СОДЕРЖАНИЕ

Введение 3

1. Гингивиты. 4

2. Катаральный гингивит 4

3. Хронический катаральный гингивит 7

4. Общие принципы лечения заболеваний пародонта. 8

5. Показания к проведению системной антибиотикотерапии. 10

Заключение 13

Литература 16

**Введение**

Воспалительные заболевания пародонта - гингивит и пародонтит - представляют серьезную медико-социальную проблему. Ее важность определяется рядом обстоятельств. Распространенность этой патологии среди взрослых остается на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению. Более того, в настоящее время прослеживается тенденция к увеличению частоты распространённости атипичных форм пародонтита, к числу которых относятся агрессивные формы пародонтита

На территории России патология пародонта выявляется у 98 % обследованных Отмечается устойчивая тенденция к дальнейшему росту заболеваемости тканей пародонта с преобладанием в их структуре генерализованного пародонтита и гингивита

Клиническая картина и хронического катарального гингивита, и хронического генерализованного пародонтита на ранних стадиях заболевания характеризуется маломанифестным , латентным течением, что затрудняет своевременную диагностику и отдаляет начало адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий.

Известно, что любое хроническое заболевание является заключительным этапом продолжительного патофизиологического процесса, возникшего в организме под влиянием неблагоприятных факторов. Воспалительные заболевания пародонта с характерной для них этиологической многофакторностью и четко выраженной этапностью (фазностью) развития (от легкого гингивита до тяжелого пародонтита) служат наглядной клинической иллюстрацией переходных состояний от полного здоровья пародонта до утраты зубов вследствие разрушения основных составляющих пародонтального комплекса.

 Столь серьезные медико-социальные последствия воспалительных заболеваний пародонта и отсутствие заметных позитивных сдвигов в их массовой профилактике определяют необходимость углубления и конкретизации представлений об этиологии и патогенезе этого заболевания

1. **Гингивиты.**

Гингивиты могут быть: 1) самостоятельные, возникающие вследствие действия местных факторов непосредственно на слизистую оболочку десны;

2) симптоматические, возникающие на фоне поражения отдельных систем, органов: заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной, желудочно-кишечного тракта, крови; при авитаминозах, инфекционных заболеваниях, аллергических и др.

ЭТИОЛОГИЯ:

а) местные факторы: зубные отложения, бактериальный налет, острые края зубов, плохие пломбы, некачественные протезы, травма зубной щеткой, нерациональные ортодонтические аппараты, ожоги слизистой, химическое воздействие, пыль (каменная, угольная, мучная, сахарная), бензин; скученность зубов, низкие прикрепления уздечек;

б) общие: заболевания крови, диабет, эндокринные нарушения (гипогиперфункции половых желез, щитовидной и паращитовидных желез), прием лекарственных веществ.

Все эти факторы могут вызвать изменения в слизистой десны в виде катарального воспаления или язвенно-некротического, гипертрофического процессов и др.

#

# 2. Катаральный гингивит

Это экссудативное воспаление десны, по течению бывает острый и хронический, в легкой, средней и тяжелых формах. При легком гингивите страдают межзубные сосочки и свободная десна зуба, при средней тяжести поражается у отдельных групп зубов и свободная десна, при тяжелом - поражены все отделы десны.

Четкие критерии для такой дифференциации отсутствуют, поэтому А. И. Грудянов (1997 г.) рекомендует степени тяжести для катарального и язвенного гингивита не выделять.

Клиническая картина: при остром катаральном гингивите больные жалуются на боль, жжение в области десен, кровоточивость, отечность, запах из рта. Слизистая оболочка десны ярко-красная, отечная, легко кровоточит при прикосновении по всему десневому краю или на всем протяжении. Десневые сосочки становятся куполообразными, теряют свою остроконечную форму. Обильное отложение зубного налета.

Возможно нарушение общего состояния организма, проявляющееся головной болью, утомляемостью, повышением температуры тела.

Без лечения возможно развитие катарального иди язвенно-некротического стоматита или переход в хроническую форму.

