

В области рецидива иногда проводится хирургическое лечение. В таком случае обязательно требуется улучшение уровня самостоятельной гигиены ротовой полости и устранение факторов риска (например, курения).

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА

Подавляющее большинство данных свидетельствует о том, что гингивит может быть устранен на этапе начальной терапии адекватными методами управления зубного налета с последующим посещением стоматолога каждые 3–6 месяцев.

В то же время более сложные формы болезней периодонта, приводящие к потере зубов, требуют более объемного лечения и последующего качественного выполнения пациентом домашней гигиены, а также длительной поддерживающей терапии.

Основной принцип поддерживающей терапии — профилактический — в полной мере отвечает философии современной стоматологии, целью которой является улучшение качества жизни людей.

Поддержание или восстановление стоматологического здоровья (отсутствие воспаления, полноценная функция) возможно в большинстве случаев. При помощи регулярной поддерживающей терапии можно добиться одинаковой продолжительности стадии ремиссии независимо от проведенного ранее лечения. Основным доказательством эффективности поддерживающей терапии считается долгосрочный положительный результат лечения болезни периодонта, а наиболее желаемым критерием эффективности — здоровый периодонт. И обязательным условием является сотрудничество врача и пациента.

При работе с пациентом врачу необходимо учитывать, что болезни периодонта тесно связаны с возрастом, социальной деятельностью, образом жизни, наследственностью данного пациента, реакцией на факторы внешней среды. С учетом перечисленного важно сформировать у пациента устойчивую мотивацию к поддержанию здоровья, подчеркивая важную роль гигиены ротовой полости. Одним из критериев эффективности поддерживающей терапии является достижение пациентом устойчивых навыков ухода за ротовой полостью и контроль прироста зубного налета.

Хороший уровень гигиены по индексу ОНI-S (Oral Hygiene Index Simplified, I. S. Green / J. K. Vermillion, 1964) составляет от 0 до 0,6 и является залогом красивой улыбки, успешности человека. Такой результат при соблюдении поддерживающей терапии возможен на ранних, начальных стадиях болезни.

При болезни на развившейся стадии с выраженными воспалительно-деструктивными процессами к критериям эффективности поддерживающей терапии можно отнести:

- снижение потери прикрепления;
- уменьшение количества потерянных зубов.

Проведенные научные исследования показали, что в группах пациентов, получающих систематическое поддерживающее лечение (Осло, Норвегия, 1969), к 40 годам индекс потери прикрепления был немного выше 1,5 мм, а среднегодовая скорость потери составила 0,08 мм для межзубных поверхностей и 0,1 мм для щечной.

В группе пациентов, не получающих поддерживающую терапию (Шри-Ланка, 1970), к 40 годам средняя потеря прикрепления была 4,5 мм, а среднегодовая скорость прогрессирования поражения — 0,3 мм для межзубных поверхностей и 0,2 мм для щечных.

По мере потери прикрепления можно выделить три субпопуляции:

- с быстрым прогрессированием;
- с умеренным прогрессированием;
- без прогрессии.

Отмечено, что в результате систематической поддерживающей терапии преобладают популяции с умеренным прогрессированием или его отсутствием. При этом даже у пациентов на поздних стадиях заболевания отмечается более благоприятный прогноз при многолетнем наблюдении. Есть данные, что при хирургическом устранении кармана, контроле налета и поддерживающей терапии в течение пятилетнего периода наблюдения не произошло потери альвеолярной кости.

Восстановление прикрепления свидетельствует о стабилизации процесса в периодонте. В то же время нелеченный систематически периодонтит может привести к быстрому прогрессированию потери прикрепления и утрате зубов.

Установлено, что пациенты, регулярно посещающие стоматолога и проходящие курсы поддерживающей терапии, теряют в год в среднем меньше одного зуба (0,9 зуба в течение 10 лет после начального лечения).

Длительное сохранение и функционирование зубного ряда связано не только с частотой, но и качеством обслуживания. Процессы стабилизации и ремиссии оцениваются положительно, если клиническое состояние подтверждается лабораторными, функциональными, рентгенологическими и другими методами исследования, применяемыми в стоматологии.

