

Профилактика заболеваний пародонта.

1. Профилактика: понятие, виды, методы.

Профилактика – это система организационных и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья населения, предупреждение болезней. В нашей стране она является основным направлением здравоохранения.

Как и общемедицинские, профилактические мероприятия заболеваний пародонта неразрывно связаны с профилактикой основных стоматологических заболеваний. Они делятся на государственные, социальные, гигиенические и воспитательные.

Государственные мероприятия регламентируются изданием законов, постановлений, охраняющих здоровье всего населения. Социальные мероприятия составляют часть общегосударственных и направлены на формирование и поддержание здорового образа жизни, личной гигиены, в том числе гигиены рта, рациональных режимов труда, отдыха, питания, занятий спортом, исключение курения, приема алкоголя и др.

Основополагающими, наиболее доступными средствами социальной профилактики заболеваний пародонта являются исключение влияния стрессовых факторов (химических, термических, биологических и др.), устранение местных раздражителей тканей пародонта, гигиеническое воспитание, регулярная индивидуальная гигиена рта, рациональное питание и др.

Профилактические мероприятия эффективны лишь при условии, если в их основу положены достоверные знания этиологии и патогенеза заболеваний, учтены эпидемиологические и экологические особенности каждого региона. Профилактика заболеваний пародонта является частью общемедицинской профилактики и включает мероприятия, направленные на повышение резистентности организма и тканей пародонта к действию повреждающих факторов.

Неспецифические меры первичной профилактики заболеваний, в том числе и заболеваний пародонта, преследуют цель оздоровления населения на органном и организменном уровне. Начинать их необходимо с антенатального периода жизни ребенка, осуществляя диспансеризацию беременных в женских консультациях. Необходимо оградить будущую мать от инфекционных заболеваний, переутомления, перенапряжения, нервных расстройств, травм, токсикозов беременности, провести санацию, рекомендовать полноценное питание, мероприятия по личной гигиене полости рта.

В период беременности закладывается фундамент здоровья будущего ребенка. В этом суть антенатальной профилактики.

Беременная женщина в процессе диспансеризации должна пройти три курса профилактики у стоматолога: с момента выявления беременности, во второй ее половине и перед направлением в родильный дом. Каждый курс включает

в себя санацию рта, обучение правилам личной гигиены полости рта, индивидуальные гигиенические рекомендации, санитарно-просветительные собеседования.

Санитарно - просветительная работа проводится на базе «Школы матерей» при женских консультациях. В программу занятий включаются сведения о зубах и пародонте и их значении для организма, особенностях развития заболеваний у беременных, правила ухода за органами полости рта в период беременности, влиянии беременности на зубочелюстной аппарат матери, влиянии здоровья матери, здорового образа жизни, рационального питания на формирование зубочелюстной системы у ребенка.

После родов основными профилактическими мероприятиями являются грудное вскармливание новорожденных, профилактика инфекционных, обменных и других заболеваний. Закаливание, физическая культура, профилактика соматических и других заболеваний, рациональное питание — важные факторы повышения резистентности организма ребенка.

Не менее значимы рекомендации по улучшению гигиены труда и быта, отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя, диетические перегрузки), здоровый образ жизни, регулярная плановая санация полости рта.

К специальным мерам первичной профилактики заболеваний пародонта, направленным на повышение устойчивости его тканей к действию повреждающих факторов, относятся следующие:

1. условия, благоприятно влияющие на полноценное формирование и функцию тканей пародонта:

- вскармливание грудью (активное развитие сосательного рефлекса) до 6 месяцев;
- формирование функции жевания — с 6-го по 30-й месяц
- активное жевание — на протяжении всей жизни;

2. предупреждение и устранение местных причинных (травматических) факторов:

- лечение всех форм кариеса, некариозных заболеваний и их осложнений.

