



## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



**Ю.А. Черепинская**

к.м.н., г. Харьков  
juliya\_cher@ukr.net

*Несмотря на продолжающееся развитие и совершенствование методов лечения и профилактики стоматологических заболеваний с целью более длительного сохранения естественных зубов, частота встречаемости заболеваний пародонта сохраняется на очень высоком уровне. Данная статья посвящена основным этиопатогенетическим, диагностическим, номенклатурным и терапевтическим аспектам, с которыми сталкивается клиницист на этапе оказания экстренной специализированной пародонтологической помощи пациентам с острыми неотложными воспалительными и воспалительно-деструктивными состояниями тканей пародонта.*

Зубная бляшка (организованная биоплёнка), находящаяся между корнем зуба и мягкими тканями пародонтального кармана, населена грамположительными бактериями, такими как стрептококки, актиномицеты и пр. По мере формирования пародонтального кармана (ПК) биоплёнка постепенно распространяется вглубь ПК, где стремительно увеличивается число анаэробных грамотрицательных бактерий, таких как *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *T. forsythia*, спирохеты и другие. В глубоких участках кармана, где анаэробам не мешает воспалительный инфильтрат (защитный механизм), образующийся ближе к десне, патогены начинают активно выделять бактериальные вещества, приводя к нарушению местного гомеостаза и снижению защитно-приспособительных реакций организма, и тогда самопроизвольное восстановление тканей пародонта не представляется возможным. При ослабленном иммунном ответе, когда пародонтит развивается быстро и агрессивно, патогенные бактерии, внедрившиеся в подлежащие ткани, могут длительно сохранять свою жизнеспособность. Если произошло вторжение незначительного числа бактерий, образуются небольшие участки некротической резорбции тканей. При массивном внедрении бактерий развиваются единичные или множественные гнойные абсцессы (Allenspach-Petrzilka, Guggenheim, 1983; Christensson et al., 1987; Frank, 1988; Saglie et al., 1988; Slots, 1999; Van Winkelhoff, Slots, 1999).

Воспалительная деструкция соединительной ткани пародонтального комплекса запускается при длительном контакте десны с *бактериальными веществами* биоплёнки, такими как антигены, токсины, хемокины. Бактериальные вещества, стимулируя выработку *медиаторов воспаления* (цитокинов, простагландинов, энзимов), приводят к локальной реакции сосудов маргинального пародонта и формированию воспалительного инфильтрата. Нарушенный тканевой гемостаз ведёт к ингибированию остеобластов, стимуляции остеокластов, и, как следствие, к разрушению соединительнотканного и костного матрикса. При острых воспалениях и абсцессах высвобождается большой объем литических ферментов (кислые гидролазы, эластазы, нейтральные протеазы), которые также способствуют деструкции соединительной ткани пародонтального комплекса и резорбции кости (Schwartz et al., 1997).

*К случаям экстренного пародонтологического лечения относятся:*

- острый язвенный гингивит и гингиво-пародонтит,
- активные гнойные карманы (хронический пародонтальный абсцесс),
- острый пародонтальный абсцесс,
- перикоронарный абсцесс,
- срочное удаление подвижных зубов,

- острые комбинированные эндодонтические и пародонтологические поражения,
- острая травма тканей пародонта.

**Острый язвенный гингивит и гингиво-пародонтит** развивается быстро, причиняя сильную боль пациенту. При оказании экстренной помощи необходимо под местной анестезией провести осторожную инструментальную и медикаментозную обработку области зубодесневого прикрепления и/или стенок пародонтальных карманов. Аппликация анальгезирующих, антимикробных и противовоспалительных препаратов позволит в течение нескольких часов снять острую боль и облегчить состояние пациента. Для домашнего использования требуется назначение оральных антисептиков и, при необходимости, системных анальгетиков (рис. 1, 2).

