

---

# СТОМАТОЛОГИЯ

---

**В. И. Шемонаев, Т. Н. Климова, Т. Б. Тимачева, К. А. Саргсян,  
Е. С. Мась, Д. В. Малышевская**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра ортопедической стоматологии

## СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В РЕШЕНИИ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ КАК ЗАЛОГ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

УДК 616.314-089.23:616.742.7

Среди актуальных задач стоматологии заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест и повышение эффективности их лечения является не только медицинской, но и большой социальной проблемой. Значимость ее определяется огромной распространенностью различных форм патологии пародонта, тяжестью течения некоторых из них и отрицательным влиянием на организм в целом, изменением качества жизни человека. В статье обосновывается необходимость комплексного подхода в лечении заболеваний пародонта.

*Ключевые слова:* заболевания пародонта, влияние на организм, комплексный подход.

**V. I. Shemonaev, T. N. Klimova, T. B. Timacheva, K. A. Sargsyan,  
E. S. Mas, D. V. Malyshevskaya**

## SYSTEM APPROACH FOR SOLVING PERIODONTAL PROBLEMS AS A GUARANTEE OF THE ORAL HEALTH

Among all the urgent tasks of dentistry, periodontal diseases occupy a leading position. Enhancing the effectiveness of their treatment is not only a medical problem but also a big social one. Its significance is determined by the enormous prevalence of various forms of periodontal disease, severity of some of them and the negative influence on the body as a whole, changes in the quality of human life. The article explains the need for an integrated approach to the treatment of periodontal disease.

*Key words:* periodontal diseases, negative influence on the body, an integrated approach.

Патология пародонта – одна из наиболее сложных и распространенных проблем в стоматологии, поэтому актуальность ее решения не вызывает сомнения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, основанных на статистике, воспалительными заболеваниями пародонта в разных возрастных группах страдают от 80 до 100 % взрослого населения.

В отечественной и зарубежной литературе рассматривается множество концепций этиологии и патогенеза заболеваний пародонта, но современный уровень знаний определяет микробный фактор как доминирующий, который в клинике отождествляется с зубной бляшкой [2, 10].

По мнению ряда авторов [1, 7], возможность заболевания в значительной степени зависит от состояния реактивности организма (рис. 1).

Некоторые исследователи считают, что нельзя связать конкретную нозологическую форму

заболеваний пародонта с определенным видом микроорганизмов [2, 3].

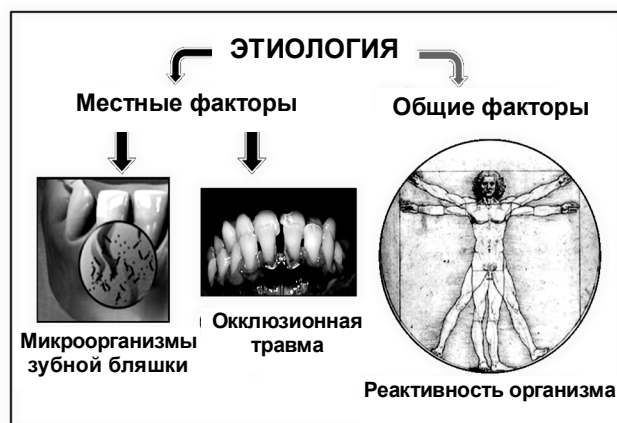


Рис. 1. Концепция этиологии заболеваний пародонта

Факт наличия последних в здоровом пародонте свидетельствует больше в пользу мультифакторной модели этиологии и патогенеза.

Разделяя эту точку зрения, подчеркиваем абсолютную необходимость системного подхода к решению проблемы.

Необходим как можно более ранний диагностический поиск индивидуальных механизмов развития патологического процесса.