Рациональное восстановление зубного ряда как единой динамической функциональной системы;

- профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций;
 - при ортодонтическом лечении — дозирование сил, коррекция аппаратов;
 - нормализация окклюзионных контактов в 4, 6—7, 11—12 лет, в последующем — по необходимости;
 - хирургическая коррекция аномалий уздечек губ, языка, мелкого преддверия рта — до 9—10 лет;
 - гигиена полости рта индивидуальная — 2 раза в день, профессиональная — 1—2 раза в год;
 - самоочищение зубов (рациональный прием пищи, твердые овощи, фрукты);
 - функциональное воздействие на пародонт — миогимнастика, аутомассаж;
3. снижение отрицательного воздействия общих причинных факторов:

- обследование и при необходимости лечение у специалистов — эндокринолога, терапевта, невропатолога и др.;
 - в пред- и пубертатный периоды при развитии ювенальных реакций в пародонте:
 - противовоспалительные зубные пасты, эликсиры, полоскания, аппликации;
 - ауто- и гидромассаж десен;
 - удаление налета с десневых борозд, контактных поверхностей зубов зубочистками, флоссами и др.;
4. диспансеризация — кратность осмотров: I группа — 1 раз в год; II группа — 1—2 раза в год; III группа — 2—4 раза в год.

2. Первичная профилактика заболеваний пародонта.

Первичная профилактика - использование методов и средств для предупреждения возникновения стоматологических заболеваний.

Если начальные признаки поражения появились, то в результате проведения профилактических мероприятий они могут стабилизироваться или подвергнуться обратному развитию.

К методам первичной профилактики относятся:

- индивидуальная гигиена полости рта;
- профессиональная гигиена полости рта;
- применение средств местной профилактики;
- стоматологическое просвещение населения.

Индивидуальная гигиена предусматривает тщательное и регулярное удаление зубных отложений с поверхностей зубов и десен самим пациентом с помощью различных средств гигиены (зубные щетки, зубные пасты и гели, жевательные резинки, эликсиры, ополаскиватели, интердентальные средства гигиены полости рта).

Наилучший способ предотвращения развития заболеваний пародонта заключается в полном удалении зубного налета посредством гигиенической обработки полости рта при помощи зубной щетки и флосс.

В настоящее время известны различные методики удаления зубного налета (круговой метод Fones, метод Leonard, Bass, Charters, Stillman, Пахомова Г.Н.), учитывая индивидуальные особенности пациента, рекомендуют оптимальный метод гигиены полости рта.

3. Профессиональная гигиена полости рта.

Целью профессиональной гигиены полости рта является профилактика и лечение заболеваний твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта. Под термином "профессиональная гигиена полости рта" понимают тщательное удаление мягких и твердых зубных отложений со всех поверхностей зубов и последующая обработка зубов и десен профилактическими средствами.

Профессиональная гигиена полости рта выполняется обычно врачом или специалистом-гигиенистом. Основная ее задача состоит в тщательном удалении зубных отложений с помощью специальных инструментов и ультразвуковой аппаратуры, особенно в местах скученности зубов и в других ретенционных участках. После удаления зубных отложений поверхность зубов и корней шлифуют и полируют с использованием ершиков, щеточек и полировочных паст, чтобы обработанные участки были гладкими, что уменьшает возможность быстрого формирования новых зубных отложений. Однако профессиональная гигиена окажется неэффективной без последующей ежедневной личной очистки зубов пациентом. Поэтому в процессе общения с пациентом необходима психологическая мотивация ее важности с элементами обучения гигиеническим навыкам, которые должен применять сам человек ежедневно.

4. Индивидуальный подбор средств гигиены полости рта в зависимости от состояния органов и тканей полости рта.

Зубная щетка должна быть изготовлена из искусственной щетины (нейлон заменил натуральную щетину еще в 1938 г.), объединенной в пучки, которые определенным образом располагаются на щеточном поле. Головка зубной щетки может быть разного размера, но лучше небольшая, чтобы обеспечивался свободный доступ ко всем отделам полости рта.

У качественной щетки щетинки не будут оставаться в полости рта при чистке. К сожалению, примерно половина из продаваемых сегодня в России зубных щеток – низкокачественные подделки продукции известных фирм. Для того чтобы хоть в какой-то степени застраховать себя от подделки, следует покупать щетки в магазинах, а не на рынках.

Зубную щетку следует менять приблизительно 1 раз в 3 месяца, но если в процессе чистки изменилась форма щетки, нарушилось положение щетины головки, ее нужно заменить раньше.

Жесткость щетины зубной щетки должна подбираться индивидуально – в зависимости от состояния полости рта.

При выборе зубной пасты следует учитывать, что она несет не только очищающую, но и лечебно-профилактическую нагрузку. К лечебно-профилактическим относятся 95% выпускаемых в настоящее время паст.