**Активные гнойные карманы (хронический пародонтальный абсцесс)** являются признаком обострения хронического воспалительного процесса в тканях пародонтального комплекса. При данном виде патологии формируются пародонтальные карманы с быстрой потерей зубодесневого прикрепления, которые могут присутствовать в области нескольких зубов и в течение длительного времени не беспокоить пациента. Лечение активных гнойных карманов заключается в механической (инструментальной)



**Рис. 1.** Состояние десны до лечения. Пациент М., 20 лет, диагноз – острый генерализованный язвенный гингиво-пародонтит легкой степени тяжести.



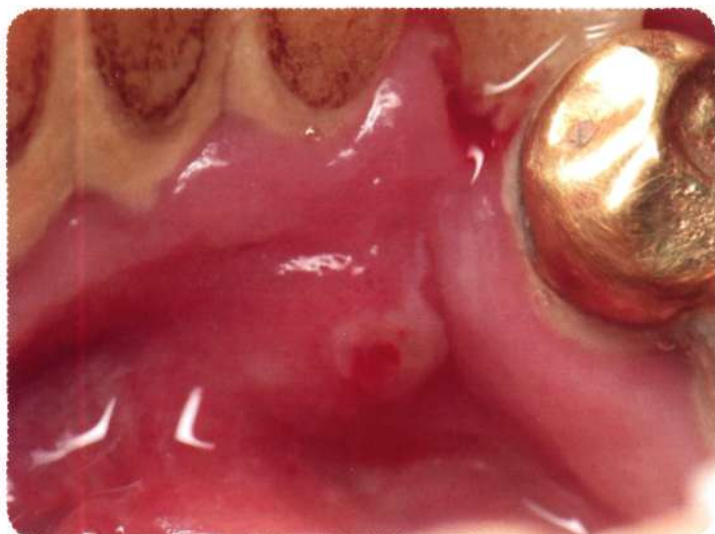
**Рис. 2.** Состояние десны после лечения. Папиллярный индекс атрофии десневых сосочков второй степени тяжести в обл. 12, 11 зубов (индекс PIS, Jemt, 1997). Пациент М., 20 лет.



**Рис. 3.** Хронический абсцесс в области зубов 32, 33. Пациент Б., 60 лет, диагноз – хронический генерализованный пародонтит (ХГП) тяжелой степени тяжести, стадия обострения.



**Рис. 4.** Состояние десны в области 32, 33 после лечения. Пациент Б., 60 лет, диагноз – ХГП тяжелой степени тяжести.



**Рис. 5.** Острый пародонтальный абсцесс в области 33 зуба (оральная поверхность). Пациентка О., 44 года, диагноз – ХГП средней степени тяжести, стадия обострения.



**Рис. 6.** Острый пародонтальный абсцесс в области 33 зуба (вестибулярная поверхность). Пациентка О., 44 года, диагноз – ХГП средней степени тяжести, стадия обострения.



**Рис. 7.** Состояние десны в области 33 зуба после лечения (вестибулярная поверхность). Пациентка О., 44 года, диагноз – ХГП средней степени тяжести.

и медикаментозной обработке пародонтальных карманов, ирригации антисептическими растворами, аппликации лекарственных препаратов и использовании местных противомикробных средств длительного действия. Результаты лечения предопределяются качеством очищения пародонтальных карманов от зубных отложений и некротических масс (рис. 3, 4).

**Острый пародонтальный абсцесс** – местный острый воспалительный процесс, характеризующийся выраженной болезненностью. Лечебные мероприятия при острых пародонтальных абсцессах должны быть направлены как на снятие симптомов острого воспаления, так и на профилактику развития хронического воспалительного процесса в тканях пародонтального комплекса.

Для снятия симптомов острого воспаления необходимо провести дренаж, в некоторых случаях для этого достаточно прозондировать десневую борозду. В зубах, с глубокими карманами и вовлечением фуркации, абсцесс может развиваться в поднадкостничном пространстве, и тогда в качестве экстренной помощи дренирование абсцесса осуществляют через дополнительный разрез. Возможно и самопроизвольное опорожнение абсцесса через свищ или десневой край (рис. 5–7).

