

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

16 июля 2009 г.

Регистрационный № 057-0609

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЛОКАЛИЗОВАННОГО МАРГИНАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА**

(инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЕРАЗРАБОТЧИК:

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

д-р мед. наук, проф. И.К. Луцкая; канд. мед. наук, доц. Е.И. Марченко; канд. мед. наук, доц. И.Г. Чухрай; канд. мед. наук, доц. В.А. Андреева; О.А.Лопатин; А.О.Коржев; О.В.Федоринчик

Минск 2009

Краткое описание метода. Настоящая инструкция представляет собой оригинальную разработку по комплексному лечению маргинального периодонтита, включающую новые технологии удаления зубных отложений, методы контроля качества обработки поверхности корня с использованием оптических систем, новую тактику применения низкоинтенсивного лазерного излучения и усовершенствованную методику оперативного вмешательства с применением гидроксиапатита при патологии маргинального периодонта. В представленной инструкции приведены разработки сотрудников кафедры, направленные на повышение эффективности лечения заболеваний маргинального периодонта.

Инструкция может применяться в терапевтической и хирургической стоматологии и использоваться врачами-стоматологами, работающими в частных и государственных поликлиниках.

Протокол ведения пациентов с локализованными формами маргинального периодонтита

1. Профессиональная гигиена полости рта с использованием оптических систем

Цель: удаление зубных отложений и полирование поверхности корней зубов, контроль качества обработки.

Показания: наличие мягких и минерализованных зубных отложений.

Методика:

1.1. Наиболее крупные зубные отложения удаляются ручным методом (механически), после чего проводится оценка качества обработки поверхности зуба при помощи оптических систем. Для этого целесообразно использовать диоптрические либо телескопические бинокулярные лупы с 2,5–3-кратным увеличением от 2 до 3,5 крат (инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 110/12-07 от 06.06.2008).

В процессе механического удаления зубных отложений используются три основные группы ручных инструментов: зонды, крючки, кюретки. *Пародонтальные зонды* предназначены для определения состояния десны при обследовании, глубины кармана, обнаружения поддесневых зубных отложений. *Крючки* используются для удаления наддесневых зубных отложений (на поперечном срезе серповидный крючок имеет треугольную форму). *Кюретки* применяются для удаления поддесневых зубных отложений, имеют острые режущие грани и закругленную верхушку. Наиболее широко используются специальные *кюретки Gracey*, заточенные только с одной стороны. Благодаря своей форме они обеспечивают удаление всех поддесневых отложений без травмирования десны.

При использовании ручных инструментов основными приемами для удаления зубных отложений являются исследующие, скалывающие, соскабливающие и выравнивающие движения. Дополнительными инструментами являются напильник, мотыга и долото.

1.2. После применения ручных инструментов мелкие зубные отложения удаляются ультразвуковым (звуковым) способом с использованием следующих видов аппаратов: пневматических; магнитостриктивных; пьезоэлектрических. Данные манипуляции желательно проводить с применением телескопической бинокулярной лупы системы Галилея либо Кеплера с увеличением от 2 до 3,5 и фокусным расстоянием 35-45 см (инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 110/12-07 от 06.06.2008).

При использовании ультразвуковых аппаратов следует руководствоваться следующими правилами: угол оси инструмента к поверхности зуба не должен превышать 45°. Не следует оказывать давление на поверхность зуба или использовать инструмент без водного охлаждения. Кончик инструмента не должен задерживаться на одной точке зуба.

Последующее сглаживание и полирование поверхности корня препятствует образованию зубного налета и способствует выполнению гигиенических мероприятий.

После ультразвукового снятия зубных отложений проводится оценка качества обработки поверхности зуба при помощи монокуляра с 8-12-кратным увеличением. В дистальных отделах зубного ряда и для оценки оральной поверхности фронтальных зубов целесообразно использовать внутриротовую видеокамеру, поскольку фокусное расстояние монокуляра не превышает 1 см (инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 110/12-07 от 06.06.2008).

1.3. Окончательная обработка поверхностей корня проводится при помощи ультразвуковой системы нового поколения. При отсутствии обильных зубных отложений удаление поддесневого камня можно полностью проводить прибором «Vector». С целью выявления возможных пунктов ретенции зубной бляшки целесообразно провести контроль качества удаления зубных отложений с поверхности корня при помощи монокуляра с увеличением в 8-12 раз и внутриротовой видеокамеры (инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 110/12-07 от 06.06.2008). При выявлении мелких конгломератов поддесневого зубного камня и участков корня с грубой шероховатостью производят дополнительное инструментальное воздействие с последующим оптическим контролем.