Профилактика кариеса зубов в значительной степени связана с использованием фторидов. Максимальная концентрация фторидов в имеющихся сегодня в продаже зубных пастах соответствует величине 1500 ppm (частей на миллион). В лучших зарубежных зубных пастах содержание фторидов – 1200–1500 ppm, в отечественных – несколько меньше.

Фторидсодержащие зубные пасты показаны взрослым и детям, но детям до 6 лет рекомендуются зубные пасты с меньшим содержанием фторидов, т.к. существует опасность проглатывания части пасты, что может привести к опасности заболевания флюорозом.

Пациенты должны неукоснительно выполнять назначения врача по индивидуальной гигиене. Но кроме индивидуального ухода за полостью рта необходимы и профессиональные гигиенические мероприятия, которые проводит врач-стоматолог при посещении пациентом стоматологического учреждения. Только врач-стоматолог может удалить зубные отложения, которые не удаляются зубной щеткой, зубной камень. Затем он полирует зубы и пломбы, контролирует применение пациентами средств индивидуальной гигиены. Полное удаление зубного налета может предотвратить развитие кариеса и воспаление десен. Это сложная задача, и выполнить ее можно, только используя специальные средства, аппараты, инструменты, которые имеются у врача.

Число посещений для проведения мероприятий по профессиональной гигиене зависит от индивидуальных особенностей пациента. Независимо от возраста интервалы посещений могут составлять и 2 недели, и месяц, и квартал. На назначение врачом того или иного интервала влияет состояние зубов, пародонта, умение пациента выполнять гигиенические манипуляции. Уже в течение почти 50 лет фториды применяют во врачебной практике и в качестве средств местного действия. Это растворы фторидов и гели, которые можно использовать для полоскания и в форме аппликаций. После 4-минутной аппликации не следует в течение 30 минут есть и полоскать рот водой. Людям с высоким риском развития кариеса такие аппликации рекомендуются 1 раз в 6 месяцев.

Широкое распространение имеют также фторидсодержащие лаки, применение которых чередуют с использованием растворов, таких как «Ромодент». При высоком уровне интенсивности кариеса профилактические процедуры проводят каждый месяц, при среднем – каждый квартал, при невысоком – 1 раз в полгода.

Одним из важных факторов сохранения здоровья зубов является правильное питание. В некоторых странах установлена четкая зависимость между заболеваемостью кариесом и средним количеством потребления сахара на душу населения. В группах людей с низким потреблением сахара заболеваемость кариесом низкая, и наоборот. Сахар способствует образованию в полости рта кислоты, которая остается на поверхности эмали от 20 минут до 20 часов и участвует в процессе ее растворения. Микробы, находящиеся в полости рта, метаболизируют в кислоту такие сахара, как сахароза и глюкоза. В отдельных странах в связи с этим снижается потребление именно сахарозы. Ограничение потребления сахара важно не только для профилактики кариеса зубов, но и с общемедицинской точки зрения.

В настоящее время успешно развивается сравнительно новая пищевая отрасль – производство сахарозаменителей и подсластителей, которые обладают низким потенциалом образования кислот. Хорошо известно использование этих ингредиентов в жевательных резинках. Они, во-первых, стимулируют выделение слюны и, во-вторых, способствуют более быстрой нейтрализации кислот в зубном налете. На этом основано предположение о

пользе жевательных резинок для снижения риска возникновения кариеса. Жевательные резинки могут быть и носителями веществ, влияющих так или иначе на состояние зубов, слизистой оболочки полости рта и организма в целом. Наряду с сахарозаменителями это могут быть фториды, которые тоже используют в жевательных резинках.

Жевательную резинку можно назначать в качестве противокариозного средства только людям, соблюдающим правила гигиены полости рта.

Главное – это, конечно, чистка зубов качественными щеткой и пастой, а жевательную резинку можно иногда употребить в качестве альтернативы в условиях, когда невозможно использовать щетку или она недоступна (например, днем во время работы, в школе). Важно употреблять большое количество фруктов и овощей. Если нужно перекусить между основными приемами пищи, то не следует использовать сладкую пищу. Никогда не надо есть сладкое на ночь, а если съел сладкое, то нужно прополоскать рот водой или съесть яблоко.