Результаты диспансерного динамического наблюдения у врача-стоматолога и поддерживающей терапии оцениваются впервые через 1,5–2 года, а затем ежегодно.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Цель поддерживающей терапии:

- а) полное выздоровление;
- б) стабилизация процесса в периодонте на длительный период, сохранение здоровья;
- в) улучшение состояния периодонта;
- г) частичное выздоровление.

2. Кратность осмотра пациента стоматологом на первом году диспансерного наблюдения:

- а) 1 раз в год;
- б) 1 раз в 6 месяцев;
- в) 1 раз в 3 месяца;
- г) 1 раз в 2 года.

3. Пациентов с болезнями периодонта относят к диспансерной группе А:

- а) при стойкой компенсации без обострений;
- б) компенсированном течении заболевания и редких обострениях;
- в) субкомпенсированном течении и частых обострениях;
- г) декомпенсированном течении заболевания.

4. Пациентов с болезнями периодонта относят к диспансерной группе Б:

- а) при стойкой компенсации без обострений;
- б) компенсированном течении заболевания и редких обострениях;
- в) субкомпенсированном течении и частых обострениях;
- г) декомпенсированном течении заболевания.

5. Пациентов с болезнями периодонта относят к диспансерной группе В:

- а) стойкой компенсации без обострений;
- б) компенсированном течении заболевания и редких обострениях;
- в) субкомпенсированном течении и частых обострениях;
- г) декомпенсированном течении заболевания.

6. Вызов больных, относящихся к диспансерной группе Б, на этапе поддерживающего лечения осуществляют:

- а) 1 раз в год;
- б) 2 раза в год;
- в) 3–4 раза в год;
- г) 1 раз в 2 года.

7. Вызов больных, относящихся к диспансерной группе В, на этапе поддерживающего лечения осуществляют:

- а) 1 раз в год;
- б) 2 раза в год;
- в) 3–4 раза в год;
- г) 1 раз в 2 года.

8. Первоочередными диагностическими тестами на этапе поддерживающей терапии являются:

- а) рентгенограмма, глубина зондирования;
- б) определение стойкости капилляров, проба Шиллера–Писарева, йодное число Свракова, десневой индекс, гигиенический индекс, глубина зондирования;
- в) вакуумная проба на проницаемость капилляров, ИПК, индекс рецессии десны, ПИ, рентгенограмма;
- г) рентгенограмма, глубина зондирования, вакуумная проба на проницаемость капилляров, ПИ.

9. Второстепенными диагностическими тестами на этапе поддерживающей терапии являются:

- а) рентгенограмма, глубина зондирования;
- б) определение стойкости капилляров, проба Шиллера–Писарева, йодное число Свракова, десневой индекс, гигиенический индекс, глубина зондирования;
- в) вакуумная проба на проницаемость капилляров, ИПК, индекс рецессии десны, ПИ, рентгенограмма;
- г) ОНI-S,GI, ИПК, глубина зондирования десневой борозды.

10. Повторная мотивация к гигиене ротовой полости в период поддерживающей терапии:

- а) не включается, так как пациент уже обучен;
- б) включается по просьбе пациента;
- в) всегда включается;
- г) включается только при тяжелых формах болезни.

Ответы: 1 — б; 2 — в; 3 — а; 4 — б; 5 — в; 6 — б; 7 — в; 8 — б; 9 — в; 10 — в.

ЛИТЕРАТУРА

ОСНОВНАЯ

1. *Терапевтическая стоматология* : учеб. / под ред. Е. В. Боровского. М. : Мед. информ. агентство, 2009. 800 с.
2. *Иванов, В. С.* Заболевания пародонта / В. С. Иванов. 3-е изд., перераб. и доп. М. : «Медицинское информационное агентство», 2001. 304 с.
3. *Дедова, Л. Н.* Диагностика болезней пародонта : учеб.-метод. пособие / Л. Н. Дедова. Минск : БГМУ, 2004. 70 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