Клинические проявления при острых и хронических пародонтальных абсцессах различны; **острые пародонтальные абсцессы** сопровождаются болью различной степени тяжести, чувством «выросшего» зуба, болезненностью при перкуссии, выраженной локализованной гиперемией и отёком тканей пародонта, подвижностью зуба, признаками региональной лимфаденопатии и ухудшения общего состояния организма. Для клинических симптомов при **хронических пародонтальных абсцессах** характерно наличие тупой боли или её отсутствие, дискомфорт, незначительное возвышение причинного зуба, локализованные признаки воспаления (гиперемия, отёк), периодическое выделение экссудата из пародонтального кармана, возможно наличие свищевого хода, которое часто связано с наличием глубокого кармана, при этом общее состояние, как правило, без изменений. (Dahlen G: Periodontal 2000, 28:206, 2002; Meng HX: A 4:79, 1999; and Sanz M, Herrera D, van Winkelhoff AJ: The periodoi In Clinical periodontology, Copenhagen, 2000, Munksgaard.).

**Перикоронарный абсцесс** развивается в результате воспаления мягких тканей, покрывающих частично прорезавшийся зуб. Эта клиническая ситуация чаще всего наблюдается вокруг третьих моляров нижней челюсти. Как и при пародонтальном абсцессе, перикоронарный абсцесс может быть спровоцирован аккумуляцией микробной биопленки или травмой в этой области. После вскрытия абсцесса и устранения этиологическо-

го фактора пациентам назначают солевые полоскания, оральные антисептики и, при необходимости, применение системных противовоспалительных и анальгезирующих препаратов.

Объём лечебных мероприятий при оказании экстренной помощи при пародонтальных абсцессах, в зависимости от степени воспалительного процесса, может варьироваться. При перикоронарных абсцессах, как правило, производится иссечение мягких тканей с целью создания условий для прорезывания зуба и проведения качественной индивидуальной гигиены. Лечение предусматривает обезболивание, поддесневой скейлинг зоны поражения и создание условий для оттока экссудата. В некоторых случаях достаточно создать дренаж через патологический карман или произвести разрез в области переходной складки, в других случаях необходимо проведение пародонтальной хирургии вплоть до удаления зуба. Эффективность лечения в значительной мере зависит от контроля зубного налёта в послеоперационный период.

**Срочное удаление подвижных зубов** проводится в случаях, когда зубы с крайне сильной степенью подвижности не подлежат сохранению и причиняют пациенту значительный дискомфорт. При удалении зубов в эстетически значимой зоне следует, по возможности, незамедлительно изготавливать имедиат протезы или проводить реставрационное лечение (рис. 8–11).

**Острые комбинированные эндодонтические и пародонтологические поражения** одновременно сочетают в себе эндодонтическую и пародонтологическую патологии. При данном виде воспалительного процесса лечебные мероприятия должны быть направлены на создание условий заживления в периапикальных и пародонтальных тканях. Эффективность лечения комбинированных эндоперио поражений будет зависеть от качества поддесневой скейлинга и сглаживания поверхности корня зуба (Scaling and Root Planning) в сочетании с медикаментозной обработкой пародонтального кармана, а также от хемомеханической обработки и obtурации системы кор-



**Рис. 8.** Пациентка З., 65 лет, диагноз – ХГП тяжелой степени тяжести, стадия обострения. 31 зуб четвертой, крайне сильной степени подвижности (классификация Н.Р. Mühlemann, 1975).



**Рис. 9.** Коронковая часть срочно удалённого 31 зуба пациентки З., 65 лет.



**Рис. 10.** Имобилизация фронтальной группы зубов нижней челюсти с одномоментной фиксацией коронковой части срочно удалённого зуба 31. Пациентка З., 65 лет, диагноз – ХГП тяжелой степени тяжести.