Американские ученые разработали метод оценки влияния факторов питания на здоровье зубов человека, предусматривающий ведение дневника приема пищи. Его ведут всю неделю. Программа анализирует записи в дневнике. Обоснованность выводов врача зависит от качества ведения дневника. Если речь идет о ребенке до 12 лет, то этот дневник заполняют родители. По сути это пример стоматологического анализа питания. Анализируя количество, качество и калорийность употребляемых пищевых продуктов, время, частоту и длительность приемов пищи, врач получает возможность оценить потенциальную кариесогенность продуктов питания, что, в свою очередь, позволяет выбрать наиболее адекватные индивидуальные методы и средства профилактики.

Учет вышеуказанных приоритетов позволяет повысить эффективность не только собственно профилактических мероприятий, но и стоматологической помощи в целом.

-Ткани десны в норме, зубы расположены плотно друг к другу в зубной дуге. Щетку средней жесткости ставят под углом 45° к десне и выметающими движениями от десны к режущему краю передних зубов и жевательной поверхности боковых начинают чистить: на верхней челюсти – сверху вниз, на нижней – снизу вверх (рис. 1). Очищают верхнюю и нижнюю челюсти отдельно, сначала снаружи, затем изнутри, а потом жевательную поверхность передне-задними и боковыми движениями.

-Десна плотная, но между зубами имеются промежутки, есть дефекты эмали в области шейки, последние обнажены.

Щетку средней жесткости ставят под углом 45° на границу десны и зуба.

Щетина должна быть направлена от десны к зубу. Слегка надавливая на щетку, ее щетину продвигают в межзубные промежутки, затем проводят несколько вращательных движений в горизонтальной плоскости вокруг оси пучка щетины. Последовательно очищают все межзубные пространства от жевательных к передним зубам, поочередно на верхней и нижней челюсти

снаружи и изнутри . Передние зубы чистят вертикальными движениями щетки сверху вниз на верхней челюсти и снизу вверх – на нижней.

-Десна воспалена, кровоточит, отечна, неплотно прилегает к зубам (пародонтит).

Мягкую щетку с щетиной в 1–2 ряда (лишние ряды срезают) ставят под углом 45° к границе десны и зуба. Затем щетину осторожно углубляют в пространство между десной и зубом и чистят короткими движениями в горизонтальной плоскости (вперед-назад). Медленно проходят все зубы верхней и нижней челюстей с обеих сторон, затем чистят жевательную поверхность в передне-заднем и боковом направлениях, а передние зубы – чистят в вертикальном.

5. Предметы и средства гигиены полости рта у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

При заболеваниях пародонта набор средств гигиены полости рта включает:

1. профилактическая зубная щетка в острую стадию с мягкой щетиной, в период ремиссии и при выздоровлении - средней степени жесткости щетины;
2. зубные щетки с очень мягкой щетиной типа "Sensitive" для использования в участке воспаления;
3. лечебно-профилактическая зубная паста противовоспалительного действия, содержащая экстракты трав и растений, триклозан, хлоргексидин, на период лечения;
4. лечебно-профилактическая паста типа "Sensitive" при гиперестезии зубов и в послеоперационный период при иссечении гипертрофированных тканей пародонта;
5. ополаскиватели для полости рта безалкогольные, содержащие хлоргексидин, триклозан, на период лечения;
6. зубочистки не рекомендуется использовать;
7. флоссы используют в период обострения с осторожностью;
8. жевательные резинки использовать при воспалительных и воспалительно-дистрофических процессах в пародонте не желательно;
9. бальзамы и тоники для десен оказывают благоприятное противовоспалительное воздействие;
10. однопучковые зубные щетки с закругленным щеточным полем;
11. ирригаторы использовать в режиме "душа".

6. Особенности обучения гигиене полости рта пациентов различного возраста.

Обучение гигиене полости рта является основной составляющей санитарно-просветительской работы стоматолога, его помощника и гигиениста.

