### Профилактика заболеваний пародонта

**1. Профилактика: понятие, виды, методы.**

Профилактика - это система мер предупреждения возникновения и развития заболеваний.

Цель профилактики - обеспечение здоровья человека.

Профилактика - это система мер предупреждения возникновения и развития заболеваний.

Цель профилактики - обеспечение здоровья человека.

Первичная профилактика - это система мероприятий направленных на предупреждение стоматологических заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения, а также повышению устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды.

Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов и осложнений заболеваний.

Третичная профилактика - это система мероприятий, направленных на реабилитацию стоматологического статуса путем сохранения функциональных возможностей органов и тканей челюстно-лицевой области, в основном методом замещения.

Выделяют три метода профилактики стоматологических заболеваний по степени охвата ими контингентов населения и видам профилактических мероприятий:

- методы массовой профилактики стоматологических заболеваний, которые включают в себя фторирование питьевой воды, соли, молока;

- методы коллективной профилактики стоматологических заболеваний, которые включают в себя применение таблеток фторида натрия, полосканий растворами фторидов;

- методы индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний, которые включают аппликации, реминерализующих, фтористых соединений, индивидуальную гигиену полости рта с применением фторсодержащих средств гигиены, профессиональную гигиену полости рта, герметизацию фиссур.

**2. Первичная профилактика заболеваний пародонта.**

Первичная профилактика - это система мероприятий направленных на предупреждение стоматологических заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения, а также повышению устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды.

В зависимости от сроков профилактического воздействия на сегодняшний день выделяется два вида первичной профилактики:

Антенатальная профилактика стоматологических заболеваний, представляет собой комплекс мер, проводимых у беременных женщин с целью предупреждения развития у плода и, в дальнейшем, у ребенка патологии органов и тканей полости рта.

Постнатальная профилактика стоматологических заболеваний, представляет собой комплекс мер, проводимых в период после рождения ребенка с целью предупреждения развития у него патологии органов и тканей полости рта.

Предупреждение развития заболеваний пародонта за счет проведения индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта (до момента разрушения зубодесневой борозды) относится к первичной профилактике.

В свою очередь, первичная профилактика делится на:

Этиотропную, т.е. направленную на уменьшение действия этиологических факторов. При ней происходит воздействие на причину, вызывающую заболевание, но не устранение ее. Фактически происходит снижение вирулентности действующих факторов (микроорганизмов, вирусов и т.п.).

Патогенетическую, т.е. направленную на предотвращение патогенетических изменений в полости рта.

**3. Профессиональная гигиена полости рта.**

Профессиональная гигиена полости рта — это комплекс мероприятий, который включает мотивацию и обучение пациента правильному уходу за ротовой полостью, контроль гигиенического состояния, а также 9 удаление зубных отложений врачом-стоматологом или гигиенистом с помощью специальных инструментов.

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

Один из основных факторов развития воспалительных заболеваний пародонта - биобленка и зубная бляшка. Соответственно все мероприятия должны быть направлены на очищение и снижение воспаления.

В острые фазы заболеваний рекомендуется использования мягких зубных щеток, лчебно-профилактических паст с добавлением растительных компонентов, антисептиков, ополаскивателей, эликсиров.

В период ремиссии может быть использована щетка средней жесткости

**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".
Систематическая чистка зубов, удаление мягких зубных отложений, является действенной мерой, как в профилактике, так и в лечении воспалительных заболеваний пародонта. Именно поэтому зубная паста, которую любой человек ежедневно применяет в гигиенических целях, сегодня стала важнейшим инструментом в профилактической стоматологии, а благодаря наличию активных добавок зубные пасты могут оказывать и лечебное воздействие.
Таким образом, гигиена полости рта – важнейшее условие эффективности комплексного лечения хронических заболеваний пародонта.

**6. Особенности обучения гигиене полости рта  пациентов различного возраста.**

Начинать очищение полости рта ребенка необходимо с момента прорезывания первого зуба.