**Рис. 11.** После фиксации коронковой части срочно удалённого зуба 31. Пациентка З., 65 лет, диагноз – ХГП тяжелой степени тяжести.

невых каналов. Прогноз наиболее благоприятный, если первичная проблема – эндодонтическая.

Появление свища при эндо–перио поражениях свидетельствует о самопроизвольном открытии абсцесса в случаях, когда невозможно опорожнение гнойного экссудата через десневой край. Если не устранить причину, свищ может сохраняться долгое время, не причиняя боль пациенту. Устье свищевого хода не всегда располагается непосредственно над очагом воспаления, что порой приводит к неправильному определению локализации

абсцесса и в подобных случаях свищевой ход необходимо зондировать тупым инструментом (рис. 12–15).

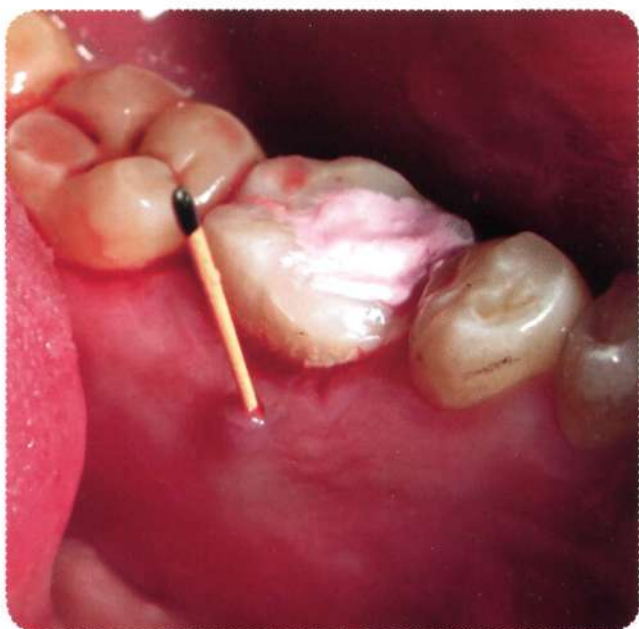
**Острая травма тканей пародонта, возникшая в результате несчастного случая.** Оказание экстренной помощи при пародонтальной травме в результате несчастного случая проводится в специализированных отделениях неотложной стоматологической помощи. Лечебные мероприятия при данной патологии зависят от объема и степени повреждения. Подвижные зубы требуют немедленной иммобилизации, при необходимости проводится ре-



**Рис. 12.** Комбинированное эндо–перио поражение 36 зуба, I класс (классификация Eickholz, 2001). Пациент С., 25 лет, диагноз – обострение хронического периодонтита 36, хронический пародонтальный абсцесс в области 36 зуба.



**Рис. 13.** Поражение зоны фуркации 36 зуба второй степени тяжести. Пациент С., 25 лет, обострение хронического периодонтита 36, хронический пародонтальный абсцесс в области 36 зуба. Горизонтальное поражение фуркации – Ф2 (классификация Natp, 1975), подкласс – А (классификация Tarnow, Fletcher, 1984).



**Рис. 14.** Свищевой ход в зоне поражения фуркации 36 зуба. Пациент С., 25 лет, диагноз – хронический пародонтальный абсцесс в области 36.



**Рис. 15.** Клиническое состояние десны после снятия симптомов воспаления. Пациент С., 25 лет. Контрольный визит перед проведением постоянной реставрации.

имплантация или репозиция зуба. Иногда из-за травмы тканей пародонта, возникшей в результате несчастного случая, в дальнейшем возможно инфицирование пульпы и развитие эндо-перо поражения, поэтому необходимо провести тесты витальности пульпы зубов в зоне повреждения и на основании полученных данных составить дальнейший план лечения.