Стоматологический персонал проводит гигиеническое обучение не только пациентов, но и медиков других специальностей, учителей, воспитателей, родителей, которые в свою очередь занимаются гигиеническим обучением

подопечных. Обучение может проводиться различными методами и способами (как индивидуальными, так и групповыми, как офисными, так и коммунальными), но во всяком случае — на основе правил психологии и педагогики, ориентированных на различные возрастные группы (см. соответствующие разделы). Наиболее распространенной формой обучения правилам ухода за полостью рта является урок гигиены. Принципиальная структура урока гигиены строится в соответствии с задачами обучения: I этап — мотивация, II этап — выбор средств и методов гигиены, III этап — практическое обучение выбранному методу гигиены. Мотивация. В общем случае, в ходе беседы пациента следует убедить в том, что: • проблема больных зубов имеет прямое отношение к нему в настоящем (пациенту демонстрируют проблемы в его полости рта при помощи зеркала или видеокамеры) и/или в будущем (в качестве аргументов приводят статистические данные по региону); • здоровые зубы лучше, чем больные (говорят об отсутствии дискомфорта и боли, о красоте, о возможности не отказываться от какой-либо пищи, о сохранении здоровья желудка, о профессиональной пригодности, об экономии средств на лечение и протезирование и т.п.; при этом стараются делать акцент не на потерях, а на выгоде); • здоровье зубов можно сохранить средствами стоматологической помощи, используя современные знания и относительно недорогие эффективные профилактические средства (приводят примеры успеха на мировом, региональном и т.п. уровнях, ссылаются на достижения в семьях своих постоянных пациентов); • заболевания зубов связаны с множеством различных факторов (перечисляют местные и общие факторы риска), но не все из них человек может радикально искоренить; практически можно снизить агрессивность основной причины патологии — инфицированных зубных отложений; • зубной налет разрушает зубы (рассказывают о механизмах деминерализации, о деструкции тканей, о возможных исходах разрушения зуба); • зубной налет в данный момент атакует зубы пациента (демонстрируют его зубной налет на зонде, на нити, на зубах после окрашивания, в нативном препарате зубного налета в микроскопе и т.д.).

7. Группы диспансерного наблюдения больных с заболеваниями пародонта.

Согласно существующих законодательных актов определяются следующие диспансерные группы: I — здоровые (Д1) - не нуждаются в лечении; II — практически здоровые (Д2), у которых наблюдается стабилизация процесса (при гингивитах — до 1 года, при пародонтите и пародонтозе — в течение 2 лет). К этой группе относятся и лица молодого возраста без клинических признаков заболеваний пародонта, но с выявленными факторами риска (общие заболевания, зубочелюстные деформации, аномалии положения отдельных зубов, травматическая окклюзия и др.); III — нуждающиеся в лечении (Д3) - наиболее многочисленная диспансерная группа: больные

гингивитом, генерализованным пародонтитом и пародонтозом различных степеней развития, тяжести и характера течения.

8. Ведение документации диспансерных больных с заболеваниями пародонта.

На каждого больного с патологией пародонта, состоящего на диспансерном учете, заводятся два основных медицинских документа:

1. Амбулаторная история болезни стоматологического больного (форма № 43). В нее вносятся все материалы первичного осмотра и последующего наблюдения за больным, результаты рентгенологического и лабораторных исследований. В этой же карте подробно освещаются все диагностические, лечебные и профилактические мероприятия, а также консультативные заключения других специалистов. Эти карты можно хранить в общей регистратуре, но на отдельной полке. Удобнее их держать непосредственно в пародонтологическом кабинете в специальной картотеке. Если карты находятся в общей регистратуре, то на их лицевой стороне необходимо сделать пометку в виде линии цветным маркером, указывающую на принадлежность карт к диспансерной группе. Существующая амбулаторная история болезни стоматологического больного мало удовлетворяет врача-пародонтолога из-за небольшого объема (всего 2 листа).

В нее постоянно приходится вклеивать вкладыши, а это, в свою очередь, не позволяет излагать сведения о больном и динамике процесса а строгой последовательности. Из-за неудовлетворительности такой формы учета работы целый ряд пародонтологов нашей страны (Т.И.Лемецкая и П.М.Егоров, 1981 и другие) разработали амбулаторную карту пародонтологического больного.

Карта позволяет отразить все сведения о больном, включает консультации других специалистов и дает возможность отразить динамику процесса в пародонте в течение многих лет.

2. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма №30). В эту карту заносятся краткие паспортные данные, диагноз заболевания, сроки явки и отметки о посещении врача. Указывается также номер диспансерной группы. Целесообразнее каждую диспансерную группу отмечать спец. цветными метками, чтобы легче отыскивать карты больных, принадлежащих к этой группе. Контрольные карты не заменяют истории болезни, они необходимы лишь для выявления периодичности вызовов больного к врачу.

Контрольные карты собирают по диспансерным группам и хранят в специальном ящике, где каждая группа располагается в отдельном гнезде. Для более удобной обработки карт их можно подразделять на подгруппы по срокам явки на контрольный осмотр. В конце каждого контрольного срока медсестра просматривает картотеку и делает выборку контрольных карт на тех больных, которые должны быть приглашены на прием в следующем месяце. По этим картам выписываются открытки и направляются больным. Не явившиеся в назначенный срок больные вызываются повторно. В

настоящее время современные компьютерные технологии позволяют значительно упростить все этапы рутинной работы для медперсонала. Амбулаторные истории болезни можно подобрать заранее накануне приглашения больного к врачу, и доставить их из картотеки по прибытии больного на контрольный осмотр. После внесения в них соответствующих записей карты возвращаются в картотеку. Если больной нуждается в курсе поддерживающей терапии, то карты хранятся в папке врача до окончания курса лечения.

Отчетная форма ведется врачом-пародонтологом ежедневно. В конце месяца, после выведения суммарных показателей, она передается заведующему отделением.

9. Сроки динамического наблюдения диспансерных групп.

Группу Д1 осматривают 1 раз в год. При осмотре вручают индивидуальный листок рекомендаций по гигиене полости рта, проводят собеседование деонтологического и медицинского плана.

Входящих в группу Д2 вызывают для диспансерного осмотра 1 раз в год. Профилактическое лечение включает удаление зубных отложений, лечение сопутствующих заболеваний, избирательное шлифование зубов, рекомендации по гигиене полости рта, физиотерапевтические процедуры (ауто- и гидромассаж).

В группе Д3 выделяют 2 подгруппы: с активным течением заболевания и в фазе ремиссии. Больным 1-й подгруппы проводят полный курс комплексной лечебно-профилактической терапии, 2-й — в основном профилактические мероприятия (санация, удаление зубных отложений, контроль за состоянием гигиены, рекомендации по лечению сопутствующих заболеваний, рациональному питанию и др.).

При любой форме гингивита (Д3) больных вызывают для повторного курса комплексной терапии через каждые 6 мес (при обострении терапия проводится — ся по обращаемости). При наступлении ремиссии больных из подгруппы активного лечения переводят в подгруппу наблюдения. При значительном улучшении и стабилизации процесса в течение года больных переводят в группу Д2.

При генерализованном пародонтите I—II степени (Д3) лечение проводят 2 раза в год. Если в течение года сохраняется ремиссия, больных переводят во вторую подгруппу. Лица со стабилизацией процесса в течение 2 лет переводят в группу Д3.

При генерализованном пародонтите III степени (Д3) курсы лечения проводят 3-4 раза в год. Лишь при ремиссии в течение 2 лет больных переводят во 2-ю подгруппу. При стабилизации патологического процесса в течение более 3 лет больных переводят в группу Д2, а профилактическое лечение проводится 1 раз в год.

При пародонтозе курс комплексного лечения проводят 2 раза в год при I-II

степени тяжести и 4 раза — при III степени. При развитии осложнений может возникнуть необходимость в более частом посещении. После устранения осложнений и стабилизации патологического процесса больных переводят в группу ДЗ.

Больным I диспансерной группы проводятся плановая санация, повышение неспецифической резистентности и общее оздоровление организма, обучение правилам гигиены. Их достаточно осматривать 1 раз в год.

Больных II группы с пародонтозом осматривают через 6 мес, а при стабилизации процесса - 1 раз в год. Лица III группы проходят повторные курсы лечения на реже чем через 6 мес

10. Последовательность лечебных и профилактических мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта.

Последовательность, лечение воспалительных заболеваний пародонта строится как поэтапная терапия, что предусматривает обоснованный выбор лечебных методов и средств воздействия на каждом этапе лечения. То есть речь идет об алгоритме лечебных воздействий. Это очень важно, поскольку часто именно нарушение этапности приводит к отрицательным результатам лечения пародонтита. Однако именно индивидуальность клинической картины часто становится причиной коррекции общепринятого алгоритма.