**Гигиена полости рта детей от 1 до 3 лет.**

В этом возрасте основным способом ухода за полостью рта является чистка зубов щеткой. Процедуру выполняют родители, постепенно привлекая к этому ребенка. Обучение должно проводиться посредством игры, продолжающейся не более 3—5 мин, так как в этом возрасте дети быстро утомляются. Следует помнить, что дети в возрасте 1—3 лет не способны полноценно очищать свои зубы, поэтому уход за полостью рта ребенка является обязанностью родителей.

**Гигиена полости рта детей в возрасте 4-6 лет.**

Основными средствами для ухода за полостью рта детей этого возраста являются щетка и паста. Щетка должна иметь мягкую щетину (в случаях повышенного образования зубных отложений, в том числе налета Пристли, можно использовать среднежесткие щетки) с узкими небольшими головками. Могут быть использованы как мануальные, так и электрические щетки. Пасту выбирают в соответствии с уровнем риска кариеса. Среди паст предпочтительнее гигиенические детские пасты и профилактические кальцийсодержащие пасты.

**Гигиена полости рта детей младшего школьного возраста (7-10 лет).**

Для основной гигиены полости рта младших школьников применяют среднежесткие щетки, фторсодержащие детские или взрослые пасты (в зависимости от способности контролировать глотание пасты).

**Гигиена полости рта подростков 10-14 лет.**

Основными средствами для гигиены полости рта подростков являются среднежесткие щетки и профилактические, в том числе взрослые фторсодержащие пасты (при условии адекватного контроля за глотанием!); обязательной процедурой для чистки контактных поверхностей зубов является флоссинг. Психический и физический уровень развития подростка принципиально позволяет ему качественно выполнять чистку зубов щеткой по методу Марталлера и ручной флоссинг, но в реальной жизни каждый подросток нуждается в опеке родителей, их активной доброжелательной помощи — в том числе и при проведении гигиенических процедур.

**Гигиена полости рта молодых людей 15-18 лет.**

Юноши и девушки с нормальным психическим и физическим здоровьем в этом возрасте должны самостоятельно осуществлять гигиенический уход за полостью рта, применяя для этого среднежесткие щетки, взрослые профилактические зубные пасты, флоссы. Роль родителей в гигиене полости рта этих детей постепенно сокращается, сосредотачивается на мотивации, периодическом контроле и материальном обеспечении стоматологической самопомощи подросшего ребенка.

**Гигиена полости рта взрослых людей.**

Основными средствами ухода за полостью рта взрослого человека являются зубная щетка и зубная паста, средства для чистки межпроксимальных поверхностей. Так как стоматологический статус взрослых людей отличается большим разнообразием и нередко отягощен тяжелой стоматологической патологией, выбор конкретных средств и методов индивидуальной гигиены полости рта для каждого пациента является обязанностью стоматолога.

**Гигиена полости рта пожилых людей.**

При выборе предметов, средств и методов для механического контроля зубных отложений у пожилых людей, обращают внимание на выраженность рецессии десны — применения зубочисток, ершиков и т. д.), адекватность саливации (при ксеростомии избегают применять средства гигиены, содержащие спирт и ПАВ), на возможности самообслуживания (обсуждают возможности применения электрической щетки для самопомощи или ухода за зубами пожилого человека при помощи членов семьи).

**7. Группы диспансерного наблюдения больных с заболеваниями пародонта.**

 I - здоровые (Д1) - не нуждаются в лечении;

II - практически здоровые (ДИ), у которых наблюдается стабилизация процесса (при гингивитах - до одного 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 (ДШ) - наиболее многочисленная диспансерная группа: больные гингивитом (катаральный, язвенный, гипертрофический), пародонтитом и пародонтозом различной степени тяжести.

**8. Ведение документации диспансерных больных с заболеваниями пародонта.**

Стандартная амбулаторная карта не позволяет полноценно отразить статус диспансерного больного, динамику изменения этих показателей в процессе диспансеризации. Для этого в различных лечебных учреждениях используют свои, специально разработанные карты.

Форма № 30 хранится в картотечном ящике, где имеется 13 делений: 12-соответственно месяцам повторных назначений, 13-е-для отработанных карт. Форма № 30 отражает паспортные данные, диагноз основного и сопутствующего заболеваний, даты законченного курса лечения и последующего назначения.