Основной лечебный принцип при оказании экстренной специализированной пародонтологической помощи – это инструментальная (механическая) обработка области зубодесневого прикрепления и стенок пародонтального кармана, потому что основной причиной воспаления и деструкции тканей пародонта является бактериальная биоплёнка, которую необходимо удалить или хотя бы разрушить, чтобы лекарственные препараты могли эффективно воздействовать на «планктонные» микроорганизмы.

Следует помнить, что антибиотики можно назначать только по строгим показаниям. При оказании экстренной пародонтологической помощи антибиотикотерапия системная или общая не компенсирует недостаточную механическую (инструментальную) обработку стенок пародонтального кармана. Преимущество системного приема антибиотиков состоит в том, что действующее вещество достигает всех кровоснабжаемых участков организма, в том числе и тканей пародонта. К недостаткам относятся низкая концентрация в тканях-мишенях, необходимость курсового приема препарата, а также возможное уничтожение непатогенных, «полезных» бактерий и системные побочные эффекты. Местное (аппликационное) нанесение лекарственных препаратов, в том числе и антибиотиков, дает хорошие результаты, если концентрация позволяет препарату действовать в нужном месте продолжительное время. Основной недостаток – крайне ограниченная зона действия. При этом из участков, не охваченных действием препарата, инфекция может вновь попадать в обработанные зоны, и в результате процесс выздоровления замедляется (Mombelli et al., 1997). По данным Американской академии пародонтологии, системные антибиотики при оказании экстренной пародонтологической помощи используются в клинических случаях, когда есть доказательства распространения воспалительного процесса за пределы десны, на которые указывает наличие симптомов общей интоксикации и региональной лимфаденопатии. Системная антибиотикотерапия показана пациентам с сахарным диабетом и с ослабленным иммунитетом. Препаратом выбора для *системной антибиотикотерапии* при острой пародонтальной инфекции является Амоксициллин. Первая (нагрузочная) доза Амоксициллина – 1000 мг, затем по 500 мг 3 раза в день в течение 3–х дней. Пациентам с аллергией на антибиотики пенициллинового ряда назначают Клиндамицин или Азитромицин или Кларитромицин. Первая (нагрузочная) доза Клиндамицина – 600 мг, затем 300 мг 4 раза в день в течение 3–х дней. Первая (нагрузочная) доза Азитромицина – 1000 мг, затем по 500 мг 4 раза в день в течение 3–х дней. Первая (нагрузочная) доза Кларитромицина – 1000 мг, затем по 500 мг 4 раза в день в течение 3–х дней. Через три дня на основании клини-

ческих симптомов определяется необходимость о продолжении антибактериальной терапии. Для *местного противомикробного лечения* при пародонтальной инфекции препаратами выбора с контролируемым высвобождением лекарственного вещества являются: PerioChip (рассасывающийся желатин, содержащий 2,5 мг хлоргексидина биглюконата), Elyzol (25% гель бензоата метронидазола), Atridox (8,5% гель доксициклина), Arestin (содержит 1 мг порошка миноциклина) и др.

Проведение своевременной окклюзионной коррекции при пародонтите помогает уменьшить боль, потому что пострадавшие зубы часто «выдавливаются» из воспалённых тканей. Клинические исследования показали, что чрезмерная окклюзионная нагрузка сама по себе не является причиной гингивита или пародонтита, однако при активно развивающемся течении воспалительно-деструктивных состояний в тканях пародонта дополнительное воздействие окклюзионной травмы ускоряет патологический процесс (Svanberg, Lindhe, 1974; Poison et al., 1976; Lindhe, Ericsson, 1982; Pihlstrom, 1986; Hanamura et al., 1987).

Безусловно, главным условием на пути к достижению долговременного успеха в лечении пациентов с заболеваниями пародонта является корректная, тщательная, индивидуальная гигиена, направленная на ежедневное механическое разрушение зубного налёта, а мотивирование, обучение и наблюдение за домашним уходом обязательно должны сочетаться с активным профессиональным воздействием врача и гигиениста.