При хроническом катаральном гингивите больные жалуются на зуд, жжение, кровоточивость десен при чистке зубов и во время приема жесткой пищи, изменение цвета межзубных сосочков. Заболевание часто обнаруживается в период профилактических осмотров, при санации полости рта.

При осмотре десна зуба гиперемирована, с синюшным оттенком, десневой край валикообразно утолщен, десневые сосочки отечные, неплотно прилегают к зубу, остатки пищи и мягкий зубной налет вокруг них. При обострении хронического катарального гингивита клиническая картина похожа на острый катаральный гингивит.

Дифференцируют катаральный гингивит с легким пародонтитом. При этом учитывают данные анамнеза, отсутствие истинных карманов и рентгенологические данные.

Лечение: устранение местных повреждающих факторов: зубного налета и зубного камня, дефектов пломбирования и протезирования зубов. При остром воспалении применяют обильные полоскания и аппликации раствором бикарбоната натрия или натрия хлорида, искусственным лизоцимом, 1% спиртовым раствором цитраля, 0,05% раствором хлорекседина.

В репаративной фазе острого катарального гингивита и при хроническом применяют обильные полоскания отварами лекарственных трав (шалфей, ромашка, эвкалипт), аппликации или десневые повязки из 5% бутадиновой мази, 5-10% метилурациловой мази, 3% аспириновой мази, масла шиповника, каротолина. При выраженной кровоточивости применяют 5% раствор аминокапроновой кислоты, раствор галаскорбина. При всех формах гингивита проводят обучение рациональной гигиене полости рта и дают рекомендации по выбору зубных паст.

При хроническом катаральном гингивите применяют гидромассаж 5-7 процедур, электрофорез аскорбиновой кислоты с витамином Р, галаскорбином, аутомассаж десен.

По показаниям при лечении катарального гингивита применяют общую терапию: жаропонижающие, десенсибилизирующие средства, витаминотерапию, диетотерапию.

По течению бывают острый и хронический гингивиты, в легкой средней и тяжелой формах (поражаются сосочки, край и альвеолярная часть десен).

КЛИНИКА. Боль, чувство жжения в слизистой десны от горячего, кислого, соленого, сладкого; отечность; кровоточивость во время приема пищи и чистки зубов. Запах изо рта.

ОБЪЕКТИВНО: Слизистая десны ярко-красного цвета, отечна, пастозна, легко кровоточит при прикосновении. Процесс может охватить край десны или всю десну. Десневые сосочки закруглены; зубы в участке поражения могут быть подвижны. Обилие мягкого зубного налета.

ЛЕЧЕНИЕ. Устранение причины; обильные орошения и полоскания полости рта 2% раствором бикарбоната натрия, шалфеем, настойкой ромашки, искусственным лизоцимом, 1% спиртовым раствором цитраля; аппликации противовоспалительными средствами: галаскарбином, каротолином, маслом шиповника; ротовые ванночки 0,06% раствором хлоргексидина на 2-3 мин; обучение гигиены полости рта и рекомендации по выбору зубных паст.

#

# 3. Хронический катаральный гингивит

КЛИНИКА. Зуд, жжение в слизистой оболочке десен, кровоточивость при чистке зубов и во время приема пищи, особенно твердой (откусывание яблока, черствого хлеба), остаются кровавые следы на них. Изменение конфигурации и цвета межзубных сосочков.

ОБЪЕКТИВНО. Десна отечна, застойно гиперемирована с синюшно-красным оттенком, плотная. Десневые сосочки отечны, неплотно прилегают к зубу, остатки пищи и белый бактериальный налет вокруг зубов.

ЛЕЧЕНИЕ. Устранение причины; обучение техническим приемам правильной чистки зубов и выбор гигиенического средства; обильные полоскания отваром лечебных трав; апликации противовоспалительными средствами: гидромассаж - 5-7 процедур, диадинамические токи, электрофорез, вакуумный электрофорез.