2. Лазеротерапия – первый курс

Цель: быстрое устранение симптомов воспаления; ускорение сроков эпителизации; уменьшение интенсивности гиперестезии.

Показания: нарушение целостности слизистой оболочки, воспаление, гиперестезия твердых тканей зуба.

Лазеротерапию рекомендуется проводить несколькими курсами. Первый курс следует начинать после удаления зубных отложений и продолжать в течение 5 сеансов. Второй курс лазеротерапии целесообразно назначить после хирургического вмешательства также в течение 5 сеансов.

Методика облучения: дистанционная, стабильная, световод располагается в 3 мм от поверхности десны, диаметр светового пятна — 8 мм.

Физические параметры: НИЛИ в красном диапазоне спектра, мощность – 5 мВт, ППМ ~ 16-20 мВт/см², экспозиция – 40 с, доза облучения – 0,008 Дж/см², за один сеанс – 10-20 полей облучения. Курс лечения – 5 сеансов.

Противопоказания: тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы: нарушения сердечного ритма, атеросклеротический кардиосклероз с выраженным нарушением коронарного кровообращения, церебральный склероз с нарушением мозгового кровообращения, аневризма аорты, недостаточность кровообращения II степени; заболевания нервной системы, сопровождающиеся повышенной возбудимостью; заболевания крови; гипертиреоз; тяжелая степень сахарного диабета; туберкулез; почечная недостаточность; злокачественные и доброкачественные новообразования головы и шеи; беременность; повышенная чувствительность к светолечению.

3. Удаление некачественных коронок и замена пломб с нависающими краями, моделирование адекватного контактного пункта.

Цель: устранение травмирующих факторов, являющихся причиной заболевания периодонта.

Показания: искусственные коронки, не соответствующие анатомической форме шейки зуба; нависающие края пломб II, III, IV, V классов, отсутствие адекватного контактного пункта.

Примечание: в случае отсутствия заболевания маргинального периодонта данное мероприятие носит профилактический характер.

Методика: в соответствии с «Клиническими протоколами диагностики и лечения стоматологических больных» (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №142 от 25.02.2008)

4. Депульпирование зубов

Цель: уменьшение частоты встречаемости осложненного кариеса после оперативного вмешательства на тканях маргинального периодонта.

Показания:

а) обширные и/или глубокие дефекты твердых тканей коронки зуба кариозного происхождения;

б) глубокие дефекты коронки зуба некариозного происхождения (эрозии, клиновидные дефекты);

в) рецессия десны >1/3 длины корня;

г) наличие костных периодонтальных карманов;

д) подвижность зубов II степени (вне стадии обострения маргинального периодонтита);

е) перед операцией цементотомии.

ж) снижение электровозбудимости пульпы (20 мкА и более) при наличии кариеса и/или некариозных дефектов зуба средней глубины, рецессия десны <1/3 длины корня; наличие десневых периодонтальных карманов;

подвижность зубов I степени (вне стадии обострения маргинального периодонтита).

Методика: в соответствии с «Клиническими протоколами диагностики и лечения стоматологических больных» (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 142 от 25.02.2008).

5. Шинирование

Цель: достигается биомеханическое, функциональное перераспределение вертикальных и горизонтальных жевательных нагрузок на все зубы, включенные в блок; предотвращается смещение подвижных зубов; улучшаются окклюзионные взаимоотношения нижних зубов с верхними; стабилизируется положение зубов; улучшается функция жевания.

Показания: зубы с выраженной потерей костной ткани периодонта (более 1/2 длины корня) и подвижностью I-II степени.

Методика: в соответствии с «Клиническими протоколами диагностики и лечения стоматологических больных» (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 142 от 25.02.2008).

6. Хирургическое лечение

Цель: устранение периодонтальных карманов, коррекция прикрепления мягких тканей.

Показания: локализованные поражения маргинального периодонта у пациентов с аномалиями прикрепления мягких тканей (короткие уздечки губы и языка; мелкое преддверие полости рта с шириной прикрепленной десны менее 2 мм); с локализованным маргинальным периодонтитом ятрогенного происхождения вследствие нерационального пломбирования или протезирования; с окклюзионной травмой в результате частичной адентии или аномалии прикуса при условии отсутствия у пациентов тяжелой общесоматической патологии.