Пациенты подлежат диспансеризации - оформляется соответствующая документация

* 1.    Амбулаторной карты
* 2.    Карты диспансерного учета (форма № 30)
* 3.    Памятки больному с заболеваниями пародонта (Листок назначения комплексной гигиены полости рта)

**9. Сроки динамического наблюдения диспансерных групп.**

Лица первой группы диспансерного учета подлежат наблюдению один раз в год;

второй — 2 — 3 раза в год;

третьей — 3— 4 раза;

четвертой — ежемесячно или 6 раз в год.

наиболее эффективно выделение следующих диспансерных групп: I - здоровые (Д1) - не нуждаются в лечении; II - практически здоровые (ДИ), у которых наблюдается стабилизация процесса (при гингивитах - до одного 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 (ДШ) - наиболее многочисленная диспансерная группа: больные гингивитом (катаральный, язвенный, гипертрофический), пародонтитом и пародонтозом различной степени тяжести. Обслуживание каждой из этих групп имеет свои особенности.

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

В группе ДШ выделяют две подгруппы: с активным течением заболевания и в фазе ремиссии. Больным первой подгруппы проводят полный курс комплексной лечебно-профилактической терапии, второй - 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 (ДШ) больных вызывают для повторного курса комплексной терапии через каждые 6 мес (при обострении терапия проводится по обращаемости). Если наступила ремиссия, то больных из подгруппы активного лечения переводят в подгруппу наблюдения. При значительном улучшении и стабилизации процесса в течение года больных переводят в группу ДН.

При пародонтите легкой и средней степени тяжести (ДШ) лечение проводят 2 раза в год. Если в течение года сохраняется ремиссия, то больных переводят во вторую подгруппу. Стабилизация процесса в течение 2 лет дает право перевода их в группу ДН.

При генерализованном пародонтите тяжелой степени (ДШ) больные проходят курс комплексной терапии 3-4 раза в год. Лишь при ремиссии в течение 2 лет они переводятся во вторую подгруппу. Стабилизация патологического процесса в течение более 3 лет является основанием для перевода их в группу ДИ, а профилактическое лечение проводится 1 раз в год.

При пародонтозе курс комплексного лечения проводят 2 раза в год при легкой, средней степени и 4 раза-при тяжелой. Если развиваются осложнения, то может возникнуть необходимость в более частом посещении. После устранения осложнений и стабилизации патологического процесса больных переводят в группу ДП.

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

Больных II группы с пародонтозом осматривают через 6 мес, а если процесс стабилизируется, - 1 раз в год. Лица, составляющие III группу, проходят повторные курсы лечения не реже чем через 6 мес.

При регулярно проводимой диспансеризации объем комплексных лечебных мероприятий постепенно сокращается и становится менее трудоемким.

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

Течение воспалительных заболеваний пародонта пред-J1 полагает соблюдение общемедицинских принципов.

**I. Комплексность:**

а) использование комплекса местных лечебных воздействий (консервативных, хирургических, ортопедических, ортодонтических), направленных на восстановление структуры и функции пародонта и на достижение максимального косметического эффекта;

б) взаимодействие врачей-стоматологов с врачами других специальностей в целях дополнения эффекта местных вмешательств устранением или минимизацией общих метаболических влияний на состояние пародонтального комплекса (т.е.сочетание местного и общего лечения).

**II. Индивидуальность:** необходимо проводить детальный анализ формы и тяжести поражения пародонта, особенностей его клинического течения у конкретного пациента, а также характера сопутствующей патологии (при ее наличии), состояния реактивности тканей ротовой полости и организма в целом.

**III. 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.

**IV. Систематичность**, в целях профилактики обострения воспалительного процесса необходимо проведение повторных курсов лечения, т.е. поддерживающей терапии. Интервалы между курсами лечения определяются индивидуально на основании наблюдения клинической динамики после первого курса лечения и зависят от тяжести и клиники процесса у конкретного пациента.

**V. Взвешенность и сбалансированность**: выбор средств и методов лечения должен быть полным, обоснованным и взвешенным, учитывать форму и степень тяжести процесса, индивидуальные особенности пациента.