4. *Безрукова, Л. В.* Поддерживающая терапия при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Л. В. Безрукова // *Клиническая стоматология*. 2003. № 2. С. 52–55.
5. *Безрукова, Л. В.* Современная концепция поддерживающей терапии / Л. В. Безрукова // *Пародонтология*. 2003. № 3. С. 25–30.
6. *Белясова, Л. В.* Влияние биологически активной добавки «ДентоВитус» на биофизические свойства ротовой жидкости / Л. В. Белясова, А. С. Солоневич, Е. М. Белясова // *Стоматолог*. 2013. № 2 (9). С. 72–73.
7. *Вольф, Г. Ф.* Пародонтология. Гигиенические аспекты / Г. Ф. Вольф, Т. М. Хэссел ; пер. с англ. ; под ред. проф. Г. И. Ронь. М. : МЕДпресс-информ, 2014. 360 с.
8. *Грудянов, А. И.* Поддерживающая терапия, ее роль при лечении заболеваний пародонта / А. И. Грудянов // *Пародонтология*. 2001. № 1, 2. С. 24–27.
9. *Дедова, Л. Н.* Повышение эффективности диспансерного наблюдения пародонтологических больных : метод. рекомендации / Л. Н. Дедова. 1983. С. 7–11.
10. *Дедова, Л. Н.* Диспансеризация больных с пародонтозом : метод. рекомендации / Л. Н. Дедова. Киев, 1984. 14 с.
11. *Физиотерапия в пародонтологии: принципы, показания и противопоказания* / Л. Н. Дедова [и др.]. Минск : БГМУ, 2007. 36 с.
12. *Денисова, Ю. Л.* Биологически активная добавка «ДентоВитус» в комплексном лечении стоматологических пациентов / Ю. Л. Денисова // *Стоматолог*. 2011. № 2. С. 88–91.
13. *Денисова, Ю. Л.* Альвеолярный индекс (АИ) — новый метод рентгеноостеометрии в пародонтологической практике / Ю. Л. Денисова // *Стоматолог*. 2012. № 3(6). С. 24–28.
14. *Заболевания пародонта* / под ред. Л. Ю. Ореховой. СПб. : СПбГМУ, 2004. 432 с.
15. *Рубникович, С. П.* Лазерно-оптический метод исследования в диагностике микроциркуляции десны у пациентов с болезнями пародонта / С. П. Рубникович, Ю. Л. Денисова // *Стоматологический журнал*. 2008. № 2. С. 166–169.
16. *Шебеко, Л. В.* Роль поддерживающей терапии в комплексном лечении болезней пародонта / Л. В. Шебеко, В. И. Урбанович // *Стоматолог*. 2013. № 1 (8). С. 102.
17. *Axelsson P.* The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease / P. Axelsson, J. Lindhe // *J. Clin. periodontal*. 1991. V. 8. P. 281–294.
18. *Buchanan S. A.* Calculus remove by scaling / root planning with and without surgical access / S. A. Buchanan, P. B. Robertson, // *J. Periodontal* 1987. V. 58. P. 159–163.
19. *Carranza, F. A.* Carranza's Clinical Periodontology / F. A. Carranza. SAUNDERS ELSEVIER. 2006. 1286 p.
20. *Lang, N. P.* Periodontal diagnosis in treated periodontitis / N. P. Lang, M. S. Ponetti. *J. Clin Periodontal*. 1996. V. 23. P. 240–250.

21. *Listgarten, M.* Periodontal probing what does it mean? / M. Listgarten. J. Clin Periodontal. 1991. V. 7 P. 165.
22. *Perry, D. A.* Periodontology for the Dental Hygienist / D. A. Perry, L. Phyllis. 3-d edition. Beemsterboer. 2007. 484 p.
23. *Rees, T. D.* Periodontal management of the patient with deabets mellitus / T. D. Rees. Periodont: 2000. (in press)
24. *Ruffieux, K.* Нарращивание объема костной ткани / K. Ruffieux, M. Kohli // Стамил. 2010. С. 25–109.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	4
Принципы, цель и задачи поддерживающей терапии	6
Организация поддерживающей терапии	7
Последовательность мероприятий на этапе поддерживающей терапии	10
Критерии эффективности поддерживающей терапии болезней пародонта.....	13
Самоконтроль усвоения темы.....	15
Литература	17

Учебное издание

Шебеко Людмила Владимировна

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Н. Дедова
Редактор Н. В. Оношко
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 16.10.14. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,86. Тираж 40 экз. Заказ 554.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.