У больных с хроническим катаральным гингивитом происходит нарушение микроциркуляторного звена системы гемостаза, обусловленное повышением агрегационной активности тромбоцитов. При обострении катарального гингивита происходит значительное увеличение агрегационной активности тромбоцитов по сравнению с хроническим течением данного заболевания. Нарушения адгезивной активности тромбоцитов у больных генерализованным гингивитом незначительны и проявляются только в фазе обострения.

Хронический генерализованный пародонтит сопровождается нарушением как агрегационной, так и адгезивной активности тромбоцитов. Степень нарушения агрегационной и адгезивной активности кровяных пластинок зависит от тяжести течения. Наиболее значимые нарушения микроциркуляторного звена системы гемостаза отмечаются при тяжелом течении хронического генерализованного пародонтита.

Агрессивное течение хронического генерализованного пародонтита сопровождается резким нарушением микроциркуляторного звена системы гемостаза. По сравнению с хроническим течением нарушения адгезивной и агрегационной активности тромбоцитов у данной группы больных более выражены, что, вероятно, и обусловливает тяжесть заболевания.

Комбинированное КВЧ- и лазерное воздействие является эффективным методом патогенетического воздействия на нарушения микроциркуляторного звена системы гемостаза у больных генерализованным гингивитом.

Эффективность комбинированного лазерного и КВЧ-воздействия на состояние микроциркуляторного звена системы гемостаза у больных хроническим генерализованным пародонтитом зависит от тяжести течения заболевания. Наиболее выраженный эффект наблюдается при легком и среднетяжелом течении.

У больных с агрессивным течением генерализованного пародонтита комбинированное лазерное и КВЧ-облучения способствует частичному восстановлению нарушенных адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов.

# 4. Общие принципы лечения заболеваний пародонта.

Основной целью лечения заболеваний пародонта является ликвидация воспалительного процесса, который начинается в десне и области зубодесневого соединения, распространяясь вглубь, вовлекает все ткани пародонта. Анатомическое строение и особенности функции пародонта зуба требуют использования общих принципов с индивидуализированным применением их для отдельных нозологических форм воспаления (Грудянов А.И., Стариков Н.А., 1998).

Терапия больных с заболеваниями пародонта должна проводиться комплексно, целенаправленно и, в то же время, максимально индивидуализировано. Она включает в себя местное и общее лечение с использованием эффективных консервативных, хирургических, ортопедических и физиотерапевтических методов в условиях диспансерного наблюдения (Данилевский Н.Ф. и др., 1993).

Значительное место отводится медикаментозной терапии, которая может быть этиотропной, патогенетической, сиптоматической, либо (предпочтительно), сочетающей в себе все эти уровни лечебного воздействия (Иванов В.С., 1998).

Основные направления фармакотерапии воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) определяются необходимостью воздействовать, с одной стороны,

- на микроорганизмы полости рта , с другой

- на саногенетические и патогенетические механизмы патологического процесса в пародонте .

Исходя из этого, целями применения медикаментозных средств при лечении ВЗП являются

уничтожение микробных скоплений пародонтальных карманов или резкое уменьшение их активности;

разжижение нежизнеспособных тканей, гнойного экссудата;

подавление роста грануляций внутри пародонтальных карманов;

нормализация метаболических процессов в поврежденных тканях;

уменьшение проницаемости стенки сосудов;

стимуляция регенерации пародонтальных структур;

повышение сопротивляемости тканей пародонта воздействию повреждающих факторов;

повышение общей сопротивляемости организма.

Для этого могут быть использованы следующие группы лекарственных средств:

антисептические средства;

антибактериальные препараты;

противовоспалительные средства;

ферментные препараты ;

витамины;

десенсибилизирующие средства;

средства, нормализующие микроциркуляцию и тканевой обмен;

средства, ускоряющие регенерацию;

иммуномодуляторы;

сорбенты;

антиоксиданты;

вещества для склерозирующей терапии;

противогрибковые препараты (Данилевский Н.Ф. и др., 1993; Иванов В.С., 1998; Грудянов А.И., Стариков Н.А., 1998; Максимовская Л.Н. Рощина П.И., 2000).