Сложность дифференциальной диагностики и низкая эффективность проводимой терапии, отсутствие комплексного лечения в полном объеме приводят к увеличению числа больных с тяжелыми формами патологии пародонта, являясь нередко причиной кажущейся «неизлечимости» [4]. Основой современного лечения пациентов с заболеваниями пародонта подавляющее большинство клиницистов признает комплексную терапию [1, 2, 4]. На практике же предлагаемые лечебные комплексы представляют в основном интерполяцию различных средств паллиативной медикаментозной терапии, которая позволяет добиться лишь кратковременного эффекта.

Не случайно отмечают увеличение числа осложнений от лекарственной терапии при воспалительных заболеваниях, подчеркивая, что антибактериальные средства нередко нарушают симбиоз микроорганизмов, делая их более агрессивными [2].

Многие клиницисты [1, 2] придерживаются точки зрения, что микроорганизмы быстрее реализуют свой агрессивный потенциал на фоне окклюзионно-артикуляционных нарушений, приводящих к расстройству микроциркуляции и дистрофическим изменениям в тканях пародонта.

Иными словами, баланс между поражающими свойствами бактериальной бляшки и защитной реакцией организма может оставаться в гомеостатических пределах, сохраняя интактность пародонта в зависимости от соотношения локальных и системных факторов риска.

Практическое использование современных технологий, методов, средств диагностики и лечения, информированность врачей и пациентов должны ликвидировать существующее противоречие между имеющимися возможностями и неадекватной монотерапией заболеваний пародонта, их поздней выявляемостью, низкой мотивацией населения к терапии, отсутствием эффективной системы профилактики.

Медицинская и социально-экономическая значимость проблемы обусловили необходимость исследований, проводимых сотрудниками кафедры ортопедической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повысить эффективность лечения заболеваний пародонта путем разработки и совершенствования комплекса диагностических, профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий для поддержания стоматологического здоровья населения.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Основные требования к лечению заболеваний пародонта можно представить в виде схемы (рис. 2).



Рис. 2. Основные требования к лечению заболеваний пародонта

Среди методов, используемых в ортопедической стоматологии, необходимо указать следующие: избирательное шлифование, временное шинирование, ортодонтические приемы, непосредственное протезирование, применение постоянных шинирующих аппаратов и протезов.

Ортопедические методы, применяемые для лечения заболеваний пародонта, позволяют снять воспалительные явления, улучшить кровообращение и трофику тканей за счет устранения патологической подвижности, нормализации окклюзионных соотношений, снятия травмирующего действия жевательного давления.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. В основу этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта должна быть положена не исключительно бактериальная, а мультифакторная модель.

2. Ведение пациентов с заболеваниями пародонта должно осуществляться строго по индивидуальному плану и включать комплекс стоматологических мероприятий, общеукрепляющую и стимулирующую терапию.

Отсутствие одного из звеньев (наименее востребована ортопедическая помощь) снижает эффективность лечения как в ближайшие, так и в отдаленные сроки.

3. Пациентам, которым проведено лечение пародонтита средней и тяжелой степени, необходимо осуществлять 1–2 раза в год поддерживающую терапию.

4. Необходимо замещать и как можно быстрее каждый дефект зубного ряда, любой протяженности и локализации.

5. Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта, особенно осложненных частичным отсутствием зубов, должны быть приоритетными и соответствовать основным задачам.

Это, прежде всего, мониторинг состояния пародонта, коррекция окклюзии путем избирательного шлифования, пломбирования, микропротезирования, ортодонтического лечения; затем шинирование; протезирование, в том числе и непосредственное.

Объем, последовательность и сочетаемость их в зависимости от клинической картины и возраста могут быть различными.

### Практические рекомендации

1. Рекомендуется модель организации пародонтологической помощи на принципах валеологии. Одним из системообразующих принципов этого направления является сохранение «здоровья здоровых», основой которого мы считаем диспансеризацию. Это можно рассматривать как

наиболее эффективную и экономически выгодную форму профилактики заболеваний в современных условиях [1, 4, 6].

2. Целесообразно использовать рекомендуемую принципиальную схему последовательности действий в проведении профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий при заболеваниях пародонта (первичная, вторичная, третичная профилактика).