Методика лоскутной операции с цементотомией

Осуществляют анестезию соответствующего участка челюсти. Операцию начинают с рассечения мягких тканей в межзубных промежутках серповидным скальпелем. Направление разреза в межзубном пространстве параллельно основанию сосочка между проксимальными сторонами зубов. При этом режущий инструмент, плоскостью скользя по вестибулярной поверхности зуба, вводят в пародонтальный карман и направляют к середине проксимальной поверхности соседнего зуба до упора. Вслед за этим режущую часть инструмента перемещают по направлению от корня к коронке зуба. Рассечение межзубных мягких тканей производят на участке зубного ряда, превышающей область намеченного вмешательства на 1-2 зуба с каждой стороны. Это дает возможность, сохранив площадь операционного поля, обойтись без вертикальных разрезов, которые увеличивают рецессию десны в послеоперационном периоде. Вертикальные разрезы проводят в исключительных случаях, когда операционное поле располагается на площади

в проекции не более 3-х зубов, особенно на нижней челюсти. Затем поочередно с каждой стороны, распатором скользя по поверхности зуба, входят в пародонтальный карман и, продвигая инструмент к апикальной части, веерообразными движениями отслаивают лоскуты с обеих сторон альвеолярного отростка на протяжении всего разреза и на глубину поражения. Затем лоскуты отводят от кости на расстояние, обеспечивающее свободное манипулирование в операционном поле.

Удаление грануляций и вегетаций эпителия начинают с апикальных частей поверхности лоскутов, при этом может быть применен скальпель, который во время манипулирования им находится по отношению к поверхности лоскута под углом от 30 до 90° и движется от основания лоскута к периферии, соскабливая грануляции и вегетации. Во время удаления грануляций и вегетаций с лоскута последний укладывают наружной поверхностью на указательный палец. Этим обеспечивают его надежную фиксацию и контроль глубины погружения режущего инструмента в мягкие ткани. Далее приступают к удалению грануляций, прилежащих к зубу и альвеолярной кости. На этом этапе используют инструменты для снятия зубного камня и малые кюретажные ложки. При наличии острых костных выступов на альвеолярном отростке их сошлифовывают алмазной головкой.

Обработку корней недепульпированных зубов проводят, соскабливая острыми инструментами (экскаватор, различные по форме острые крючки) поверхностные отложения зубного камня вместе с оставшимися грануляциями и некротизированными тканями на поверхности цемента. Корни депульпированных зубов подвергают цементотомии. При этом вначале поверхность корня окрашивают 2%-м водным раствором метиленового синего или другими нейтральными красителями. Завершают цементомию удлиненным бором с затупленной и отполированной торцевой частью. При удалении поверхностных слоев корня депульпированного зуба удерживая его под различными углами относительно поверхности корня зуба (от 20 до 90°). Препарирование проводят до исчезновения прокрашенных участков корня зуба.

После этого полируют обработанные поверхности полирами. Рану тщательно промывают растворами антисептиков (фурацилин, 1%-й раствор перекиси водорода и т.п.) под давлением из шприца с затупленной иглой. Костные карманы заполняют препаратами гидроксиапатита с коллагеном (например, «Гапкол», «Гапкол М»). Поверхность раны облучают диодным лазером с длиной волны 650 нм, мощность 5 мВт, режим непрерывный, в течение 4 минут с язычной и вестибулярной стороны. Лоскуты укладывают на место и сшивают в межзубных промежутках узловатыми швами. Перед укладыванием лоскутов на место при необходимости производят рассечение надкостницы и подслизистой оболочки на всем протяжении длины, создавая условия для смещения лоскутов в коронковом направлении. Ввиду того, что край лоскута в основном сохраняет свою первоначальную форму, создается возможность полного восстановления анатомической конфигурации зубных сосочков. Швы накладывают из кетгута с удлиненным сроком рассасывания,

узлы оставляют на уровне межзубных промежутков на 1-2 мм ниже основания сосочка. Рана закрывается защитной пародонтальной повязкой на 5 суток. Швы снимают на 8-10-е сут.

7. Лазеротерапия – второй курс

Цель, показания и противопоказания – см. п.2.

Методика облучения: дистанционная, стабильная, световод располагается в 3 мм от поверхности десны, диаметр светового пятна – 3 мм.

Физические параметры: НИЛИ в красном диапазоне спектра, мощность – 5 мВт, ППМ ~ 70 мВт/см², экспозиция – 40 с, доза облучения – 2,8 Дж/см², за один сеанс – 10 полей облучения. Курс лечения – до 5 сеансов.