Этиотропная терапия направлена на устранение причины болезни.

Поскольку сегодня обязательным причинным фактором воспалительно-деструктивных поражений пародонта признан микробный (ВОЗ), то все средства и методы, позволяющие устранить или ослабить его влияние, и составляют этиотропный комплекс. Это:

- непосредственное удаление биопленки и твердых зубных отложений - носителей биопленки;

- использование средств, подавляющих как созревание биопленки, так и степень ее патогенного влияния на ткани, - антисептиков, а при необходимости - антибиотиков;

- обучение гигиене полости рта, контроль за тщательностью ее проведения, что является как самостоятельным методом профилактики, так и обязательным атрибутом на всех этапах лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Патогенетическая терапия основана на воздействии на механизмы развития ответной воспалительной реакции на микробный налет, или биопленку. Выбор метода патогенетического воздействия зависит от того, на какое звено патогенеза воспаления намерен воздействовать врач: либо это снижение восприимчивости тканевого комплекса к токсическим агентам за счет подавления активного общего и местного ответа (как клеточного, так и гуморального), либо устранение или снижение токсических реакций окисления, выполняющих изначально защитную функцию, а в итоге приводящих к ситуации хронической тканевой гипоксии и интоксикации. Возможно повышение тканевой устойчивости путем подавления окислительных процессов в клеточных мембранах с помощью как анти-оксидантов, так и гипоксантов, влияние которых в первую очередь сказывается на состоянии билипидного слоя клеточных мембран, а также на состоянии митохондриально-го аппарата. Целесообразно использовать средства, подавляющие нарушенные в условиях хронического воспаления процессы образования простагландинов и токсичных форм лимфоцитов. Показаны и средства, обеспечивающие функциональную активность нейтрофилов, адекватную силе повреждающего фактора. Важным и не до конца изученным вопросом является возможность воздействия на цитокиновую систему, причем как на функциональное состояние первичного продуцента (макрофагов, лимфоцитов, моноцитов), так и на его последующее образование, в первую очередь за счет усиления самостимулирующей, или аутокринной, ветви в целях своевременного и адекватного увеличения противовоспалительных форм.

Безусловно, важны средства и методы, позволяющие восстановить или улучшить состояние главных метаболических тканевых источников. С этой целью и предлагают следующие группы препаратов:

- нестероидные противовоспалительные средства;

- стероидные противовоспалительные средства;

- препараты, препятствующие снижению напряжения и утилизации кислорода в тканях и закислению тканевой среды;

- ферментные препараты;

- средства, улучшающие гемоциркуляцию;

- витаминные препараты;

- иммунокорригирующие препараты;

- бактерийные препараты;

- гомеопатические препараты.

Симптоматическая терапия направлена на устранение и ослабление отдельных симптомов заболевания, причиняющих больному страдания:

- обезболивающие средства;

- средства для купирования повышенной чувствительности шеек и корней зубов;

- шинирование.

Примером как заместительной, так и реабилитационной терапии может служить ортопедическое лечение.

Нетрадиционная терапия (например, гомеопатия) применяется при лечении заболеваний пародонта в случаях, когда применение традиционных средств терапии невозможно в связи с аллергией или тяжелым сопутствующим заболеванием, а также при отсутствии чувствительности микрофлоры к препаратам, обычно используемым в паро-донтологии.

**Способы введения** лекарственных веществ в пародонто-логии, по сути, те же самые, что и в общей медицине, но с небольшими исключениями:

- полоскания;

- ротовые ванночки;

- инстилляции - введение в пародонтальный карман (рис. 1.2);

- аппликации (рис. 1.3);

- инъекции (рис. 1.4);

- повязки;

- физические методы (электрофорез, фонофорез, магнитофорез);

- традиционные методы введения - per os и внутримышечно;

- "доставляющие" системы.

Субгингивальное введение подразумевает использование "доставляющих" систем, которые обеспечивают большую концентрацию лекарственных средств непосредственно в очаге поражения. К ним относятся: тетрациклиновые и хлоргексидиновые нити, доксициклиновые полимеры, самоклеящиеся пленки "Диплен-дента", ПериоЧипы и т.д.