#

# 5. Показания к проведению системной антибиотикотерапии.

Наиболее общепринятыми являются следующие покзания к применению системной антибактериальной терапии при лечении ВЗП.

При лечении гингивита:

тяжелые формы язвенного гингивита.

Антибиотики, рекомендуемые к использованию при лечении генгивита.

На сегодняшний день в специальной литературе имеются сообщения о клинической эффективности при лечении ВЗП следующих препаратов: линкомицина, клиндамицина, азитромицина, мидекамицина, рокситромицина, доксициклина, грамицидина С, амоксициллина, амоксициллина/клавуланата, офлоксацина и ципрофлоксацина . Широко применяются также препараты группы нитроимидазолов: метронидазол, тинидазол (Ушакова Т.В., 1992; Данилевский Н.Ф. и др., 1993; Филатова Н.А. и др., 1995, 1997; Романов А.Е., 1996; Грудянов А.И., Стариков Н.А., 1998; Иванов В.С., 1998; Дмитриева Л.А. и др., 1998, 2001; Чернышева С.Б., 1999).

Наиболее часто в пародонтологии используются метронидазол, амоксициллин, амоксициллин/клавуланат и тетрациклиновые антибиотики ( доксициклин ) . Это препараты первого выбора (Грудянов А.И., Стариков Н.А., 1998) .

В большинстве последних публикаций исследователей указывается на достоверный клинический эффект при курсовом системном применении метронидазола совместно с амоксициллином или амоксициллином/клавуланатом ( Berglundh T . et al ., 1998; Tinoco E . M ., et al ., 1998; Winkel E . G . et al ., 2001; Rooney J . et al ., 2002). Показаниями являются РП, БПП, ЛЮП («агрессивный» пародонтит). Большинство исследователей указывают, что положительные изменения микробиологического (подавление основных пародонтальных патогенов) и клинического (уменьшение глубины пародонтальных карманов, степени подвижности зубов, кровоточивости десен) статуса наблюдаются лишь при сочетании антибиотикотерапии с метод ами пародонтальной хирургии и профессиональной гигиены полости рта. Однако, ряд авторов указывают на возможность системного использования метронидазола с амоксициллином (или с амоксициллином/клавуланатом ) при заболеваниях пародонта, без назначения хирургических или гигиенических процедур ( Lopez N . J . et al ., 2000).

При использовании этих препаратов по отдельности, ряд авторов приводят данные о положительных результатах ( Purucker P . et al ., 2001), другие указывают на недостаточную эффективность терапии ( Winkel E . G . et al ., 1999; Kleinfelder J . W . et al ., 2000).

Тетрациклиновые антибиотики ( доксициклин ) традиционно являются одними из наиболее часто используемых при пародонтологическом лечении ( American Academy of Periodontology , 1996). Однако в последнее время появились публикации, указывающие на низкую эффективность терапии доксициклином ( Sigusch B . et al ., 2001) и быстрое развитие устойчивости ( Feres M . et al ., 1999) к этому препарату. Тем не менее, ряд исследователей рекомендуют системное применение именно этого препарата при пародонтологическом лечении пациентов, страдающих сахарным диабетом ( Grossi S . G . et al ., 1997).

В качестве альтернативных препаратов могут рассматриваться фторхинолоны: ципрофлоксацин, офлоксацин, норфлоксацин. Эти препараты могут быть эффективны в наиболее тяжелых случаях при невосприимчивости к пародонтологической терапии, сопутствующем сахарном диабете (Чернышева С. Б., 1998, 1999), а также при Actinobacillus Actinomycetemcomitans –ассоциированном пародонтите ( Kleinfelder J . W . et al ., 2000).

Кроме того, используются также некоторые другие препараты, обладающие тропностью к костной ткани ( Фузидин-натрий ).

**Заключение**

Гингивит - воспаление слизистой оболочки десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения.

Этиология. Развитию гингивита способствуют общие и местные факторы.

Местные факторы: зубные отложения, бактериальный налет, острые края зубов, некачественные зубные протезы, нерациональные ортодонтические аппараты, ожоги слизистой, химическое воздействие, пыль (каменная, угольная, сахарная), бензин, нарушение прикуса, негигиеническое содержание полости рта.