3. Оценка окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений должна быть обязательной на этапах стоматологического лечения [5, 8].

Для этого рекомендуются клинические и параклинические методы. При клиническом обследовании необходима визуальная оценка целостности зубных рядов, плавности артикуляции, наличия и степени фасеток стирания, полноценности пломб и протезов. Взаимодополняющим, а главное доступным методом является окклюзография.

4. Необходимо более широко применять протетическое лечение с выбором конструкций, требующих минимальной обработки зубов и способствующих переносу части нагрузки на альвеолярные отростки. Следует отказаться от канонов в вопросе соотношения краевого пародонта и глубины погружения коронок, традиционных пластиночных протезов с удерживающими кламмерами в пользу более современных телескопических конструкций.

5. При ортопедическом лечении пациентов с заболеваниями пародонта на фоне стрессовых явлений необходимо применение разобщающих окклюзионных капп с последующим диспансерным наблюдением [9].

6. В практической стоматологии комплексное лечение воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта чаще всего осуществляют с применением антибактериальных средств. Однако длительное, бесконтрольное их применение приводит к многочисленным осложнениям: лекарственной толерантности, ослаблению лечебного эффекта, дисбактериозу полости рта и желудочно-кишечного тракта. Подобных осложнений удастся избежать при использовании препаратов направленной биокоррекции. Наиболее перспективным на сегодняшний день является использование пробиотиков [3].

7. Необходимо обеспечивать понимание и практическое освоение навыков интегративного комплексного обследования, профилактики и лечения пациентов с заболеваниями пародонта, с позиций системного и общесоматического подхода, в программе обучения студентов и усовершенствования врачебных кадров.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании анализа состояния профилактики и лечения пациентов с заболеваниями

пародонта выявлен ряд противоречий и проблем, основными из которых являются следующие:

– отсутствие или недостаточный уровень интегрированного системного подхода к ранней диагностике;

– противоречие между имеющимися возможностями и неадекватной монотерапией болезней пародонта, их поздней выявляемостью и низкой мотивацией населения к терапии;

– недооценка ортодонтических, ортопедических методов и необоснованно долгое применение медикаментозного лечения и физиотерапевтических процедур, даже при выраженной травматической окклюзии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Вашурин И. В., Вагнер В. Д., Гуревич К. Г.* // Институт стоматологии. – 2011. – № 1. – С. 66–67.
2. *Грудянов А. И.* Заболевания пародонта. – М.: Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336 с.
3. *Климова Т. Н.* Колонизация условно-патогенными бактериями различных биотопов полости рта пациентов, пользующихся съемными пластиночными протезами из акриловых пластмасс: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2005. – 16 с.
4. *Леонтьев В. К., Олесова В. Н.* О реформировании и совершенствовании стоматологической службы России (концептуальная модель) [Электронный ресурс] / Официальный сайт стоматологической ассоциации России. – М., 2012. – Режим доступа: [www.e-stomatology.ru](http://www.e-stomatology.ru)
5. *Машков А. В.* Обоснование ортопедического лечения несъемными зубными протезами с учетом хронопрофиля пациента и индивидуально-типологических особенностей рельефа окклюзионных поверхностей боковых зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2013. – 13 с.
6. *Тимачева Т. Б.* Научное обоснование потребности городского населения крупного промышленного центра в дифференцированной стоматологической ортопедической помощи: дис. канд. мед. наук. – Волгоград, 1996. – 127 с.
7. *Хватова В. А., Чикунев С. О.* Окклюзионные шины (современное состояние проблемы). – М.: МИГ, 2010. – 56 с.
8. *Шемонаев В. И.* Индивидуально-типологические и хронофизиологические аспекты стоматологического ортопедического лечения и диагностики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2012. – 304 с.
9. *Шемонаев В. И., Климова Т. Н., Тимачева Т. Б.* // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9. – № 3. – С. 490–491.
10. *Dawson P. E.* // TMJ to smile design. – Mosby. – 1-st edition. – Aug. 2006. – 648 p.