Общие: заболевание крови, диабет, эндокринные нарушения (гипогиперфункция половых, щитовидной и паращитовидной желез, прием лекарственных веществ).

Все эти факторы вызывают изменение в слизистой десны в виде катарального воспаления или язвенно-некротического, гипертрофического процесса.

Это экссудативное воспаление десны, по течению бывает острый и хронический, в легкой, средней и тяжелых формах. При легком гингивите страдают межзубные сосочки и свободная десна зуба, при средней тяжести поражается у отдельных групп зубов и свободная десна, при тяжелом - поражены все отделы десны.

Четкие критерии для такой дифференциации отсутствуют, поэтому А. И. Грудянов (1997 г.) рекомендует степени тяжести для катарального и язвенного гингивита не выделять.

Клиническая картина: при остром катаральном гингивите больные жалуются на боль, жжение в области десен, кровоточивость, отечность, запах из рта. Слизистая оболочка десны ярко-красная, отечная, легко кровоточит при прикосновении по всему десневому краю или на всем протяжении. Десневые сосочки становятся куполообразными, теряют свою остроконечную форму. Обильное отложение зубного налета.

Возможно нарушение общего состояния организма, проявляющееся головной болью, утомляемостью, повышением температуры тела.

Без лечения возможно развитие катарального иди язвенно-некротического стоматита или переход в хроническую форму.

При хроническом катаральном гингивите больные жалуются на зуд, жжение, кровоточивость десен при чистке зубов и во время приема жесткой пищи, изменение цвета межзубных сосочков. Заболевание часто обнаруживается в период профилактических осмотров, при санации полости рта.

При осмотре десна зуба гиперемирована, с синюшным оттенком, десневой край валикообразно утолщен, десневые сосочки отечные, неплотно прилегают к зубу, остатки пищи и мягкий зубной налет вокруг них. При обострении хронического катарального гингивита клиническая картина похожа на острый катаральный гингивит.

Дифференцируют катаральный гингивит с легким пародонтитом. При этом учитывают данные анамнеза, отсутствие истинных карманов и рентгенологические данные.

Лечение: устранение местных повреждающих факторов: зубного налета и зубного камня, дефектов пломбирования и протезирования зубов. При остром воспалении применяют обильные полоскания и аппликации раствором бикарбоната натрия или натрия хлорида, искусственным лизоцимом, 1% спиртовым раствором цитраля, 0,05% раствором хлорекседина.

В репаративной фазе острого катарального гингивита и при хроническом применяют обильные полоскания отварами лекарственных трав (шалфей, ромашка, эвкалипт), аппликации или десневые повязки из 5% бутадиновой мази, 5-10% метилурациловой мази, 3% аспириновой мази, масла шиповника, каротолина. При выраженной кровоточивости применяют 5% раствор аминокапроновой кислоты, раствор галаскорбина. При всех формах гингивита проводят обучение рациональной гигиене полости рта и дают рекомендации по выбору зубных паст.

При хроническом катаральном гингивите применяют гидромассаж 5-7 процедур, электрофорез аскорбиновой кислоты с витамином Р, галаскорбином, аутомассаж десен.

По показаниям при лечении катарального гингивита применяют общую терапию: жаропонижающие, десенсибилизирующие средства, витаминотерапию, диетотерапию.

**Литература**

Материалы сайта http://www.stomatolog.md/

Грудянов А.И. Пародонтология: Избранные лекции. – М.: ОАО «Стоматология», 1997. – 32 с.

Грудянов А.И., Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Перспективы научных исследований в области терапевтической стоматологии. //Стоматология. -1996. – Т. 75, № 6.- С . 8-11.

Грудянов А.И., Стариков Н.А. Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта // Пародонтология. – 1998. - №2. – С. 6-17.

Заболевания пародонта: Атлас / Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А., Миликевич В.Ю.; под. ред. Данилевского Н.Ф. – М.: Медицина, 1993. – 320 с.